

Bariatrik Cerrahi ile Problemlı Yeme Davranışı Arasındaki İlişki

The Relationship Between Bariatric Surgery and Problematic Eating Behavior

Sena BAL¹, Tuğba DEMİRCİ¹, Ezgi ÖZKAN²

SB: 0009-0008-4189-7586 TD: 0009-0005-0713-5578 EÖ: 0000-0002-6937-3257

¹İstanbul Kültür Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü /Psikoloji ÇAP Öğrencisi

²İstanbul Kültür Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Bariatrik cerrahi, obezite tedavisinde etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Ancak, problemlı yeme davranışları hem ameliyat öncesinde hem de sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Bu derleme, bariatrik cerrahi ile anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve duygusal yeme gibi problemlı yeme davranışları arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Ayrıca, ameliyat sonrası süreçte bu davranışların nasıl şekillendiği ve yönetildiği incelenmektedir. Bu derlemenin amacı, bariatrik cerrahi geçirmiş hastalarda problemlı yeme davranışlarının görülme sıklığını, nedenlerini ve etkilerini değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, bariatrik cerrahi, problemlı yeme davranışı

ABSTRACT

Bariatric surgery is a highly effective treatment for obesity. However, problematic eating behaviors can occur both before and after surgery. This review examines the connection between bariatric surgery and problematic eating behaviors such as anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and emotional eating. It also explores how these behaviors develop and are managed in the postoperative period. The review aims to evaluate the prevalence, causes, and impact of problematic eating behaviors in patients who have had bariatric surgery.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, problematic eating behavior

1.GİRİŞ

Obezite, günümüzde gelişmiş ülkeler önde olmak üzere öncelikli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (1) ICD 11 obeziteyi sağlığı bozabilecek aşırı yağlanma ile tanımlanan kronik ve karmaşık bir hastalık olarak tanımlamıştır (2). Obezite terimi, köken olarak “obere” yani aşırı yemek yeme alışkanlığına sahip birey anlamından türetilmiştir (3). Sağlık Bakanlığı, obeziteyi “Genel olarak bedenın yağ kütesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkması” şeklinde tanımlarken (4), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu durumu “sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi” olarak ifade etmektedir (5).

Obezitenin değerlendirilmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri, beden kütle indeksi (BKİ) hesaplamasıdır. BKİ, kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilir (6). DSÖ’ye göre, BKİ değeri 25,0-29,9 kg/m² arasında olan kişiler fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzeri olanlar ise obez olarak sınıflandırılmaktadır (5). Obezite, bulaşıcı olmayan çok sayıda hastalık için önemli bir risk faktörüdür. Bunlar arasında kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve bazı kanser türleri (endometriyum, meme, yumurtalık, prostat, karaciğer, safra kesesi, böbrek ve kolon kanserleri) yer almaktadır (7). DSÖ’nün 2016 verilerine göre dünya genelinde 1,9 milyardan fazla kişi aşırı kilolu, bunların 650 milyonu ise obez olarak değerlendirilmektedir (8).

Bu derlemede, bariatrik cerrahi ile problemlı yeme davranışları arasındaki ilişki mevcut literatür doğrultusunda incelenmiştir. PubMed, Google Scholar ve ScienceDirect veritabanlarında “obezite”, “bariatrik cerrahi”, “anoreksiya nervoza”, “bulimia nervoza”, “tıkınırcasına yeme bozukluğu” ve “duygusal yeme” anahtar kelimeleriyle yapılan taramalarda, bariatrik cerrahi sonrası problemlı yeme davranışlarını ele alan orijinal araştırmalar, derlemeler ve olgu sunumları değerlendirilmiştir. Yıl ve dil kısıtlaması uygulanmadan yürütölen taramada, başlık ve özet incelemesiyle belirlenen uygun çalışmaların tam metinleri okunmuş, içerik açısından katkı sağlayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Bulgular, konu başlıkları altında sentezlenerek sunulmuştur. Bu çalışmanın amacı, bariatrik cerrahi öncesi ve sonrasında ortaya çıkabilen problemlı yeme davranışlarının yalnızca fiziksel sağlık odaklı yaklaşımlarla değil, psikolojik değerlendirme ve müdahale süreçleriyle birlikte ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktır.

3. BARİATRİK CERRAHİ VE PROBLEMLİ YEME DAVRANIŞLARI

Obezitenin tedavisinde cerrahi olmayan yöntemlerin yeterli sonuç vermediği durumlarda bariatrik cerrahi en etkili tedavi yöntemlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bariatrik cerrahi, Yunanca “bar” (ağırlık) ve “iatria” (tedavi) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir. Kilo kaybını amaçlayan ilk bariatrik cerrahi müdahale, 1950’li yıllarda Dr. Richard Varco tarafından gerçekleştirilmiştir (9). O zamandan bu yana, bariatrik cerrahi teknikleri çeşitlenmiş ve günümüzde en yaygın olarak Roux-en-Y gastrik bypass, Laparoskopik sleeve gastrektomi ve biliopankreatik diversiyon gibi yöntemler kullanılmaktadır (10).

Bariatrik cerrahinin etkili bir kilo verme yöntemi olmasına rağmen, problemlı yeme davranışları ameliyat öncesinde ve sonrasında ortaya çıkabilmektedir. Problemlı yeme davranışları, bireylerin fiziksel açlık hissetmeden yemek yeme eylemini sürdürmesi veya sağlıklı bir vücut ağırlığını koruma konusunda zararlı düşünceler geliştirmesi ile tanımlanabilir (11). Yeme bozuklukları ve kötü yeme alışkanlıkları problemlı yeme davranışlarının iki alt başlığıdır. Kötü yeme alışkanlıkları fast food tüketimi ya da öğün atlama gibi sağlıklı alışkanlıklardır, yeme bozuklukları ise tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi haddinden fazla yemektir (12).

Ergenlik dönemi, yeme bozukluklarının en sık görüldüğü dönemlerden biridir (13). Cinsiyet bağlamında bakıldığında kadınlarda daha yaygın olarak rastlanmaktadır (14). Batılı toplumlarda daha sık görölmesi, kültürel faktörlerin de bu bozuklukların gelişmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Erken çocukluk dönemi de yeme bozukluklarının temelinin atıldığı kritik bir dönemdir (15).

Bu makalede, bariatrik cerrahi ile problemlı yeme davranışları arasındaki ilişki incelenecek ve anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve duygusal yeme gibi alt başlıklar detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

3. 1. Bariatrik Cerrahi ve Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza (AN), düşük vücut ağırlığı, kısıtlı besin alımı ve bozulmuş beden algısı ile karakterize ciddi bir yeme bozukluğudur (16). AN’li bireylerin yeme isteği olsa da bu isteği bastırarak kilo alımını engelleyici davranışlar sergiledikleri bilinmektedir. Bu bireylerde besin tüketimini azaltma veya tamamen reddetme, kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışlar yaygındır (17).

DSM-5’e göre AN, iki alt tipe ayrılmaktadır. Kısıtlayıcı tip AN’de bireyler düzenli olarak tıkınırcasına yeme veya çıkartma davranışları göstermezler. Tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi ise bireyin düzenli olarak tıkınırcasına yemek yemesi veya kusma, laksatif ya da diüretik gibi telafi edici davranışlar sergilemesi ile karakterizedir. AN’li bireyler, yaş, cinsiyet ve gelişimsel faktörler göz önünde bulundurulduğunda düşük vücut ağırlığına sahip olsalar dahi kilo alma konusunda aşırı korku duyar ve kilo alımını engelleyecek davranışlar geliştirirler (18).

Yeme bozukluklarının bariatrik cerrahi hastalarında ameliyattan önce sıklıkla görüldüğü ve ameliyat sonrası süreçte devam edebildiği gibi bazı hastalarda da ameliyat sonrasında geliştiği görölmüştür (19). Gastrektomi ameliyatı geçiren 33 yaşındaki aşırı obez bir hastada (BKİ: 47 kg/m²), ameliyat öncesinde herhangi bir yeme bozukluğu tanısı bulunmamasına rağmen, postoperatif dönemde psikojenik anoreksiya nervoza geliştiği ve çoklu vitamin eksiklikleri nedeniyle iç organ fonksiyonlarında bozulmalar tespit edildiği bildirilmiştir (20).

Bu bağlamda yapılmış olan bir başka vaka çalışmasında ameliyat sonrasında AN gelişen bir hasta, kilo kaybını hızlandırmak amacıyla müşil kullanımı, oruç tutma ve yalnızca kızarmış ekmek ve marulla beslenme gibi sağlıklı yöntemlere başvurmuştur. Günlük kalori alımı 200-400 kaloriye düşmüş ve protein alımı yetersiz hale gelmiştir. Anorektik düşünceler nedeniyle tedaviyi tamamlamaktan kaçınmıştır (21). Bu tür cerrahi sonrasında gelişen psikiyatrik tablolar yeme bozukluklarının yalnızca preoperatif dönemden süregelmediğini düşündürmekle birlikte cerrahi sonrası psikolojik desteğin önemine ışık tutarak, kilo kaybı hedefinin patolojik düzeye evrilebileceğini ve bu sürecin bazı bireylerde ciddi fiziksel ve psikolojik komplikasyonlara yol açabileceğini göstermektedir.

Laparoskopik tüp mide ameliyatı geçiren 18 yaşındaki bir bireyde, kısıtlayıcı tip AN geliştiği ve bireyin gün içerisinde üç kez tartılarak kilosuna göre besin alımına karar verdiği belirtilmiştir. Baş dönmesi ve yorgunluk gibi semptomlar yaşamasına rağmen, hasta tedaviyi reddetmiştir (22). Bilio-intestinal bypass uygulanan bir vakada 29 yaşındaki bir hastanın, ameliyattan bir süre sonra sonrası günde 6 litreye kadar su içmeye devam ettiği ve kilo alma korkusu nedeniyle yeme davranışını kısıtladığı görülmüştür. Bir önceki vakadan farklı olarak bahsedilen bu vakada revizyon ameliyatı ve psikoterapi ile bireyin yeme alışkanlıkları kademeli olarak düzene girmiştir (23). Sunulmuş olan bu vaka analizleri, bariatrik cerrahi sonrası ortaya çıkan yeme bozukluklarının heterojen doğasını ve psikolojik müdahalenin tedavi sürecindeki kritik önemini ortaya koymaktadır.

Vaka raporları, morbid obez bireylerin bir alt grubunda kilo kaybı sürecinde AN gelişme riskinin bulunduğunu göstermektedir (24). Gastroplasti ameliyatı sonrası anoreksiya geliştiren iki erkek hastanın vaka analizleri, her iki bireyin de ameliyat öncesinde psikiyatrik değerlendirmeden geçmediğini ortaya koymuştur. AN geliştiren bu bireylerden biri psikoterapiyi kabul etmiş ve kilo alımı sağlamışken, diğeri kilo kaybetmeye devam etme niyetinde olduğunu bildirmiştir (25). İki hasta arasındaki bu seçim değişkenliği psikiyatrik değerlendirmenin yalnızca tanı koymaya değil, aynı zamanda tedavi sürecine uyumu tahmin etmeye yönelik de önemli ipuçları sunduğunu göstermektedir.

Bir başka vaka çalışmasında, gastrik bypass ameliyatı geçirmiş 52 yaşındaki bir hastanın, geçmişte iki kez ciddi kilo kaybı yaşadığı belirtilmiştir. Ameliyat sonrasında kısa sürede aşırı kilo vererek 46,8 kg düşen hastanın AN tedavi protokolüne katılmaya isteksiz olduğu ve önemli bir davranış değişikliği göstermeden taburcu edildiği rapor edilmiştir.(26). Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik ve beslenme öyküsünün kapsamlı biçimde değerlendirilmesinin önemi sunulan vaka çalışması katkısıyla görülebilmektedir. Özellikle tekrarlayan kilo kaybı öyküsü ve önceki yeme bozukluğu epizotları, postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonların öngörülmesinde kritik bir risk belirteçidir.

Bariatrik cerrahi sonrası anoreksiya nervoza gelişimi nadir görülmekle birlikte klinik olarak önem arz etmektedir. Vakalar, bu durumun hem preoperatif psikiyatrik değerlendirme eksikliğiyle ilişkili olabileceğini hem de postoperatif dönemde yeni başlayan patolojik yeme davranışlarıyla ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

3.2. Bariatrik Cerrahi ve Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa (BN), aşırı yemek yeme sonrasında bireyde kendini eleştirme, suçluluk duygusu ve depresif duygudurum ile karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bireyler, aşırı yemek yedikten sonra kusma, laksatif veya diüretik kullanımı ya da aşırı egzersiz yapma gibi telafi edici davranışlarda bulunurlar. BN'lı bireyler yemek yerken kontrol kaybı yaşadıklarını hissederler ve genellikle normal kiloda ya da kilolu olabilirler (27). Bu yönüyle, BN'nin yalnızca fiziksel belirtilerle değil, aynı zamanda duygudurum düzenleme güçlükleriyle de değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

BN'lı bireyler, anoreksiya nervoza (AN) tanısı almış bireylerin sahip olduğu katı, disiplinli ve cezalandırıcı vicdani yapıya kıyasla daha dürtüsel, sorumsuz ve disiplinsiz bir davranış örüntüsü sergilerler (28). DSM-5'e göre BN'nin iki alt tipi bulunmaktadır. Çıkartma olan tipte, birey tıknırcasına yemek yeme atağının ardından kusma, laksatif veya diüretik kullanımı gibi telafi edici davranışlarda bulunur. Çıkartma olmayan tipte ise birey, tıknırcasına yeme ataklarını telafi etmek için aşırı egzersiz yapma veya uzun süreli aç kalma gibi stratejilere başvurur (18). Ayrıca, bireylerin benlik değerlendirmesi büyük ölçüde vücut ağırlığı ve bedensel görünümüne dayanmaktadır (29).

Bariatrik cerrahinin ardından ortaya çıkabilecek yeme bozukluklarının tanı ve tedavi süreçleri, kilo kaybının cerrahinin doğal bir sonucu olarak görülmesi nedeniyle oldukça karmaşıktır. Bu nedenle bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası süreçlerde kapsamlı psikolojik değerlendirmeler ve yeme bozukluğu taramaları yapılması kritik önem taşımaktadır (22).

Öğünler veya atıştırmalıklar arasında, plansız ve tekrarlayan bir şekilde küçük miktarlarda yemek yeme davranışı "Picking and Nibbling" (P&N) olarak tanımlanmaktadır. BN ve diğer yeme bozukluklarında P&N davranışının görülme sıklığını ve bariatrik cerrahi süreçleriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada, P&N davranışının BN tanısı almış bireylerde %57,6 oranında görüldüğü, ancak TYB ve AN gruplarında bu oranın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, P&N'nin yeme bozukluğu semptomları veya telafi edici davranışlarla anlamlı bir bağlantısı bulunmadığı belirtilmiştir. Bariatrik cerrahi bağlamında ise bu davranış, uzun vadede kilo kaybı başarısızlığına yol açabilmektedir. Sonuçlar P&N'nin daha çok cerrahi sonrası gelişen bir davranış olabileceğini düşündürmektedir (30). Bu durum, cerrahi sonrası yeme davranışlarının yalnızca klasik yeme bozukluğu tanılarıyla değil, yeni ve farklı yeme kalıplarıyla da ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

Cerrahi sonrası kilo kaybı sürecinin, yeme bozukluklarıyla benzer klinik tablolarla örtüşmesi, tanı ve müdahaleyi zorlaştırmaktadır. Özellikle P&N gibi özgün davranış örüntüleri, BN'nin klasik belirtilerinden sapmalar gösterebilir. Bu nedenle, bariatrik cerrahi geçiren bireylerin yeme davranışları uzun vadede dikkatle izlenmeli ve psikoeğitsel destek sürece entegre edilmelidir.

3.3. Bariatrik Cerrahi ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), bir kişinin belirli bir zaman diliminde, mevcut koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besin tüketmesi, yemek yeme davranışını kontrol edememesi ve aşırı yemek yeme davranışının tekrarlaması ile karakterizedir. BN'den farklı olarak, tıkınırcasına yeme nöbetlerinden sonra telafi edici davranışlar gözlenmemektedir (31). TYB'li bireylerde, açlık hissi duymadıkları zamanlarda bile, hızla ve rahatsız edici seviyede aşırı yemek yeme davranışı gözlemlenir (32).

DSM-5'e göre, TYB tanı kriterleri, tekrarlayan şekilde, kısıtlı bir süre içinde kontrolsüz yemek yeme davranışını içerir. Bu dönemde kişiler, aşırı miktarda yemek yedikten sonra, yediği miktardan utandığı için genellikle yalnız yemek yer ve yemek sonrası kendinden tiksime, suçluluk duyma gibi duygular yaşar. Tıkınırcasına yemede telafi edici davranışlar bulunmaz. Bu durum, en az üç ay süresince, haftada bir kez gözlemlenmelidir (18).

Bariatrik cerrahi sonrası yeme davranışlarındaki değişiklikler, hem uygulanan cerrahi tekniğe hem de bireysel psikososyal değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu durum, müdahale yöntemlerinin etkililiğinin hasta bazında değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir (33). Barstad ve arkadaşlarının (34) çalışması, sleeve gastrektomi (SG) ve Rouxen-Y gastrik bypass (RYGB) gruplarında ameliyat sonrası tıkınırcasına yeme skorlarının anlamlı şekilde düştüğünü, ancak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, bireysel farklılıklar dikkat çekmiş, bazı hastaların tıkınırcasına yeme skorlarında minimal seviyelere gerileme, bazı hastalarda ise artış gözlenmiştir. Bununla birlikte, RYGB grubunda şiddetli tıkınırcasına yeme vakalarına rastlanmaması, bu yöntemin tıkınırcasına yeme üzerindeki olumlu etkilerini desteklemektedir.

Cerrahi sonrası tıkınırcasına yemenin azalmasının uzun vadeli kilo kaybı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Tıkınırcasına yeme davranışındaki azalma, kilo kaybı oranlarını artırmakta, buna karşın tıkınırcasına yeme semptomlarının devam etmesi kilo kaybını olumsuz etkilemektedir (35). Porat ve arkadaşlarının (36) çalışması, ameliyat öncesinde tıkınırcasına yeme prevalansının %48,1 olduğunu, bir yıl sonra ise bu oranın %17,4'e düştüğünü ortaya koymuştur. Tıkınırcasına yeme, bariatrik cerrahinin kısıtlayıcı yapısı nedeniyle ilk birkaç yıl içinde genellikle azalmakta, ancak atıştırma gibi alternatif aşırı yeme davranışları da gelişebilmekte ve bu da tıkınırcasına yemenin uzun vadede tekrar ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Gelişen bu alternatif problemlili yeme davranışı, gün boyunca yüksek kalorili atıştırmalık tüketiminin cerrahi sonrası toplam kalori alımının artmasına sebep olabilmektedir. (37). Bu nedenle, TYB semptomlarının izlenmesi cerrahi sonrası kilo yönetimi başarısı açısından kritik bir değişken olarak ele alınmalıdır.

Cerrahi sonrası müdahalelerle tıknırcasına yeme davranışının daha uzun vadeli şekilde azaltılmasının mümkün olduğunu yansıtan bir çalışmada 90 gün boyunca probiyotik desteği sağlanan post-op hastalarda, probiyotik grubundaki bireylerin ameliyattan bir yıl sonra tıknırcasına yeme skorlarının plasebo grubuna kıyasla anlamlı ölçüde düşük olduğu bulunmuştur (38). Beslenme odaklı korumaların yanı sıra egzersiz ve motivasyona dayalı programlar, tıknırcasına yeme bozukluğunu azaltmakta ve sağlıklı davranışların gelişmesine yardımcı olmaktadır. Multidisipliner davranışsal programların zamanında uygulanması, cerrahi sonuçları daha etkili bir şekilde iyileştirebilir (39). Bu bağlamda yapılan çalışmalar nihayetinde cerrahi sonrası süreçlere bilişsel-davranışçı müdahaleler ve beslenme rehberliğinin entegre edilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır. Multidisipliner yaklaşımın, yeme davranışı disfonksiyonlarının düzeltilmesinde sürdürülebilirlik sağlarken, sağlamasıyla birlikte hastaların psikobeslenme sağlığını optimize etmek için kritik bir bileşen olduğu da yansıtmaktadırlar.

Tıknırcasına yemenin cerrahi öncesinde tespit edilmemesi, cerrahi sonrası uyumsuz başa çıkma stratejilerinin gelişmesine neden olabilir (40). Bu kanı bağlamında yapılan bir vaka analizinde cerrahi sonrası TY davranışının fiziksel olarak engellenmesi sonucu kendine zarar verme gibi davranışların geliştiği bir vaka rapor edilmiştir. Bu durum, cerrahi öncesinde psikososyal değerlendirmelerin ve cerrahi sonrası terapötik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, Cassin ve arkadaşlarının (41) araştırması, gıda bağımlılığı ile tıknırcasına yeme arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve telefon tabanlı bilişsel davranışçı terapinin bu semptomlar üzerinde olumlu etkiler sağladığını göstermiştir. Gıda bağımlılığı olan hastaların yalnızca %13'ü, ameliyat sonrası bir yıl içinde gıda bağımlılığı sınırını aşmış ve tıknırcasına yeme ile psikiyatrik sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Telefon tabanlı bilişsel davranışçı terapinin müdahalenin hemen ardından gıda bağımlılığı semptomatolojisini iyileştirdiği bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları baz alındığında cerrahi sonrası uygun psikososyal müdahalelerin yokluğunda, maladaptif başa çıkma mekanizmaları ve kendine zarar verici davranışların ortaya çıkma riskinin arttığı görülmektedir.

Buna karşılık, telefon tabanlı bilişsel davranışçı terapiler gibi erişilebilir psikolojik müdahalelerin, yeme bozuklukları ve gıda bağımlılığı semptomlarının azaltılmasında etkin rol oynadığı da literatürde desteklenen bir başka olgudur.

Bariatrik cerrahiden elde edilen başarı yalnızca kilo kaybıyla ölçülmemelidir. Tıknırcasına yeme gibi problemli yeme davranışlarının devam etmesi cerrahi sonuçları olumsuz etkileyebilir (36). Tıknırcasına yeme semptomlarının cerrahi sonrası devam ettiği hastalarda kilo kaybı başarısızlık oranları daha yüksek olup, verdikleri kiloyu geri alma olasılıkları artmaktadır (42). Dolayısıyla, cerrahi girişimlerin uzun vadeli başarısı, sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik değişkenlerin de bütüncül şekilde ele alınmasına bağlıdır.

Bariatrik cerrahi, tıknırcasına yeme davranışını kısa vadede azaltmakla birlikte, bu etkinin kalıcılığı bireysel farklılıklara bağlı olarak değişmektedir. Davranışsal müdahalelerle desteklenmeyen hastalarda problemli yeme örüntülerinin yeniden ortaya çıkabildiği görülmektedir. Bu nedenle cerrahinin, psikososyal değerlendirme ve izlem süreçleriyle birlikte yürütülmesi gereklidir.

3.4. Duygusal Yeme ve Bariatrik Cerrahi Sonrasındaki Etkileri

Duygusal yeme, ruh halini kontrol altına almak amacıyla gerçekleştirilen bir davranış olarak tanımlanır (43). Depresyon, anksiyete gibi duygu değişimlerine karşılık fazla yemek yemeye neden olan bir yeme davranışı olarak ortaya çıkar. Bu tür aşırı yeme tepkisi, obez bireylerde, yeme bozukluğu olan kadınlarda ve diyet yapan normal kilolu kişilerde yaygın olarak gözlemlenmektedir (44). Duygusal durumlar, iştahımızı doğrudan etkiler ve bu da besin alımımızın artmasına veya azalmasına neden olabilir. DSM-5 tanı sisteminde duygusal yeme, resmi bir yeme bozukluğu olarak yer almamaktadır (45).

Bariatrik cerrahi sonrası duygusal düzensizliklerin kötü sonuçlar doğurabileceği görülmüştür. Düzensiz yeme ve psikolojik problemler, bariatrik cerrahi sonrasında kilo alımı ile ilişkilendirilen risk faktörlerinden biridir (46). Bir çalışmada, telefon tabanlı bilişsel davranışçı terapi uygulanan hastalarda tıknırcasına yeme, duygusal yeme, depresyon ve anksiyete semptomlarında anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir (47).

Diğer bir araştırmada ise bariatrik cerrahi hastalarında duygusal yeme ve depresyonun birbirini tetiklediği belirlenmiştir (48). Diyalektik davranış terapisi uygulanan bariatrik cerrahi hastalarında ise duygusal yeme düzeylerinde azalma ve kilo kaybının kolaylaşması gözlemlenmiştir (49). Bulgular, duygusal yemenin bariatrik cerrahi sonrası psikolojik uyum ve kilo yönetimi açısından önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır.

Bariatrik cerrahi adaylarında genellikle duygusal yeme, depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkilidir (50). Yapılan bir çalışmada, düşünce ve duyguları yargılamayan bir tutumun benimsenmesinin, bariatrik cerrahi sonrasında yeme alışkanlıklarının iyileşmesine yardımcı olduğu görülmüştür (51). Bu kanıyı destekleyen bir vaka analizinde, bariatrik cerrahi ameliyatı sonrası 7. ayında 100 kilo veren bir bireyin, olumsuz ruh haliyle birlikte yeme davranışlarının kötüleştiği ve 36. ayında verdiği kiloların %70'ini geri aldığı gözlemlenmiştir. Ancak aldığı psikolojik tedavi ile ruh halinde iyileşme sağlanmış ve kilo verme hedeflerine yönelik motivasyonu artmıştır (37). Bu nedenle, duygusal yeme davranışının erken dönemde tanımlanması ve psikolojik müdahalelerle desteklenmesi, cerrahi sonuçların sürdürülebilirliğini artırabilir.

Bariatrik cerrahi sonrasındaki rehabilitasyon hizmetlerinin, bireylerin benlik saygısı, duygusal yeme ve diyet kontrolü gibi psikolojik değişkenlerinde iyileşmeler sağlayarak kilo kayıplarını artıracakları öngörülmektedir (52). Geller ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, bariatrik cerrahi geçiren bireylerin ameliyat sonrası bir yıl içinde kilo vermeleri sonucu beden imajı memnuniyetsizliği ve duygusal yeme puanlarının anlamlı şekilde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (53). Ayrıca, başka bir çalışmada ameliyat sonrası bir yıl içerisinde kontrolsüz yeme ve duygusal yemenin iyileştiği gözlemlenmiştir (54). Cerrahi sonrası dönemde psikososyal iyileşmenin fiziksel sonuçlar üzerinde belirleyici bir rol oynadığı bahsedilen çalışmalarca desteklenmektedir. Duygusal yeme, bariatrik cerrahi sonrası hem kilo yönetimini hem de psikolojik uyumu etkileyen kritik bir değişkendir. Çalışmalar, bu davranışın depresyon ve anksiyete ile karşılıklı etkileşim içinde olduğunu ve kilo kaybının sürdürülebilirliğini zorlaştırdığını göstermektedir. Bu nedenle cerrahinin, sadece fizyolojik değil, psikososyal süreçleri de kapsayan bütüncül müdahale yaklaşımlarıyla desteklenmesi gerekmektedir.

4. SONUÇ

Bariatrik cerrahi, yalnızca anlamlı kilo kaybı ve metabolik parametrelerde iyileşme sağlamanın ötesinde, bireyin psikososyal işlevselliğini ve davranışsal uyum süreçlerini de kapsayan çok boyutlu bir müdahaledir. Cerrahinin etkileri yalnızca somatik iyileşme ile sınırlı kalmamakta; aynı zamanda yaşam kalitesinin artışı, psikolojik esenliğin güçlenmesi ve davranışsal değişimlerin teşvik edilmesi yönünde de potansiyel taşımaktadır. Bununla birlikte, bireysel psikopatolojik profiller dikkate alındığında, bazı hastalarda cerrahi sonrası anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve emosyonel yeme gibi patolojik yeme davranışlarında gerileme gözlenirken, bazı olgularda bu davranış örüntülerinin devam ettiği ya da yeni problemler yeme biçimlerine evrildiği rapor edilmiştir. Bu durum, bariatrik cerrahinin yalnızca biyolojik temelli bir müdahale olarak değil, psikiyatrik ve davranışsal bileşenleri de içeren bütüncül ve disiplinler arası bir yaklaşım çerçevesinde ele alınması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Cerrahi sonrası dönemde yapılan psikososyal değerlendirmeler ve bilişsel-davranışçı temelli terapötik müdahaleler, bireylerin motivasyonel düzeylerini artırarak, kilo kaybının sürekliliğini ve psikolojik uyum süreçlerini destekleyici bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, postoperatif izlem süreçlerinin düzenli ve yapılandırılmış olması, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine adherans göstermeleri açısından klinik önem taşımaktadır. Aynı şekilde, preoperatif dönemde gerçekleştirilen kapsamlı psikolojik taramalar ve davranışsal risk analizleri, olası komplikasyonların öngörülmesi ve önlenmesi adına koruyucu bir işlev görmektedir. Bu bağlamda, hastaların cerrahi sürecin fizyolojik sınırlarının yanı sıra, ruh sağlığı ve yeme davranışları üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirilmeleri ve sağlık okuryazarlıklarının artırılması önerilmektedir.

Bariatrik cerrahinin uzun vadeli başarısı, multidisipliner bir ekip yaklaşımı çerçevesinde; cerrah, psikiyatrist, psikolog ve diyetisyen iş birliğiyle yürütülen bütüncül bir bakım modeli ile mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak, bariatrik cerrahi yalnızca beden ağırlığı regülasyonu sağlayan invaziv bir girişim değil, aynı zamanda bireyin psikolojik sağlamlığına, davranışsal regülasyonuna ve yaşam kalitesine bütünsel katkı sunan kompleks bir tedavi sürecidir. Cerrahi müdahale, mevcut yeme bozukluklarını azaltma veya yönetme kapasitesine sahip olmakla birlikte, bu etkilerin bireysel farklılıklar doğrultusunda değişkenlik gösterebileceği göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle, psikoeğitim, psikoterapi ve davranışsal müdahale programları, cerrahi sonrasında tedavi başarısını artıran temel bileşenler arasında yer almaktadır.

Received/Geliş Tarihi: 30.03.2025

Accepted/Kabul Tarihi: 17.07.2025

Kaynaklar / References

1. Berberoğlu Z, Hocaoglu C. Küresel sağlık sorunu 'obezite': güncel bir gözden geçirme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi . 2021;8(3):54352.
2. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
3. Ertem M. Obezite epidemiyolojisi ve korunma. Klinik Tıp Bilimleri. 2017;5(5):2130.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Obezite [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite>
5. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
6. Bolayır B, Ölçer D, Tekbıyık B, Kara G, Çatuk H. Obezite hastalığına sebep olan faktörlerin analitik hiyerarşi prosesi (AHP) yöntemiyle değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;12(4):157189.
7. Demiray G, Yorulmaz F. Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. Sağlık Bilim Değer. 2023;13(1):14755.
8. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565264>
9. Arda G, Yılmaz H. Bariatrik cerrahi sonrası bireylerin iştah kontrolü, hedonik açlık durumu ve diyet kalitesinin değerlendirilmesi [master's thesis]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik; 2024.
10. Özkan E. Obezite tedavisinde bariatrik cerrahinin psikolojik etkileri. J Acad Soc Sci. 2024;157(157):91107.
11. Allison KC, Cirona Singh AA. Is obesity an eating disorder? In: Fairburn CG, editor. The Wiley handbook of eating disorders. Chichester (UK): Wiley; 2015. p. 901–15.
12. Sevinçer GM. Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. Anadolu psikiyatri derg. 2016; 17 Suppl 2:5-45.
13. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010;13:58393.
14. Küey AG. Ergenlerde yeme bozuklukları. In: Çetin Ç, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB; 2008. p. 40723.
15. Erbay LG, Seçkin Y. Yeme bozuklukları. Guncel Gastroenterol. 2016;20(4):47347.
16. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia nervosa/ atypical anorexia nervosa. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2017;47(4):7084.
17. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. İlk Soz. 2009;22(4):3945.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed, text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2022.
19. Marino JM, Ertelt TW, Lancaster K, Steffen K, Peterson L, de Zwaan M, Mitchell JE. The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications. Int J Eat Disord. 2012;45(2):17984.
20. Cerutti D, Guilpain P, Schiffmann A, Rivière S, Carra C, Labauge P, Le Quellec A. Anorexie psychogène et carences vitaminiques sévères dans les suites d'une gastrectomie longitudinale [Serious clinical manifestations of vitamin deficiency after a "sleeve" gastrectomy: role of psychogenic anorexia]. Rev Med Interne. 2014 Sep;35(9):609–612.



21. Scioscia TN, Bulik CM, Levenson J, Kirby DF. Anorexia nervosa in a 38 years old woman 2 years after gastric bypass surgery. *Psychosomatics*. 1999;40(1):868.
22. Williams D, Chaves E, McKnight E, Eneli I. Diagnostic and treatment challenges of eating disorders after adolescent bariatric surgery: a case report. *Clin Obes*. 2020;10(4):e12367.
23. Tortorella A, Volpe U, Fabrazzo M, Tolone S, Docimo L, Monteleone P. From overto underweight: treatment of postsurgical anorexia nervosa in morbid obesity. *Eat Weight Disord*. 2015;20:52932.
24. Atchison M, Wade T, Higgins B, Slavotinek T. Anorexia nervosa following gastric reduction surgery for morbid obesity. *Int J Eat Disord*. 1998;23(1):1116.
25. Bonne OB, Bashi R, Berry EM. Anorexia nervosa following gastropasty in the male: two cases. *Int J Eat Disord*. 1996;19(1):1058.
26. Shear M, DeFilippis EM. Complications of preoperative anorexia nervosa in bariatric surgery. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9(4):4248.
27. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygin D, Sert H. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*. 2015;2(2):18797.
28. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2014.
29. Ergin AB. Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2014;1(1):4154.
30. 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(3):2749.
31. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(4):419-435.
32. Topçuoğlu V. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve tedavisi. In: Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E, editors. *Yeme Bozuklukları ve Obezite*. İstanbul: Beta Yayınları; 2013. p. 261-272.
33. Mitchell JE, Christian NJ, Flum DR, et al. Postoperative behavioral variables and weight change 3 years after bariatric surgery. *JAMA Surg*. 2016;151(8):752-757.
34. Barstad E, Hansen T, Møller M. Effects of bariatric surgery on binge eating disorder and eating behaviors in patients undergoing sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *J Obes Metab Disord*. 2023;45(3):123-134.
35. Luiz LB, Brito CLDS, Debon LM, et al. Variation of binge eating one year after Roux-en-Y gastric bypass and its relationship with excess weight loss. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167577.
36. Porat T, Goldstein L, Thomas D. Long-term effects of bariatric surgery on binge eating disorder and eating behaviors: a 1-year follow-up study. *Obes Surg*. 2021;31(8):31423151.
37. Rush EC, Fitzgerald EL, McGregor M. The effects of bariatric surgery on eating behaviors and food intake: a longitudinal study. *Obes Res Clin Pract*. 2007;1(2):123130.
38. Carlos LDO, Ramos MRZ, Wagner NRE, et al. Probiotic supplementation attenuates binge eating and food addiction 1 year after Roux-en-Y gastric bypass: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arq Bras Cir Dig*. 2022;35:e1659.
39. Galle F, Marte G, Cirella A, et al. An exercise-based educational and motivational intervention after surgery can improve behaviors, physical fitness and quality of life in bariatric patients. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241336.
40. Tækker L, Sørensen C, Jensen R. Impact of bariatric surgery on disordered eating behaviors: a case report of self-harm development due to physical restriction of binge eating. *J Obes Weight Loss Ther*. 2018;8(4):234-240.
41. Cassin SE, McVey GL, Ristock L. The relationship between food addiction and binge eating behaviors: effects of mobile-based cognitive behavioral therapy in bariatric patients. *Eat Behav*. 2020;39:101443.
42. Coşkun E, Deveci E, İnce B. Effect of binge eating disorder on the treatment process of bariatric surgery. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(3):409-420.
43. Konttinen H. Dietary habits and obesity: the role of emotional and cognitive factors [dissertation]. Helsinki (FI): University of Helsinki; 2012.
44. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *J Mood Disord*. 2013;3(4):171-178.
45. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. *Arch Curr Med Res*. 2018;27(1):70-82.
46. Barbuti M, Carignani G, Weiss F, et al. Eating disorders and emotional dysregulation are associated with insufficient weight loss after bariatric surgery: a 1-year observational follow-up study. *Eat Weight Disord*. 2023;28(1):49.



47. Sockalingam S, Leung SE, Ma C, et al. Efficacy of telephone-based cognitive behavioral therapy for weight loss, disordered eating, and psychological distress after bariatric surgery: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2023;6(8):e2327099.
48. Büyükkasap Ç. Assessing how bariatric surgery, emotional eating, and depression could affect each other: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(48):e36409.
49. Hany M, Elfiky S, Mansour N, et al. Dialectical behavior therapy for emotional and mindless eating after bariatric surgery: a prospective exploratory cohort study. *Obes Surg*. 2022;32(5):1570-1577.
50. Miller-Matero LR, Armstrong R, McCulloch K, et al. To eat or not to eat; is that really the question? an evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord*. 2014;19:377-382.
51. Dalrymple KL, Maleva V, Chelminski I, Zimmerman M. Judgment towards emotions as a mediator of the relationship between emotional eating and depression symptoms in bariatric surgery candidates. *Eat Weight Disord*. 2022;27(8):3675-3683.
52. Hollywood A, Ogden J, Pring C. The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment-study protocol. *BMC Public Health*. 2012;12:290.
53. Geller S, Dahan S, Levy S, et al. Body image and emotional eating as predictors of psychological distress following bariatric surgery. *Obes Surg*. 2020;30:1417-1423.
54. Søvik TT, Karlsson J, Aasheim ET, et al. Gastrointestinal function and eating behavior after gastric bypass and duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9(5):641-647.