



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**OBEZİTE MÜDAHALELERİNE PSİKOLOJİK
YAKLAŞIM ÖNERİSİ**

YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ

HATİCE KÜBRA İŞİLDAR ŞENTÜRK

İSTANBUL, 2020



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBEZİTE MÜDAHALELERİNE PSİKOLOJİK
YAKLAŞIM ÖNERİSİ**

YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ

HATİCE KÜBRA İŞILDAR ŞENTÜRK

190132001

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR**

İSTANBUL, 2020

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hatice Kübra İŞILDAR ŞENTÜRK

İmza

TEŐEKKÜR

Bitirme projemde tüm anlayışı ve desteğiyle beni yönlendiren danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Melek Astar'a,

Bu alana duyduğum ilgiyi destekleyen ve bana tecrübe imkanı tanıyan hocam Prof. Dr. Medaim Yanık'a,

Bana olan inanç ve hiç bitmeyen destekleriyle en büyük dayanaklarım olan annem Şule, babam Veysel, kardeşlerim Ayşe ve Zeynep Berra Işıldar'a,

Bu çalışma sürecinde hayatımı birleştirdiğim, beni her an tüm kalbiyle destekleyen eşim Uğur Şentürk'e, teşekkürlerimi sunarım.

Hatice Kübra Işıldar Şentürk

İmza

OBEZİTE MÜDAHALELERİNE PSİKOLOJİK YAKLAŞIM ÖNERİSİ

Hatice Kübra IŞILDAR ŞENTÜRK

ÖZET

Obezite gün geçtikçe yaygınlığı artan bir sağlık sorunudur. Kilo vermek için enerji açığı yaratmak gerektiği basit ve bilinen bir gerçektir. Kilo verme hakkında artan bilgi birikime rağmen obezitenin yayılma hızının önüne geçilememektedir. Obezite uzun yıllar boyunca yalnızca bir sağlık problemi olarak ele alınmış, psikolojik yaklaşımlardan uzak kalmıştır. Psikoloji biliminin davranış değişikliği ile ilgili çalışmalarıyla aşırı yemenin bir davranış olarak bakılması fikri gelişmiş ve psikoloji alanına dahil edilmeye başlanmıştır. Farklı psikolojik yaklaşımlar obezite tedavisinde farklı teoriler ve öneriler öne sürmüştür. Bu çalışmada, obezite tedavisinde psikolojik yaklaşımın temel alınması gerektiği ana fikrine dayanarak etkililiği bilinen psikolojik yaklaşımlar değerlendirilmiştir. Bu yaklaşımlar literatür çalışmaları ile desteklenerek ideal obezite tedavisine dair bir öneri sunulmaktadır. Bu çalışmada sunulan önerilerin obezite müdahalelerine katkıda bulunması beklenmektedir.

Anahtar kelimeler; obezite, beslenme psikolojisi, kilo verme, davranış, yemek

A PROPOSAL FOR PSYCHOLOGICAL APPROACH TO OBESITY INTERVENTIONS

Hatice Kübra IŞILDAR ŞENTÜRK

ABSTRACT

Obesity is an increasingly common health problem. It is a simple and well-known fact that it is necessary to create an energy deficit to lose weight. Despite the increasing knowledge about weight loss, the rate of spread of obesity cannot be prevented. Obesity was considered only as a health problem for many years and has remained away from psychological investigation. The increase in psychological studies about behaviour modification lead to the idea of looking at obesity from a behavioral perspective, and obesity started to be considered in the field of psychology. Different psychological approaches proposed different theories and recommendations for the treatment of obesity. In this study, psychological approaches with established efficacy were evaluated based on the idea that psychological approach should be the basic treatment method for obesity. These approaches are supported by studies in literature and a proposal for an optimum obesity treatment is presented. The proposals presented in this study is expected to provide solid contributions for obesity interventions.

Keywords; obesity, eating psychology, weight loss, behavior, food

ÖNSÖZ

Obezite ve kilo verme çalışmalarının psikoloji alanına dahil edilmesi “beslenme/yeme psikolojisi” olarak da bilinen yeni ve multidisipliner bir alanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu alanın gelişmesi için psikoloji birikiminden faydalanılması ve psikolojik müdahalelerin uyarlanması oldukça önemlidir. Halen gelişmekte olan bu alandaki çalışmalar önemli ve yaygın bir sağlık sorunu olan obeziteye çözüm üretmek için anahtar niteliğindedir. Bu çalışma, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Tezsiz Yüksek Lisans bitirme projesi olarak düzenlenmiş bir literatür ve öneri çalışmasıdır. Çalışma konusunun güncelliği ve sorunun önemi göz önüne alındığında bu çalışmada sunulan öneriler, alanın gelişimine katkı sağlayacak derleyici bilgiler içermektedir.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ.....	vi
GİRİŞ	1
1. AŞIRI KİLO VE OBEZİTEYE GENEL BAKIŞ.....	1
2. KİLO KAYBI UYGULAMALARI	3
3. PSİKOLOJİ BAKIŞ AÇISINDAN OBEZİTE	5
3.1. DIŞSALLIK TEORİSİ ve OTOMATİK YEME.....	6
3.2. KISITLAMA ve TIKINIRCASINA YEME	7
3.3. DUYGUSAL YEME.....	9
3.4. ERKEN DÖNEM YAŞANTILARI ve BEDEN İMAJI	11
4. OBEZİTEDE PSİKOLOJİK MÜDAHALELER	13
4.1. DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM	13
4.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM	15
4.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME.....	16
4.4. POZİTİF PSİKOLOJİ YAKLAŞIMI	17
4.4.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar.....	18
4.4.2. Sezgisel Yeme.....	21
4.4.3. Öz şefkat.....	22
5. KİLOSUNU KORUYANLARIN ÖZELLİKLERİ.....	24
SONUÇ ve ÖNERİ.....	26
KAYNAKÇA	33

GİRİŞ

1. AŞIRI KİLO VE OBEZİTEYE GENEL BAKIŞ

Aşırı kilo ve obezite son 30 yılda dünya çapında hızla artış gösteren bir salgın haline gelmiş durumdadır (Bentham vd., 2017) Her yıl en az 2.8 milyon insan obeziteye bağlı sebeplerden ölmekte, obezite dünyada ölüm sebepleri arasında beşinci sırada gelmektedir. 1980’den bu yana aşırı kilo ve obezite prevalansı iki katına çıkmış, dünya popülasyonunun neredeyse üçte biri aşırı kilolu veya obez olarak sınıflandırılmaya başlamıştır (Must ve Whitney Evans, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aşırı kilo ve obeziteyi, “sağlığı tehdit edecek şekilde yağ kütlelerinde anormal aşırılık” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2015). Alınan enerjinin harcanandan fazla olması durumunda ortaya çıkan obezite, bu basit tanımlamaya rağmen kompleks ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının (kg) boyun karesine (m²) bölünmesiyle ortaya çıkan ve şişmanlığın derecesini belirlemek için kullanılan bir indekstir. Yetişkinlerde, WHO’nun normal olarak tanımladığı aralık 18.5-24.9 arasındadır. BKİ nin 25 kg/m² nin üzerinde olması aşırı kiloluluk, 30 kg/m² nin üzerine çıkması ise obezite olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2015). Obezite, vücut fonksiyonlarının neredeyse hepsini etkileyen ve toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir sağlık sorunudur. Diyabet (Singh vd., 2013), kalp hastalıkları, kanser çeşitleri (Lauby-Secretan vd., 2016), iskelet kas hastalıkları (Anandacoomarasamy vd., 2008), zihinsel sağlık (Anstey vd., 2011) gibi pek çok hastalık için risk faktörüdür ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Obeziteye bağlı ölümlerin sigaraya bağlı olanlardan daha yüksek olduğu bilinmektedir (Jia ve Lubetkin, 2010). Özellikle gelişmiş ülkelerde kronik hastalıkların temel sebebi olarak gösterilmektedir (WHO, 2004a). Vücutta fazla alınan enerji trigliseritlere dönüştürülerek yağ dokuda depolanır ve kilo alımına neden olur. Öte yandan obezite ile mücadelenin küresel boyutta tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçları bulunmaktadır (Ford Runge, 2007).

Aşırı kilo, beraberinde fiziksel problemleri getirdiği gibi ruhsal problemlere de neden olmaktadır. Obezitenin ruhsal sağlık için risk oluşturduğu ve yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Aşırı kilo, psikolojik iyilik halinde bozulma (Bookwala ve Boyar, 2008), depresyon ve anksiyete (Abdus ve Zuvekas, 2015), düşük benlik saygısı ve olumsuz beden imajı (Griffiths vd., 2010), beden memnuniyetsizliği (Gouveia vd., 2014), duygudurum değişimleri ve yaşam tatminsizliği (Carr vd., 2007) ile ilişkilendirilmektedir. Yakın zamanlı çalışmalardan bazıları (Mather vd., 2009; Onyike vd., 2003; Pickering, 2007), obezitenin depresyon ve anksiyete riskini artırdığını, bazıları ise (Hasler vd., 2004) aralarında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Obezite, ruhsal rahatsızlıklara yatkınlığa neden olduğu gibi kiloyla ilgili toplumda var olan sosyal stigmaya maruz kalmayı da beraberinde getirmektedir. Obez bireyler çoğunlukla önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Carr ve Friedman, 2005). Özellikle zayıflık ve fit görünmenin öneminin arttığı günümüz dünyasında bu önyargının artmasıyla obez bireylerin işe alımlarında dezavantajlı oldukları, iş ortamlarında ise performanslarının çoğunlukla negatif değerlendirildiği bulunmuştur (Flint vd., 2016). Toplum tarafından obez bireylerin dürtüsel, iradesiz, motivasyonu ve öz kontrolü zayıf kişiler olduğu düşünülmektedir (Puhl ve Brownell, 2003; Teachman ve Brownell, 2001; S. S. Wang vd., 2004). Tüm bu olumsuz yargılara maruz kalmak, aşırı kiloyla yaşamayı zorlaştırmakta ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yaygınlığı günden güne artan bir salgın olan obezitenin önüne geçmek toplum sağlığı ve ekonomisi açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Bu nedenle obezite için müdahale teknikleri ve etkili kilo kaybı programları geliştirmek, uzun yıllardır popülerliğini sürdüren bir araştırma konusudur.

2. KİLO KAYBI UYGULAMALARI

Kilo kaybı, kardiyovasküler iyileşmelerden psikolojik iyilik hallerine kadar pek çok olumlu sonucu beraberinde getirmektedir. Kilo kaybının hastalıklar üzerinde olumlu ve iyileştirici etki gösterdiği net olarak bilinmektedir (Després, 1994). Vücut ağırlığının %5 ila %10'unu kaybetmenin ve bu kaybı korumanın fiziksel ve psikososyal pek çok olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Kan basıncının azalması, serum kolesterol düzeylerinin düzenlenmesi, kan glikoz seviyelerinin azalması gibi sağlık durumunda belirgin etkiler, kilo kaybıyla sağlanabilmektedir. Vücut ağırlığının %10'unun kaybedilmesinin ölüm riskini %20 düşürdüğü, diyabet ve kalp hastalıklarına ilişkin riski azalttığı bilinmektedir (Harrington vd., 2009). Kilo artışı kişinin harcadığı ve tükettiği enerji arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Bu da tüketilen yiyecek miktarı ve fiziksel aktiviteyi önemli hale getirmektedir. Kilo kaybı için bilinen yöntemler çoğunlukla diyet ve egzersiz stratejilerinden oluşmaktadır. Obezite müdahalelerinin etkinliği ve güvenliğiyle ilgili kapsamlı bir çalışmada, uygulamaların büyük kısmının diyet ve fiziksel aktiviteyi içerdiği bulunmuştur (Thomas A. Wadden ve Osei, 2001). Kilo artışıyla ilgili toplum sağlığı uyarılarına, müdahalelerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliğine, hastane ve ilaç tedavilerine rağmen obezitenin yaygınlığı gün geçtikçe artmaktadır (Messina. vd., 2014). Diyetler kısa sürede kilo kaybını sağlasa da çalışmalar bireylerin çoğunlukla diyetlerini ve egzersiz planlarını sürdürmekte zorluk çektiğini, kilo kaybından sonra eski alışkanlıklarına döndüklerini, nüksetme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. (Marcus vd., 2000). Diyet sürecinde uygulanan düşük yağlı, düşük kalorili beslenme, düzenli fiziksel aktivite gibi kilo kontrol davranışlarına uzun süre bağlı kalamamak obezite tedavilerinin uzun dönem sürmemesine neden olmaktadır (Thomas A. Wadden vd., 1998).

Obezitenin nedenleri uzun yıllardır araştırma konusudur. Obezitenin artışıdaki en büyük neden, yüksek yağlı ve şekerli yiyeceklerin fazla miktarda tüketilmesi ve fiziksel aktivitenin azalmasıdır. Yiyecek sistemlerinin globalleşmesiyle daha fazla

işlenmiş, enerji içeriği yüksek yiyeceklerin tüketilmesi, pasif ve hızlı tüketimin yaygınlaşması, modern yaşam şekli ile fiziksel aktivitenin azalması obeziteyi dünya çapında bir salgın haline getirmiştir (Swinburn vd., 2011). Günümüz dünyası, obezitenin çevre olarak da bilinen enerji alımını artıran fırsatlar, koşullar ve çevresel faktörlerle kuşatılmıştır. Kilo artışının temel olarak enerji dengesizliğinden kaynaklandığı bilinse de bu dengesizliğe yol açan çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bazı insanlar genetik nedenlerle kilo alırken, bazıları için çevresel, sosyal, duygusal, bilişsel faktörler obeziteye neden olmaktadır. Hipotiroid, diyabet, polikistik over gibi problemleri kapsayan endokrin faktörler obeziteye neden olmakta fakat bu tip organik sebepler obezite vakalarının yalnızca %2-3 ünü kapsamaktadır. Vakaların %90-95'inde ise aşırı kilo ve obezitenin psikolojik ve duygusal kaynaklı olduğu bilinmektedir. Yalnızca enerji dengesine odaklanan diyet programlarını sürdürmedeki zorluk, bu denli yüksek etkisi olan psikolojik faktörlerin ele alınmamasından kaynaklanmaktadır. Kilo kaybı ile ilgili uygulanan yöntemlerin çoğu uzun vadede başarısız olmaktadır (Kearney vd., 2012). Bilinen yöntemlerle kilo veren obez bireylerin, verdikleri kilonun üçte birini bir yıl içinde geri aldığı bilinmektedir. Bu bireylerin %80'i ise, 5 yıl içinde verdikleri kiloyu hatta daha fazlasını geri almaktadır (S. Byrne vd., 2003). Bazı araştırmalar diyet ve kısıtlı yemenin gelecekte kilo alımını artırdığını bile öne sürmüştür (Lowe vd., 2013). Verilen kilonun geri alınması, çoğu insanın hayatları boyunca çok sayıda diyet yöntemi denemesine neden olmakta ve kilo döngülerini getirmektedir. Herhangi bir zamanda, kadınların %45'inin ve erkeklerin %30'unun kilo vermek için diyet yaptığı bilinmektedir (Serdula vd., 1999). Düşük kalorili diyetlerin, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin, 20-26 haftada başlangıç kilosunun %8-10'unu vermeyi sağladığı bilinmektedir (Thomas A. Wadden ve Foster, 2000). Fakat çoğu birey 3-5 yıl içinde başlangıç kilosuna geri dönmektedir (Wadden vd., 1989). Özellikle çok düşük kalorili diyetlerde kilonun geri alımı sık görülmektedir. Kilo kaybı, kilonun geri alınmasıyla sonuçlandığında olumsuz duygusal sonuçlara neden olmakta, hayal kırıklığı yaşanmaktadır. Kilo döngüsü bireylerde benlik saygısında, özgüvende, görünüşünden duyduğu tatminde azalmaya neden olmaktadır (Wadden vd., 1988). Bu sorun, obezite araştırmalarında kalıcı ve kiloyu geri almayı en aza indirecek yöntemi bulmaya yönelik çalışmalara neden olmuş ve obezite tedavisini psikoloji biliminin katkılarına açık hale getirmiştir.

3. PSİKOLOJİ BAKIŞ AÇISINDAN OBEZİTE

Literatürde obeziteye yönelik yıllar boyunca farklı yaklaşımlar yer almıştır. Bunlardan en yaygın olanı medikal yaklaşım olmuş ve obezite, herhangi bir psikolojik boyutu olmayan, genetik veya organik sebeplere dayanan bir rahatsızlık olarak görülmüştür. Uzun yıllar boyunca psikiyatrik eş tanı haricinde obezitenin psikolojik boyutu görmezden gelinmiştir. Bu bakış açısından dolayı psikoterapiler uzun yıllar boyunca obezite tedavisinde birincil tedavi olarak yer almamıştır (Devlin vd., 2000). Obezitenin psikiyatrik bir bozukluk olup olmadığı literatürde tartışılmaktadır. Bazı görüşlere göre obezite kompleks semptomları olan bir dürtü kontrol bozukluğudur ve farklı kişilik bozukluklarına eşlik etmektedir (Farrell, 1996). Yaygın düşünceye göre aşırı yeme, duygu durumu düzenlemek ve kendini yatıştırmak için bir araç olarak kullanılmaktadır.

Psikoloji bilimi, geleneksel olarak bireylerin zihinsel süreçlerine ve davranışlarına odaklanmaktadır. Psikoloji; kişinin duyguları, inançları, hedefleri ve davranışlarının obezitenin sebepleri ve sonuçları olabileceğini öne sürmektedir. 1957'de, obezitenin ilk kez metabolik fonksiyonlardaki bozulmanın sonucu olarak değil, bir davranış olan aşırı yemenin sonucu olarak ortaya çıktığı öne sürülmüştür (Kaplan ve Kaplan, 1957). Bu yaklaşımla çalışmalar biyolojik yaklaşımlardan çok davranışsal yaklaşımlara evrilmeye başlamıştır. Aşırı yeme ile ilgili erken dönemdeki çalışmalar obez ve obez olmayan bireyleri kıyaslamakla başlamış; zamanla obezlerde aşırı yemeyi tetikleyen çoğu faktörün obez olmayanlarda da tetikleyici olduğu anlaşılmıştır. Çalışmalar kimin aşırı yediğinden çok, aşırı yemenin ne zaman ve neden ortaya çıktığına yönelmiştir. Böylece psikoterapinin obezite tedavisinde kullanılmaya başlanması fikri oluşmaya başlamıştır (Devlin vd., 2000).

3.1. DIŞSALLIK TEORİSİ ve OTOMATİK YEME

Aşırı yemenin nedeni uzun yıllardır araştırma konusu olmuş, aşırı yemenin nedenlerini açıklayan farklı teoriler üretilmiştir. Bu teorilerden biri dışsallık teorisidir (Schachter, 1968). Bu teoriye göre, obez olmayan bireyler yemelerini yönlendirmek için içsel açlık ve tokluk duyularını kullanırken, obez bireyler bu içsel duylara daha az duyarlı olup bir yiyeceğin görüntüsü gibi dışsal uyanlarla yemelerini yönlendirmektedir. Bu görüş sonraki yıllarda obez olmayan bireylerin yeme davranışlarında içsel ipuçlarını kullanma eğilimlerinin obezlere göre daha iyi olmadığı ve dışsal uyanlardan da etkilendikleri görüşü ışığında tartışılmıştır (C. P. Herman ve Polivy, 2008; Rodin, 1981). Herman ve Polivy (2008), porsiyon büyüklüğü gibi normatif uyanların herkesi etkilediğini fakat lezzet gibi duysal uyanların özellikle obez ve diyet yapan bireyleri etkilediğini söylemiştir. Dışsallık hipotezi günümüzde obeziteyi açıklayan teoriler arasında yerini korumaktadır. Bu hipotezle ilişkili olup obezitede yaygın olarak görülen bir yeme problemi “otomatik yeme”dir. Otomatik yeme, farkında olmadan/bilinçsiz yeme eylemidir. Otomatik yemenin özellikleri şöyle tanımlanmıştır (Bargh ve Chartrand, 1999): farkında olmadan gerçekleşir, niyetsiz başlar, başladıktan sonra kontrolsüz olarak devam eder ve çok az çaba ile gerçekleşir. Yapılan çalışmalar, insanların çoğunlukla fiziksel olarak aç olduklarını fark ettikleri için değil, yiyeceklerin dışsal uyanlarıyla ya da öğün zamanı olduğu için yediklerini göstermektedir (Tuomisto vd., 1998). Ayrıca bir yiyeceği görmek ya da ulaşılabilir seviyede bulundurmak da yiyecek tüketimini artırmaktadır. Günlük yaşamda yemek çoğunlukla diğer işlerimize eşlik eden bir davranış olarak öğrenildiği için otomatik yeme / bilinçsiz yeme kaçınılmazdır (Cohen ve Farley, 2008). Yeme davranışı çoğunlukla otomatik yeme şeklinde olduğunda, dışsallık hipotezinde bahsedildiği gibi bedensel açlık tokluk sinyalleri ihmal edilmekte ve obeziteyi beraberinde getirmektedir.

3.2. KISITLAMA ve TIKINIRCASINA YEME

Aşırı yemeye neden olan faktörlerden biri de bilişsel kontrol ve kısıtlama teorisi (Herman ve Mack, 1975). Bu teoride kısıtlı yiyenlerde veya diyet yapanlarda diyeti bozduktan sonra ortaya çıkan aşırı yeme ile oluşan disinhibisyon etkisinden bahsedilmiştir. Çalışmalar, kısıtlı beslenenlerin diyetlerini bozduğu düşüncesine sahip olduklarında aşırı yediklerini, “yedikleri yiyeceğin diyetlerini bozduğu” düşüncesine sahip olmadıklarında aşırı yeme davranışında bulunmadıklarını göstererek bunun bilişsel bir etki olduğunu göstermiştir (Polivy ve Herman, 1985). Bireyin kendini kısıtlaması bir öz denetim mekanizmasıdır ve başarısız olduğunda bir dizi olumsuz sonuca neden olmaktadır. Ego tehditleri ve stresin kısıtlayıcı yiyenlerde aşırı yemeye yol açtığını, kısıtlayıcı olmayanlarda ise aşırı yemeye neden olmadığı gösterilmiştir. Kısıtlama bilişsel olabileceği gibi, diyetlerin oluşturduğu enerji ve belirli yiyeceklerin kısıtlanması da söz konusudur. Çoğu diyet yapan kişi farklı yiyecek kısıtlama biçimlerini denemektedir. Diyet planı sağlıklı yapılmadığında kısıtlı beslenme öğün atlamaya, açlığa, kısıtlamanın etkisiyle kaçamak yapmaya neden olmaktadır. Bu şekilde uygulanan katı diyetlerin yeme isteğini ve belirli yiyeceklere duyulan iştahı artırdığı ve fiziksel açlık dışında yeme isteği oluşturduğu düşünülmektedir (White vd., 2002). Kısıtlı besin alımının yoksunluk hissine ve problemlerle bir yeme davranışı olan tıkinircasına yemeye ve kilo değişikliklerine neden olduğu bilinmektedir (Polivy ve Herman, 1999). Kısıtlama, dürtüsel yiyicilerde öz düzenlemede başarısızlığa neden olmaktadır (Johnson vd., 2012). Diyet kısıtlamasının kilo döngüleri ve bozuk yeme davranışlarıyla ilişkilerini gösteren çalışmalar mevcuttur (Neumark-Sztainer vd., 2006; Patton vd., 1999). Kısıtlama, yiyecekler hakkında takıntılı düşüncelere ve aşırı istenilen yiyeceklerin dürtüsel tüketimine sebep olabilmektedir, bu da kilo alımı için risk faktörüdür (May vd., 2010).

Kısıtlama teorisine göre, diyet kısıtlaması beden şekli ve kiloya aşırı anlam yüklenmesine, tıkinircasına yemeye ve yeniden kısıtlama döngüsüne girmeye neden olmaktadır (Lowe, 1993). Yapılan çalışmalar obez bireylerde tıkinircasına yemenin sık görüldüğünü göstermektedir (Stunkard ve Allison, 2003). Diyet ile uygulanan

enerji kısıtlamasının tıknırcasına yemeye neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hsu, 1997). Tıknırcasına yeme, aşırı miktarda yiyeceğin denetimsizce tüketilmesidir. Çoğu kişi utanç hissinden dolayı yalnız yemeyi tercih etmekte, yedikten sonra pişmanlık, iğrenme ve üzüntü duyguları hissedilmektedir. Literatürde kısıtlayıcı diyetlerin Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olanlarda tıknıma ataklarını artırdığı belirtilmiştir (Masheb vd., 2011). Yeme bozukluklarına bilişsel davranışçı yaklaşım, katı diyetlerin duygu durumunda değişimler, beden ve kiloya aşırı anlam yüklemeye ilişkili olduğu ve tıknırcasına yemeye neden olduğunu bildirmektedir (Fairburn vd., 2008). Özellikle düşük kalorili veya çok düşük kalorili diyetlerin yeme bozukluklarında kontraendike olduğu bilinmektedir (Arnold vd., 1992). Tıknırcasına yemeye ilgili yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin %70'inin obez olduğu görülmüştür (Grucza vd., 2007). Tıknırcasına Yeme Bozukluğu toplumda %3 oranında bulunurken, kilo kaybı için başvuranların %30'unda olduğu bulunmuştur (Spitzer vd., 1992). Bu oranlar obezite tedavisinde Tıknırcasına Yeme Bozukluğunu ayırt etmenin ve tıknırcasına yemeye neden olabilecek faktörlerin tanınmasının ve önüne geçilmesinin önemini göstermektedir.

Kısıtlama teorisi duygusal yeme ile de ilişkilendirilmektedir. Kısıtlayıcı beslenenlerin olumsuz duygu durumlarında yiyeceklere karşı disinhibisyon gösterdiği, kısıtlı beslenmeyenlerde olumsuz duygu durumunda yiyecek alımında bir değişim olmadığı bulunmuştur (Heatherton vd., 1991; Polivy vd., 1994). Bu yaklaşım diyet yapanlarda sık karşılaşılan duygusal yeme ve tıknırcasına yemeye olan yatkınlıkları açıklamaktadır. Duygusal tetikleyicilere karşı aşırı yeme davranışının yalnızca kısıtlayıcı beslenenlerde görüldüğü sonraki çalışmalarda da gösterilmiştir (Williams vd., 2002a). Tıknırcasına yemenin olumsuz duygulardan kaçınmayla ilişkili olduğu bilinmektedir (Chua vd., 2004; Heatherton ve Baumeister, 1991; Kenardy vd., 1996). Tıknırcasına yeme ataklarının %95'ine öfke, üzüntü, anksiyete gibi duyguların eşlik ettiği bilinmektedir. Kişiler işlevsel baş etme stratejilerine sahip olmadığında tıknırcasına yemeyi olumsuz duyguları baskılamak için kullanmaktadır (Aldao vd., 2010). Bu durum duygusal yeme ile beraber sık görülmektedir.

3.3. DUYGUSAL YEME

Bireylerin duygusal deneyimlere nasıl yanıt verdikleri, obezitenin gelişmesine neden olan bir başka faktördür. Psikosomatik hipoteze göre (Kaplan ve Kaplan, 1957), obez bireyler duygusal zorluklarla baş etmek için yemek yerler. Dışsallık hipotezinde bahsedildiği gibi içsel uyarınları fark etmede güçlük yaşandığı için, duygusal durumların açlık olarak yanlış yorumlandığı da ileri sürülmüştür (Bruch, 1961). Duygusal durumlara yanıt olarak yemek, günümüzde halen geçerliliğini koruyan ve “duygusal yeme” olarak kavramsallaştırılan bir yaklaşımdır. Duygusal yeme, duygusal bir tetikleyiciye yanıt olarak yeme eylemidir (van Strien ve Ouwens, 2007). Duygusal yeme, yiyeceklerin olumsuz duygularla baş etme mekanizması olarak kullanılması anlamına gelmektedir (Geliebter ve Aversa, 2003). Yiyecekler olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmak için araç haline gelmektedir. Obez bireyler yiyecekleri stres, öfke, depresyon, yalnızlıkla baş etmek için yardımcı olan bir arkadaş gibi kullanarak rahatlama eğilimindedir. Kısa dönemli bir çözüm olan bu yeme biçimi, rahatsız edici duygu ve düşüncelerden uzaklaşmayı sağladığı için kısa sürede bir alışkanlık olarak yerleşmekte ve otomatik hale gelmektedir.

Kaçış teorisine ve duygu düzenleme modellerine göre bireyler duygusal yemeyi psikolojik stres ve negatif öz değerlendirilmelere yanıt olarak, uygun olmayan bir baş etme mekanizması olarak kullanmaktadır. Kaçış teorisi, aşırı yemenin egoyu tehdit edici uyarınlarla karşılaşıldığında öz farkındalıktan kaçmak veya dikkati dağıtmak için olumsuz duygulara yanıt olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir (Heatherton ve Baumeister, 1991). Bu teoriye göre duygusal yeme negatif duygu durumdan ve öz farkındalığın olumsuz etkisinden kaçınmak için, yemek gibi dışsal bir uyarana yönelerek ortaya çıkmaktadır. Daha sonraki çalışmalar egoyu tehdit eden olumsuz duygu durumların ve öz farkındalıktan kaçınmanın duygusal yeme ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Wallis ve Hetherington, 2004). Olumsuz duyguların yemeyi etkilemesi yalnız obezlerde değil, normal kilodaki insanlarda da görülmektedir. Öte

yandan obez bireylerde duyguların yemeye olan bu etkisinin daha güçlü olduğu bilinmektedir (Canetti vd., 2002).

Duygusal yemeye eşlik eden yiyecekler çoğunlukla yağlı ve şekerli yiyecekler olmaktadır. Stresin yağ ve şeker içerikli yiyeceklerin tüketiminde artışa neden olduğu bilinmektedir (Steptoe vd., 2018). Bu yiyeceklerin seçilmesinin sebebi, hem kısıtlama teorisine dayanan diyetlerin bu yiyecekleri yasaklaması, hem de bu yiyeceklerin beyinde oluşturduğu ödül etkisidir. Yağlı ve karbonhidratlı yiyeceklerin beyinde hedonik etkiler oluşturan ve stresi azaltan biyokimyasal süreçleri aktive ettiği bilinmektedir (Colantuoni vd., 2002). Özellikle son on yılda yapılan çalışmalar “yeme bağımlılığı” kavramı üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu kavramın kullanılmasının nedeni, nörogörüntüleme çalışmaları bulgularına dayanmaktadır. Obezite ve tıknırcasına yeme durumunda beyinde madde kullanımına benzer şekilde ödül ilişkili bölgelerin aktivasyonunda ve dopaminerjik sinyallemede artış olduğu bilinmektedir (Schienle vd., 2009; G. J. Wang vd., 2001). Ayrıca hayvan çalışmalarında şeker kesintili erişim bulunan durumlarda, bağımlılık benzeri davranışsal ve nöral yanıtlar olduğu bulunmuştur (Avena vd., 2008). Çok sayıda çalışma DSM nin madde bağımlılığı kriterlerinin Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve obezite için de geçerli olabileceğini tartışmış ve yeme bağımlılığının tanı olarak dahil edilmesini önermiştir (Allen vd., 2012; Barry vd., 2009; Davis, 2013; Drownowski ve Bellisle, 2007; Umberg vd., 2012). Yeme bağımlılığı kavramı tartışılmakla birlikte, belirli yiyeceklere karşı duyulan yoğun istek, yiyeceğe ulaşılmadığında duyulan rahatsızlık hissi, kontrol kaybı, yedikten sonra pişmanlık gibi durumlar obeziteye ve duygusal yemeye sık eşlik etmektedir. Tüm bu etkiler bir araya geldiğinde duygusal yemenin obezite müdahalelerinde ele alınması gereken bir sorun olduğu açıkça görülmektedir. Obezite tedavilerinde başarı kriteri yalnızca kilo olmamalı ve problemlili yeme davranışlarını hedef alan tedavi stratejileri üretilmelidir.

3.4. ERKEN DÖNEM YAŞANTILARI ve BEDEN İMAJI

Obeziteyle ilgili psikolojik araştırmalar erken dönem yaşantılarının, bağlanma biçimlerinin, travmaların yeme davranışına etkili olduğunu göstermektedir. Yukarıda bahsedilen sık karşılaşılan bir problem olan duygusal yeme davranışı gösteren bireylerin geçmişlerine bakıldığında belirgin psikolojik durumlar bulunmuştur. Obezite ve yeme bozukluklarının erken dönem yaşam deneyimleriyle ilişkisini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Kent vd., 1999; Kopp, 1994; D. F. Williamson vd., 2002; Wonderlich vd., 2001). Yeme davranış bozuklukları ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, bu kişilerde güvensiz bağlanmanın yaygın olduğu bulunmuştur (Ward vd., 2000). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda tedaviye yanıtın zorluğu, bağlanma kaygısı ve kaçıngan bağlanmanın varlığıyla ilişkilendirilmiştir (Tasca vd., 2006). Kilo kaybı programlarında tedaviyi sürdürememe, yarım bırakma oranlarının %55 olduğu bilinmektedir. Bu oranın yksekliliğinin aşırı yeme ve obezitenin genellikle bilinçdışı 'çocuklukta beri süregelen sorunlara karşı üretilen koruyucu çözüm' olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (Felitti, 1993). Geleneksel psikanalitik görüşe göre aşırı yeme, gelişimin oral döneminde yeterince karşılanmayan temel ihtiyaçların sonucudur (Bychowski, 1950). Erken dönem travmatik deneyimlerin obeziteye neden olabileceği, çocuklukta beri obez olan bireylerin sonradan obez olanlara göre ruhsal sağlıklarının daha zayıf olduğu bilinmektedir (Mills, 1995). Çocuklukta duygusal eksikliğin yetişkinlikte obeziteyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Power ve Parsons, 2000). Çocukluk ağı yaşam deneyimlerinden özellikle fiziksel, sözel ve cinsel istismarın ocuk gelişimine etkisinin büyük olduğu bilinmektedir (Felitti vd., 1998). Bu bağlamda çocuklukta cinsel istismar ve yeme bozuklukları semptomları arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır (Grilo ve Masheb, 2001; Wonderlich vd., 2001). Kilo ve bedene yüklenen aşırı anlam, diyet döngülerini sürdüren bir etmendir. Kiloya dair erken çocukluk deneyimleri ve travmatik yaşantılar beden imajı için önemli rol oynamaktadır. Beden Algısı Bozukluğu'nun erken yaşlarda çok fazla alay edilmeye maruz kalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Thompson vd., 1999). Alay edilmenin negatif beden imajının gelişimi için risk faktörü olduğu bilinmektedir (Grilo vd., 1994).

Obezitenin neden olduğu beden memnuniyetsizliği gibi bazı zihinsel sonuçlar başlangıçta davranış değişikliği için motivasyon olsa da uzun vadede kilo döngülerine neden olmaktadır. Bu olumsuz sonuçların ve etkisiz uzun vadeli kilo verme tedavilerinin birleşimi nedeniyle beden imajı ve öz kabulün tedavinin birincil hedefleri haline gelmesi gerektiği savunulmaktadır (Schwartz ve Brownell, 2004; Wilson, 1996). Tedaviye beden imajı ve kilonun kabulünün eklenmesi kilo kaybından sonra kilonun korunması için etkili olabilmektedir. Kilo kaybı hedeflenmeden beden kabulü ve öz kabulün desteklenmesinin beden imajının yanında sağlık parametrelerinde iyileşme sağladığı ve bu etkilerin iki yıl boyunca sürdüğu bulunmuştur (Bacon vd., 2005). Vücut ağırlığıyla ilgili memnuniyet kilo kaybının daha iyi sürdürülmesiyle ilişkilendirilmiştir (Ames vd., 2005; S. M. Byrne vd., 2004; Foster vd., 2004; Amy A. Gorin vd., 2007). Beden imajı için bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanan bir çalışmada, psikolojik semptomlar, benlik saygısı, aşırı yeme ve suçlulukla yemede azalma bulunmuştur (Rosen vd., 1995). Bu çalışmalardan anlaşılacağı üzere, obez bireylerde sık görülen beden memnuniyetsizliği, obezite tedavilerinde yer verilmesi gereken önemli bir kavramdır. Kilo ve bedenin önemini artıran döngüleri beslemek yerine beden kabulüne odaklanmak, kilonun korunmasını zorlaştıran psikolojik engelleri önleyerek tedavinin etkililiğini artıracaktır.

4. OBEZİTEDE PSİKOLOJİK MÜDAHALELER

Psikolojide davranış değişikliği ile ilgili gelişmelerle birlikte obezite tedavisinde insanların yeme davranışlarında farklı stratejilerle değişiklikler hedeflenmiştir. Son 60 yılda, farklı araştırmacılar kilo kaybı için çok farklı davranış değişikliği teknikleri uygulamıştır (Ayyad ve Andersen, 2000). Bazı yöntemlerde diyet yapan bireylere doğru yiyeceğin nasıl seçileceğini, kalori saymayı, ne kadar yediğini gözlemlemeyi öğretmek hedeflenmiş, ödül ve ceza teknikleri kullanılmıştır. Bazı tedavilerde diyet yapanlara sınırsız yiyecek verilmiş, bazılarında bir laboratuvar kliniğinde yalnızca belirli yiyeceklerin yenilmesine izin verilmiştir (Musante, 1976; R. R. Wing ve Jeffery, 1979). Bazı çalışmalarda kişilerin araştırmacılara kendi paralarını vererek bu parayı geri kazanmaları için kilo vermeleri istenmiştir (Harris ve Bruner, 1971). Sosyal baskı ile yediklerini azaltmayı hedefleyen çalışmalar, hatta yeme isteği hissettikleri yiyecekleri tükettiklerinde elektrik şokunun uygulandığı çalışmalar mevcuttur (Foreyt ve Kennedy, 1971). Bu çalışmalar, uyguladıkları yöntemlerle oldukça farklı görünse de, obezitenin yalnızca medikal bir rahatsızlık olmaktan çıkıp davranış olarak ele alınmasını sağlamıştır. Sonraki çalışmalarda psikoloji ekollerinin obeziteye farklı açılardan bakmasıyla obezite tedavilerinde çeşitli yaklaşımlar ortaya çıkmıştır.

4.1. DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM

Kilo vermenin anahtarı yukarıda bahsedildiği gibi enerji dengesini değiştirmektir fakat diyetleri sürdürmek zordur. Bu noktada davranışsal terapi müdahaleleri önemli yer kazanmıştır. Davranışçı terapinin diyet ve fiziksel aktiviteye eklenmesinin kilo kaybı ve korunumunda etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir (Goodwin, 2002). Aşırı kilo ve obezitede davranışçı terapi 1960ların sonlarında uygulanmaya başlanmıştır. Bu yaklaşım öğrenme teorilerine dayanmakta ve yeniden öğrenmenin ya da öğrenilenin düzenlenmesinin mümkün olduğunu savunmaktadır. Klasik ve edimsel koşullanma ilkelerine dayanarak yeni davranışlar geliştirilmesi hedeflenmektedir. Klasik koşullanmaya göre, yeme davranışı diğer aktivitelerle ilişkilendirilmektedir.

Televizyon izlerken atıştırma alışkanlığında olduğu gibi davranışlar birlikte gerçekleşmeye koşullanır. Bu iki davranış sık tekrar edilirse, televizyon izlemek yemeyi tetikleyen bir aktiviteye dönüşür. Davranışsal müdahaleler bu tip uygunsuz psikolojik ve çevresel tetikleyicileri belirleyip söndürmeyi hedeflemektedir. Edimsel koşullama ise pekiştireçler ve sonuçları kullanır. Yiyeceği ödül olarak kullanmak veya yediğinde stresin azalması ve rahatlama hissetmek, yeme davranışının tekrarlanmasına neden olmaktadır. Bu temel psikolojik yaklaşımlar kilo verme amaçlı davranışsal tedavilerde sıklıkla kullanılmaktadır. Davranışçılar, uygun olmayan yeme biçimlerini değiştirmek yerine bu davranışları pekiştiren çevresel tetikleyicilere odaklanmışlardır (D. A. Williamson vd., 2002). Davranışçı programlar, kalori veya egzersiz hedefi olmaksızın danışanların yeme davranışını tek bir mekanla sınırlamalarını, diğer aktivitelerden ayırmalarını, durumsal ve duygusal tetikleyicileri fark etmelerini önermişlerdir (R. R. Wing ve Jeffery, 1979). Davranışçı terapilerin obezitedeki yeri hızla büyümüş ve kilo kaybında uzun dönemli etkili sonuçlar elde edilmiştir (Wadden vd., 2005). Davranışçı yaklaşımda en sık kullanılan kilo kontrol yöntemleri, kendini izleme, uyaran kontrolü, hedef düzenleme ve davranış sözleşmesidir (Butryn vd., 2011). Çalışmalar yiyecek ve aktivite günlüğü tutmanın ve yemeyi tetikleyen çevresel faktörleri fark etmenin aşırı yemenin önüne geçerek kilo kaybını sağladığını göstermektedir (Wansink ve Cheney, 2005). Davranışçı terapilerin içerdiği gerçekçi hedefler belirlenmesi, iyi sonuçların ödüllendirilmesi, yavaş yeme ve beslenme eğitimi verilmesi, öğün planı yapılması gibi diğer yöntemlerin de kilo kaybını sağladığı bilinmektedir (Jacob ve Isaac, 2012; Pedersen vd., 2007). Yediklerini ve kilosunu takip eden katılımcıların kilo vermede daha başarılı oldukları bulunmuştur (Butryn vd., 2007). Yapılan araştırmalar davranışçı terapinin kilo kaybını sağladığını net olarak göstermektedir fakat, kiloyu korumadaki etkililiği yeterli değildir. Davranışçı programlara katılan ve başarılı olan bireylerin programdan sonra obezitenin çevre ile baş etmekte zorlandıkları bilinmektedir (Drewnowski ve Rolls, 2005).

4.2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM

Bilişsel davranışçı yaklaşım, araştırmalara en çok konu olan ve çoğu açıdan davranışçı terapiye benzeyen terapi türüdür. Her ikisi de geçmişten çok bugüne ve geleceğe odaklanan problem odaklı terapilerdir. BDT'yi davranışçı terapiden ayıran önemli özellikleri; problemin çözümü için bilişsel yapılandırmaya dayanması, bilişsel mekanizmaları değiştirmek için tasarlanması, bilişsel ve davranışçı teknikleri bir araya getirerek yardımcı olmasıdır (Cooper vd., 2003). Davranışçı tedavi, obeziteyi uygun olmayan düşünce ve inançların sonucu olarak değil, birincil davranış olarak ele almaktadır. Bu yüzden kilonun geri alımına neden olan bilişsel faktörleri ihmal etmektedir. Bilişsel teknikler davranışçı terapiye eklendiğinde, programın başarısının arttığı ve kilonun geri alınmasının azaldığı bulunmuştur (Cooper ve Fairburn, 2001). Bilişsel stratejiler, kilo kaybı için düşünce biçimlerini ve duygu durumu düzenlemeyi hedeflemektedir.

Çoğu hasta kilo kaybını temel hedef olarak belirlemekte fakat kilonun korunumuyla ilgili bir stratejiye sahip olmamaktadır. Bu bağlamda obezite için BDT uygulamalarında kilonun geri alınması problemi ele alınmakta ve kilonun korunumu hedefi büyük rol oynamaktadır. İki fazlı bir plandan oluşan tedavi üç temel bileşen içermektedir; (1) Kilo kaybı ve kilonun korunumu arasındaki ayrımı netleştirmek, (2) Kilonun korunumu hedef olarak belirlendiğinde ortaya çıkabilecek potansiyel engelleri değerlendirmek, (3) Danışana kilo kontrolü için gerekli davranışsal yetenekleri geliştirmesi ve bilişsel yanıtları pratik etmesine yardımcı olmak (Cooper vd., 2003). Tedavinin birinci fazı kilo kaybını hedeflemekte ve 24 ila 30 haftada sona ermektedir. İkinci faz kilo korunumu fazıdır ve yaklaşık 14 hafta sürmektedir. Diyet uygulamalarına bilişsel terapinin eklenmesinin kilonun geri alınmasını azalttığı bulunmuştur (Werrij vd., 2009). BDT'nin diyet ve egzersizle kombine edilmesinin yalnızca BDT ye oranla daha etkili olduğu bilinmektedir (Shaw vd., 2005). Obezitede BDT müdahaleleri, davranışlarla ilgili kendini izleme, uyaran kontrolü, bilişsel yeniden yapılandırma, hedef düzenleme, problem çözme, yavaş yeme, değişimi pekiştirme, nüksetmeyi önleme ve kilonun geri alınımıyla baş etme stratejilerini

içermektedir (Cooper vd., 2003). Özellikle son yıllarda tıknırcasına yeme ve işlevsiz yeme davranışları için uygulanan BDT müdahalelerinin bulguları, BDT'nin diğer davranışçı müdahalelere göre daha etkili olduğunu göstermektedir (Linardon vd., 2017). BDT'nin yeme davranışını normalleştirmeye, obez bireylerdeki sorunları azaltmaya ve kilo kaybını sağlamaya yardımcı olduğu bilinmektedir (Devlin vd., 2000). Fakat bu yaklaşımda obezitenin psikosomatik bileşenlerine ve altında yatan dinamiklerine odaklanmaksızın yeme davranışını değiştirmenin hedeflenmesi eleştiri konusudur (Farrell, 1996).

4.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Kilo kaybı için başvuran kişilerin çoğunlukla daha önce çok sayıda deneyimi bulunmaktadır. Bu nedenle değerlendirme ve tedavi sırasında danışanın motivasyonunda ve kararlılığında dalgalanmalar olması muhtemeldir. Tedavinin artı ve eksilerini listelemek ve bu listeyi uzun dönem değişiklikleri için motivasyon aracı olarak kullanmak faydalı olacaktır (Cooper vd., 2003). Kişinin şu anki yeme alışkanlıkları, kilo geçmişi, kilo verme sebepleri, hedefleri tedavi motivasyonu için önemlidir. Motivasyonel görüşme danışanın ambivalansının tartışıldığı ve değişim için motivasyonun güçlendirilmeye çalışıldığı kişi merkezli bir görüşme şeklidir. Öz yeterliği artırmayı hedefleyerek, etkileşimli ve empatik bir dinleme şekli ile kişinin hedefleri ve şu anki davranışları arasındaki farkı göstermek amaçlanmaktadır (W. R. Miller vd., 1998). Motivasyonel görüşme tekniklerini davranışçı obezite tedavisinde kullanmanın kilo kaybı ve aşırı yeme davranışında iyileşmeyi sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Armstrong vd., 2011; Burke vd., 2003; DiLillo ve West, 2011). Yapılan bir çalışmada kilo kaybı müdahalesinde motivasyonel görüşmenin kullanılmasının uzun dönemde kilonun korunumunu sağladığı bulunmuştur (Simpson vd., 2015). Ayrıca bu tekniğin obeziteye bağlı yaşam kalitesinde, problemlili yeme biçimlerinde iyileşmeye, beden memnuniyetsizliği ve uyumsuz düşüncelerde azalmaya neden olduğu bulunmuştur (Christie ve Channon, 2014). Motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin bir arada uygulandığı çalışmalarla

ilgili yakın zamanda yapılan bir derlemede, bu yöntemlerin bir arada kullanılmasının fiziksel aktiviteyi artırma ve vücut kompozisyonunda değişim sağlamada etkili olduğu bulunmuştur (Barrett vd., 2018).

4.4. POZİTİF PSİKOLOJİ YAKLAŞIMI

Uygun olmayan yeme davranışında bilişsel davranışçı terapinin başarısı bilinse de, tedaviyi sürdürmeyen veya tedaviden sonra uzun dönemde eski alışkanlıklarına geri dönenlerin varlığı bilinmektedir (Kristeller vd., 2006). Son yıllarda yeme davranışını düzenlemede pozitif psikoloji uygulamalarına yer verilmesinin yeme bozukluklarının önüne geçtiği bilinmektedir (Steck vd., 2004). Pozitif psikoloji, psikolojik bozukluklara odaklanan ve insan işleyişinin olumlu yönlerini ihmal ederek hedefi yalnızca acıyı hafifletmek olan geleneksel psikolojiye bir tepki olarak doğmuştur (Ruini, 2017). Pozitif psikoloji, bireyin optimal işlevselliğini sağlamak için pozitif kişilik özelliklerine ve deneyimlerine odaklanmaktadır (Duckworth vd., 2005). Pozitif psikoterapi uygulamalarında, patolojilere odaklanmak yerine kişinin güçlü yanlarına odaklanarak, pozitif duyguları, anlamları artırarak ve öz yeterliği güçlendirerek semptomları hafifletmeyi hedeflenmektedir (Linley ve Joseph, 2012). Pozitif psikoloji uygulamalarının iyilik halini artırdığı bilinmektedir (Seligman vd., 2005).

Obezitede olumsuz duygularla baş etmek için yemeye yönelmenin sıklığı göz önünde bulduğunda pozitif psikoloji uygulamalarının duygu düzenleme etkisi öne çıkmaktadır. Pozitif duygu deneyimlerini güçlendirmek obez bireylerde daha sağlıklı baş etme stratejileri üretmelerine yardımcı olup daha esnek ve problemlerine yaratıcı çözümler üretmelerini sağlayabilmektedir (Tchanturia vd., 2015). Öte yandan Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel terapi (Segal vd., 2004), Kabul Kararlılık Terapisi (Hayes vd., 2004) gibi farkındalık temelli yaklaşımların obeziteye ilişkin yeme davranışında iyileşmeyi sağladığıyla ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur özşefkat, farkındalık ve kabul kararlılık yaklaşımlarına dayanarak oluşturulan grup müdahalesinin uygulandığı

bir çalışmada, bu uygulamanın yaşam kalitesinde, psikolojik işlevsellikte artışa ve kiloyla ilişkili olumsuz deneyimlerde azalmaya neden olduğu bulunmuştur (Palmeira vd., 2017).

4.4.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Uygulamalar

Bilinçli farkındalık şimdiki ana yargısızca dikkatin verilmesi (Kabat-Zinn, 2003) ve deneyimin özenli farkındalığı için dikkatin düzenlenmesi (Bishop vd., 2006) olarak tanımlanmıştır. Farkındalık temelli uygulamalar, rahatsızlığı azaltmak ve iyilik halini artırmak için gerekli beceriler kazandırmayı hedefleyen teknik ve egzersizleri içermektedir. Bilinçli farkındalığın psikolojik durum için pek çok faydası bulunmakla birlikte kilo kaybı sürecinde de yiyeceklere karşı otomatik, dikkatsiz tepkilerin azaltılması, aşırı tüketim ve duygusal yemeyi azaltma gibi amaçlarla da kullanılabilir bir yaklaşım olmaktadır. Bilinçli farkındalık temelli terapilerin obeziteye ilişkin yeme patolojilerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bazı araştırmacılara göre farkındalık bütüncül obezite tedavilerinde temel bileşen olmalıdır (Caldwell vd., 2012). Yiyeceklerle problemlili ilişkileri olan kişilerde farkındalık becerileri kazanmanın, duygusal ve duyuşsal uyaranların farkındalığını artırarak öz düzenleme mekanizmalarını güçlendireceği bilinmektedir (Dalen vd., 2010; Kristal vd., 2005; Leahey vd., 2008; Shapiro vd., 2006). Bilinçli farkındalık temelli uygulamalar, obeziteye ilişkin davranışları tedavi etmede kullanılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların %86'sında yeme davranışında pozitif değişimler olduğu bulunmuştur (O'Reilly vd., 2014). Çok sayıda çalışma bilinçli farkındalık müdahalelerinin tıknırcasına yeme sıklığı ve şiddetini azalttığını göstermiştir (Baer vd., 2005; J. L. Kristeller ve Hallett, 1999; J. Kristeller vd., 2014; Leahey vd., 2008; B. W. Smith vd., 2006; Tapper vd., 2009; Woolhouse vd., 2012). Obez bireylerde tıknırcasına yemenin sık karşılaşılan bir yeme problemi olduğu göz önüne alındığında bu bulgular obezite tedavisinde farkındalığın önemini vurgulamaktadır.

Obeziteye en sık eşlik eden problemlili yeme davranışlı duygusal yemedir. Duygu düzenlemenin yetersizliği ile yiyecekleri baş etme mekanizması olarak kullanmanın sonucunda oluşan duygusal yemenin çözümü için farkındalık anahtar rol oynamaktadır. Bilinçli farkındalıkla ilgili yapılan diğer çalışmaları, duygulara yanıt olarak yemeyi ve otomatik yemeyi azalttığını bulmuştur (Hugo J.E.M. Alberts vd., 2010a; Jacobs vd., 2013). Bilinçli farkındalık, ortaya çıkan duyguların farkındalığını artırarak doğru şekilde tanımlanmasını, duygusal kabulü, duygulara esnek cevap vermeyi ve olumlu duyguların korunmasını sağlayarak duygu düzenlemeyi teşvik etmektedir (Creswell vd., 2007; Nielsen ve Kaszniak, 2006). Obezite tedavilerinde farkındalık uygulamalarıyla ilgili yapılan bir derlemede, çalışmaların %63'ünün duygusal yemede pozitif etkiler gösterdiği bulunmuştur (O'Reilly vd., 2014). Bilinçli farkındalık, olumsuz duyguları yiyerek hemen bastırmak yerine onları fark etme ve kabul etme becerisini geliştirmektedir. Olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçmak veya baskılamak yerine dikkat ve farkındalıkla kalmak, kişinin olumsuz duygularıyla yemeden baş edebilmesine yardımcı olabilmektedir. Çalışmaları duygusal yemenin kilo alımı, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu göstermektedir. Öte yandan bilinçli farkındalık, kilo alımı anksiyete ve depresyonla negatif korelasyona (Kontinen vd., 2010), duygusal denge ile ise pozitif korelasyona sahiptir (Mantzios vd., 2015). Bilinçli farkındalık uygulamaları, duygu ve düşüncelerin farkında olunması ve kabul edilmesini içerir. Fiziksel açlık ve duygusal uyarılmayı birbirinden ayırt etmeyi sağlar. Bu beceriler, kişinin psikolojik stresle adaptif yollarla baş etmesini sağlayarak tıknircasına yemeyi azaltmaktadır (Sojcher vd., 2012). Bu nedenle bilinçli farkındalık, olumsuz duyguların yeme davranışlı üzerindeki etkisini hafifletebilmekte veya yeni başa çıkma mekanizması olarak yer aldıkça şu anki duygusal durumun yeme davranışlı üzerindeki etkisini azaltabilmektedir. Yakın zamanlı bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde farkındalıkla yeme uygulamalarının yeme bozuklukları ve duygudurumda iyileşmeyi sağladığı bulunmuştur (Giannopoulou vd., 2020). Bilinçli farkındalık uygulamaları bazı teknik ve egzersizler içermektedir. Yeme ile ilgili uygulamalarda yeme farkındalığı egzersizi (Mindfulness Based Eating Awareness Training- MB-EAT) (Daubenmier vd., 2011) kullanılmaktadır.

MB-EAT, yiyeceğin kokusu, görüntüsü gibi yiyeceğe ilişkin ipuçlarına otomatik yanıtları hedef alan bir programdır (Kristeller vd., 2014). Farkındalıkla yeme, kişinin dikkatini yediği şeye getirmek ve yeme eylemini otomatik pilottan çıkarmaktır (Hugo J.E.M. Alberts vd., 2010a). Meditasyonlardan köken alan farkındalık uygulamaları çoğunlukla beden tarama meditasyonunu içermektedir. Kişinin tüm bedenini, nefesini dahil ederek taradığı uygulamada, yeme farkındalığını kazandırmak için bir kuru üzüm egzersizi yapılmaktadır (J. Kristeller vd., 2014). Uygulamanın amacı kuru üzümün tadını, rengini, dokusunu fark etmek için yavaşlamak ve yeme eylemini tümüyle deneyimlemektir. Uygulamada dürtüsel hareket etme, dikkat dağınıklığı, otomatik yeme veya duygusal karışıklık olmaksızın tek bir kuru üzümü sakince ve dikkatle yemek hedeflenmektedir. Yapılan çalışmalar farkındalıkla yeme uygulamalarının kilo kaybı ve koruma müdahalelerinde etkili olduğunu göstermektedir (Jacobs vd., 2013; Marchiori ve Papias, 2014; Timmerman ve Brown, 2012). Bu müdahalelerde vücut ağırlığını ölçen 10 çalışmadan 9'unda kilo ile ilgili pozitif etkiler bulunmuştur (O'Reilly vd., 2014).

Özellikle bilinçli farkındalık ve BDT teknikleri bir arada kullanıldığında uygunsuz yeme davranışlarında iyileşmenin sağlandığı bilinmektedir (Baer vd., 2005; Leahey vd., 2008; Woolhouse vd., 2012). Ayrıca farkındalık temelli müdahalelerin kiloyla ilişkisini araştıran çalışmalar, kilo kaybını ve BKİ de azalmayı sağladığını göstermektedir (Alberts vd., 2012; Dalen vd., 2010; Miller vd., 2012). Bu müdahalelerin BDT, farkındalıkla yeme programları (Kristeller vd., 2014), kabul kararlılık temelli uygulamalar (Tapper vd., 2009) ve farkındalık egzersizleri (Alberts vd., 2010b) ile kombine edildiğinde tıknırcasına yeme bulgularında da iyileşmeyi sağladığı bulunmuştur. Günümüz modern dünyasında çoğunlukla otomatik yeme olarak gerçekleşen yeme eylemi göz önüne alındığında farkındalıkla yeme uygulamaları önem kazanmaktadır.

4.4.2. Sezgisel Yeme

Sezgisel yeme, farkındalıkla yemenin tamamlayıcısı olarak görülen bir yöntemdir. Bu yöntem, yemeye koşulsuz izin verme, duygusal sebeplerle değil fiziksel sebeplerle yeme ilkelerine dayanmaktadır. Sezgisel yeme, yeme davranışının fiziksel nedenlerle olması, bireyin kendi açlık tokluk sinyallerini anlaması ve duygusal tetikleyiciler yerine bu sinyallerle yemeye karar vermesi anlamına gelmektedir (Avalos ve Tylka, 2006). Sezgisel yeme; yeme alışkanlıklarını düzenleme, yiyecek kabulü, öğün planlaması hedefleriyle diyetsiz yaklaşımların bir parçasıdır. Yukarıda bahsedilen kısıtlama teorisinden temel alan yeni bir yaklaşım olan diyetsiz yaklaşımlar kilo stigmasını ve geleneksel yaklaşımları minimize ederek kalıcı yeme davranış değişikliğini hedeflemektedir. Bu yaklaşım vücut şekline ve beden çeşitliliğine saygı duymakta, iyilik haline bütüncül yaklaşmakta, kişisel açlık, doygunluk, besin ihtiyaçları ve zevklere odaklanmaktadır (Clifford vd., 2015). Bedensel açlık, doygunluk ipuçlarına dayanan sezgisel yemede danışanlara açlık tokluk durumlarına göre istediklerini yeme özgürlüğü tanımakta ve diyet mantığını reddetmektedir (Mathieu, 2009).

Sezgisel yemeyle ilgili çalışmalar, sezgisel yemenin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmede, fiziksel ve duygusal sağlığı artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Avalos ve Tylka, 2006; Bacon ve Aphramor, 2011; Hawks vd., 2005; Tylka ve Wilcox, 2006). Ayrıca sezgisel yeme becerilerinin BKİ'de, kolesterol, kan basıncı ve kalp damar hastalıkları riskinde azalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Augustus-Horvath ve Tylka, 2011; Smith ve Hawks, 2006; Tylka, 2006). Sezgisel yeme ve psikolojik sağlıkla ilgili yapılan çalışmalar ise sezgisel yemenin öz saygı ve beden memnuniyetinde artış, depresyon seviyesinde ve bozuk yeme davranışlarında azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Bacon vd., 2005; Smith ve Hawks, 2006; Tylka ve Wilcox, 2006). Kısıtlama teorisine dayanan görüşler, diyet yapmanın aşırı yeme için potansiyel bir zemin hazırlayabileceğini düşündürmektedir (Williams vd., 2002b). Bu konuda yapılan bir çalışmada yemenin katı kontrolü, esnek kontrolü ve sezgisel

yeme ile problemlili yeme davranışları ve beden imajı kaygıları arasındaki ilişki incelenmiştir (Linardon ve Mitchell, 2017). Çalışmanın bulguları sezgisel yemenin problemlili yeme davranışları ve beden imajı kaygısında belirgin biçimde azalmayı sağladığını göstermiştir. Yukarıda daha önce bahsedilen kilo döngüleri ile ilgili bulguların desteğiyle diyetsiz yaklaşımların ve sezgisel yemenin kilo müdahalelerindeki popülerliği günden güne artmaktadır.

4.4.3. Öz şefkat

Kilo ve yeme problemleri yaşayan bireylerin, özellikle başarısızlıkla yüzleştiklerinde kendilerine şefkat gösterme konusunda zorluk yaşadıkları bilinmektedir (Gilbert vd., 2014). Obezitede sağlıksız yeme davranışlarına beden memnuniyetsizliği ve kendinden tikslenme duygusunun sık eşlik ettiği bilinmektedir (Espeset vd., 2012; Powell vd., 2014; Shanmugarajah vd., 2012). Kendinden tikslenme ve yeme davranış bozukluklarında öz şefkatin rolünü araştıran bir çalışmada, aşırı kilolu kadınların erkeklere göre, kendinden tiksinemelerinin daha yüksek, öz şefkatlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Palmeira vd., 2019). Diyet yapan ve çoğunlukla eleştirel düşüncelere sahip olan kişilerde öz şefkat uygulamaları, düşüncelerin kabul edilmesini ve toleransın artmasını sağlayarak kilo verme müdahalelerine katkıda bulunmaktadır (Duarte vd., 2017). Bilinçli farkındalık uygulamalarının şükür, şefkat, umut, maneviyat, hayatın anlamı, affetme pozitif psikolojinin diğer bileşenleriyle birlikte uygulandığında yalnızca meditasyon uygulamalarına göre daha belirgin kilo kaybı sağladığı bilinmektedir (Mantzios ve Giannou, 2014).

Öz şefkat, bilinçli farkındalığa göre kilo kaybı için daha yeni bir yaklaşımdır ve özellikle kilonun korunumunda önemli rol oynamaktadır (Mantzios vd., 2015). Öz şefkatin, zayıf beden imajı ve yeme patolojilerine karşı koruyucu bir faktör olduğu bilinmektedir. Kendine şefkatle yaklaşmak yemeye ilişkin psikopatolojilerin olumsuz etkilerine bir tampon görevi görmekte, diyet yapanlarda ve obez bireylerde sık görülen utanç, beden memnuniyetsizliği, zayıflama isteği döngüsünü kırmaya yardımcı

olmaktadır (Ferreira vd., 2013). Koşulsuz kabul ile duygulara ve durumlara şefkatle yaklaşmak, uygunsuz yeme davranışı olan bireylerde benlik ve başkaları arasındaki bağlantıdaki engelleri aşmayı sağlamaktadır (Braun vd., 2016). Günlük öz şefkat uygulamalarının işlevsiz yeme biçimlerini azalttığı bilinmektedir (Kelly ve Stephen, 2016). Öz şefkatin BKİ, utanç, beden memnuniyetsizliği, olumsuz beden imajı, yeme davranış bozuklukları ve yaşam kalitesi ilişkisinde düzenleyici rol oynadığı tespit edilmiştir (Duarte vd., 2015; Ferreira vd., 2013). Almanya’da yapılan geniş bir çalışmada, aşırı kilolu ve obezlerde öz şefkatin kilo ile ilgili kendini etiketleme ve bütünsel sağlık ilişkisinde rol oynadığı bulunmuştur (Hilbert vd., 2015). Tüm bunlar göz önüne alındığında obezite tedavilerine pozitif psikoloji yaklaşımlarını ve öz şefkati dahil etmenin kilo kaybetme ve kilo koruma sürecinde etkili olacağı görülmektedir. Obez bireylerin deneyimlerinin pozitif psikoloji perspektifinden keşfedilmesi kişinin yaşam doyumunu, güçlü yanlarını, kendine olumlu bakışını ve farkındalığını artırdığı bulunmuştur (Robertson vd.; 2013). Obeziteye bütüncül yaklaşım, iyilik halini de beraberinde getirmelidir (Robertson vd., 2017). İkinci ve üçüncü düzey obezitesi olan bireylerin normal ve aşırı kilolu kategorisinde olanlara göre daha düşük iyilik hali sergiledikleri bilinmektedir. Bu nedenle pozitif iyilik hali ile ilişkili olduğu bilinen güçleri ve kaynakları keşfetmek obezite tedavisinde bir hedef olmalıdır.

5. KİLOSUNU KORUYANLARIN ÖZELLİKLERİ

Kilo vermek basit bir mekanizma gibi görünse de yukarıda bahsedilen her bir faktör kilonun verilmesinden sonra geri alımını etkilemektedir. Bu nedenle kilo koruma süreci çoğu kişi için başarısız olmaktadır. Obezite çalışmaları kilo vermenin yanı sıra, uzun vadeli etkili kilo koruma yöntemleri bulabilmek için çabalamaktadır. Bu yaklaşımla kilo veren ve kilosunu korumayı başaran bireylerin bunu nasıl başardığını araştırmak, sürdürülebilir kilo kaybını anlamada yardımcı olabilmektedir. Kilo kaybeden ve başarıyla koruyan kişiler “vücut ağırlığının en az %10’unu kaybeden ve bu kaybı en az bir yıl koruyan kişiler” olarak tanımlanmıştır (Wing ve Hill, 2001). Pozitif psikoloji açısından değerlendirildiğinde kilolarını 12 ay boyunca başarıyla koruyan bu kişilerin olumlu duygu durum ve umudunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (Snyder vd., 2002). Kilosunu korumayı başaranlar ile başaramayanları bu açıdan kıyaslayan farklı bir çalışmada iki grup arasında pozitif psikolojik değişkenler açısından belirgin fark olduğu bulunmuştur (Robertson vd., 2017). Yukarıda daha önce kilo vermeye etkisinden bahsedilen pozitif psikoloji yaklaşımının kiloyu korumadaki etkililiği de çalışmalarla desteklenmektedir. Kilonun korunamaması ve kilo döngülerinin oluşturduğu psikolojik zararlar göz önüne alındığında, bu zararları önlemek ve kişiyi desteklemek için obezite müdahalelerinde pozitif psikolojiden faydalanmak oldukça önemlidir.

Kilo verme ve geri alma döngüsüne giren çoğu bireyin öz yeterlik duygusu zedelenmektedir. Kişilerin sahip oldukları özyeterlik seviyesini desteklemenin kilonun korunumunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Aşırı kilolu bireylerde kilo vermeleri için 15 haftalık davranışçı terapi uygulanan bir çalışmada, programdan sonra bireyler 2 yıl boyunca takip edilmiş ve bu sürede kaybettikleri kilonun %63’ünü geri almışlardır. Aynı çalışmada kilosunu koruyanlar öz yeterlik seviyesi açısından değerlendirildiğinde öz yeterlik iki yıl boyunca kiloyu koruma ile ilişkili bulunmuştur (Jeffery vd., 1984). Başka bir çalışmada 4 aylık kilo verme programından 7 ay sonra, katılımcıların %23’ünün kilosunu başarılı olarak koruduğu ve bu kişilerin öz

güveninin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gormally vd., 1980). Bu bulgular kilo verme müdahalelerinde öz yeterliği destekleyecek çalışmalar yapılmasının kilonun korunması ihtimalini artıracaklarını göstermektedir. Kilo kaybında motivasyonel görüşmelerin ve beslenme eğitiminin kullanıldığı yakın zamanlı bir çalışmada bu uygulamaların aşırı kilolu ve obez kadınlarda öz yeterliklerinde artışı sağladığı bulunmuştur (Mirkarimi vd., 2017).

Kilo kaybı programlarını sürdüremedeki önemli faktörlerden biri motivasyondur. Kilo kaybında başarılı olanların motivasyonları ile ilgili yapılan bir çalışmada (McGuire vd., 1999), bu kişilerin ortak özelliklerinden birinin değişim konusunda tetikleyici bir olayın varlığı olduğu bulunmuştur. Bu olayların arasında medikal tetikleyicilerin en yaygın olduğu, ikinci sırada şimdiye kadarki en yüksek kiloyu görmek, üçüncü sırada ise aynadaki görüntülerinden rahatsız olmanın geldiği ortaya çıkmıştır. Bir doktor tarafından kilo kaybının önerilmesi ya da ailede kalp hastalığı riskinin bulunması gibi durumlarda, kişilerin daha kolay kilo verdikleri ve kiloyu korumada daha başarılı oldukları anlaşılmıştır. Bu bulgular yukarıda daha önce bahsedilen motivasyonun önemini vurgulayarak motivasyonel görüşme tekniklerinin etkililiğini hatırlatmaktadır.

Kiloyu korumadaki zorlukların başında gelen faktörlerden biri de kısıtlı yeme biçimini sürdürmektir. Kilosunu başarıyla koruyan kişilerin yeme biçimlerini değerlendiren bir araştırmada (Gorin vd., 2004) bu kişilerin hafta sonları, tatiller dahil aynı beslenme biçimini sürdürdükleri bulunmuştur. Kilosunu koruyanlar, belirli dönemlerde katı kısıtlamalar ya da aşırı yeme periyodları uygulamamaktadır. Sürekli ve tutarlı bir beslenmeyi takip etmenin iki yıl boyunca kilonun korunmasında nasıl etki ettiği başka bir araştırmada ele alınmıştır. Bu araştırmaya göre tutarlı bir programı sürekli devam ettirenler, hafta içi daha sıkı diyet yapanlara göre kilo kaybını 1.5 kat daha iyi korumaktadır. Kısıtlama teorisine de dayanarak, katı diyetlerin sürdürülebilir olmadığı ve diyetsiz yaklaşımların öne çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla kilonun korunması için esnek ve sürdürülebilir alışkanlıklara odaklanılması gerekmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİ

Obezitenin birincil sebebi alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıdır. Kilo problemi yaşayan her birey daha az yiyip daha çok hareket ettiğinde kilo vereceğini bilmektedir. Buna rağmen obezite gün geçtikçe etkisi büyüyen bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Obezite beslenmeye ilişkin bir sağlık problemi gibi görünse de bireyin çevresi, duyguları, düşünceleri, yaşantıları gibi pek çok faktör yeme davranışını etkilemektedir. Nasıl ki diğer psikolojik rahatsızlıklardaki davranış problemlerinde birey zihin ve beden olarak bütüncül ele alınıyorsa, aynı yaklaşım obezite için de uygulanmalıdır. Obeziteye neden olan aşırı yeme davranışı duygular, yaşantılar, zihinsel süreçlerle birlikte ele alınmadığında müdahaleler yetersiz ve kısa süreli kalmaktadır. Bu yöntemleri dahil etmek ise ancak psikoloji biliminin katkılarıyla mümkün olmaktadır. Çok sayıda çalışma diyetlerin belirli bir sürede kilo kaybını sağlasa da uzun dönemde kiloyu korumada başarısız olduğunu göstermiştir. Buna rağmen günümüzde uygulanan obezite müdahaleleri psikolojik yaklaşımları nadiren dahil etmektedir. Halen uygulamaların çoğu diyet ve fiziksel aktivite ile kısıtlı kalmaktadır. Bu çalışmada obez bireylerde sık görülen yeme davranış problemleri, bu problemlerin dayandığı teoriler ve farklı psikolojik yaklaşım önerileri ele alınmıştır.

Yeme davranışı karmaşık ve çok boyutlu olduğu için ideal bir tedavi planı belirli bir yapıya sahip olmakla birlikte kişiye özgü şekillendirilmelidir. Obezite tedavilerinde uygulanan farklı yöntemler, bireysel ya da grup formatında gerçekleştirilmektedir. Bazı çalışmalar obezite tedavisinde grup müdahalelerinin bireysel müdahalelere göre daha etkin olduğunu göstermektedir (Renjilian vd., 2001). Empati duygusu, anlaşılma hissinde artış, grup dinamiği gibi etmenler obezitede grup tedavilerini öne çıkarmaktadır (Minniti vd., 2007). Bu öneride sunulacak yöntemler hem grup hem bireysel müdahalelere uyarlanabilecek temel bileşenleri içermektedir. Obezite tedavisi multidisipliner çalışmayı gerektiren bir yapıda olmalıdır. Tedavi planı oluşturulurken doktor, diyetisyen ve psikolog iş birliği önemlidir. Danışanın sağlık durumunun, varsa

risklerin değerlendirilmesi, beslenme programında dikkat edilmesi gereken ilkelerin öğrenilmesi ve bu konuda danışanın eğitilmesi gerekmektedir. Bu işbirliği ile tedaviye alınan danışan için yeme davranışlarında kalıcı değişimi sağlamak, yiyecekle ilişkisini normalleştirmek amaçlarıyla psikolojik temelli bir müdahale oluşturulmalıdır.

Değerlendirme, Motivasyon ve Hedef

Aşırı yeme davranışının pek çok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle tedavide detaylı bir değerlendirme oldukça önemlidir. Danışanın genel sağlık durumu, uykusu, iştah durumu, yeme alışkanlıkları, yiyeceklerle ilişkisi, yeme davranışında yaşadığı problemler (gece yeme, tıkmırcasına yeme, duygusal yeme, hızlı yeme gibi), evdeki yeme düzeni, günlük rutini, sosyal ilişkileri, ailesi, kilo ve diyet geçmişi gibi bilgiler alınmalı; uzun ve detaylı bir değerlendirme görüşmesi yapılmalıdır (Cooper vd., 2003). Ayrıca danışanın ruh sağlığının genel olarak değerlendirilmesi ve varsa psikopatolojilerin ayırt edilmesi önemlidir. Obezitenin psikopatolojiler ile ilişkisi bilinmektedir. Herhangi bir psikopatolojinin varlığı yeme davranışını etkiliyor olabileceği için ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir. Özellikle bir yeme bozukluğu tablosunun varlığı mutlaka değerlendirilmeli, tedavi planı buna göre oluşturulmalıdır. Yeme bozukluklarında diyet uygulamalarının kontraendike olduğu bilinmektedir (Arnou vd., 1992). Bunun yanı sıra obeziteye sık eşlik eden depresyon, anksiyete, dissosiyasyon gibi durumların varlığında öncelik bu rahatsızlıkların tedavisi olmalıdır.

Obezite müdahalelerinde tedaviyi yarıda bırakma, motivasyonda düşüşler, değişim konusunda kararsızlıklar sık görülmektedir. Bu nedenle tedavinin başlangıcında motivasyonun ve hedeflerin değerlendirilmesi önemlidir. Bu noktada kişinin önceki kilo verme deneyimleri, kilo hedefi, kilo öyküsü, kendine inancı ve özyeterliği hakkında konuşulmalıdır. Neden kilo vermek istediği, hedeflerinin ne kadar önemli olduğu tartışılmalıdır. Danışanın değişim için kararsızlıkları farkedildiğinde motivasyonel görüşme teknikleri uygulanmalıdır. Pozitif psikoloji yaklaşımlarından faydalanılarak, kişinin öz yeterliğine, başarılarına ve güçlü yanlarına odaklanılmalı ve

desteklenmelidir. Kilo hedefini değerlendirirken, hedef gerçekçi, somut, ulaşılabilir olacak şekilde düzenlenmeli ve hızlı sonuç almaktansa sürdürülebilir hedeflere odaklanılmalıdır. Kilo verme ve kiloyu koruma ayrımı yapılmalı, kiloyu koruma tedavinin önemli bir parçası haline getirilmelidir. Kilo hedefinin yanı sıra danışanın bozuk yeme davranışları (duygusal yeme, hızlı yeme gibi) belirlenmeli ve bu davranışlara yönelik spesifik hedefler de eklenmelidir.

Diyet Mantiğı ve Değişim

Çoğu diyet yapan birey daha önce birden çok kez diyet yapmış olduğu için kilo verme müdahalelerine ön yargı ile yaklaşmaktadır. Özellikle diyet döngüsünü sık deneyimleyen bireyler başarısızlık hissi ve yeniden başlama konusunda ikilem yaşamaktadır. Danışanın bu hissine empati ile yaklaşılmalı, iniş çıkışlara hazırlıklı olunmalıdır. Bu hissin oluşmasındaki en büyük etmenlerden biri kişinin kısıtlanacağını hissetmesidir. Diyet sözcüğü çoğu insanda kısıtlama, mahrum kalmayı çağrıştırmaktadır. Özellikle katı diyetlerin belirli yiyecekleri tümüyle beslenme planından çıkarması bu algıyı oluşturmakta ve diyet yapan kişiler kısıtlanmış hissetmektedir. Bu da diyetlerin ertelenmesine, yarıda bırakılmasına neden olmaktadır. Kısıtlama teorisinde bahsedildiği gibi belirli yiyeceklerin kısıtlanması, o yiyeceklere daha yoğun istek duymaya neden olmaktadır (May vd., 2010). Bu nedenle yiyeceklerle ilgili katı kurallar yerine, esnek ve dengeli ilkeler benimsenmeli, danışanlara bu konuda bir psiko eğitim ve beslenme eğitimi verilmelidir. Yeni bir diyete başlama fikri yerine yaşam boyu sürdürülebilecek alışkanlıklar hedeflenmeli ve beden odaklı bir yaklaşım sunulmalıdır.

Obezitede aşırı yemeyi açıklayan teorilerden biri olan dışsallık teorisine göre (Schachter, 1968) obez bireyler açlık-tokluk gibi bedensel duyumlar yerine yiyeceklerin görüntüsü, kokusu gibi dışsal uyaranlar ile yeme kararı almaktadır. Bu durumun önüne geçebilmek için obez bireylerin beden farkındalığı kazanması, açlık ve tokluk duyumlarını tanımları gerekmektedir. Bu noktada katı diyet yaklaşımları

yerine sezgisel yeme ve farkındalıkla yeme becerilerini kazanmaları sağlanmalıdır. Danışanların yeme hızları değerlendirilmeli, bilinçli farkındalık hakkında bilgi verilmeli ve yiyecekleri yavaş ve farkındalıkla yemeleri konusunda yönlendirilmelidir. Danışanın eski diyet tecrübelerinden oluşan diyetle ilgili yanlış bilişleri keşfedilmeli ve tartışılmalıdır. Televizyon izlerken, bilgisayara bakarken yeme gibi alışkanlıkları varsa değerlendirilmeli ve mümkün oldukça her öğünde farkındalıkla yeme desteklenmelidir. Uzun zamandır bedensel sinyallerini dinlemeyen obez bireylerin bedensel sinyallerini yeniden tanıması, açlık ve tokluk duyularını farketmesi önemlidir. Bunun için bilinçli farkındalık temelli beden farkındalığı egzersizleri yapılmalı, açlık toklukla ilgili eğitim verilmeli, açlığa dayanma gücü geliştirilmeli ve sinyalleri doğru takip etmesi için desteklenmelidir. Sezgisel yeme ilkeleri temel alınarak danışana yeme rehberliği yapılmalı ve bedenini dinlemesi sağlanmalıdır.

Obezite için ideal bir müdahale aşırı yemeyi bir davranış olarak ele almalı ve bu davranışa neden olan faktörleri analiz etmelidir. Davranışçı yaklaşımda bahsedildiği gibi davranışa neden olan veya çağrıştıran tetikleyicileri tanımak davranış değişikliğinin önemli bir parçasıdır. Kişinin yeme davranışına eşlik eden eylemlerin, fiziksel, duygusal, çevresel tetikleyicilerin tanınması, bu tetikleyicilere karşı önlemler alınması ve kurulan bağların yeniden şekillendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle müdahalenin ilk kısmında danışanların yediklerini gözlemeleri istenmeli ve yemeyi başlatan tetikleyicileri tanımlarına yardımcı olunmalıdır.

Danışan tetikleyicilerle baş etmeyi öğrendiğinde bilişsel müdahalelere yer verilmelidir. Bilişsel yaklaşım, her davranışımıza eşlik eden bir düşünce olduğunu ve bu düşünceleri değiştirebilirsek davranışlarımızın da değişeceğini savunmaktadır. Yemeyi bir davranış olarak ele alan ideal bir obezite müdahalesi, yemeye eşlik eden düşünceleri de ele almalıdır. Kilo vermek isteyen biri amacına uygun olmayan yeme davranışları sergilediğinde, bu davranışı rasyonelize eden düşünceler üretmektedir. Bu düşüncelerin keşfedilmesi ve bilişsel terapi teknikleri ile ele alınması ve yeniden düzenlenmesi problemlili yeme davranışlarında değişime neden olacaktır (Cooper ve

Fairburn, 2001). Danışana düşüncelerin işlevi ve bilişsel çarpıtmalar hakkında psiko eğitim vermek, kendi düşüncelerini tanımasını desteklemek, bilişsel terapi teknikleri ile alternatif düşünceler üretmeyi öğretmek tedavinin uzun vadeli etkilerini artıracak bir faktör olacaktır.

Duygular ve Bedenle Yeni Bir İlişki

Obeziteye en sık eşlik eden yeme davranış problemi olan duygusal yeme ideal bir obezite tedavisinde mutlaka göz önüne alınmalıdır. Duygusal yeme kişinin duygu düzenleme becerilerindeki yetersizliği gösteren önemli bir belirtidir. Yeme davranışında bir problem veya kilo artışı olarak ortaya çıkan bu durum, kişinin iç dünyası hakkında önemli ipuçları verebilmektedir. Bu nedenle duygusal yemenin mekanizmasının her birey için detaylı anlaşılması önemlidir. Danışanın yeme davranışı ve duyguları arasındaki ilişkiye dikkat çekilmeli, duygusal yeme hakkında bilgi verilmeli, işlevi tartışılmalıdır. Danışanın duygusal yeme davranışları analiz edilmeli, hangi duyguların yemeyi nasıl etkilediği keşfedilmelidir. Duygudan kaçınmak ya da dikkat dağıtmak için yemeye yönelmek yerine, duyguyu farketmek, adlandırmak, deneyimlemek ve keşfetmek desteklenmelidir. Kişinin asıl ihtiyaçları tespit edilmeli, duygusal ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları tamamlayacak alternatif çözümler konuşulmalıdır. Bu noktada bilinçli farkındalık, kabul kararlılık terapisi, duygu düzenleme terapi tekniklerinden faydalanılmalıdır.

Kilo verme sürecinde sık karşılaşılan bir diğer problem ise kendine yönelik eleştirel düşünme biçimidir. Çoğu diyet yapan birey, geçmiş tecrübelerinin, çevrenin, travmatik deneyimlerin etkisiyle kilo verememeyi başarısızlık olarak görmekte ve bu konuda kendine aşırı eleştirel yaklaşmaktadır. Yukarıda daha önce bahsedildiği gibi danışanlara bu konuda farkındalık kazandırmak ve özşefkat becerilerini geliştirmek öz yeterlik duygularını ve olumlu duygudurumu artıracaktır. Başkalarına karşı kullanılan şefkat duygusunun bireyin kendi için de kullanabilmesi, yeni bir davranış geliştirirken

yaşayacağı zorlukları daha kolay atlatmasına yardımcı olacaktır. Bu nedenle özşefkat uygulamaları kilo verme sürecine mutlaka dahil edilmelidir.

Kilo problemi yaşayan bireylerin başarısızlık duygularına eşlik eden eleştirel düşünceye beden memnuniyetsizliği de eklenmektedir. Günümüz modern dünyasında medya ve sosyal medyanın da etkisiyle zayıflığa verilen önem artmıştır. Obez bireylerin maruz kaldığı toplumsal önyargı, medyada sürekli zayıf olmanın ideal olarak gösterilmesi, maruz kalınan eleştiriler ve travmatik yaşantılar beden ve kiloya aşırı anlam yüklenmesine neden olabilmektedir. Bu aşırı anlam kilo verme yönünde bir kaygıya neden olmakta, kaygı ise aşırı yemeye neden olabilmektedir. Beden ve kiloya yüklenen anlamlar, bilişsel terapi yaklaşımıyla değerlendirildiğinde temel inançlara götüren önemli bağlar taşıyabilmektedir (Bacon vd., 2005). Sevgi, ilgi, başarı gibi temel inançlar kilo ve beden üzerinden anlamlandırıldığında kişi yaşamı boyunca kilo döngüleri yaşamaktadır. Bu nedenle kişinin bu konudaki kaygı seviyesi değerlendirilmeli, böyle anlamlar varsa bilişsel terapi teknikleri ile ele alınmalıdır. Eleştiri, önyargı gibi konularda sınır koyma ve hayır deme becerileri değerlendirilmeli ve ihtiyaç varsa mutlaka ele alınmalıdır. Kişinin bedenine dair düşünceleri değerlendirilmeli, beden algısı anlaşılmalıdır. Kilo kaygısının getirdiği sık tartılma, aynaya sık bakma, bedenini sık kontrol etme veya aynadan, tartıdan kaçınma, bol kıyafetler giyme gibi kontrol ve kaçınma davranışlarının varlığı değerlendirilmelidir. Bu davranışların varlığı durumunda BDT müdahale teknikleri kullanılabilir (Cooper ve Fairburn, 2001).

Kiloyu Koruma, Sosyal Hayat ve Uyum

Obezite müdahalelerin çoğu kilo vermeyi sağlasa da kiloyu korumada başarısız olmaktadır. Bu nedenle tedavide kiloyu korumaya önem verilmesi ve bu konuda müdahalelerin eklenmesi çok önemlidir. BDT tekniklerinin sunduğu gibi, kiloyu korumak bir hedef olarak belirlenmeli ve bunun için gerekli bilişsel beceriler kazandırılmalıdır (Cooper vd., 2003). Kiloyu korumadaki zorlukların başında sosyal

hayatta bu alışkanları sürdürmemek gelmektedir. Müdahalenin son aşamalarında kişinin kazandığı alışkanları sosyal hayatta nasıl uygulayacağına yer verilmelidir. Bu noktada problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, alternatif stratejiler üretme, sosyal ortamlarla ilgili bilişlerin değerlendirilmesi gibi yöntemler uygulanmalıdır. Kişinin kısa süreli bir beslenme programı uygulamak yerine yaşamı boyunca sürdüreceği alışkanlıklar kazanacağını bilmesi, kendine karşı esnek fakat ilkeli olması desteklenmelidir. İniş çıkışlara karşı hazırlıklı olması ve bu durumlarla nasıl baş edeceği konusunda konuşulması önemli bir katkı olacaktır. Bu noktada yukarıda bahsedilen pozitif psikoloji yaklaşımlarından faydalanmak, danışanın yalnız devam edeceği yolculukta öz yeterlik hissini artıracaktır.

Sonuç olarak; obezite tedavisinde farklı psikolojik yaklaşımların sunduğu farklı öneriler bulunmakla birlikte, bu önerilerin bir araya getirilmesi ve danışanın ihtiyacına göre şekillendirilerek ideal bir obezite tedavi planının sunulması önemlidir. Bu çalışmada literatürde var olan psikoloji temelli obezite müdahalelerine yönelik araştırma yapılmış ve bu yaklaşımlardan yola çıkılarak ideal obezite müdahalesinin içermesi gereken bileşenlere yönelik öneriler sunulmuştur. Bu öneriler teorik düzeyle kısıtlı kalsa da, daha sonra yapılacak uygulama çalışmaları için derleyici bir teorik zemin hazırlaması açısından kıymetlidir. Beslenme/yeme psikolojisi alanına gelişme kaydedilmesi için, farklı yaklaşımların etkililiği bilinen yönlerinin bir araya getirilmesi ve derleyici çalışmaların yapılması önemlidir. Böylelikle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olan obeziteye karşı uzun vadeli etkili olacak yöntemlerin geliştirilmesi mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdus, S., ve Zuvekas, S. H. (2015). Racial/Ethnic Differences in the Relationship between Obesity and Depression Treatment. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 42(4), ss. 486–503. Springer New York LLC.
- Alberts, H. J.E.M., Thewissen, R., ve Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), ss. 847–851.
- Alberts, Hugo J.E.M., Mulken, S., Smeets, M., ve Thewissen, R. (2010a). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), ss. 160–163.
- Alberts, Hugo J.E.M., Mulken, S., Smeets, M., ve Thewissen, R. (2010b). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), ss. 160–163.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., ve Schweizer, S. (2010, Mart 1). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. Pergamon.
- Allen, P. J., Batra, P., Geiger, B. M., Wommack, T., Gilhooly, C., ve Pothos, E. N. (2012). Rationale and consequences of reclassifying obesity as an addictive disorder: Neurobiology, food environment and social policy perspectives. *Physiology and Behavior*.
- Ames, G. E., Perri, M. G., Fox, L. D., Fallon, E. A., De Braganza, N., Murawski, M. E., Pafumi, L., vd. (2005). Changing weight-loss expectations: A randomized pilot study. *Eating Behaviors*, 6(3), ss. 259–269. Pergamon.
- Anandacoomarasamy, A., Caterson, I., Sambrook, P., Fransen, M., ve March, L. (2008). The impact of obesity on the musculoskeletal system. *International Journal of Obesity*.
- Anstey, K. J., Cherbuin, N., Budge, M., ve Young, J. (2011). Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: A meta-analysis of prospective studies. *Obesity Reviews*, 12(5). Blackwell Publishing Ltd.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., ve Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(9), ss. 709–723.
- Arnou, B., Kenardy, J., ve Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), ss. 155–170.
- Augustus-Horvath, C. L., ve Tylka, T. L. (2011). The Acceptance Model of Intuitive Eating: A Comparison of Women in Emerging Adulthood, Early Adulthood, and Middle Adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), ss. 110–125.
- Avalos, L. C., ve Tylka, T. L. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), ss. 486–497.

- Avena, N. M., Rada, P., ve Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
- Ayyad, C., ve Andersen, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: A systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*. Blackwell Publishing Ltd.
- Bacon, L., ve Aphramor, L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutrition Journal*.
- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., ve Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(6), ss. 929–936.
- Baer, R. A., Fischer, S., ve Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3).
- Bargh, J. A., ve Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54(7), ss. 462–479.
- Barrett, S., Begg, S., O’Halloran, P., ve Kingsley, M. (2018, Ekim 5). Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: A systematic review and meta-analyses. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd.
- Barry, D., Clarke, M., ve Petry, N. M. (2009, Ekim 23). Obesity and its relationship to addictions: Is overeating a form of Addictive Behavior? *American Journal on Addictions*.
- Bentham, J., Di Cesare, M., Bilano, V., Bixby, H., Zhou, B., Stevens, G. A., Riley, L. M., vd. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), ss. 2627–2642.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., vd. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), ss. 230–241. Wiley.
- Bookwala, J., ve Boyar, J. (2008). Gender, excessive body weight, and psychological well-being in adulthood. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), ss. 188–195.
- Braun, T. D., Park, C. L., ve Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*.
- Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *The Psychiatric Quarterly*, 35(3), ss. 458–481.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., ve Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Butryn, M. L., Phelan, S., Hill, J. O., ve Wing, R. R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: A key component of successful weight loss maintenance. *Obesity*, 15(12), ss.

3091–3096.

- Butryn, M. L., Webb, V., ve Wadden, T. A. (2011, Aralık). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Bychowski, G. (1950). On neurotic obesity. *Psychoanalytic review*, 37(4), ss. 301–319.
- Byrne, S., Cooper, Z., ve Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: A qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), ss. 955–962.
- Byrne, S. M., Cooper, Z., ve Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), ss. 1341–1356.
- Caldwell, K., Baime, M., ve Wolever, R. (2012). Mindfulness Based Approaches to Obesity and Weight Loss Maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), ss. 269–282. American Mental Health Counselors Association.
- Canetti, L., Bachar, E., ve Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), ss. 157–164. Elsevier.
- Carr, D., ve Friedman, M. A. (2005). Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), ss. 244–259. American Sociological Association.
- Carr, D., Friedman, M. A., ve Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4(2), ss. 165–177.
- Christie, D., ve Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: A clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. Blackwell Publishing Ltd.
- Chua, J. L., Touyz, S., ve Hill, A. J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: An experimental study. *International Journal of Obesity*, 28(4), ss. 606–610.
- Clifford, D., Ozier, A., Bundros, J., Moore, J., Kreiser, A., ve Morris, M. N. (2015). Impact of Non-Diet Approaches on Attitudes, Behaviors, and Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(2), ss. 143-155.e1.
- Cohen, D. A., ve Farley, T. A. (2008). Eating as an automatic behavior. *Preventing Chronic Disease*, 5(1).
- Colantuoni, C., Rada, P., McCarthy, J., Patten, C., Avena, N. M., Chadeayne, A., ve Hoebel, B. G. (2002). Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity Research*, 10(6), ss. 478–488. North American Assoc. for the Study of Obesity.
- Cooper, Z, Fairburn, C., ve Hawker, D. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide.
- Cooper, Zafra, ve Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), ss. 499–511.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., ve Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), ss.

560–565.

- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., ve Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), ss. 260–264.
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., vd. (2011). Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: An exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*, 2011.
- Davis, C. (2013). Compulsive Overeating as an Addictive Behavior: Overlap Between Food Addiction and Binge Eating Disorder. *Current Obesity Reports*, 2(2), ss. 171–178.
- Després, J. P. (1994). 7 Dyslipidaemia and obesity. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 8(3), ss. 629–660.
- Devlin, M. J., Yanovski, S. Z., ve Wilson, G. T. (2000, Haziran). Obesity: What mental health professionals need to know. *American Journal of Psychiatry*.
- DiLillo, V., ve West, D. S. (2011, Aralık). Motivational interviewing for weight loss. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Drewnowski, A., ve Bellisle, F. (2007, Mart). Is sweetness addictive? *Nutrition Bulletin*.
- Drewnowski, A., ve Rolls, B. J. (2005). How to modify the food environment. *Journal of Nutrition içinde* (C. 135, ss. 898–899).
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A., ve Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 20(6), ss. 754–764. SAGE Publications Ltd.
- Duarte, C., Matos, M., Stubbs, R. J., Gale, C., Morris, L., Gouveia, J. P., ve Gilbert, P. (2017). The impact of shame, self-criticism and social rank on eating behaviours in overweight and obese women participating in a weight management programme. *PLoS ONE*, 12(1). Public Library of Science.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., ve Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*.
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbå, R. H. S., Skaårderud, F., ve Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), ss. 451–460.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Shafran, R., ve Wilson, G. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol.
- Farrell, E. (1996). Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders, edited by C. Philip Wilson, M.D., Charles C. Hogan, M.D. and Ira L. Mintz, M.D. Jason Aronson. 1992 425 pages. *Free Associations*, 6(1), ss. 129–136.
- Felitti, V. J. (1993). Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *Southern Medical Journal*, 86(7), ss. 732–736.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., vd. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), ss. 245–258. Elsevier.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., ve Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), ss. 207–210.
- Flint, S. W., Cadek, M., Codreanu, S. C., Ivic, V., Zomer, C., ve Gomoiu, A. (2016). Obesity discrimination in the recruitment process: “You’re not hired!” *Frontiers in Psychology*, 7(MAY). Frontiers Research Foundation.
- Ford Runge, C. (2007). Economic consequences of the obese. *Diabetes*.
- Foreyt, J. P., ve Kennedy, W. A. (1971). Treatment of overweight by aversion therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 9(1), ss. 29–34.
- Foster, G. D., Phelan, S., Wadden, T. A., Gill, D., Ermold, J., ve Didie, E. (2004). Promoting More Modest Weight Losses: A Pilot Study. *Obesity Research*, 12(8), ss. 1271–1277. North American Assoc. for the Study of Obesity.
- Geliebter, A., ve Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), ss. 341–347.
- Giannopoulou, I., Kotopoulea-Nikolaïdi, M., Daskou, S., Martyn, K., ve Patel, A. (2020). Mindfulness in eating is inversely related to binge eating and mood disturbances in university students in health-related disciplines. *Nutrients*, 12(2), s. 396. MDPI AG.
- Gilbert, J., Stubbs, R. J., Gale, C., Gilbert, P., Dunk, L., ve Thomson, L. (2014). A qualitative study of the understanding and use of ‘compassion focused coping strategies’ in people who suffer from serious weight difficulties. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1). Springer Science and Business Media LLC.
- Goodwin, S. (2002). The Practical Guide to the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *Clinical Nurse Specialist*, 16(3), s. 164.
- Gorin, A A, Phelan, S., Wing, R. R., ve Hill, J. O. (2004). Promoting long-term weight control: Does dieting consistency matter? *International Journal of Obesity*, 28(2), ss. 278–281.
- Gorin, Amy A., Pinto, A. M., Tate, D. F., Raynor, H. A., Fava, J. L., ve Wing, R. R. (2007). Failure to meet weight loss expectations does not impact maintenance in successful weight losers. *Obesity*, 15(12), ss. 3086–3090.
- Gormally, J., Rardin, D., ve Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 27(2), ss. 179–191.
- Gouveia, M. J., Frontini, R., Canavarro, M. C., ve Moreira, H. (2014). Quality of life and psychological functioning in pediatric obesity: the role of body image dissatisfaction between girls and boys of different ages. *Quality of Life Research*, 23(9), ss. 2629–2638. Kluwer Academic Publishers.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., ve Hill, A. J. (2010, Agosto). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric*

Obesity.

- Grilo, C. M., ve Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: Frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research*, 9(5), ss. 320–325. North American Assoc. for the Study of Obesity.
- Grilo, C. M., Wilfley, D. E., Brownell, K. D., ve Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19(4), ss. 443–450.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., ve Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), ss. 124–131.
- Harrington, M., Gibson, S., ve Cottrell, R. C. (2009). A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutrition Research Reviews*.
- Harris, M. B., ve Bruner, C. G. (1971). A comparison of a self-control and a contract procedure for weight control. *Behaviour Research and Therapy*, 9(4), ss. 347–354.
- Hasler, G., Pine, D. S., Gamma, A., Milos, G., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., vd. (2004). The associations between psychopathology and being overweight: A 20-year prospective study. *Psychological Medicine*, 34(6), ss. 1047–1057.
- Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., ve Harris, A. (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American Journal of Health Education*, 36(6), ss. 331–336.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., ve Wilson, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy? *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (ss. 3–29). Springer US.
- Heatherton, T. F., ve Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), ss. 86–108. American Psychological Association Inc.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., ve Polivy, J. (1991). Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), ss. 138–143.
- Herman, C. P., ve Polivy, J. (2008). External cues in the control of food intake in humans: The sensory-normative distinction. *Physiology and Behavior*, 94(5), ss. 722–728.
- Herman, C. Peter, ve Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), ss. 647–660.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Lowe, B., Hauser, W., ve Zenger, M. (2015). Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obesity Facts*, 8(5), ss. 293–301.
- Hsu, L. K. (1997). Can dieting cause an eating disorder? *Psychological medicine*.
- Jacob, J., ve Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 16(1), s. 28. Medknow.
- Jacobs, J., Cardaciotto, L. A., Block-Lerner, J., ve McMahon, C. (2013). A pilot study of a

- single-session training to promote mindful eating. *Advances in mind-body medicine*, 27(2), ss. 18–23.
- Jeffery, R. W., Bjornson-Benson, W. M., Rosenthal, B. S., Lindquist, R. A., Kurth, C. L., ve Johnson, S. L. (1984). Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up among middle-aged men. *Preventive Medicine*, 13(2), ss. 155–168.
- Jia, H., ve Lubetkin, E. I. (2010). Trends in Quality-Adjusted Life-Years Lost Contributed by Smoking and Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2), ss. 138–144.
- Johnson, F., Pratt, M., ve Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), ss. 144–156. Wiley.
- Kaplan, H. I., ve Kaplan, H. S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *The Journal of nervous and mental disease*, 125(2), ss. 181–201.
- Kearney, D. J., Milton, M. L., Malte, C. A., McDermott, K. A., Martinez, M., ve Simpson, T. L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), ss. 413–420.
- Kelly, A. C., ve Stephen, E. (2016). A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. *Body Image*, 17, ss. 152–160.
- Kenardy, J., Arnow, B., ve Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge-eating in obese subjects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6), ss. 839–844. SAGE Publications Ltd.
- Kent, A., Waller, G., ve Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), ss. 159–167.
- Konttinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., ve Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), ss. 473–479. Academic Press.
- Kopp, W. (1994). [The incidence of sexual abuse in women with eating disorders]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 44(5), ss. 159–162.
- Kristal, A. R., Littman, A. J., Benitez, D., ve White, E. (2005). Yoga practice is associated with attenuated weight gain in healthy, middle-aged men and women. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(4), ss. 28–33.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., Q.-W. R. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Practical Resources for the Mental Health Professional*.
- Kristeller, J. L., ve Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), ss. 357–363. SAGE Publications Ltd.
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., ve Sheets, V. (2014). Mindfulness-Based Eating Awareness

- Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 5(3), ss. 282–297.
- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Grosse, Y., Bianchini, F., ve Straif, K. (2016). Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine*, 375(8), ss. 794–798. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS).
- Leahey, T. M., Crowther, J. H., ve Irwin, S. R. (2008). A Cognitive-Behavioral Mindfulness Group Therapy Intervention for the Treatment of Binge Eating in Bariatric Surgery Patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), ss. 364–375.
- Linardon, J., ve Mitchell, S. (2017). Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. *Eating Behaviors*, 26, ss. 16–22. Elsevier Ltd.
- Linardon, J., Wade, T. D., De La Piedad Garcia, X., ve Brennan, L. (2017, Kasım 1). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association Inc.
- Linley, P. A., ve Joseph, S. (2012). *Positive Psychology in Practice*. *Positive Psychology in Practice*.
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: A three-factor model. *Psychological Bulletin*, 114(1), ss. 100–121.
- Lowe, M. R., Doshi, S. D., Katterman, S. N., ve Feig, E. H. (2013). Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Frontiers in Psychology*.
- Mantzios, M., ve Giannou, K. (2014). Group vs. single mindfulness meditation: Exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6(2), ss. 173–191. Wiley-Blackwell.
- Mantzios, M., Wilson, J. C., Linnell, M., ve Morris, P. (2015). The Role of Negative Cognition, Intolerance of Uncertainty, Mindfulness, and Self-Compassion in Weight Regulation Among Male Army Recruits. *Mindfulness*, 6(3), ss. 545–552.
- Marchiori, D., ve Papias, E. K. (2014). A brief mindfulness intervention reduces unhealthy eating when hungry, but not the portion size effect. *Appetite*, 75, ss. 40–45.
- Marcus, B. H., Forsyth, L. H., Stone, E. J., Dubbert, P. M., McKenzie, T. L., Dunn, A. L., ve Blair, S. N. (2000). Physical activity behavior change: Issues in adoption and maintenance. *Health Psychology*, 19(1, Suppl), ss. 32–41. American Psychological Association (APA).
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., ve White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), ss. 618–624.
- Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W., ve Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), ss. 277–285.

- Mathieu, J. (2009). What Should You Know about Mindful and Intuitive Eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12).
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L. M., ve Kavanagh, D. J. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*, 55(2), ss. 279–287.
- McGuire, M. T., Wing, R. R., Klem, M. L., Lang, W., ve Hill, J. O. (1999). What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), ss. 177–185.
- Messina, G., Dalia, C., Tafuri, D., Monda, V., Palmieri, F., Dato, A., Russo, A., vd. (2014). Orexin-A controls sympathetic activity and eating behavior. *Frontiers in Psychology*, 5(AUG). Frontiers Research Foundation.
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., Nagaraja, H., ve Miser, W. F. (2012). Comparative Effectiveness of a Mindful Eating Intervention to a Diabetes Self-Management Intervention among Adults with Type 2 Diabetes: A Pilot Study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), ss. 1835–1842.
- Miller, W. R., Rollnick, S., ve Moyers, T. B. (1998). Motivational interviewing: Preparing people for change: Preparing people for change. *Preparing people for change* (s. 23).
- Mills, J. K. (1995). A note on interpersonal sensitivity and psychotic symptomatology in obese adult outpatients with a history of childhood obesity. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 129(3), ss. 345–348.
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., Fontana, G., vd. (2007). Individual versus group therapy for obesity: Comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders*, 12(4), ss. 161–167.
- Mirkarimi, K., Kabir, M. J., Honarvar, M. R., Ozouni-Davaji, R. B., ve Eri, M. (2017). Effect of motivational interviewing on weight efficacy lifestyle among women with overweight and obesity: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 42(2), ss. 187–193.
- Musante, G. J. (1976). The dietary rehabilitation clinic: Evaluative report of a behavioral and dietary treatment of obesity. *Behavior Therapy*, 7(2), ss. 198–204.
- Must, A., ve Whitney Evans, E. (2012). The Epidemiology of Obesity. *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., ve Eisenberg, M. (2006). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), ss. 559–568.
- Nielsen, L., ve Kaszniak, A. W. (2006). Awareness of subtle emotional feelings: A comparison of long-term meditators and nonmeditators. *Emotion*, 6(3), ss. 392–405.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., ve Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), ss. 453–461. Blackwell Publishing Ltd.

- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., ve Eaton, W. W. (2003). Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), ss. 1139–1147.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., ve Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, 112, ss. 107–116.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., ve Cunha, M. (2019). The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self-compassion be useful? *Journal of Health Psychology*, 24(13), ss. 1807–1816. SAGE Publications Ltd.
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., ve Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), ss. 765–768.
- Pedersen, S. D., Kang, J., ve Kline, G. A. (2007). Portion control plate for weight loss in obese patients with type 2 diabetes mellitus: A controlled clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 167(12), ss. 1277–1283.
- Pickering, R. P. (2007). Are Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Associated With Psychopathology?: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Marijuana View project Medical Marijuana View project. *Article in The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Polivy, J., ve Herman, C. P. (1985). Dieting and Binging. A Causal Analysis. *American Psychologist*, 40(2), ss. 193–201.
- Polivy, J., ve Herman, C. P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), ss. 153–164.
- Polivy, J., Herman, C. P., ve McFarlane, T. (1994). Effects of Anxiety on Eating: Does Palatability Moderate Distress-Induced Overeating in Dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), ss. 505–510.
- Powell, P. A., Overton, P. G., ve Simpson, J. (2014). The revolting self: An interpretative phenomenological analysis of the experience of self-disgust in females with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), ss. 562–578. John Wiley and Sons Inc.
- Power, C., ve Parsons, T. (2000). Nutritional and other influences in childhood as predictors of adult obesity. *Proceedings of the Nutrition Society içinde* (C. 59, ss. 267–272).
- Puhl, R., ve Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), ss. 53–78.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., ve Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), ss. 717–721. American Psychological Association Inc.
- Robertson, S., Davies, M., ve Winefield, H. (2017). Positive psychological correlates of successful weight maintenance in Australia. *Clinical Psychologist*, 21(3), ss. 236–244. Wiley-Blackwell Publishing Ltd.

- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity: What went wrong? *American Psychologist*, 36(4), ss. 361–372.
- Rosen, J. C., Orosan, P., ve Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26(1), ss. 25–42.
- Ruini, C. (2017). *Positive psychology in the clinical domains: Research and practice. Positive Psychology in the Clinical Domains: Research and Practice.*
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, 161(3843), ss. 751–756.
- Schienze, A., Schäfer, A., Hermann, A., ve Vaitl, D. (2009). Binge-Eating Disorder: Reward Sensitivity and Brain Activation to Images of Food. *Biological Psychiatry*, 65(8), ss. 654–661.
- Schwartz, M. B., ve Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), ss. 43–56.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., ve Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.*
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., ve Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *The American psychologist*, 60(5), ss. 410–421.
- Serdula, M. K., Mokdad, A. H., Williamson, D. F., Galuska, D. A., Mendlein, J. M., ve Heath, G. W. (1999). Prevalence of attempting weight loss and strategies for controlling weight. *Journal of the American Medical Association*, 282(14), ss. 1353–1358.
- Shanmugarajah, K., Gaiind, S., Clarke, A., ve Butler, P. E. M. (2012). The role of disgust emotions in the observer response to facial disfigurement. *Body Image*, 9(4), ss. 455–461.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., ve Freedman, B. (2006, Mart). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*.
- Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C., ve Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Simpson, S. A., McNamara, R., Shaw, C., Kelson, M., Moriarty, Y., Randell, E., Cohen, D., vd. (2015). A feasibility randomised controlled trial of a motivational interviewing-based intervention for weight loss maintenance in adults. *Health Technology Assessment*, 19(50).
- Singh, G. M., Danaei, G., Farzadfar, F., Stevens, G. A., Woodward, M., Wormser, D., Kaptoge, S., vd. (2013). The age-specific quantitative effects of metabolic risk factors on cardiovascular diseases and diabetes: A pooled analysis. *PLoS ONE*, 8(7). Public Library of Science.
- Smith, B. W., Shelley, B. M., Leahigh, L., ve Vanleit, B. (2006). A Preliminary Study of the Effects of a Modified Mindfulness Intervention on Binge Eating. *Complementary Health Practice Review*, 11(3), ss. 133–143.

- Smith, T. S., ve Hawks, S. R. (2006). Intuitive eating, diet composition, and the meaning of food in healthy weight promotion. *American Journal of Health Education*, 37(3), ss. 130–136.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., ve Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. *Handbook of Positive Psychology*, ss. 257–276.
- Sojcher, R., Gould Fogerite, S., ve Perlman, A. (2012). Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 8(5), ss. 271–276.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., vd. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), ss. 191–203.
- Steck, E. L., Abrams, L. M., ve Phelps, L. A. (2004). Positive psychology in the prevention of eating disorders. *Psychology in the Schools*, 41(1), ss. 111–117.
- Step toe, A., Wardle, J., Lipsey, Z., Oliver, G., Pollard, T. M., ve Davies, G. J. (2018). The effects of life stress on food choice. *“The Nation’s Diet”: The Social Science of Food Choice* (ss. 29–42). Taylor and Francis.
- van Strien, T., ve Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behaviors*, 8(2), ss. 251–257.
- Stunkard, A. J., ve Allison, K. C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: Binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., ve Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., ve Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), ss. 396–404.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., ve Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), ss. 106–121.
- Tchanturia, K., Dapelo, M. A. M., Harrison, A., ve Hambrook, D. (2015). Why Study Positive Emotions in the Context of Eating Disorders? *Current Psychiatry Reports*.
- Teachman, B. A., ve Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25(10), ss. 1525–1531.
- Thompson, J., Heinberg, L., Altabe, M., ve Tantleff-Dunn, S. (1999). Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. *American Psychological Association*.
- Timmerman, G. M., ve Brown, A. (2012). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), ss. 22–28.

- Tuomisto, T., Tuomisto, M. T., Hetherington, M., ve Lappalainen, R. (1998). Reasons for initiation and cessation of eating in obese men and women and the affective consequences of eating in everyday situations. *Appetite*, 30(2), ss. 211–222.
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), ss. 226–240.
- Tylka, T. L., ve Wilcox, J. A. (2006). Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), ss. 474–485.
- Umberg, E. N., Shader, R. I., Hsu, L. K. G., ve Greenblatt, D. J. (2012). From disordered eating to addiction: The “food drug” in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology*.
- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., ve Foster, G. D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *International Journal of Obesity içinde* (C. 13, ss. 39–46).
- Wadden, Thomas A., Berkowitz, R. I., Womble, L. G., Sarwer, D. B., Phelan, S., Cato, R. K., Hesson, L. A., vd. (2005). Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for Obesity. *New England Journal of Medicine*, 353(20), ss. 2111–2120. Massachusetts Medical Society.
- Wadden, Thomas A., ve Foster, G. D. (2000). Behavioral treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2), ss. 441–461. W.B. Saunders.
- Wadden, Thomas A., ve Osei, S. (2001). The Treatment of Obesity: An Overview. *Treatment of Adult Obesity*, ss. 227–248.
- Wadden, Thomas A., Stunkard, A. J., ve Liebschutz, J. (1988). Three-year follow-up of the treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), ss. 925–928. American Psychological Association (APA).
- Wadden, Thomas A., Vogt, R. A., Foster, G. D., ve Anderson, D. A. (1998). Exercise and the maintenance of weight loss: 1-year follow-up of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), ss. 429–433.
- Wallis, D. J., ve Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: The effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), ss. 39–46.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., Netusll, N., vd. (2001). Brain dopamine and obesity. *Lancet*, 357(9253), ss. 354–357.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., ve Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28(10), ss. 1333–1337.
- Wansink, B., ve Cheney, M. M. (2005). Super bowls: Serving bowl size and food consumption. *Journal of the American Medical Association*, 293(14), ss. 1727–1728.
- Ward, A., Ramsay, R., ve Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), ss. 35–51. British Psychological Society.

- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. A., ve Hospers, H. J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), ss. 315–324.
- White, M. A., Whisenhunt, B. L., Williamson, D. A., Greenway, F. L., ve Netemeyer, R. G. (2002). Development and validation of the food-craving inventory. *Obesity Research*, 10(2), ss. 107–114. North American Assoc. for the Study of Obesity.
- Williams, J. M. G., Healy, H., Eade, J., Windle, G., Cowen, P. J., Green, M. W., ve Durlach, P. (2002a). Mood, eating behaviour and attention. *Psychological Medicine*, 32(3), ss. 469–481.
- Williams, J. M. G., Healy, H., Eade, J., Windle, G., Cowen, P. J., Green, M. W., ve Durlach, P. (2002b). Mood, eating behaviour and attention. *Psychological Medicine*, 32(3), ss. 469–481.
- Williamson, D. A., Kohlmaier, J. R., ve White, M. A. (2002). Behavioral Weight Control Therapies. *Encyclopedia of Psychotherapy* (ss. 243–251).
- Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., ve Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), ss. 1075–1082.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*.
- Wing, R. R., ve Jeffery, R. W. (1979). Outpatient treatments of obesity: A comparison of methodology and clinical results. *International Journal of Obesity*.
- Wing, Rena R, ve Hill, J. O. (2001, Temmuz 28). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*. Annual Reviews 4139 El Camino Way, P.O. Box 10139, Palo Alto, CA 94303-0139, USA.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., vd. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), ss. 401–412.
- Woolhouse, H., Knowles, A., ve Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating Disorders*, 20(4), ss. 321–339.
- World Health Organization. (2015). Obesity and Overweight (s. Fact sheet no 311).