

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Obezite Cerrahisi Tedavi Sürecine Etkisi

Effect of Binge Eating Disorder on the Treatment Process of Bariatric Surgery

Elif Coşkun¹, Ezgi Deveci¹, Başak İnce²

Öz

Geçmişten günümüze yaygınlığı hızla devam eden obezite, fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik etkileri olan bir hastalıktır. Obezitenin birçok sebebinin olması ve eşlik eden hastalıkların bulunması, tanı alma ve tedavi sürecinde ciddi sonuçlarla karşılaşılmasına yol açmaktadır. Obezite tedavisi için seçilen yöntem kişinin beden kitle indeksine ve eşlik eden hastalığın varlığına göre değişiklik göstermektedir. Bu yöntemlerden biri olan, bariatrik ve metabolik cerrahi (obezite cerrahisi) kişinin obezitesine ek olarak sahip olduğu diğer hastalıklara ve cerrahin tercihine göre uygulanmaktadır. Bu konuda bilinmesi gereken en önemli şey; obezite cerrahisinin kapsamlı bir tedaviyi gerektirdiği ve tedavi sürecinin bir ekip ile birlikte yürütülmesi gerektiğidir. Cerrahi operasyon sonrası kişi iç hastalıkları uzmanı, obezite cerrahisi alanında uzmanlaşmış diyetisyen, beslenme ve yeme bozuklukları alanında uzmanlaşmış bir psikiyatrist ya da psikolog tarafından multidisipliner bir yaklaşım ile takip edilmelidir. Operasyon öncesi ve sonrası karşılaşılan, operasyonun başarısını olumsuz yönde etkileyebilen, en önemli sorunlardan biri ise tıkınırcasına yeme bozukluğudur. Bu makalede, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve ruhsal durumun obezite cerrahisini nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur.

Anahtar sözcükler: Obezite, bariatrik cerrahi, tıkınırcasına yeme bozukluğu, psikolojik destek

Abstract

Obesity, which continues to be widespread from past to present, is a disease to have physical, social, environmental and psychological effects. The presence of many causes of obesity and its comorbid diseases results in serious financial consequences in the diagnostic and treatment process. The methods chosen for the treatment of obesity varies according to the person's body mass index and the presence of comorbid disease. One these methods is bariatric and metabolic surgery (obesity surgery), and it is applied in the case of having additional diseases to patient's obesity and preferences of surgeon in addition to obesity. The most important thing to know about this issue is that obesity surgery is involved in a very comprehensive treatment. After surgery, the person should be followed with a multidisciplinary approach by an internal medicine specialist, a dietician specializing in bariatric surgery, a psychiatrist or psychologist specializing in nutrition and eating disorders. One of the most important problems encountered before and after the operation, which may adversely affect the success of the operation, is binge eating disorder. This article focuses on how binge eating disorder and mood influence obesity surgery.

Keywords: Binge eating disorder, bariatric surgery, binge eating disorder, psychological support

¹ FMV Işık Üniversitesi, İstanbul

¹ İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul

✉ Ezgi Deveci, D FMV Işık Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Turkey
ezgideveci@yandex.com

OBEZİTE, günümüzde yüksek mortalite ve morbidite oranları görülen, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem bireyleri hem de toplumun bütünü etkileyen en önemli halk sağlığı problemlerindedir. Obezitenin birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal zorluğu beraberinde getirmesi sebebiyle tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. Obezite tedavisi için yaşam tarzı değişikliği, ilaç tedavisi, psikoterapi gibi yöntemler kullanılsa da cerrahi tedavi günümüzde yaygın olarak tercih edilen bir diğer tedavi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite cerrahisi bilinen kilo verme yöntemlerine kıyasla büyük miktarda kilonun kısa zamanda kaybedildiği bir yöntem olsa da cerrahi adaylarının büyük bir çoğunluğu ameliyat sonrası kilo kaybı ile ilgili başarıyı etkileyebilecek düzeyde yeme ile ilişkili fiziksel ve psikiyatrik/psikolojik bazı zorluklar yaşayabilmektedir. Obezite cerrahisinin kendisine özgü yeme kuralları (ilk aylarda katı besin yasağı, katı ve sıvının aynı anda tüketilmemesi, bazı yiyecek ve asitli içeceklerin yasaklanması, vb.) bireylerin fiziksel olarak zorluk yaşamasına neden olurken (Bosnic 2014, Marcotte ve Chand 2016) operasyon öncesi süreçte var olan psikolojik sorunlar/psikiyatrik bozukluklar (yeme bozuklukları, depresyon, kaygı bozukluğu, vb.) hem bireylerin sosyal, duygusal ve mesleki güçlükler yaşamasına hem de tedaviden yeterince faydalanamamasına neden olmaktadır (Kinzl 2010).

Bu makalenin ilk bölümünde obezite ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmekte; obezite cerrahisi için başvuran adayların psikolojik değerlendirmeden geçmelerinin önemine değinilmektedir. Ancak, makalenin ana odağı olarak; obezitesi olan bireyler arasında yaygın olarak görülen tıknırıcısına yeme bozukluğunun (TYB) obezite cerrahisi öncesi ve sonrasında psikolojik değerlendirme yapılarak incelenmesinin önemi ve TYB'nin tedavi sürecine etkisi tartışılacaktır.

Obezitenin tanımı

Obezitenin tanımlanmasında kullanılan en temel yöntem beden kitle indeksi (BKİ) hesaplamasıdır. Kişinin beden ağırlığının boyuna göre ayarlanmasının bir ölçütü olan BKİ'nin, yetişkin bireyler için kullanılan sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Yetişkin bireyler için BKİ sınıflandırması (WHO 2000, TEMD 2018a)

Sınıflandırma	BKİ* (kg/m ²) Değerleri
Zayıf	18.50 ve altı
Normal	18.50-24.99
Fazla Kilolu (Pre-obez)	25.00-29.99
Şişman (Obez)	30.00 ve üzeri
I. Derece Obez	30.00-34.99
II. Derece Obez	35.00-39.99
III. Derece Obez	40.00-49.99
IV. Derece Obez (Süper Obez)	50.00 ve üzeri

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2016 yılında açıklanan rakamlara göre dünya nüfusunun %39'unun fazla kilolu skalasında yer aldığı, %13'ünün ise obez skalasında yer aldığı tahmin edilmektedir (TEMD 2018a). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de obezitenin önemli ve yaygın bir sağlık sorunu haline geldiğine dair veriler bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2016 yılında açıkladığı rapora göre, ülke genelindeki yetişkinlerin %29.5'i (kadınlarda %35, erkeklerde %23,9) obezite problemi yaşamaktadır (TEMD 2018a).

Obezitenin oluşmasında fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik birçok faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Obeziteye yol açan çevresel faktörler arasında uzun saatler televizyon izleme, sigara ve alkol kullanımı ve spor yapmamak gibi faktörleri kapsayan hareketsiz yaşam tarzı (Dunstan ve ark. 2010, Robroek ve ark. 2011); yoğun çalışma düzeniyle gelen sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fast-food tarzı yiyecek tüketimi, kilolu ve/veya aşırı kilolu ebeveyn ve arkadaşlara sahip olmak gibi faktörler yer almaktadır (Bodor ve ark. 2010, Elder ve ark. 2010). Düşük sosyo-ekonomik seviyenin bireylerin sağlıklı yiyeceklerle ulaşmasını engellemesi ya da yüksek sosyo-ekonomik seviye olup dışarıda fazla ve sık yeme gibi etkenler sosyo-ekonomik faktörler (Goyal ve ark. 2010, Ogden ve ark. 2010); bazı kültürlerde bölgeye özgü pişirme usullerinin olması, porsiyonların büyüklüğü ve tüketilen yiyeceklerin çokluğu gibi etkenleri kapsayan faktörler ise kültür etkisi olarak değerlendirilmektedir (Teufel 1997, Bruss ve ark. 2005). Çevresel ve sosyal faktörlere ek olarak, dopamin reseptörlerindeki ve dopamin salınımındaki değişiminin yeme davranışını artırması gibi bazı genetik faktörler ve insülin direnci, diyabet, hipotiroid ve hiperlipidemi gibi faktörleri kapsayan metabolizma ile ilgili sorunlar da obezitenin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (Racette ve ark. 2003, Silventoinen ve ark. 2010, Pinto ve ark. 2016). Bununla birlikte, duygusal yeme, beden memnuniyetsizliği, bireyin bilişsel olarak hatalı düşünceleriyle pekişen hatalı yeme davranışları, alkol ve madde kullanımı ve çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar (tıkınırcasına yeme bozukluğu, depresyon ve kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları, vb.) gibi faktörler de obezitenin gelişmesinde etkili olan psikolojik etmenler olarak sayılmaktadır (Deveci 2013).

Obezitenin oluşmasına etki eden fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik faktörler, obezite oluşuktan sonra da bireylerin hayatını birçok yönden olumsuz etkileyecek şekilde çeşitli sağlık problemleri yaşamasına neden olabilmektedir. Obezitesi olan bireyler arasında yaygın olarak karşılaşılan sağlık problemleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Obezite ile birlikte oluşan bazı hastalıklar (Jarolimova ve ark. 2013, GBD 2015 Obesity Collaborators)

Hastalıklar
Tip 2 Diyabet
Yüksek Kolesterol
Hipertansiyon
İnme
Şiddetli Alkol Dışı Karaciğer Yağlanması
Uyku Apnesi
Reflü
Mesane Zayıflığı
Kısırlık
Osteoartrit ve Diğer Eklem Hastalıkları
Kalp ve Damar Hastalıkları
Migren, Baş Ağrısı ve Kulak Çınlaması
Beslenme ve Yeme Bozuklukları
Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları
Astım

Obezite tedavisi

Obezitesi olan bireylerin yaygınlığının arttığı ve bu sağlık sorununun, bireylerin hayatının çeşitli alanlarını olumsuz şekilde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, obezitenin etkili bir şekilde tedavi edilmesinin büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Günün-

müzde obezite tedavisi temel olarak dört ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar; yaşam tarzı değişikliği (diyet ve/veya egzersiz ile tedavi), farmakoterapi, psikoterapi ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır (Tam, Çakır 2012). Obezite tedavisi için başvuran bir kişi için hangi tedavinin en uygun seçenek olduğuna yönelik karar kişinin obezite seviyesine göre değişiklik gösterebilmektedir.

Obezite tedavisinde ilk tercih edilen yöntem yaşam tarzı değişikliğini oluşturan diyet, egzersiz ve davranış değişikliğidir. Bu yöntem bir uzman kontrolünde, genellikle obezite ile birlikte başka bir hastalığı olmayan ve BKİ'si pre-obez veya fazla kilolu aralığında olan kişiler için uygulanmaktadır (National Institutes of Health 2000). Kilo verme amaçlı uygulanan diyetler genellikle besin değeri olmayan tokluk hissi uyandıran lifli gıdalardan oluşmaktadır. Bu yöntemde alınan lifli gıdalar yardımcı ile midenin şişmesi sağlanarak, alınan enerji miktarını tüketilen enerji miktarının altına çekmeye yardımcı olmak hedeflenmektedir. Diyete eşlik eden fiziksel aktivite artışı (günlük hareketin yanında egzersiz yapımı) ile davranış değişikliği obezite tedavisi için ilk tercih edilen tedavi seçeneği olarak görülmektedir (Greenway ve Smith 2000, National Institutes of Health 2000). Davranış değişikliğinin yanı sıra, uzman kontrolü eşliğinde yürütülen farmakoterapi de obezite tedavisinde kullanılan yöntemlerin arasında yer almaktadır. Bu yöntem genellikle en az 6 ay sürdürülen yaşam tarzı değişikliğinin işe yaramaması ve obeziteye eşlik eden bir hastalık olması durumunda uygulanmaktadır (National Institutes of Health 2000). Obezite tedavisine yönelik yürütülen psikoterapiler ise kişinin kilo alımını tetikleyen ve sürdüren davranışları ile kilo vermeyi zorlaştıran ya da yavaşlatan özellikle yeme ve beden ile ilgili işlevsiz düşünceleri üzerine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda obeziteye yönelik uygulanan davranış terapileri; obezitenin gelişmesine yol açan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili işlevsiz davranışları azaltmak ya da sürdürülmesi istenen davranışları pekiştirerek bunların kalıcı hale gelmesini sağlamayı hedeflemektedir (Oğuz ve ark. 2016). Bilişsel ve davranışçı terapiler ise kendini izleme (self- monitorization), doğru beslenme eğitimi, fiziksel aktiviteyi artırma, yeme davranışını tetikleyen uyaranların kontrolü, istenilen davranışların pekiştirilmesi ve güçlendirilmesi, bilişsel yeniden yapılandırma, düşük özgüven ve yeme üzerinde kaybedilen kontrolün ele alınmasına yardımcı olma ve erişilen ve/veya ideal kiloyu koruma yöntemlerinin öğretilmesini hedeflemektedir (Ricca ve ark. 2010, Turan ve ark. 2015, Oğuz ve ark. 2016). Bilişsel ve davranışçı terapinin yanı sıra kişilerarası psikoterapi ile yeme bozukluğunun ortaya çıkışı ve seyrini ön planda tutarak kişinin yaşadığı ve/veya yaşayabileceği sosyal yaşamdaki zorluklarla baş edebilmesi için beceriler kazanmasının teşvik edilmesine (Wilson ve ark. 2010, Turan ve ark. 2015); diyalektik davranışçı terapi ile yeme problemleri ile ilişkili farkındalığın geliştirilmesine, duyguların düzenlenmesine yardımcı olmaya ve kazanılan becerilerin günlük yaşama uygulanabilmesini desteklemeye (Linehan 1993, Turan ve ark. 2015); motivasyonel terapi ile ise kişilerin tedavi öncesi ve esnasında pes etme düşüncelerine karşı kişinin harekete geçmesine yardımcı olmaya (Geller ve ark. 2011, Turan ve ark. 2015) çalışılmaktadır.

Obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve etkili tedavi yöntemlerinden birisi olarak değerlendirilen diğer bir seçenek de Obezite Cerrahisi olarak bilinen Bariatrik ve Metabolik Cerrahidir (Kinzl 2010). Bu tedavi yöntemi birçok hastalığı beraberinde getiren obezite problemi için hem fazla kilolardan hem de metabolik hastalıklardan kurtulma yolu olarak değerlendirildiğinden tercih edilmektedir (Buchwald ve ark. 2004, Sağlam, Güven 2014, TEMD 2018a). Her ne kadar obezite cerrahisi çok yaygın olarak tercih edilse de obezite çok yönlü bir hastalık olduğundan, kişinin cerrahi müdahale için uygun bir aday olup olmadığı konusunda kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır.

Değerlendirmenin en önemli adımlarından birisi kişinin BKİ'sinin hesaplanmasıdır. Genellikle BKİ'si II. Derece Obez (35-39.9) aralığında olanlarda eşlik eden bir hastalık varsa; III. Derece ve üstü obez (40 ve üstü) aralığında olanlarda ise eşlik eden başka bir hastalık aranmaksızın kişiler ameliyat adayı olarak kabul edilmektedir. Ancak bununla birlikte BKİ'si I. Derece Obez aralığında olan kişilerde metabolik sendrom, yoğun anti-diyabetik tedaviye rağmen yeterli glisemik kontrolün sağlanamaması gibi eşlik eden hastalıklar olması halinde de obezite cerrahisi önerilebilmektedir (National Institutes of Health 2000, TEMD 2018b). Bu ana kritere ek olarak, hastanın cerrahi için uygun bir aday olup olmadığına yönelik kararın verilebilmesi için sağlanması gereken diğer kriterler Tablo 3'de sunulmaktadır.

Tablo 3 Cerrahi yöntem için uygunluk kriterleri (TEMD 2018b, NICE 2019)

Kriterler
BKİ 40 kg/m ² ve 40 kg/m ² 'nin üzerinde olmak
BKİ 35-40 kg/m ² arasında olup kilo kaybedildiğinde iyileşebilecek tip 2 diyabet, hipertansiyon dislipidemi, uyku-apne sendromu gibi en az 1 komorbiditenin eşlik ediyor olması
18-65 yaş arasında olmak (18 yaş altı ve 65 yaş üstünde eşlik eden ve başka şekilde kontrol altına alınamayan ciddi komorbidite durumu)
Hormonal hastalıklarının olmaması
Tedavi edilmemiş ve obeziteye yol açan bir endokrin hastalığın bulunmaması (Cushing, hipotiroidizm, insülinoma gibi)
Cerrahi yöntem harici tüm uygun yöntemleri denemek ama başarılı olamamak veya yeterli, klinik olarak faydalı kilo kaybı yaşayamamak veya kaybedilen kiloyu koruyamamak
Anestezi ve ameliyat için uygun olmak
Uzun süreli takip ihtiyacının kişi tarafından kabul edilmesi
Kadın hastalar için ameliyat sonrası ilk 1-2 yıl için gebelik beklemiyor olması
Hastanın yapılacak işlemi anlıyor olması
Çözümlemeyen psikolojik/psikiyatrik hastalık olmaması
Madde kullanımı/alkolizmin olmaması

Not: BKİ 30-34.9 kg/m² olan olgularda ise etkin ve yoğun antidiyabetik tedaviye rağmen yeterli glisemik kontrol sağlanamayan durumların olması halinde cerrahi yöntem önerilmektedir; BKİ: Beden Kitle İndeksi

Obeziteye neden olan tek bir faktör olmadığı için çeşitli alanlarda uzman olan kişilerin yapacağı değerlendirme sonucunda kişiye uygun tedavi yöntemi belirlenmesi ve obezitesi olan bireylerin doğru tedavi seçeneğine yönlendirilmesi önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar, uygun olmayan tedavi yöntemlerinin obez bireylerin yaşadığı sağlık sorunlarının çözümünde etkili olmadığını göstermektedir (Kramer ve ark. 1989, Byrne ve ark. 2003). Özellikle BKİ'si 35 ve üstü olan bireylerin geçmiş diyet ve egzersiz öyküsü bulunmasına rağmen tekrar benzer bir yöntem ile tedavi sürecine dahil edilmesinin uzun vadede kilo kaybını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Vogels ve ark. 2005).

Araştırma bulgularına göre Bariatrik ve Metabolik Cerrahi, morbid obezite problemi yaşayan kişiler için etkili müdahale yöntemlerinden biri olmakla birlikte (TEMD 2018b), hastaların cerrahi sonrası sürece uyum kabiliyetini etkileyen çeşitli fizyolojik ve psikolojik faktörler bulunmaktadır (Herpertz ve ark. 2004). Bu nedenle obezite tedavisi kapsamında uygulanan cerrahi müdahaleye ek olarak bu kişilerin ömür boyu iç hastalıkları uzmanı/endokrinolog ile çalışması ve belli zaman aralıklarında tekrarlanan kontrol tetkiklerini yaptırması (Şener 2014); obezite cerrahisi alanında uzmanlaşmış diyetisyen takibinde cerrahi sonrası yaşam için uygun yeme düzenini öğrenmesi ve beslenme kontrollerini yaptırması (operasyon sonrası uygulanması gereken beslenme programı, ağızda eriyen vitaminlerin alımı ve protein tozu kullanımı ile takibi, vb.) (Şener 2014, TEMD

2018b); kilo vermeyi kolaylaştırmak, verilen kiloyu korumak ve kilo vermeye bağlı sarkmaları engellemek amacıyla bir spor/egzersiz uzmanı ile çalışması (TEMD 2018b); kilo sorunlarına neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen problemlerle davranış ve tutumlar ile ilgili beslenme ve yeme bozuklukları alanında uzmanlaşmış bir psikiyatrist ya da psikolog tarafından değerlendirilmesi ve gerekiyorsa destek alması (Kinzl 2010) önerilmektedir. Özetle, obezite cerrahisine yönlendirilen kişilerin multidisipliner bir ekip tarafından ele alınmasının ve operasyon gerçekleştirildikten sonra yine multidisipliner bir ekip tarafından takip edilmesinin tedavinin etkili olması açısından büyük önem taşıdığı düşünülmektedir (Sağlam ve Güven 2014).

Obezite cerrahisinde psikolojik değerlendirme

Morbid obezitesi olan bireylerin ortak yanları olsa bile, genetik, eşlik eden fiziksel ve psikolojik hastalıklar, kişilik yapısı ve yeme davranışları gibi birçok faktör için oldukça heterojen bir yapı dikkat çekmektedir. Ancak, obezitesi olmayan bireylere kıyasla, morbid obezitesi olan bireylerde tıknama ve atıştırma gibi yeme davranışlarının yaygınlığının sık görüldüğü bildirilmektedir (Kinzl 2010). Yapılan çalışmalar, obezite cerrahisi için başvuran adayların önemli bir kısmının kahvaltıyı atlama, gece yeme, atıştırma tarzında minik minik ve sık sık karbonhidrat ve şeker ağırlıklı beslenme, aç olmadığı halde yeme, tok hissettiği halde yemeye devam etme veya kontrol kaybı hissiyle yeme gibi sağlıksız ve problemlerle yeme davranışı olduğunu ve bu davranışların eğer tedavi edilmezse cerrahi sonrası süreçte de görülmeye devam ettiğini göstermektedir (Kofman ve ark. 2010, Mitchell ve ark. 2015, Sevinçer 2016). Bu nedenle, cerrahi operasyon için aday olan bir obezite hastasının psikososyal bir değerlendirmeden geçmesi önem taşımaktadır.

Kilo verme amacıyla yapılan cerrahi operasyonlar için psikososyal değerlendirmenin temel amacı, ameliyat sonrası olumsuz sonuçlara katkıda bulunabilecek risk faktörlerinin veya potansiyel ameliyat sonrası zorlukların gözden geçirilmesi ve tanımlanmasını sağlamaktır. Bu faktörler, ameliyattan önce ve sonra ek tedavi veya müdahale önerisi ortaya koyabilmekte veya bazı durumlarda ameliyattan elde edilecek başarıyı sekteye uğratabilmektedir (örn. tekrar kilo alınması, beden memnuniyetsizliğinin tetiklenmesi vb.) (Sogg ve ark. 2016). Operasyon öncesi psikososyal değerlendirme ameliyattan önce ve sonra hasta ile birlikte çalışacak olan tüm sağlık personeli (cerrahi programın içinde ve dışında) için önemli bilgi edinme amacına da hizmet etmektedir. Sogg ve meslektaşları (2016), hastanın psikiyatrik özgeçmiş, psikososyal işlevselliği, sağlıkla ilgili davranışları (sigara içme, fiziksel aktivite), geçmiş kilo kaybı girişimleri dahil hastanın zaman içindeki kilo yörüngesinin kapsamlı bir geçmişi, duygusal yemenin olup olmadığı, tıknama davranışı ve ilişkili problemler, gece yeme sendromu, kilo kaybı beklentileri, hasta motivasyonu ve tedavi süreciyle ilgili bilgisinin cerrahi öncesi psikososyal değerlendirme içinde yer almasını önermektedir.

Obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğu ilişkisi

TYB, Ruh Sağlığı Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskısında (DSM-5); “Tek seferde (ortalama 2 saatlik bir zaman dilimi içinde), diğerlerinin yiyebileceğinden çok daha büyük miktarlarda yiyecekleri arka arkaya, fiziksel bir açlık olmamasına rağmen kontrolü kaybetme duygusu ile birlikte yemek ve yedikten sonra yoğun bir suçluluk duygusu yaşamak” olarak tanımlanmaktadır. Yiyecekleri hızlı bir şekilde tüketmek, rahatsız hissedene kadar yemeye devam etmek, aç olmadığı halde yemek, yalnızken yemek ve

tıkınma atağından sonra suçluluk veya iğrenme hissetmek TYB'si olan bireyler arasında yaygın olarak görülen davranışlar arasında yer almaktadır (APA 2013).

TYB, obezite problemi yaşayan bireyler arasında yeme ile ilişkili olarak yüksek oranda görülen psikopatolojilerdendir. Yapılan çalışmalar yaşam boyu yaygınlık oranının ortalama olarak %1,9 olduğunu (Kessler ve ark. 2013), obezite tedavisi için başvuran kişilerde ise %15-50 arasında olduğunu göstermektedir (Yücel 2009). Obeziteye eşlik eden TYB, daha yüksek düzeyde psikiyatrik eş tanıya ve düşük özgüvene yol açabilmektedir (Vaidya ve Malik 2008). Bu da cerrahi yonteme başvuran adayların operasyon başarısını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Van Hout ve ark. 2005).

Psikolojik değerlendirmede tıkınırcasına yeme bozukluğu

Obezite sorunu yaşayan ve bu amaçla cerrahi tedavi almak için başvuran kişiler arasında TYB, bulimiya nervoza (BN), duygusal yeme, gece yeme bozukluğu ve atıştırma (grazing) gibi yeme ile ilişkili psikopatolojik sorunlar görülebilmektedir (Kinzl 2010, Sevinçer 2016). Yapılan araştırmalarda özellikle TYB yaşayan obezite hastalarının TYB yaşamayan obezite hastalarına göre daha şiddetli kilo problemi yaşadıkları/obezite seviyesine sahip oldukları; böyle bir durumda da cerrahi yönteminin faydalı olmadığı bulunmuştur (Mitchell ve ark. 2001). Örneğin, obezite cerrahisi için başvuran adaylar arasında cerrahi öncesi TYB yaygınlığının incelendiği bir derleme çalışmada TYB oranlarının %2 ila %49 arasında değiştiği, subklinik tıkınma davranışı oranlarının ise %6 ila %64 arasında olduğu bildirilmektedir (Niego ve ark. 2007).

Amerika ve Avrupa kıtalarında yapılan araştırmaların bulgularına benzer şekilde ülkemizde de örneğin Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bariatrik cerrahi için başvuran adayların %23,1'inde TYB ve gece yeme sendromu ya da her ikisi birden olduğu bildirilmiştir (Eroğlu ve ark. 2018). Bununla birlikte, obezite tedavisi için başvuran adayların TYB'ye ek olarak yüksek derecede psikolojik sorunlar (depresyon, anksiyete, vb.) yaşadıkları da görülmektedir (Bulik ve ark. 2002, Kolotkin ve ark. 2004, Perez, Warren 2012, Mitchell ve ark. 2015, Nicholls ve ark. 2016, Ribeiro Gana ve ark. 2018). Birden fazla psikolojik sorun ile baş etmeye çalışmak da operasyon sonucu hedeflenen başarıyı sekteye uğratabilmektedir (Ashton ve ark. 2011). Araştırmacılar, özellikle yeme davranışında bozucu etkisi olduğu bilinen aşırı öfke, kızgınlık, hüüzün, mutluluk ve neşe gibi duygularını düzenlemekte güçlük yaşayan hastaların tıkınırcasına yeme davranışını azaltmak ve sağlığını iyileştirmek için hem ameliyat öncesi hem de sonrasında yaşadıkları sorunların ele alınmasının faydalı olacağını belirtmişlerdir (Shakory ve ark. 2015). Bununla birlikte ameliyat sonrasında iyilik halinin kalıcılığının belirlenebilmesi ve problemlili alanlara gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için takip sürecinde tüm hastalara öncelikli olarak yeme üzerinde kontrol kaybı olup olmadığının sorulması ve TYB varlığının özenle araştırılması çok önemlidir. Aksi halde TYB semptomları devam etmekte ve kilo kaybı ameliyat sonrası da beklenilenden az ve/veya sınırlı olmaktadır (Meany ve ark. 2014, Sevinçer ve ark. 2014, Miller-Matero ve ark. 2018). Örneğin, 782 obezite hastasının operasyon sonrası takibine yönelik yürütülen araştırmanın bulguları, ameliyat sonrası kilo alımında artış olduğunu ve kilo alım oranının ameliyat sonrası 24 ila 48 ay arasında sırasıyla %46 ila %63,6 arasında değiştiğini göstermektedir. Aynı araştırma cerrahi yöntemin başarısız olduğu hastaların %60'ının hiçbir zaman beslenme takibi yapmamış, %80'inin ise hiçbir zaman psikolojik takipten geçmemiş olduğunu ortaya koymuştur (Magro ve ark. 2008). 446 obezite cerrahisi ameliyatı geçirmiş hasta üzerinde yapılan

güncel bir araştırmanın bulgularına göre ise operasyon öncesi TYB tanısını karşılayan kişiler operasyondan 5 yıl sonra TYB tanısı olmayanlara kıyasla daha yüksek BKİ göstermeye başlamışlardır (Marek ve ark. 2017). Bu nedenle, obezite cerrahisi öncesinde adayların özellikle yeme bozuklukları açısından değerlendirilmesinin rutin kontrollerin bir parçası olması gerektiği önerilmektedir (Blackburn ve ark. 2009).

Ameliyat öncesi süreçte yürütülen psikolojik değerlendirme ve yeme bozuklukları tedavisinin önemi kadar ameliyat sonrası süreçte de yeme bozukluklarına yönelik tedavi verilmesinin kilo vermeye ve sağlıklı yaşam standartlarına ulaşmaya katkı sağladığı bilinmektedir (Shakory ve ark. 2015). Örneğin, bariatrik cerrahi hastaları için tasarlanan tıknırcasına yeme problemlerine yönelik 4 seanslık bilişsel davranışçı grup terapisine katılan ve tedaviye cevap veren kişilerin operasyon sonrası 6. ay ve 12. ay ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kilo kaybettikleri bulunmuştur (Ashton ve ark. 2011). Bununla birlikte bilinçli farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi sürecinden geçen obezite cerrahisi hastalarının tedavi sonrasında yeme davranışının değiştiği, depresif semptomlarının düzeldiği, duygu düzenleme becerilerinin arttığı ve tedavi uyumunun yükseldiği bulunmuştur (Leahey ve ark. 2008). Tüm bunlardan yola çıkarak, obezite cerrahisi için aday olan bir bireyin kilo vermede başarılı olması, sağlıklı bir kilo aralığını koruması ve ameliyattan maksimum yarar sağlaması için operasyon öncesi ve sonrası psikolojik değerlendirmeden geçmesi ve gereken durumlarda yaşadığı zorluklara yönelik tedavi alması önem taşımaktadır (Mechanick ve ark. 2013).

Sonuç

Obezite, günümüzde çok sık rastlanan sağlık problemlerinden biridir. Hastalığın psikolojik, biyolojik, sosyal ve davranışsal yönünün olması kişiyi ve tedavi ekibini zora sokmakla birlikte obezitenin neden olduğu hastalıklar aynı zamanda tedavi maliyetlerini de arttırmaktadır. Obezite tedavisi için başta yaşam tarzı değişikliği olmak üzere farmakoterapi, psikoterapi ve cerrahi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Özellikle cerrahi yöntemin uygulanmasıyla kısa zamanda büyük miktarda kilo vermenin mümkün olduğuna dair birçok bilimsel kanıt bulunmaktadır. Bu durum da diğer yöntemlere kıyasla obezite cerrahisinin hem obez bireyler hem de tedavi edici kişiler tarafından ilgi görmesine neden olmaktadır.

Obezite cerrahisi kilo sorunu yaşayan kişilere bazı kriterler dahilinde uygulanıyor olsa da yapılan işlemin ardından kişinin hayatında uzun ve yeni bir dönem başlatması operasyon için başvuran adayların çok boyutlu bir değerlendirmeden geçmesini gerektirmektedir. Bu nedenle obezite cerrahisi öncesinde olduğu gibi sonrasında da kişinin belli aralıklarla genel cerrah, dahiliye uzmanı, diyetisyen ve ruh sağlığı uzmanı gözetimi altında olması gerekmektedir. Bu gözetim, kişinin geçirdiği ameliyattan alacağı verimi arttırmak (kilo vermeyi sürdürmek ve verilen kilonun korunabilmesi) için gerekli bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

Obezite cerrahisi için başvuran adaylar arasında psikolojik zorluklar özellikle de yeme bozukluklarının yaygın olarak görülmesi dikkat çekmektedir. Bu nedenle operasyon öncesinden sonrasına uzanan bir süreçte ameliyattan elde edilecek başarıyı olumsuz etkileyebilecek, kilo vermeyi ya da verilen kiloyu korumayı zorlaştıracak psikolojik faktörlerin değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda tedavi edilmesi önem taşımaktadır. Bu değerlendirmede ise göz ardı edilmemesi gereken en önemli psikiyatrik problemlerden biri tıknırcasına yeme bozukluğudur (TYB).

TYB genel olarak kişinin kontrol kaybıyla birlikte aşırı besin tüketmesi olarak bilinmektedir. Bununla birlikte, TYB'si olan obezite cerrahisi hastalarının TYB'si olmayan hastalara göre daha yavaş ve az miktarda kilo vermeleri ve verdikleri kiloyu geri aldığı görülmektedir. Bu sebeple, şayet obezite cerrahisi geçirmiş bir kişi belirlenen kilo hedefine ulaşamıyorsa bu durumun nedeninin TYB ve/veya ilişkili bir psikopatoloji olup olmadığının uzman bir psikiyatrist ya da psikolog yardımıyla araştırılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar cerrahi sonrası TYB'ye yönelik psikolojik müdahalelerin tedavi başarısına olumlu katkı yaptığını göstermektedir. Özetle, obezite cerrahisi için başvuran adayın TYB başta olmak üzere psikiyatrik problemler açısından değerlendirilmesinin, kişinin ameliyat sonrasındaki sürece uyumunu arttıracığı, operasyonun temel hedefi olan kilo vermenin ve verilen kilonun korunmasının sağlanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Ashton K, Heinberg L, Merrell J, Windover A (2011) Positive response to binge eating intervention enhances postoperative weight loss. *Surg Obes Relat Dis*, 7:315-320.
- Blackburn GL, Apovian CM, Boulton HR, Cummings S, Harvey AM, Hutter MM et al. (2009) Expert panel on weight loss surgery: executive report update. *Obesity*, 17:842-862.
- Bodor JN, Rice JC, Farley TA, Swalm CM, Rose D (2010) The association between obesity and urban food environments. *J Urban Health*, 87:771-781.
- Bosnic G (2014) Nutritional requirements after bariatric surgery. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 26:255-262.
- Bruss MB, Morris JR, Dannison LL, Orbe MP, Quitugua JA, Palacios RT (2005) Food, culture, and family: exploring the coordinated management of meaning regarding childhood obesity. *Health Commun*, 18:155-175.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K et al. (2004) Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 292:1724-1737.
- Bulik CM, Kendler KS, Sullivan PF (2002) Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord*, 32:72-78.
- Byrne S, Cooper Z, Fairburn C (2003) Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes (Lond)*, 27:955-962.
- Deveci E (2013) Obezite cerrahisi (bariatrik) adayları olan ve olmayan obez bireylerde psikopatoloji, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve yeme özelliklerinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Dunstan D, Balkau B, Barr E, Cameron AJ, Healy G, Magliano DJ et al. (2010) Television viewing time and mortality: the Australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Circulation*, 121:384-391.
- Elder JP, Arredondo EM, Ayala G, Baquero B, Campbell N, Crespo NC et al. (2010) Individual, family, and community environmental correlates of obesity in Latino elementary school children. *J Sch Health*, 80:20-30.
- Eroğlu MZ, Sertçelik Ş, Tamam L (2018) Eating disorders in bariatric surgery candidates admitted to Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 19:355-361.
- GBD 2015 Obesity Collaborators (2017) Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*, 377:13-27.
- Geller J, Brown KE, Srikaneswaran S (2011) The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: A randomized control trial. *Int J Eat Disord*, 44:497-505.
- Goyal RK, Gohel MC, Patel SS, Phatak SR, Raval PB, Saboo BD et al. (2010) Prevalence of overweight and obesity in Indian adolescent school going children: its relationship with socioeconomic status and associated lifestyle factors. *J Assoc*

- Physicians India, 58:151-158.
- Greenway FL, Smith SR (2000) The future of obesity research. *Nutrition*, 16:976-982.
- Herpertz S, Wolf AM, Kielmann R, Hebebrand J, Senf W, Wolf AM (2004) Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*, 12:1554-1569.
- Jarolimova J, Tagoni J, Stern TA (2013) Obesity: its epidemiology, comorbidities, and management. *Prim Care Companion CNS Disord*, 15(5):PCC.12f01475.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73:904-914.
- Kinzl JF (2010) Morbid obesity: significance of psychological treatment after bariatric surgery. *Eat Weight Disord*, 15:e275-e280.
- Kofman MD, Lent MR, Swencionis C (2010) Maladaptive eating patterns, quality of life, and weight outcomes following gastric bypass: Result of an internet surgery. *Obesity*, 18:1938-1943.
- Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Eisenson HJ, Westman EC, Østbye T (2004) Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obes Res*, 12:999-1005.
- Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL, Snell MK (1989) Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes (Lond)*, 13:123-136.
- Leahey TM, Crowther JH, Irwin SR (2008) A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cogn Behav Pract*, 15:364-375.
- Linehan MM (1993) *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press.
- Magro DO, Callejas F, Delfini R, Geloneze B, Pareja BC, Pareja JC (2008) Long-term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg*, 18:648-651.
- Marcotte E, Chand B (2016) Management and prevention of surgical and nutritional complications after bariatric surgery. *Surg Clin*, 96:843-856.
- Marek RJ, Ben-Porath YS, van Dulmen MH, Ashton K, Heinberg LJ (2017) Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis*, 13:514-521.
- Meany G, Conceição E, Mitchell JE (2014) Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev*, 22:87-91.
- Mechanic JJ, Garvey WT, Hurley DL, Jones DB, McMahon M, Youdim A et al. (2013) Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient – 2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 9:159-191.
- Miller-Matero LR, Bryce K, Carlin AM, Dykhuis KE, Genaw J, Saulino CK (2018) Problematic eating behaviors predict outcomes after bariatric surgery. *Obes Surg*, 28:1910-1915.
- Mitchell JE, Burgard MA, Crosby RD, Howell LM, Krahn DD, Lancaster KL et al. (2001) Long-term follow-up of patients' status after gastric bypass. *Obes Surg*, 11:464-468.
- Mitchell JE, Courcoulas A, King WC et al. (2015) Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery, *Int J Eat Disord*, 48:215-222.
- National Institutes of Health (2000) *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. Washington DC, National Institutes of Health.
- NICE (2019) *Surgery for Obese Adults*. NICE Pathways. London, National Institute for Health and Care Excellence.
- Nicholls W, Blake M, Devonport TJ (2016) The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obes Rev*, 17:30-42.
- Niego SH, Geliebter A, Kofman MD, Weiss JJ (2007) Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *Int J Eat Disord*, 40:349-359.
- Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM, Lamb MM (2010) Obesity and socioeconomic status in children and adolescents: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief*, 51:1-8.

- Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ (2016) Obezite ve bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8:133-144.
- Perez M, Warren CS (2012) The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity*, 20:879-885.
- Pinto RM, Cominetti C, da Cruz AD (2016) Basic and genetic aspects of food intake control and obesity: Role of dopamine receptor D2 TAQIA poly-morphism. *Obes Res Open J*, 2:119-127.
- Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH (2003) Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Phys Ther*, 83:276-288.
- Ribeiro Gana, Belarmino LB, Giapietro HB, Salgado-Junior W (2018) Depression, anxiety, and binge eating before and after bariatric surgery: Problems that remain. *Arq Bras Cir Dig*, 31:e1356.
- Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella CM, Sauro CL et al. (2010) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge-eating disorder: A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55:656-665
- Robroek SJ, Burdorf A, Plat JF, van den Berg TI (2011) The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occup Environ Med*, 68:134-139.
- Sağlam F, Güven H (2014) Obezitenin cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1):60-65.
- Sevinçer GM (2016) Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinimi. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 17:5-45.
- Sevinçer GM, Bozkurt S, Coşkun H, Konuk N (2014) Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6:32-44.
- Shakory S, Keating L, Mills JS, Sockalingam S, Taube-Schiff M, Van Exan J (2015) Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. *Appetite*, 91:69-75.
- Silventoinen K, Kaprio J, Rokholm B, Sørensen TI (2010) The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond)*, 34:29-40.
- Sogg S, Lauretti J, West-Smith L (2016) Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surg Obes Relat Dis*, 12:731-749.
- Şener O (2014) Türkiye'de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri. Ankara, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı.
- Tam A, Çakır B (2012) Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12:37-41.
- TEMĐ (2018a) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- TEMĐ (2018b) Bariyatrik Cerrahi Kılavuzu. Ankara, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.
- Teufel NI (1997) Development of culturally competent food-frequency questionnaires. *Am J Clin Nutr*, 65.(4 suppl):1173S-1178S.
- Turan S, Özdemir A, Poyraz CA (2015) Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7:419-435.
- Vaidya V, Malik A (2008) Eating disorders related to obesity. *Therapy*, 5:109-117.
- Van Hout GC, Van Heck GL, Verschure SK (2005) Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*, 15:552-560.
- Vogels N, Diepvens K, Westerterp - Plantenga MS (2005). Predictors of long - term weight maintenance. *Obes Res*, 13:2162-2168.
- WHO (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization.
- Wilson GT, Agras WS, Bryson SW, Wilfley DE (2010) Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:94-101
- Yücel B (2009) Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22:39-44.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Teşekkür: Bu makalesinin yazılmasına vesile olan başta Prof. Dr. Ahmet Gökhan Türkçapar olmak üzere tüm Türkçapar Bariatrics ekibine teşekkür ederiz.

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Acknowledgement: The authors thank all the Türkçapar Bariatrics team, including Prof. Dr. Ahmet Gökhan Türkçapar who led this article to be written.