

Obezite ve Psikiyatri

Osman MERMİ^{1,a}

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Obezite, vücut sağlığını bozacak ölçüde yağ dokusundaki anormal veya aşırı yağ birikmesidir. Obezitenin temel nedeni diyetle alınan enerji miktarı ile metabolizma ve fiziksel aktiviteler sırasında harcanan enerji miktarı arasındaki dengesizliktir. Obezite son yıllarda artan prevalansı ile ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir. Yapılan çalışmalarda daha ziyade obezitenin fizyolojik yönüne odaklanılmakta ve obeziteye neden olan psikolojik faktörler genellikle göz ardı edilmektedir. Bu gözden geçirme yazısında, literatür taramasıyla obezite ile psikolojik etmenler ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Obezite, Psikiyatrik Hastalıklar, Tedavi.

ABSTRACT

Obesity and Psychiatry

Obesity is defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health. The basic cause of obesity is the disarrangement between the energy spent on physical activities and metabolism and quantity of the energy gained by the way of nutrition. Obesity is one of the serious public health problems and its prevalence has been increasing in recent years. Most of the research focus primarily on physiological aspects of obesity, ignoring the psychological factors which may cause it. In this review, we aimed to study the relationship between obesity and psychological factors and psychiatric disorders.

Keywords: Obesity, Psychiatric Diseases, Treatment.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, “yağ dokusunun, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması” olarak tanımlanmaktadır. Daha geniş anlamda, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizliğe bağlı olarak yağ hücrelerinin sayıca artması ve büyümesidir. Beden yağlanması en iyi Beden Kitle İndeksinin (BKİ) yansıttığı ilişkin güçlü kanıtları vardır. BKİ, kilogram cinsinden beden ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır. BKİ 30 kg/m²'nin üstünde olan bireyler obez olarak tanımlanır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, obez birey sayısı tüm dünyada 400 milyon civarındadır. Obezite, hem gelişmiş ülkelerde, hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış gösteren küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında, 10 yılda obezite yaygınlığında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (2).

Obezite oranları daha eski yıllarda ekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde daha yüksekken, günümüzde her ekonomik ve eğitim düzeyinde bu artış gözlenmektedir.

Hatta kişi başına düşen geliri az olan ülkelerde obezite artış oranları daha yüksektir. Şeker ve yağca zengin, yüksek kalori içeren besinlerin daha ucuz olması bu artışın başlıca nedenlerindedir. Obezite oranındaki artış özellikle çocuklar ve ergenlerde çarpıcı düzeydedir. Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesi yaygınlığının 1970'lerdeki değerinden 10 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 'Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 Çalışması'na göre, obezite görülme oranı erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplumda ise %30.3 olarak bulunmuştur (3).

Obezite farklı bireylerde farklı nedenlerle gelişebilir. Aşırı yeme veya kötü beslenme dışında, genetik etki, hareketsizlik, ilaç yan etkileri ve diğer kronik tıbbi durumlar da obezite gelişimine yol açan etkenlerdir (4). Obez hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Toplumun önemli bir kısmını ilgilendiren ciddi sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar yaratabilen bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen obezite, bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak da görülmektedir (5). Toplumun

^aYazışma Adresi: Osman MERMİ, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Tel: 0424 233 3555

Geliş Tarihi/Received: 05.06.2018

e-mail: osmanmemi@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 20.06.2018

şışmanlığa karşı gösterdiği reaksiyon nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilir. Ayrıca, iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi sosyal sorunlara neden olur (6). Epidemiyolojik çalışmalar da, obezite ve çeşitli ruhsal bozuklukların bir arada bulunmasının tesadüf olmadığını, aralarında nedensel bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Obezitenin tıknırçasına yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde yüksek oranlarda eş tanı göstermesi ile ilgili çok sayıda çalışma vardır. Dahası, bu grupların bazılarında obezite bu bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilemektedir. Obezitenin madde bağımlılığı ve kompulsif davranışlarla benzer yönleri vardır. Bu nedenle kompulsif besin tüketimi ile karakterize bir psikopatoloji formu olarak DSM-V'te yer almasının gerektiği tartışılmıştır (7).

Yeme Davranışı ve Ruhsal Durum Arasındaki İlişki

Güncel yaşamda birçok kişinin yedikleri zaman mutlu oldukları şeklinde tanımlamalarına rastlanmaktadır. Bu gözlemlerden yola çıkarak araştırmacılar yemenin olumlu duygulanıma neden olduğunu düşünen kişilerin yeme ile uyarılan ödül sisteminde bir anormallik olduğunu belirlemişlerdir. Bu gözlemi destekleyen bir klinik araştırmada, yemenin olumsuz duygulanımı azalttığı ve olumlu duygulanım geliştirdiğini düşünen ergenlerin 3 yıllık izlem süresince bu şekilde bir düşüncesi olmayanlara göre daha fazla tıknırçasına yeme davranışı geliştirdiği bulunmuştur (8). Öte yandan fazla kilolu olan ve tedavi arayışında bulunan gençlerde depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duyguların varlığında yeme davranışı üzerinde kontrolü kaybetme ve emosyon düzenleyici olarak yemek yemenin ortaya çıktığı ve bu kişilerde depresyon oranlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır (9).

Karbonhidrattan zengin besinlerin tüketiminden 1-2 saat sonra öfke ve gerilim gibi duyguların yatıştığı ve yüksek kan şekeri düzeylerinin azalmış gerilimle ilişkili olduğu da bu konuda yapılan ilk araştırmalarda saptanmıştır (10, 11). Kısa sürede, kontrol dışı ve rahatsız oluncaya kadar yeme (binge eating) ve bilinçsiz diyet kısıtlamaları psikopatolojik yeme bozuklukları için önemli sorun kaynağıdır. Binge eating, Amerika ve gelişmiş batı ülkelerinde ergenlik çağındaki erkeklerde %7-32, kızlarda %17-32 olup, bazı araştırmalarda kızlarda %61,6'ya kadar yükselmektedir (12).

Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın kabul görmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı "emosyonel yeme" olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir

(13). Ayrıca sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu, öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (13, 14).

Obez bireyler diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini ya da küçük gördüklerini düşünmektedirler. Obeziteye karşı olumsuz sosyal tutumlar obezlerde bu duyguların pekişmesine yol açmakta ve obeziteye ilişkin ağır zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına, olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (15).

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen başka bir araştırmada, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (16).

Obeziteyle İlişkili Psikolojik Etmenler

Aşırı yeme davranışına yol açan etkenler arasında strese ve kaygıya bağlı yeme gibi psikolojik nedenler karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin etiolojisinde yer alan psikolojik etmenlere kuramcılar farklı açıklamalar getirmektedir. Obeziteye ilişkin psikanalitik görüş, obezlerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğunu ve psikoseksüel gelişimin oral döneminde kaldıklarını vurgulamaktadır. Bu döneme takılıp kalma, aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile nitelenen bir kişilik yapısını oluşturur (17).

Bruch'a (18) göre aşırı yemenin kökeni, obezlerin hayatındaki ilk yıllara dayanmaktadır. Bebeğin ilk haz ve gerilimi azaltma kaynağı olan anne sütü aynı zamanda ilk kişilerarası deneyimi ve dünya ile iletişimidir. Besin alımıyla birlikte bebeğin yaşamında annenin ilgi ve sevgisi ile iyi ve güvende olma duygusu ilişkili hale gelir. Bu sebeple Bruch (18), yiyeceğin kişinin daha sonraki hayatında temel psikolojik öneme sahip olduğunu iddia etmektedir.

Becker'e (19) göre ise obezite, kişinin kendisiyle ve başkalarıyla kurduğu ilişkilerde karşılaştıkları zorluklarla baş etmesinin bir yoludur. Kişi, başka türlü çözümlünü ya da ifadesini bulamadığı bilinçdışı çatışmalarını aşırı yeme ile ortaya çıkarmaktadır. Psikanalizdeki ilk kuramcılar obezlerin oral çatışmalarını dile getirirken, daha sonraki araştırmacılar obeziteyi depresyon ve diğer olumsuz duygularla bir baş etme tepkisi olarak tanımlamaktadırlar. Kornhaber (20), obezlerin aşırı yiyerek olumsuz duygularla baş etmesini öğrendikleri ve kişilik özelliklerinin onları uyum gösteren baş etme becerilerini geliştirmekten alkoyduğunu öne sürmektedir.

Wilson ve Hogan'ın (21) yaptığı psikanalitik bir çalışmada obezite, kişilik bozukluğunun psikosomatik belirtileri olarak kabul edilmiştir. Çalışmada "bilinçdışı psikosomatik belirtilerin" oluşumunda genetik, biyo-

kimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının obeziteye katkısı bulunduğu belirtilmektedir. Obezler arasında dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu kişilerin ego yapıları belirgin olarak anoreksiya hastalarından ayırt edilebilmektedir. Bu araştırmacılar, obezlerin ailesinde patolojik narsistik aile yapısı saptamış ve bu yapının etkisinin dürtü kontrolünde yetersiz kaldığı kanaatine varmışlardır. Obezlerin ego çatışmalarını anorektikler gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını ileri sürmüşlerdir. Ayrıca obezler, suçluluk duygularını aç kalarak, kusma ya da laksatif kullanarak değil, dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar ederek gidermeye çalışmakta ve etkisiz egoları sebebiyle sonu gelmeyen diyet girişimlerinde bulunmaktadır ve bu durum genellikle özdenetim yetersizliğinin göstergesidir (21).

Davranışçı model, obezitenin etiyolojisine şu şekilde açıklama getirmektedir; obezite, kişiyi rahatsız eden olumsuz duyguları azaltmak amacıyla uygun olmayan yeme alışkanlıklarının olumsuz pekiştirilerek kullanılmasıyla ortaya çıkan öğrenilmiş bir durumdur (22). Ayrıca öğrenme teorisinin ilkelerine göre egzersiz yokluğunun pekiştirilerek kullanıldığı iddia edilmektedir (23, 24).

Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları oldukça çelişkilidir. Obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve anksiyete puanlarının orta derecede artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, disfori, anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bulguların obeziteye neden olmaktan çok obezitenin sonuçları olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir (25).

Klinik ortamlarda obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken genel popülasyondan seçilen aşırı obez ve normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmalarda obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, global psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik ve emosyonel bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır. Hatta bir çalışmada depresyon ve obezitenin şiddetinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (26).

Black ve ark. (27) ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarla yaptıkları çalışmada, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda ileri düzey obezitenin etyolojisinde post

travmatik stres bozukluğunun da rol oynadığını, özellikle fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmanın daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir.

Castelnuovo-Tedesco ve ark. (28), ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; belirgin bir psikiyatrik bozukluk saptanmamış ancak pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Olguların depresif özellikleri olmasına rağmen şiddetli düzeyde olmadığını ve yiyecek alımının tipik bir şekilde duygusal yoksunluğu yatırtmak için kullanıldığını ileri sürmüştür.

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Akalın ve arkadaşlarının (29) obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır. BKB grubunda depresif, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Obezite-Yeme Bozuklukları İlişkisi: Yeme bozuklukları arasında obezite ile en sık ilişkili bulunan yeme bozukluğu tıknırcasına yeme bozukluğudur (TYB) (6). Tıknırcasına yeme ilk kez Stunkard tarafından tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek şeklinde tanımlanmıştır. Erken alan çalışmaları obezite tedavisi için başvuran kişilerde TYB sıklığının %30 gibi yüksek oranlarda olduğunu bildirmiştir (30, 31). Tıknırcasına yeme bozukluğu hastalarında psikiyatrik bozukluk ve obezite görülme riski artmıştır. Sağlıklı kişilerle karşılaştırıldıklarında görünüm, kilo, yeme hakkında olumsuz yorumlara daha sık maruz kaldıkları, kendilerine bakışlarının daha olumsuz olduğu, hastalık derecesinde mükemmeliyetçi oldukları bildirilmiştir. Bulimiya nervoza hastaları ile karşılaştırılabilir düzeyde kilo ve görüntü ile ilgili endişelerinin olduğu ve bu durumun diğer obez olgulara göre çok daha fazla olduğu bildirilmiştir (32).

Ayrıca TYB olan obezler TYB olmayan obezlerle karşılaştırıldığında bu kişilerin obezitelevlerinin daha şiddetli olduğu, aşırı kilo alımının daha erken yaşlarda başladığı, erkenden başlayan ve sıkça yapılan diyetlerin olduğu, daha fazla psikopatolojiye sahip oldukları major depresyon, panik bozukluk, fobiler, alkol bağımlılığı ve tıbbi hastalıklara daha sık rastlandığı bildirilmiştir (33, 34).

Obezite-Depresyon İlişkisi: Obezite ve depresyonda uyku problemleri, iştahm değişmesi, kontrolsüz besin tüketimi gibi benzer semptomlar görülür (35). Toplumda major depresyon prevalansı %10 iken, fazla kilolu olma (overweight) prevalansı %65'dir. Bu iki durumun

birlikte görülme olasılığı bulunduğunu göstermektedir. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre 121 milyon insanın depresyondan yakındığı, 300 milyon kadar insanın da obez olduğu bildirilmektedir (36, 37).

Bu konudaki literatürlerden çıkan sonuçlar depresyon ve obezite arasında basit bir ilişki olmadığını göstermektedir. Bazı çalışmalar aralarında hiçbir ilişki bulamazken, bazıları yakın bir ilişki bulunduğunu, bazıları ise obezlerde depresyonun daha az görüldüğünü bildirmektedir. Bu anlamda ortaya çıkan soru, obezitenin mi depresyonun nedeni olduğu, depresyonun mu obezitenin nedeni olduğu yoksa ikisinin serotonin eksikliği ile giden aynı iki hastalığın manifestasyonları mı olduğudur (36).

Basit çalışmalar bu iki durumun iki farklı bozukluk olduğunu düşündürmesine rağmen prospektif, müdahaleli ve deneysel çalışmalar aynı hastalığın farklı manifestasyonları olabileceğini göstermektedir. Daha spesifik olarak obezite, depresyonun bir subtipi olan atipik depresyonun da klinik manifestasyonu olarak ortaya çıkmaktadır (37).

Depresyon ve obezitenin her ikisine de yatkınlık bazı bireylerin genomlarında birlikte yer alabilmelerinden kaynaklanabilir. Belli genotipler ya da çevresel faktörler, obezite ve depresyon ilişkisinin artmasına yol açabilir. Kilo ve depresyon arasındaki genetik korelasyon için olası aday gen Comings ve ark tarafından ObD7s 1 875 lokusunda tanımlanmıştır. Bu gen 7. kromozomdaki OB genine de yakındır (36).

Bazı araştırmalar sendrom X ve depresyon arasındaki ilişkiyi göstermişlerdir. Ketterer ve ark. (36) ateroskleroz öyküsü veya pozitif angiogramı olmayan erkekler için sendrom X'i olanların daha çok depresif semptom verdiklerini bildirmişlerdir. Sendrom X ile obezite, hipertansiyon, insülin rezistansı arasındaki ilişki obezite ve depresyon için olası ortak genetik yolak çalışmalarında yararlı bir model sunabilir.

Depresif bireylerin daha fazla stres yaşadıkları bunun da belli bireylerde obeziteye yol açabildiği düşünülmektedir. Stresin obeziteye etkisi psikolojik ve fizyolojik mekanizmaların her ikisi ile olur. Primer etkilerinden biri fizik aktivite, sağlıklı beslenme alışkanlıkları gibi konuları bozması ile obeziteye yol açmasıdır. Benzer bir şekilde aile ayrılıkları, iş kaybı gibi stres durumları psikolojik yolla depresyona yol açar. Dolayısıyla stres tarafından düzenlenen fizyolojik mekanizma hem depresyonu hem de obeziteyi etkileyebilir. Bu etki HPA yolu ile olur. Eksenin her düzeyinde aktivasyon olur. Artmış kortizol HPA aktivasyonunu gösterir, obez kişilerde abdominal obeziteye yol açtığı düşünülür. Depresyondan HPA aktivasyonu az sorumludur ancak depresyon ve abdominal yağ arasında belirgin bir ilişki vardır (36).

Obezitenin tedavisi sıklıkla depresif semptomlarda azalmaya yol açar. Bu alanda yapılan bazı çalışmalar gastrik bypass cerrahisinden sonra, çok miktarda kilo

kaybına duygudurumda düzelmenin eşlik ettiğini belirtmektedirler. Ortalama kilo kaybında ise depresyonda ortalama bir düzelme olma eğilimi olduğu bildirilmiştir. Bunun tersine sonuçlar da bildirilmiştir (36). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada da major depresif bozukluğun obezlerde en sık görülen tanılardan olduğu bildirilmiştir (38).

Obezite-Şizofreni İlişkisi: Şizofreni hastalarında meydana gelen kilo dalgalanmaları, antipsikotiklerin kullanılmasından önce de dikkat çekmiştir. Bleauler ve Kraepelin (39, 40), şizofreni hastalarının çok belirgin kilo dalgalanmaları yaşadıklarını ve özellikle akut alevlenmelerde zayıflayıp, belirtiler gerilediğinde şişmanladıklarını gözlemişlerdir. Ne yazık ki, bu konuyla ilgili antipsikotiklerin kullanımı öncesi döneme ait bilgilerimiz gözlemlerin ötesine geçememektedir. Bu güne kadar yapılmış tüm antipsikotik ilaç çalışmalarının incelendiği ayrıntılı bir meta analizde plasebo alan şizofreni hastalarının ortalama 0.74 kilo kaybettikleri görülmüş, bu durumun ilaç çalışmaları için önceden kullanılan nöroleptiklerin kesilmesine veya akut psikotik dönemde besin alımının azalmasına bağlı olabileceği belirtilmiştir (41).

Geniş, toplum tabanlı bir çalışmada, şizofreni hastaları arasında toplumun geneline kıyasla aşırı kilolu olma ve obezite daha fazla saptanmıştır. Bu durum özellikle kadın hastalarda daha belirgindir (42). Batı ülkelerinde ilaç kullanan şizofreni hastalarında obezite %40-60 arasında iken, genel popülasyonda %30 civarındadır (43).

Şizofrenide kilo artışı sadece antipsikotiklerin yan etkisi olarak değil, hastaların yaşam ve tedavi koşullarına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hastaneye yatış, fiziksel etkinliği azaltarak enerji harcanmasını kısıtlayabilir. Apati ya da anhedoni gibi durumlar nedeniyle yeme davranışı üzerindeki kontrol azalabilir, ya da ekonomik yetersizlik nedeniyle karbonhidrattan zengin bir yeme alışkanlığı zorunlu bir hal alabilir (44).

Obezite-Anksiyete Bozuklukları İlişkisi: Obezitenin hem erkek hem de kadınlarda anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (45, 46). İleri sürülen modele göre obez bireyler anksiyeteli olduklarında aşırı yerler ve yeme anksiyetelerini azaltır (47). Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada da sosyal fobinin obezlerde en sık görülen tanılardan olduğu bildirilmiştir (38).

Özgül fobiler fazla kilolu ve obez kadınlarda daha sık görülmektedir. Yine son bir yılda travmatik stresli yaşam olayları yaşama oranları fazla kilolu ve obez kadınlarda daha fazladır. Sıklıkla izole yaşam süren aşırı obez kişiler olmakla birlikte, kadınlar ayrımcılıktan dolayı daha fazla sosyal çekilme yaşayabilirler ve obezite stigmatize olmuş kadınlarda erkeklerden daha ağırdır. Panik bozukluğu ise fazla kilolu erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Bu durumun kıs-

men de olsa panik atakları ve fazla kiloyla ilişkili tıbbi komplikasyonlarla (kardiyovasküler hastalık, tip II diyabetes mellitus) arasındaki ortak semptomlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Çarpıntı, terleme, göğüs ağrısı) (48).

Obezite-IQ ilişkisi: Yüksek vücut ağırlığı ile zeka puanı ve bilişsel fonksiyonu ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur (49, 50). Obezitedeki düşük bilişsel fonksiyon beyin hacmindeki azalmayla ilişkilidir. Bu verilerden beyin hacmindeki azalmanın IQ'da azalmaya neden olabileceği öngörülebilir. Ancak aralarındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Bazı çalışmalar obezitenin IQ'da düşüğe neden olabileceğini gösterirken bazıları ise düşük IQ'nun obeziteye neden olabileceğini göstermektedir (49, 51-53).

Çocukluktaki zeka puanlarıyla yetişkinlik obezitesini ilişkilendiren çalışmalarda yüksek IQ'ya sahip çocukların sebze, meyve, balık, tam tahıllı ekmeğin tüketiminin yüksek, çips, kek, bisküvi tüketiminin düşük olduğu, düşük IQ'ya sahip çocukların ise daha fazla alkol, sigara kullandığı ve ileride obeziteye neden olabilecek kötü beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları bulunmuştur. Yüksek IQ skorlarının ileride iyi sosyo-ekonomik seviye ve statü sağlayarak obeziteyi azaltacağı sonucuna varılmıştır (54).

Obezitenin Psikiyatrik Tedavisi

Psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliğine olan inanç giderek artmaktadır. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlanmasa bile uzun vadede sonuçlar umut kırıcıdır. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır.

1960'lardan bu yana uygulanmakta olan davranışçı terapilerin içeriğinde; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine

vurgu yapma, uyarıcı kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (55). Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramlaştırılması ve kalıcı değişim için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (56).

Sonuç olarak; Psikiyatrik hastalıkların obeziteye eşlik etmesi, obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir. Birlikte bulunan psikiyatrik bozukluğun tedavisi, hastanın uyumunu arttıracak, komplikasyonları azaltacak, tedavi ekibinin yaklaşımlarını modifiye etmelerine olanak tanıyacaktır. Bu nedenle obezite hastalarının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ve gerekli ise hastaya psikiyatrik yardım ve desteğin sağlanması, obezitenin tedavisine ve yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacağı akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Technical Report Series No. 894, Geneva: The World Health Organization, 2000.
2. Molarius A, Seidell JC, Sans S, et al. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *Am J Public Health* 2000; 90: 1260-1268.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>.
4. Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M. et al. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev* 2011; 12: 95-106.
5. Pories WJ. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 89-96.
6. Hubbert H, Feinleb M, Mc Namara P, Castelli UP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Hearth Study. *Circulation* 1983; 67: 968-77.
7. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord* 2009; 42: 739-53.
8. Smith G, Simmons J, Flory K, et al. Thinness and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 188-97.
9. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, et al. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17: 68-78.
10. Benton D, Owens D. Is raised blood glucose associated with the relief of tension? *J Psychosom Res* 1993; 37: 723-35.
11. Wells AS, Read NW, Laugharne JD, et al. Alterations in mood after changing to a low-fat diet. *Br J Nutr* 1998; 79: 23-30.
12. Yücel N, Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul; 2008.
13. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 1989; 8: 343-61.
14. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Process* 2002; 60: 157-64.
15. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark. Ulusal Obezite Rehberi. İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını; 1999.
16. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992;149: 227-34.
17. Lomax JW, Kaplan H, Sadock BJ, et al. Obesity in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (1989).
18. Bruch H. Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics* 1961; 5: 269-74.
19. Becker BJ. The obese patients in psychoanalysis. *Am J Psychother* 1960; 14: 322-36.
20. Kornhaber A. The Stuffing Syndrome. *Psychosomatics* 1970; 11: 580.
21. Wilson CP, Hogan CC, Mintz I. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity, Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders 1992: 81-95.
22. Wadden TA, Foster GD, Letizia KA. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 165-71.
23. Wilson GT. Behavioral treatment of obesity: thirty years and counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1993; 27: 417-39.
24. Shafran R, de Silva P, Treasure J, et al. Cognitive-Behavioral Models, *Handbook of Eating Disorders* 2003: 121-38.
25. Bayraktar E. Obezitenin psikolojik yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite. Nobel Tıp Kitabevleri,1995: 107-37.
26. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *Psychol* 1993; 127; 547-51.
27. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 227-34.
28. Castelnovo-Tedesco P, Schievel D. Studies of super obesity: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med* 1975; 6: 465-80.
29. Akalın A, Erol A, Yazıcı F. Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, *Türkiye'de Psikiyatri* 2001; 3: 88-93.
30. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria, *Int J Eat Disord* 1992; 11; 191-203.
31. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T. et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study, *Int J Eat Disord* 1993; 13; 137-53.

32. Wadden TA, Stunkard AJ. Tıkmırcasına yeme hastalığı ve gece yeme sendromu. Stunkard AJ: Obezite Tedavi El Kitabı 1. cilt 1. 70 baskı, Handbook of Obesity Treatment, Türkçe Çevirisi, And Yayıncılık, 2003: 107-21.
33. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating, *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27; 1-12.
34. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating, *Int J Eat Disord* 2002; 32; 72-8.
35. Cserje' si R, Luminet O, Poncelet AS, Le'na' rd L. Altered executive function in obesity: Exploration of the role of affective states on cognitive abilities. *Appetite* 2009; 52: 535-39.
36. Albert J, Stunkard MS, Allison FKC. Depression and obesity. *Society of Biol Psychiatr* 2003; 54; 330-7.
37. Osmond R. Obesity and depression: same disease, different names?, *Medical Hypotheses* 2004; 62; 976-9.
38. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6; 152-7.
39. Kraepelin E. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, Livingstone, 1919.
40. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York, International Universities Press, 1950.
41. Allison DB, Mentore JI, Heo M, et al. Antipsychotic induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 156; 1686-96.
42. Allison DB, FontaineKR, Heo M, et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 215-20.
43. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CI, et al. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288; 1723-7.
44. Kurtzthaler I, Fleschacker W. The clinical implications of weight gain in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl.7); 32-7.
45. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the us adult population, *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63; 824-30.
46. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, et al. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Psychosom Med* 2008; 70; 288-97, (Epub 2008 Mar 31).
47. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nerv Ment Dis* 1957; 125; 181-201.
48. Pickering RP, Grant BF, Chou SP, et al. Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry* 2007; 68; 998-1009.
49. Guxens M, Plana E, Mendez MA, et al. Cognitive function and overweight in preschool children. *Am J Epidemiology Advance Access* 2009; 170; 438-46.
50. Wang F, Veugelers PJ. Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *Obesity Reviews* 2008; 9; 615-23.
51. Kivimaki M, Batty GD, Singh-Manoux A, et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. *Br J Psychiatry* 2009; 195; 149-55.
52. Chandola T, Deary IJ, Blane D, et al. Childhood IQ in relation to obesity and weight gain in adult life: the National Child Development (1958) Study. *Int J Obes* 2006; 30; 1422-32.
53. Belsky DW, Caspi A, Goldman-Mellor S, et al. Is obesity associated with a decline in intelligence quotient during the first half of the life course? *Am J Epidemiol.* 2013; 178: 1461-8.
54. Yu ZB, Han SP, Cao XG, et al. Intelligence in relation to obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* 2010; 11: 656- 70.
55. Wadden TA, Osei S; Obezite Tedavisi, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi El Kitabı, 2003: 229-48.
56. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yıltm Matbaası, İstanbul, 2007.