

Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi



JANSSEN-CILAG a division of *Johnson & Johnson*'ın Türk hekimlerine armağanıdır.

Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi

KLİNİSYENLER İÇİN BİR REHBER

Zafra Cooper
Christopher G. Fairburn
Deborah M. Hawker

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Mesut Çetin

Çeviri
Fırat Sabancıoğlu

Yerküre

Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi

Yazarlar

Zafra Cooper
Christopher G. Fairburn
Deborah M. Hawker

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Mesut Çetin

Çeviri

Fırat Sabancıoğlu

Baskı

Yıldırım Matbaacılık

ISBN

978-975-6125-08-3

Yayıncı

Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş.
Sıracevizler Cad. 43/3 34381 İstanbul
Tel. 212 219 4900 Faks 212 230 5009
www.yerkure.com
yerkure@kure.com.tr

İSTANBUL, Aralık 2007

Bu kitap asitsiz kâğıda basılmıştır.

SINIRLI FOTOKOPI LİSANSI

Bu materyaller sadece kalifiye ruh sağlığı profesyonelleri tarafından kullanılmak içindir.

Yayıncı bu kitabın bireysel satın alanlara devredilemez Ek 1'deki broşürleri kopyalama iznini vermiştir. Bu lisans sizinle, yani bireysel satın alanla, kendi hastalarınız ve müşterilerinizle kullanmanız için sınırlıdır. Ek klinisyenler ve uygulama ortamlarına genişlemez, bir kurum tarafından satın alma da kurum lisansı oluşturmaz. Bu lisans bu materyalleri yeniden satış, dağıtım veya (kitapları, kitapçıkları, makaleleri, görüntü veya ses kayıtlarını ve ders veya atölye çalışması için broşürleri ve slaytları içeren ama bunlarla sınırlı olmayan) başka herhangi amaçlar için kopyalama hakkını vermez. Bu materyalleri bu ve başka amaçlar için kopyalama izni yazılı olarak Guilford Yayınevi'nin İzinler Bölümü'nden alınmak zorundadır.

Kongre Kütüphanesi Yayınların Kataloglanması Bilgileri

Cooper, Zafra

Cognitive-behavioral treatment of obesity: a clinician's guide /
Zafra Cooper, Christopher G. Fairburn, Deborah M. Hawker.
p.cm.

Bibliyografik referans ve endeks içermektedir

ISBN 1-57230-888-5 (hc.) ISBN 1-59385-092-1 (pbk.)

1. Obezite – Tedavisi 2. Bilişsel Terapi. I. Fairburn,
Christopher G. II. Hawker, Deborah M. III. Title.

RC552.O25 C66 2003

616.3'9806-dc21 2002154655

Yazarlar Hakkında

Zafra Cooper (DPhil, DipClinPsych), Oxford Üniversitesi'nde Araştırma Psikoloğu ve Fahri Kıdemli Klinik Psikiyatri Doçentidir. Yüksek lisans çalışmasını zihin felsefesi üzerine tamamlamıştır ve hem psikoloji hem de felsefe alanında altyapıya sahiptir. Dr. Cooper, özellikle hayat olaylarının rolüne odaklanarak, depresyonun sürmesinde sosyal faktörlerin rolü üzerine araştırma yönetmiştir. Özel araştırma ilgi alanları yeme bozuklukları ile obezitenin doğası ve tedavisidir. Yeme bozukluklarının etiyojisi, seyri ve değerlendirilmesi çalışmalarında, yeme bozuklukları ve obezite için bilişsel-davranışçı tedaviler geliştirilmesinde ve değerlendirmesinde yer almıştır. Dr. Cooper'ın bu alanda burslu araştırmaları ve yayınları bulunmaktadır.

Christopher G. Fairburn (DM, FRCPsych, FMedSci), Oxford Üniversitesi'nde Psikiyatri Wellcome Araştırma Üyesi ve Profesörüdür. Yeme bozukluklarının ve obezitenin doğası ve tedavisinde uzmandır. Çalışmaları yeme bozukluklarının tanısı, epidemiyolojisi, etiyojisi, değerlendirilmesi, seyri ve tedavisi dâhil, birçok yönünü ele almıştır. Profesör Fairburn psikolojik tedavilerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine özel bir ilgi duymaktadır. Büyük Britanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde araştırma bursları kazanmış ve bu alanda kapsamlı yayınlar yapmıştır. Profesör Fairburn Stanford Üniversitesi Davranış Bilimleri'nde İleri Çalışmalar Merkezi'nde iki kere üye olmuştur. Tıp Bilimleri Akademisi'nde de üyedir.

Deborah M. Hawker (PhD, DCLinPsy), Oxford Üniversitesi'nde Psikiyatri Bölümü'nde Araştırma Psikoloğu ve Fahri Klinik Psikologtur. Yeme bozuklukları ve obezite için davranışsal tedavileri değerlendirme çalışmalarında terapist olarak çalışmış ve yas tepkileri ile yeme bozuklukları üzerine kültürler arası araştırma yönetmiştir. Birleşik Krallık ulusal hayır kurumu Anoreksia ve Bulimia Bakımı'nın idari komitesindedir. Dr. Hawker ayrıca başlıca depresyon, anksiyete bozuklukları ve kronik yorgunluk sendromuna bağlı sorunları ele alarak, deniz aşırı yardım çalışanlarıyla çalışmada da uzmanlaşmıştır. Üç kitabı bulunmaktadır.

Önsöz

Bu kitap, dayandığı teorinin bir özetiyle birlikte, obezite için bilişsel-davranışçı bir tedaviyi betimlemektedir. Tedavi klinisyenler için bir rehber şeklinde detaylı olarak tanımlanmıştır. Hastaların kilo kaybetmelerine, aktivite düzeylerini arttırmalarına, beden şekli ve kilo ile ilgili kaygılarını ele almalarına nasıl yardım edileceği üzerine bilgiler içermektedir. Hastaların sonuçta elde ettikleri düşük kilolarını korumalarına yardımcı olma üzerine de özel bir vurgu yapılmıştır. Tedavi öncelikle beden kitle indeksi (BKİ)¹ 30 ile 40 arasında olan hastalar için düşünülmüştür, ama fazla kiloları daha az derecede olanlar (yani BKİ'leri 25 ile 30 arasında olanlar) için de geçerlidir. Tedaviyi BKİ'leri 40'ın üzerinde olan hastalarda kullanma deneyimimiz olmasa da bazı öğelerinin başka yaklaşımlarla birlikte yararlı olması olasıdır.

Biz bu kitabı, klinisyenlerin bu bilişsel-davranışçı yaklaşımı kullanarak hastaları nasıl tedavi edeceklerine dair rehberlik isteklerine bir cevap olması için yazdık. Bu istekler, bu tip detaylı klinik prensiplerin yokluğunu yansıtmaktadır. Bazı açılardan, bu kitap henüz prematüredir; çünkü uzun vadeli etkinliğini destekleyen araştırma bulgularına veya dayandığı teori hakkında verilere henüz sahip değiliz. Böyle kanıtlara ihtiyaç olduğunun farkındayız ve uzun süreli randomize kontrollü bir çalışmadaki tedavinin değerlendirilmesini tamamlamak üzereyiz (buradan sonra buna “Oxford Çalışması” denecektir). Yine de, bu kılavuz kitabı çalışma bitmeden önce yayınlamayı seçtik, çünkü böyle verilerin eksikliğinde bile, sağladığı prensiplere klinik ihtiyacın olduğuna inanıyoruz.

Bizim altyapımız yeme bozuklukları alanındadır. Yeme bozukluklarının tedavisi hakkındaki çalışmalarımız sayesinde farkına vardık ki; bulimia nervosa ve anoreksia nervosa tedavileri bağlamında başarıyla ele alınan sorunların bazıları obezitesi olan hastalar için de geçerli olmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapi ile başarılı bir şekilde tedavi ettiğimiz tıknırcasına yeme, vücut şekli ve kilosundan oluşan hoşnutsuzluk ve yeme üzerindeki kontrole ilgili sorunlar gibi

¹ Beden kitle indeksi (BKİ) kilogram cinsinden kilonun metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesidir –yani (kg cinsinden kilo)/(m² cinsinden boy uzunluğu).

durumlardaki deneyimimiz bizi benzer prensiplerin obezitenin tedavisine uygulanabileceği inancına götürdü. Ayrıca obezite için var olan tedavilerde, özellikle başarılı kilo kaybı sonrası yeniden kilo kazanımı şeklinde sorunlar olduğunun da farkındaydık. Bu bağlamda ve detaylı klinik gözlemler temelinde, yeniden kilo kazanımında rol oynayan psikolojik süreçler üzerine bir teori geliştirdik (Cooper & Fairburn, 2001, 2002). Bu ise sonrasında, bazı minör değişikliklerle, Oxford çalışmasında değerlendirilmesi yapılan ve bu kitapta betimlenen tedavinin kademeli olarak geliştirilmesine yol açtı.

Bu kitap obezitesi veya uzun süreli kilo kontrolü sorunları olan hastaları tedavi eden her disiplinden profesyoneller için yazılmıştır. Bu bilişsel-davranışçı tedaviyi uygularken, belirtilen prensipleri takip etmenin önemli olduğuna inanıyoruz. Kitapta tedaviyi daha çok Oxford çalışmasında kullandığımız şekliyle betimledik, fakat klinisyenlerin tedaviyi kendilerinin ve hastalarının şartlarına göre esnek bir biçimde kullanmalarını tavsiye ediyoruz. Örneğin, tedavi bizim kullandığımız gibi bire bir tedaviden ziyade hasta gruplarıyla birlikte kullanıma uyarlanabilir ve klinisyenler seans sayısını veya tedavi süresini değiştirmek isteyebilirler.

Tedaviyi betimlerken, materyali okunması kolay olacak ve tedaviyi uygulamak isteyen terapistler için en yararlı olacak şekilde sunmak için klinik ve araştırma literatürüne olan referansları minimumda tutmaya çalıştık. Referans verdiğimiz yerlerde, mümkün olduğunca geçerli bir tek metinle sınırlamaya çalıştık. Yeme Bozuklukları ve Obezite: Kapsamlı bir El Kitabı (Fairburn & Brownell, 2002); bu kitap, bu alandaki uzmanlar tarafından yazılmış, her biri daha fazla okuma için spesifik kılavuz olan, birçok geçerli özet bölüm içeren bir kaynaktır. Bunu yaparak çok sayıda tekil referans takip etmek zorunda bırakmadan okuyuculara daha fazla bilgi için iyi kaynaklar sunmuş olduğumuzu umuyoruz.

Obezite tıbbi bir durum olduğundan ve biz bir hastanede çalıştığımızdan, betimlenen tedaviyi görenlere atıfta bulunurken *hasta* terimini kullandık. Bazı kişilerin *damışan* terimini tercih ettiğinin farkındayız ve bu terimi aynı şekilde kabul edilebilir buluyoruz. Hasta terimini kullanarak obezitesi olan kişinin tedavinin pasif bir alıcısı olduğunu ima etmiyoruz – bununla ilgisi yok. Bu kitapta vurgulandığı ve bütün bilişsel-davranışçı tedavilerde ortak olduğu gibi tedavi, hastanın sorunlarının üstesinden gelmesinde klinisyenle hastanın birlikte çalıştıkları şiddetlice işbirlikçi bir süreç olmalıdır.

Teşekkürler

Üç yazarda Wellcome Vakfı tarafından desteklenmektedir: CGF bir Baş Araştırma Bursu ile desteklenmektedir (046386), ve ZC ve DMH bir program başlığı (046386) tarafından desteklenmektedirler. Oxford çalışması ayrıca Wellcome Vakfı tarafından desteklenmektedir. Wellcome Vakfı'nın yıllar boyunca devam ettirdiği desteği olmasa bu çalışma mümkün olmazdı.

Oxford meslektaşlarımızdan üçünün katkılarını vurgulamak ve takdir etmek istiyoruz. Gillie Bonner tedavinin diyetsel öğelerinin birçoğunu geliştirmekten sorumluydu. Ayrıca klinik kısa hikâyelerin çoğunu bir araya getirdi, edisyonunu yaptı. Kendisi Oxford çalışmasında yer alan bir terapisttir. Liz Eeley de tedavinin diyetsel bileşenlerine ciddi ölçüde katkıda bulundu. Susan Byrne tedavinin dayandığı bilişsel-davranışçı tedavinin süregiden testlerinde yer aldı ve o da Oxford çalışmasında yer alan bir terapisttir.

Son olarak, obezite alanındaki aşağıdaki uzmanlara destek ve cesaretlendirmeleri için teşekkür etmek istiyoruz: John E. Blundell, Kelly D. Brownell, Nick Finan, Susan A. Jebb, Thomas A. Wadden, G. Terence Wilson, Rena R. Wing ve Michael G. Peri.

Çeviri Editörü'nün Önsözü

Obezite ve buna bağlı hastalıklar (kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabetes mellitus tip II, çeşitli eklem rahatsızlıkları, polisitemi, serebrovasküler olaylar ve bu hastalıklara bağlı erken yaşta ölümler, vb.) son yirmi yıldır adeta bir pandemi gibi başta ABD olmak üzere sanayileşmiş batı toplumlarında geometrik dizi halinde artma göstermiş ve patlama yapmıştır. Bunun nedenleri arasında rafine gıdaların (şekerli, bol karbonhidratlı beslenme tarzı, fast food, kolalı ve kolasız şekerli içeceklerin aşırı tüketimi, vs.) fazla tüketimi ile sedanter yaşam tarzı sayılmaktadır. Buna, beden görünümünün TV yayınlarında her an sunulması ve 'sıfır beden modası' gibi akımlarla yeme bozukluklarının son yıllarda bir artış göstermesi eklenebilir. Sorun sadece sanayileşmiş batı toplumlarında değil, özellikle başını ülkemizin çektiği diğer dünya ülkelerinde de oldukça önemli bir hal almıştır. Nitekim bir ilaç firmasının desteğiyle 2004 yılının yaz aylarında Türkiye'de 47 ilde toplam 4 bin 264 kişide gerçekleştirilen ve bu konuda yapılan en kapsamlı araştırma olan METSAR (Metabolik Sendrom Sıklığı Araştırması)'da: 20 yaş üstü nüfusta Metabolik Sendrom (=bel çevresi genişliği, hipertansiyon, hiperglisemi, hipertrigliseridemi ve HDL kolesterol düşüklüğü faktörlerinin en az 3 tanesinin bir arada olması) araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye'de metabolik sendrom görülme sıklığı %35 olarak hesaplanırken, bu oran kadınlarda %41, erkeklerde %29 bulunmuştur. Metabolik sendromun en sık gözlemlendiği 60-69 yaş grubunda nüfusun %62'sinde metabolik sendrom ölçütlerini dolduran patoloji saptanmıştır. Bu korkunç bir orandır! Aynı araştırmada, nüfusun %36'sında abdominal obezite tespit edilirken, bu oranın kadınlarda %54.8'e çıkması dikkat çekmiştir. Nüfusun %35.8'inde trigliserid ve %27.6'sında kan şekeri yüksek, %44.1'inde de HDL kolesterol düşük saptanmıştır.

Bütün bu bulgular obezitenin basit bir estetik sorunundan çok daha ciddi, bir sistemik sağlık sorunu olduğunu gösterir. Ülkemizde de sanayileşmiş batı toplumlarına yakın, hatta Fransa gibi ülkelerden üç kat daha fazla rastlanan bir durum olduğunun ortaya çıkması, çok geç kalınmadan bir şeyler yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu çalışma sonuçları yayınlanmadan önce, daha

2002 yılında Japonya’da olanzapin kullanan hastaların diyabetik ketoasidoz nedeniyle hospitalize edilmesi, arkasından bu ilacın prospektüsüne kilo yapıcı, glikoz metabolizmasını bozucu ve diyabetojenik etkilerinin yazılmasının tüm dünyada zorunlu kılınması ile başlayan süreçte, başta klozapin ve olanzapin olmak üzere birçok psikotrop ilacın az veya çok kilo alımı ve metabolik yan etkilerinin olduğunun ayan-beyan ortaya çıkması ve üstelik şizofreni gibi psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda diyabet riskinin yaklaşık 2,5 kat daha fazla olması, yine bu hastaların aşırı sigara tüketmeleri ve sedanter yaşamaları tehlikenin boyutlarını daha da büyütülmektedir. Nitekim meslek hayatım boyunca takip etmiş olduğum çok sayıda hastamın engellenemeyen obezite, sedanter yaşam ve sigaranın da etkisiyle çok genç yaşta hayatlarını kaybetmiş olmalarına yaşayarak bizzat şahit olmam da bu konuda, daha fazla gecikmeden önlem alınmasının; hastaların ve ailelerinin yanında meslektaşlarımızın bu konuda uyarılmaları ve bilgilendirilmelerinin gerekliliğini her zaman bana hatırlattı. Son yıllardaki mesaimi hem meslektaşlarımla bir araya geldiğim toplantılarda hem de bilimsel çalışmalarım açısından bu konuda yoğunlaştırdım. İşte bu kitap, bu kaygı ve çabaların bir ürünü olarak yaklaşık iki yıl önce çevrilmesine rağmen sponsor bulamama nedeniyle bugüne dek yayınlanamamıştır. Bu kitabın yazarlarından Prof. Dr. Christopher Fairburn’ü Sevgili Dostum Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur’un düzenlediği 2001 yılında İstanbul’da gerçekleştirilen Avrupa Kognitif ve Davranış Terapileri Kongresi’nde yeme bozuklukları ile ilgili bir çalışma grubunu yönettiği zamandan beri tanıdığımdan, bu konuda ne kadar yetkin olduğunu bilmekteydim. Nitekim, çevirisini yaptığımız kitabı ilk gördüğümde modüler sistemle dizayn edilmiş, çok iyi yapılandırılmış ve hali hazırda tek kanıta dayalı terapi biçimi olan bilişsel-davranışçı terapiyi esas almasından dolayı hemen Türkçe’ye kazandırılması gerektiğini düşünmüştüm. Düşüncemi Sevgili Fırat Sabancıoğlu’na açtığımda Fırat da çevirmeyi hemen kabul ettiğinde oldukça sevinmiştim. Çünkü Sevgili Fırat, her iki dile de hakim ve oldukça yetkin, aynı zamanda da bilimsel disipline sahip bir bilim adamıydı. Kendisine bu bağlamda ne kadar teşekkür etsem azdır. Yine, kitabın kitap haline gelmesinde çok fazla emeği geçen Sevgili Adem Durmaz’a, yayıncı kuruluş Yerküre’nin sahibesi Sevgili Nüket Dilmen’e; önsözünü yazma nezaketini gösteren, çok değer verdiğim Sevgili Dostum Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur’a ve kitabın basımını üstlenen JANSSEN CILAG a division of Johnson & Johnson’a ve emeği geçen herkese teşekkür eder, meslektaşlarımıza yararlı olmasını dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Mesut Çetin
Çeviri editörü
İstanbul,18.11.2007

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği Başkanı Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'un Önsözü

Obezite tüm dünyada yaygınlığı giderek artan bir sağlık sorunudur. Basit bir biçimde beden yağ oranında artış olarak tanımlanabilmesine karşın komplikasyonları basit değildir. Her şeyden önce obezite; tip 2 Diabetes Mellitus (DM), hipertansiyon ve koroner arter hastalıklarının da içinde bulunduğu morbiditesi ve mortalitesi oldukça yüksek çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle henüz komplike olmadan tanınması ve tedavisi hem tedavi hizmetleri hem de koruyucu sağlık politikaları yönünden yaşamsal önem taşımaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) özünde hem çeşitli psikiyatrik tabloların oluşumunda hem de devamında rol oynayan süreçlerin daha iyi anlaşılması, daha somut tanımlanması ve ardından değiştirilmesi ile ilgili çeşitli müdahaleleri içeren kanıta dayalı bir tedavi yaklaşımıdır. Amacı öncelikle dikkatli bir gözlem ve deneysel çalışmalarla her bozukluğa özgü üzerinde çalışılması gereken anahtar kognisyonları belirlemektir. Belirlenen anahtar kognisyonlar değiştirildiğinde mevcut klinik tablo düzeliyor ise, bu anahtar kognisyonun doğru seçilmiş olduğunun kanıtı olur. Örneğin panik ataklar bilişsel gözlükle bedensel duyuların felaketleştirilmesi sonucu oluşur. Bu hipotez doğru ise felaketleştirmenin ortadan kaldırılması panik ataklarının da ortadan kalkması anlamına gelecektir ve yapılan çalışmalar bu hipotezi destekler sonuç vermiş ve bu sonuçlar DSM gibi sınıflandırma sistemlerinde panik bozukluğun tanımlanmasında felaketleştirmeye vurgu yapılmasını sağlamıştır.

Günümüzde nükslerin önlenmesi en az tedavi kadar önemli bir konu olup, bazı klinik tabloların tedavisinde başarılı olan çeşitli girişimler nüksleri önlemede aynı derecede başarılı olamamaktadır. Bu, hastalığı belirleyen etkenlerle, nüksleri belirleyen etkenlerin her zaman aynı olmadığını göstermektedir.

Elinizdeki kitabın yazarları da benzeri bir görüşten yola çıkarak, obezitede, amaçlanan düzeyde bir kilo kaybının sağlanmasını bir başlangıç tedavisi olarak görmekte, sağlanan kilo kaybının korunmasını ise iyileşmenin devamını sağlayan temel etken olarak tanımlamaktadırlar. Bu nedenle kitabı kilo kaybını sağlayan yaklaşımlar ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen terapötik

yaklaşımlar olarak değerlendirmek uygun olur görüşümdedir. Çünkü kilo kontrolünün etkili bir biçimde yapılabilmesi ancak bu kontrole engel olan dürtü, düşünce ve davranışların iyi tanımlanabilmesi ile mümkündür.

Yazarlar bu kitabı klinisyenlerin obez hastalarını daha etkili tedavi edebilmelerini sağlayacak tedavi protokolleri sunmak için yazmışlardır. Bu protokoller henüz tamamen kanıta dayalı olmasa da pek çok olguda yarar sağlayan ve umut veren yaklaşımları içermektedir. Diğer taraftan BDT yaklaşımlarının temel hedeflerinin danışan kişileri kendi kendilerinin terapisti yapmaya yönelik öğretileri göz önüne alındığında, bu kitabı yalnızca klinisyenlerin değil obez kişilerin de yararlanabilecekleri bir kaynak olarak değerlendirmek yanlış olmaz. Kitabın yazarlarından Chris Fairburn 2001 yılında Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (KDDT)'nce İstanbul'da düzenlenen Avrupa Kognitif ve Davranış Terapileri Kongresine katılmış ve yeme bozuklukları ile ilgili bir çalışma grubu yönetmiştir. Yeme bozuklukları ile ilgili yazdığı pek çok makale ve kitabı mevcuttur.

Prof. Dr. Mesut Çetin'i her zamanki bilimsel duyarlılığı ile ülkemizde de giderek önemli bir sorun alanı olan obezite konusuna yöneldiği ve hem klinisyenlerin hem de sorunu yaşayan kişilerin yararlanabileceği bir kaynağı Psk. Fırat Sabancıoğlu ile birlikte Türkçe'ye kazandırdığı için yürekten kutluyor, kitabın meslektaşlarımızın uygulamalarına ışık tutacağını umuyorum.

Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur
MÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği Başkanı

İçindekiler

BÖLÜM 1	Giriş	1
	<i>Bilişsel - Davranışçı Terapinin Özellikleri, 2</i>	
	<i>Bilişsel - Davranışçı Terapi ve Obezite, 3</i>	
	<i>Yeniden Kilo Kazanımı Sorunu, 4</i>	
BÖLÜM 2	Teori ve Tedaviye Bakış	6
	<i>Yeni Bilişsel-Davranışçı Tedavi, 7</i>	
	<i>Tedaviye Bakış, 9</i>	
	<i>Kitabın Geriye Kalanı, 13</i>	
BÖLÜM 3	Modül I: Tedaviye Başlama	15
	<i>Seans 0: Değerlendirme ve Yönelim, 16</i>	
	<i>Seans 1, 29</i>	
BÖLÜM 4	Modül II: Kilo Kaybını Sağlama ve Koruma	37
	<i>Kilo Kaybını Başlatmak ve Sürdürmek, 38</i>	
	<i>Kilo Korumaya Geçilecek Zamanı Belirleme, 61</i>	
BÖLÜM 5	Modül III: Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Ele Alma	63
	<i>Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Saptama, 63</i>	
	<i>Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Ele Alma, 65</i>	
BÖLÜM 6	Modül IV: Aktiviteyi Artırma	88
	<i>Modül IV'e Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme, 89</i>	
	<i>Genel Aktiviteyi Artırma, 89</i>	
	<i>Planlı Egzersizi Artırma, 96</i>	

BÖLÜM 7	Modül V: Beden Algısı Endişelerini Ele Alma	97
	<i>Beden Algısının Kilo Kaybındaki Rolü, 98</i>	
	<i>Beden Algısı Modülüne Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme, 99</i>	
	<i>Modül V'e Bakış, 99</i>	
	<i>Giriş: Fiziksel Görünüşten Ayrı Olarak Beden Algısı Kavramı, 100</i>	
	<i>Değerlendirme: Beden Algısı Kaygısını Saptama, 100</i>	
	<i>Beden Algısı Hakkında Kişiselleştirilmiş Eğitim, 102</i>	
	<i>Beden Algısı Kaygısını İzleme, 102</i>	
	<i>Beden Şekli Kaçınımını Ele Alma, 111</i>	
	<i>Beden Kontrolünü Ele Alma, 113</i>	
	<i>Sosyal Baskıları Ele Alma, 115</i>	
	<i>Sürdürücü Düşünce ve İnançları Ele Alma, 116</i>	
	<i>Beden Algısı Kaygısı ve Kilodan Bağımsız Hedefler, 127</i>	
	<i>Olumlu Kabullenme, 127</i>	
BÖLÜM 8	Modül VI: Kilo Hedeflerini Ele Alma	129
	<i>Terapistin Üslubu Üzerine Bir Not, 130</i>	
	<i>Modül VI'ya Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme, 130</i>	
	<i>Kilo Hedeflerini Saptama, 130</i>	
	<i>Arzulanan Kiloyu Sorgulama, 131</i>	
	<i>Birincil Hedefleri Saptama, 133</i>	
	<i>Yetersiz Kilo Korumanın Sebeplerini Gözden Geçirme, 135</i>	
	<i>Orta Düzeyde Kilo Kaybının Faydalarını Belirlemek, 139</i>	
	<i>Kabullenme ve Değişim Gereksinimlerini Vurgulama, 140</i>	
	<i>Kabullenmeyi Cesaretlendirme, 143</i>	
BÖLÜM 9	Modül VII: Birincil Hedefleri Ele Alma	146
	<i>Birincil Hedeflerin Üstesinden Gelmek İçin Genel Strateji, 147</i>	
	<i>Yaygın Birincil Hedefler, 148</i>	
BÖLÜM 10	Modül VIII: Sağlıklı Beslenme	152
	<i>Sağlıklı Beslenmenin Teşvik Edilmesi İçin Genel Strateji, 153</i>	
BÖLÜM 11	Modül IX: Kilonun Korunması	157
	<i>Obezite ve Uzun Vadeli Bakım, 158</i>	
	<i>Kilonun Korunması Modülüne Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme, 158</i>	
	<i>Modüle Bakış, 159</i>	
	<i>Kilo Korumaya Hazırlanma, 159</i>	
	<i>Bir Hedef Kilo Aralığı Belirleme ve Bir Kilo İzleme Sistemi Oluşturma, 162</i>	
	<i>Kilodaki Değişiklikleri Yorumlama, 167</i>	

<i>Uzun Vadeli Kilo Koruma Becerileri Geliştirme, 168</i>	
<i>Kilodaki Değişikliklere Yanıt Verme, 171</i>	
<i>Tedaviyi Gözden Geçirme, 173</i>	
<i>Kendini İzlemeyi Sonlandırma, 173</i>	
<i>Gelecekteki Kilo Değişikliğini Ele Alma, 176</i>	
<i>Gelecekteki Olası Kilo Verme Girişimlerini Ele Alma, 178</i>	
<i>Kişisel Bir Kilo Koruma Planı Hazırlama, 180</i>	
<i>Tedaviyi Bitirme, 184</i>	

<u>EK I</u>	Hasta Broşürleri	187
<u>EK II</u>	Yararlı İnternet Adresleri	221
Kaynaklar		223
Dizin		229

Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi

Giriş

Premsipte, kilo kontrolü basittir.¹ Enerji girdisini ve enerji harcamasını uzun vadede dengelemeyi gerektirir. Bu, çoğu kişi için biraz bilinçli çaba gerektirir veya hiç çaba gerektirmez. Kendiliğinden olur. Ancak, fazla kilolu veya obez insanların yaygınlığındaki düzenli artış, kilo kontrolünü pek de kolay yapamayan giderek artan sayıda ve her yaşta insan olduğunu gösteriyor. Bu artışın açıklanması tartışılmaktadır, ama hem enerji alımındaki bir artıştan (yani fazla yeme ve içme) hem de enerji harcamasındaki bir azalmadan (yani az hareketlilik) kaynaklanıyor olması büyük bir olasılık. Bu fenomeni önlemek için insanlar hem başarılı bir uzun vadeli kilo kontrolünde yer alan süreçler hakkında eğitilmiş olmalı, hem de onları uygulamak için yardım almalıdırlar.

Bu kılavuz kitapta tanımlanan tedavi, obezite için yeni bir bilişsel-davranışçı tedavidir. Tedavi her şeyden önce, beden kitle endeksleri (BKİ²) 30 ile 40 arasında olan hastalar için düşünülmüştür, ama BKİ'leri 25 ile 30 arasında olanlar için de geçerlidir. Tedaviyi BKİ'leri 40'ın üzerinde olan hastalarla kullanma tecrübemiz yok, fakat bazı yönlerinin diğer yaklaşımlarla birlikte yararlı olabilmesi olasıdır. Tedavi bire bir esasında uygulanmak için tasarlanmıştır ve büyük bir odak noktası, obezite tedavisinde en ivedi mesele olan tedavi sonrası yeniden kilo kazanımı sorunudur.

Bu bölümde, bilişsel-davranışçı terapinin tanımlayıcı özelliklerini ve davranışçı terapiden farklılaştıran ilkeleri betimliyoruz. Obez kişilere yardım etmek için bu tedavilerin kullanımı üzerine literatürü kısaca gözden geçirdikten sonra, tedavi sonrası yeniden kilo kazanımı klinik sorununun altını çiziyoruz.

¹ Bu ve sonraki bölüm Cooper ve Fairburn'ün (2002) düzenlenmiş ve güncellenmiş versiyonlarıdır. Copyright 2002, by The Guilford Press. İzinle uyarlanmıştır.

² BKİ: Beden kitle endeksi; kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine bölümüdür - yani: (kg olarak ağırlık) / (m² olarak boy).

Bilişsel - Davranışçı Terapinin Özellikleri

Bilişsel-davranışçı tedavilerin tümünü birlikte davranışçı terapiden ve diğer psikolojik tedavi biçimlerinden ayıran üç özelliği vardır.

1. *Bilişsel-davranışçı tedaviler söz konusu sorunu devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırmasına dayanır.* Diğer bir deyişle, bu tedaviler bilişsel süreçlerin katkısına merkezî önem veren, sorunun devam etmesiyle ilgili bir teori-den türetilmişlerdir. Örnek olarak, depresyon vakasında, bozukluğun büyük ölçüde kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında bazı karakteristik depresif düşünceler ve varsayımların varlığıyla devam ettirildiği ileri sürülür (Beck, 1976); bulimia nervosa'da, kendilik değerini büyük ölçüde görünüş veya kiloyla değerlendirmenin merkezî bir devam ettirme mekanizması olduğu ileri sürülür (Fairburn, 1985); ve panik bozuklukta, anahtar psikopatolojik özelliğin, bedensel duyuları oldukça tehditkâr olarak yorumlamak olduğu ileri sürülür (Clark, 1986). Bu bozuklukların her birinde, özel bilişsel sürdürme teorisi spesifik bir bilişsel-davranışçı tedavinin temelini sağlar.

2. *Bilişsel-davranışçı tedaviler, kalıcı değişim için gerekli olduğu tahmini doğrultusunda, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır.* Bilişsel davranışçı tedavilerin ana amacı, diğer özellikler de direkt olarak ele alınmasına rağmen, bozukluğu devam ettiren merkezî bilişsel süreçlerde değişim meydana getirmektir. Yani, örneğin depresyonda tedavinin anahtarı kişinin kendisi ve dünya hakkındaki depresif düşünceleri değiştirmektir; bulimia nervosa vakasında tedavi, görünüş ve kiloya verilen merkezî önemi değiştirmeye çalışır ve panik bozuklukta amaç, hastaların bedensel duyularını yorumlamayı değiştirmektir. Ele alınan diğer özelliklere örnek olarak, depresyonda görülen sosyal geri çekilme, yeme bozukluklarında görülen hastaların karakteristik olarak katı ve aşırı diyet yapmaları ve anksiyete bozukluklarında bulunan korku yaratıcı durumlardan kaçınma verilebilir.

3. *Bilişsel-davranışçı tedaviler, hastanın hedeflenen devam ettirici mekanizmaları saptaması ve değiştirmesine yardım etmek için bir bilişsel ve davranışsal yöntemler kombinasyonu kullanır.* Yaygın kullanılan tedavi yöntemleri, devam ettirmenin geçerli bir bilişsel teorisinin ortaya konmasını ve kişiselleştirmesini; hastaların yeni davranış yolları denemelerine ve davranış değişiminin sonuçlarıyla ilgili beklentilerini test etmelerine yardım etmek için davranışsal “deneyler”in kullanımını ve işlev bozucu düşünce ve varsayımların sistematik saptanması ve değerlendirilmesini içerir.

Bilişsel-davranışçı terapi, birçok başka yönden davranışçı terapiye benzer. Birçok terapi tekniği her iki tedavide de ortaktır. Her ikisi de kısa süreli, sorun odaklı tedavilerdir ve her ikisi de birincil olarak geçmişten ziyade şimdiye ve geleceğe odaklanır. Her ikisi de söz konusu sorunun sürdürülmesinin açık bir modelinin ortaya konmasını içerir; her ikisi de benzer bir işbirliğine dayalı terapötik yöntem kullanır ve her ikisi de hastaların değişim sürecinde aktif katılımı-

rını gerektirir. Son olarak, her ikisi de etkinliklerini değerlendirmek için ampirik kanıt aramayı ve klinik yanıtı ve araştırma bulgularına göre gelişmeyi amaç edinmiştir. Bu benzerliklere rağmen, davranışçı terapinin aksine, bilişsel-davranışçı terapi bilişsel süreçleri vurgular. Bilişsel-davranışçı terapinin birincil amacı bilişsel değişim meydana getirmektir ve davranışsal deneyler ve bilişsel yeniden yapılandırma merkezî özellikleridir.

Bilişsel-Davranışçı Terapi ve Obezite

Obezitenin tedavisinde davranış terapisi kullanmayı destekleyen önemli sayıda kanıt vardır (Wilson & Brownell, 2002; Wing, 1998, 2002). Güvenilir olarak ortaya konmuştur ki, hem klinik açıdan anlamlı sağlık getirisi (Blackburn, 2002; Goldstein, 1992; Kanders & Blackburn, 1992; Tremblay ve ark., 1999; Wing & Jeffrey, 1995) hem de psikolojik fayda sağlayacak şekilde (Foster & Wadden, 2002; Seidell & Tijhuis, 2002), (tedaviyi tamamlayanlar arasında) başlangıçtaki ağırlığın ortalama %10'u kadar kilo kaybıyla sonuçlanır. Ancak, aynı güvenilirlikle ortaya konmuştur ki, kaybedilen kilo sonraki üç yıl içinde yeniden kazanılır (Jeffery ve ark., 2000; Perri, 1998, 2002; Wilson & Brownell, 2002).

Obezite için davranışçı terapiler ilk oluşturuldukları 1960'lardan beri gelişti. Bu gelişmeler içinde bilişsel yöntemlerin eklenmesi de vardı ve bu nedenle bu tedavi bazen "bilişsel-davranışçı terapi" olarak yeniden adlandırıldı (örneğin DeLucia & Kalodner, 1990; Foreyt & Poston, 1998; Kalodner & DeLucia, 1991; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995). Bugünlerde birçok davranışçı tedavi, olumsuz düşünme ve nüksü önleme gibi konular üzerine tedavi seansları içerir (örneğin Wardle & Rapoport, 1998), ama bu obezite için davranışçı bir tedavinin genel karakteristikleri çerçevesinde olur. Wing (1998, s. 860-862) tarafından betimlendiği gibi, bu özellikler şunlardır:

- 10-20 kişilik hasta gruplarına verilir.
- Tedavi önceden hazırlanmış bir dizi "ders" olarak sunulur. Bütün grup 1. hafta 1. dersi, 2. hafta 2. dersi vs. alır.
- Derslerin bireysel katılımcının özel sorunlarıyla ilgili olup olmadığına veya katılımcıların bir sonrakine geçmeden önce bir dersin içeriğini iyice öğrenip öğrenmediğine dair değerlendirme yoktur. Öte yandan, bu tedavilerin çoğu, katılımcılara kendi özel sorunlarına yönelik genel bir strateji sunan sorun çözme eğitimi içerir.
- Birçok programda bir terapistler ekibi (örneğin bir davranışçı terapist, bir egzersiz fizyoloğu ve bir beslenme uzmanı) ve konuya göre değişen terapistler kullanılır.
- Sonrasında tedavi, 16-24 hafta süren haftalık toplantılar ve ardından gelen daha seyrek bir dizi toplantıyla devam eder.
- Bu tedavilerin temel içeriği yemede kendini izleme; yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma; beslenme üzerine dersler; hem ya-

şam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma; uyarın kontrol tekniklerinin kullanımı; sorun çözme eğitimi; basit bilişsel yeniden yapılandırma ve nüksü önlemedir (bakınız Wadden & Osei, 2002).

Böyle tedaviler teorik temellerinde (bu temeller, eğer varlarsa, bilişsel süreçlerin katkısına az ağırlık verirler), amaçlarında (bu amaçlar aynı zamanda bilişsel değişimi de başarmaktan çok yeme ve egzersiz alışkanlıklarını değiştirmektir) veya tedavi prosedürlerinde (bu prosedürler hemen hemen yalnızca davranışçıdır) bilişsel-davranışçı tedaviyle hemen hemen hiçbir benzerlik göstermez. Aslında, oldukça yapılandırılmış kuralcı biçimleri, obezitenin tedavisi dışında yaygınca uygulanan biçimdeki davranışsal terapiyle sadece sınırlı bir benzerlik gösterir. Daha ziyade, bu tedaviler davranışsal yönelimli psiko-eğitimsel grup müdahaleleri olarak daha iyi tanımlanabilirler. Ancak, kabul edilmelidir ki, daha esnek ve kişiselleştirilmiş bir davranış terapisi formunun daha etkili olacağına dair bir kanıt yoktur.

Bildiğimiz kadarı ile (yukarıda tanımlandığı şekliyle) obezite için hiçbir bilişsel-davranışçı teori veya tedavi betimlenmemiş veya değerlendirilmemiştir. Bilişsel-davranışçı tedaviler, tıknırcasına yeme bozukluğu (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993) ve beden dismorfik bozukluğu gibi obeziteye ilişkin sorunlar için geliştirilmişlerdir ve kilo kaybetmek için kalori sınırlamasını tavsiye etmeyen ve onun yerine sağlıklı yemeyi ödüllendirmeyi (Rosen, 1997), katılımcıların sağlıklarını iyileştirmeyi ve fiziksel aktiviteyi cesaretlendirmeyi hedefleyen bilişsel-davranışçı “diyetsiz” tedaviler vardır (örneğin Rapoport, Clark & Wardle, 2000; Sbrocco, Nedegaard, Stone & Lewis, 1999; Tanco, Linden & Earle, 1998). Bu tedavilerin hiçbirinde- kilodaki değişikliklerin tedavinin bir sonucu olarak oluşabileceği açıkça fark edilse bile- birincil vurgu kilo kaybında veya yeniden kilo kazanımını engellemede değildir.

Yeniden Kilo Kazanımı Sorunu

Son zamanlarda, “Tedavinin etkilerinin sürdürülmesinin, obezitenin uzun vadeli tedavisindeki tek ve en büyük zorlu mücadeleyi temsil ettiği” belirtildi (Perri, 1998, s. 526). Bu yaygın görüş, %5-10'luk bir kilo kaybına hem davranışçı hem de farmakolojik obezite tedavileriyle erişilebileceği ve bu kaybın beden sağlığı bakımından muhtemelen erişilmeye değer olduğunu gösteren önemli miktardaki kanıtlara dayanır. Sorun, tedavi durduğu anda, verilen kilonun geri alınmasıdır.

Yeniden kilo kazanımının engellenmesi için iki çeşit uzun süreli tedavi savunulmuştur. İlki, uzun süreli ilaç tedavisidir (bakınız Aronne, 2002). Birkaç sebepten, bunun tam cevap olması olası değildir. Öncelikle, çoğu hasta ilaçlarla tedavi edilmeyi tercih etmez ve tedavinin süresi uzadıkça, ilaç tedavisinin kabul edilirliliği ve dolayısıyla tedavi uyumu konusunda artan sorunların olması muhtemeldir. İkincisi, her zaman, uzun süreli ilaç tedavisinin fiziksel yan

etkilere³ yol açması olasılığı vardır. Üçüncüsü, hamilelik gibi, ilaç tedavisinin uygunsuz olacağı durumlar vardır.

Savunulan ikinci yaklaşım, uzun süreli, hatta süre sınırlaması olamayan, psikolojik veya davranışsal tedavidir. Bu, tedaviyi uzatmanın yeniden kilo kazanımını ertelediğini öneren kanıtla (Perri, 1998, 2002; Perri, McKelvey, Renjilian, Nezu, Shermer & Viegner, 2001); (nüks belirtilerine hızlı ve kuvvetli yanıt içeren) yoğun uzun süreli tedavinin etkili olabileceği kanıtıyla (Bjorvell & Rosner, 1992); ve bazı insanların uzun süreli grup baskısı ve desteğinden yarar sağladıkları kanıtıyla desteklenmiştir (Latner, Stunkard, Wilson, Jackson, Zelitch & Labouvie, 2000). Ancak bu kanıt, geniş ölçüde, odak noktasının, bu uzun süreli tedavi tiplerini kabul edip onlara uyan katılımcıların (genellikle küçük ölçekli) alt grubundan çıkan sonuçtaki “etkinlik” perspektifine dayanır (Jeffery ve ark.). Dahası, (süre sınırlaması olmasından ziyade) uzatılmış tedavi çalışmalarının çoğunluğu yeniden kilo kazanımına yönelik tanıdık eğilimin, uzatılmış tedavinin bitiminden sonra oluşmadığını göstermeye yetecek kadar takip çalışması verisi bildirmemişlerdir. Yani, uzun süreli tedavinin gerçek klinik faydası henüz ortaya konmayı beklemektedir.

³ Valvüler kalp hastalığı ile antiobezite ilaçları fenfluramine, deksfenfluramin ve fentermin arasındaki ilişki bu açıdan yararlıdır (Connolly ve ark., 1997; Ryan ve ark., 1999). Bu ilişkinin açığa çıkması birçok yıl aldı.

Teori ve Tedaviye Bakış

Obezite için davranışçı tedavilerin hayal kırıklığı yaratan uzun vadeli sonuçlarının, kısmen, iki faktöre bağlanabileceğini düşünüyoruz: Birincisi, yeniden kilo alımına katkıda bulunan bilişsel faktörlerin ihmal edilmesi ve ikincisi, genellikle uzun süreli tedavi programlarında bulunan tedavi hedefleri hakkındaki anlam karmaşası — yani, kilo kaybına ulaşma amacı (enerji açığının sürdürülmesini gerektirir) ile *kaybedilmiş kiloyu* koruma amacı (yani, erişilen kiloyu korumak) arasında açık bir ayrım eksikliği. Buna göre, tedavi sonrası yeniden kilo almayı önlemeye yönelik farklı bir terapötik yaklaşım geliştirdik. Bu, yeniden kilo almadan sorumlu süreçlerin bilişsel-davranışçı analizinden türetilmiştir.

Yeniden kilo kazanımı hakkındaki bilişsel-davranışçı analizimizin tam bir raporu başka bir yerde sunulmuştur (Cooper & Fairburn, 2001). Kısaca, yeniden kilo alımının etkili kilo kontrolü davranışına bağlanma eksikliğinden kaynaklandığını ve bunun ise birbirine bağımlı iki sürecin sonucu olduğunu ileri sürüyoruz. Birincisi hastaların kilolarını, buna degecek ölçüde kontrol edebilecekleri inancındaki progresif bir azalmadır. Bu, kilo vermeye giriştikten 4-6 ay sonra çoğu hastada yaşanan kilo kaybı oranındaki azalmaya ve ne kilo kaybı hedeflerine ne de kilo kaybetmenin bir sonucu olarak erişmeyi umdukları diğer hedeflere erişebileceklerini gittikçe fark etmelerine yanıt olarak ortaya çıkar. Bu diğer hedefler (*birincil hedefler* dediğimiz), yaygınlıkla görünüşünü iyileştirme arzusu (özellikle şeklini değiştirme), kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, daha aktif olma arzusu ve sağlığını iyileştirme arzusunu içerir. Biz, ne umdukları kilo kaybına, ne de sonuçta oluşacağını düşündükleri getirilere erişebileceklerinin farkına varmalarının, sonunda onları, kilolarını kontrol etme girişimlerinin önemli ölçüde çabaya değmeyeceğine inanmaya ittiğini düşünüyoruz. Sonuç olarak, daha fazla kilo kaybı için zorlanmayı bırakırlar.

Bu şartlar altında, önerilen ikincil süreç işlemeye başlar; yani, kilo kontrolü bütünüyle terk edilir ve önceki yeme alışkanlıklarına geri dönülür ve sonuç olarak pozitif enerji dengesi oluşur. Bu yanıt çelişiktir, çünkü hastalar için, başlangıçta istediklerinden daha az bile olsa, her ne getiri elde ettilerse onu muha-

faza etmeyi istemeleri daha rasyonel gibi görünür. Biz, hastaların kilonun korunmasını, bırakın kabul etmeyi, yapmaya değer bir hedef olarak bile değerlendirecek kadar doğru zihin çerçevesinde olmadıklarından yapmadıklarını düşünüyoruz. Bunun nedeni, eriştikleri kilo kaybını küçük görmeleri ve sonuç olarak ortaya çıkmış diğer kazanımları (birincil hedeflerine erişme olarak) ihmal etme, minimize etme veya küçümseme eğiliminde olmalarıdır. Bir sonuç olarak, kilolarını çoktan kontrol ediyor oldukları durumu küçümserler. Ek olarak, kilo kaybı ve kilo korunması süreçlerinin hastalar (ve terapistleri) tarafından karıştırılması, kilonun korunmasının farklılığını takdir etmeyi başaramamalarıyla ve sonuçta, (kilo kaybı için gerekenlerden farklı olarak) etkili şekilde kilo korunması becerilerini elde etme ve uygulamanın önemini ihmal etmeleriyle sonuçlanır.

Yeni Bilişsel-Davranışçı Tedavi

Bu bilişsel-davranışçı analizin temelinde, bu kitapta tanımlanan tedaviyi geliştirdik.¹ Tedavi sadece kilo kaybına erişmek için değil, aynı zamanda onu takip eden yeniden kilo kazanımını minimalde tutmak için de tasarlanmıştır. Sonraki hedefe erişmek için, tedavi, kilo kontrolü girişimlerinin terk edilmesi ve kilonun korunmasının bir hedef olarak ihmal edilmesinin açıklaması olarak ileri sürdüğümüz çeşitli süreçlere yöneltilmiştir. Aşağıdaki üç farklı ögeyi ihtiva eder (hiçbirisi tek başına bu tedaviye özgü değildir):

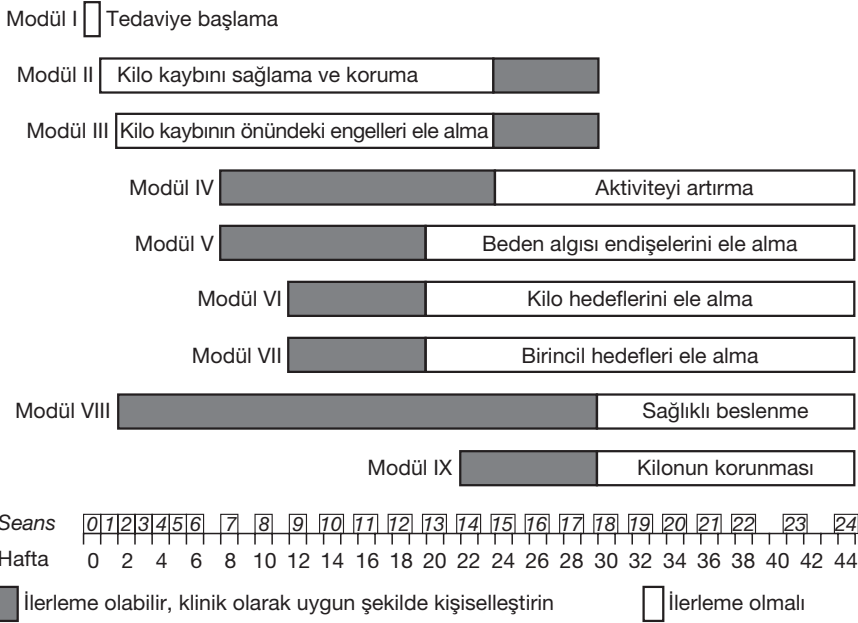
1. *Kilo kaybı ile kilo korunması arasında bir ayırım yapmak.* Bu ayırım tedavinin başında ortaya konur ve tedavi boyunca korunur. Aynı zamanda, iki safhası olan tedavinin yapısında da vardır. Birinci Safhada (Oxford çalışmasında 30 hafta boyunca 17 seans sürmüştür) hedef kilo kaybıdır. Bunu, kilonun sabit tutulmasının hedef olduğu bir kilo korunması safhası izler (İkinci Safha, Oxford çalışmasında 14 hafta boyunca yedi seans sürmüştür).

2. *İkinci Safhada hedef olarak kilonun korunmasının (yani, kilonun sabit tutulması) benimsenmesi için varolan potansiyel engelleri kilo kaybı safhası (Birinci Safha) boyunca ele almak.* Bu şunları içerir:

- a. Gerçek dışı kilo hedeflerini saptamak ve makul düzeye getirmek
- b. Beden algısı endişelerinin üstesinden gelmek
- c. Doğrudan hastanın birincil hedeflerini ele almak

Böylece Birinci Safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüş, kendine güven, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik) bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavide çoktan yapılmış olan değişimleri fark etmek ve onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir.

¹ Önsözde belirtildiği gibi, bu tedaviyi değerlendiren bir çalışma (Oxford çalışması) tamamlanmak üzeredir.



ŞEKİL 2.1

Birinci Safhanın sonuna dek terapistin hedefi, hastaların kilolarını, buna geçecek ölçüde kontrol edebileceklerine inanmaları ve bir sonraki hedef olarak kilo kaybından çok kilonun sabit tutulmasını kabul etmeleridir.

3. *Hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmek.* Bu İkinci Safhanın odak noktasıdır. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir.

Tedavi, biçimiyle, Bölüm 1’de anlatılan, obezite için halen kullanılmakta olan davranışçı tedavilerden önemli derecede farklılaşır. Örneğin kişiselleştirilmiş, bire bir bazda uygulanır ve terapötik yaklaşımda yeme bozuklukları için bilişsel-davranışçı tedaviye benzer.

Bu kitabın kalan bölümleri tedavide kullanılan strateji ve prosedürleri belirliyor. Bunlar, sırayla sunulan ve her hastanın gereksinimlerine göre esnek bir şekilde uygulanan, bir tedavi “modülleri” serisi (bakınız Şekil 2.1) olarak düzenlenmişlerdir.

Oxford çalışmasında tedavi, randevuların giderek değiştiği zamansal bir kılıpla 44 haftaya yayılmış 24 seans (ek olarak ilk değerlendirme seansından) oluştu. Randevuları ilk 6 hafta için birer haftalık aralarla ve sonrasında 38. haftaya dek 2 haftalık aralarla, son iki seans 3 haftalık aralarla olacak şekilde vermek, böylece hastaların tedavi bitmeden önce kendi başlarına yönetmeyi uygulamaları için bir fırsatları olması bizim uygulamamızdı. 2 saate kadar varan de-

ğerlendirme seansı dışında, her randevu 40 ila 50 dakika uzunluğundaydı.

Deneyimimize göre yukarıda açıklanan randevu kalıbı çoğu hastaya uyar. Ancak, normal klinik uygulamada tedavinin daha esnek bir şekilde uyarlanmasının gerekeceğinin farkındayız. Bazı hastalar daha az seansla tedavi edilirlerken, diğerleri daha uzun bir tedavi süresinden fayda görürler. Bu yüzden randevuların kalıbı kaçınılmaz şekilde bu kılavuzda tanımlanan şekilden sapacaktır. Bu endişelenecek bir durum değildir. Öte yandan, hız kaybolma eğiliminde olacağından, tedavide 3 haftadan daha uzun aralardan kaçınılmasının daha iyi olduğu görüşündeyiz. Eğer böyle bir ara kaçınılamaz ise, terapötik iletişimin aralıklarla telefon aramaları, mektuplar veya e-posta ile sürdürülmesini tavsiye ediyoruz.

Tedavinin uygulanırken aynı zamanda esneklik de gerekir. Terapistler tedaviyi, her hastaya uygun teknikleri uygulayarak ve ilerlemeleriyle eşleşen bir hızda kişiselleştirmelidir. Çeşitli modüllerin burada numaralandıkları sırayla sunulmak zorunda olmadıkları hatırlanmalıdır ve çoğunun izole bir şekilde kullanılması beklenmemektedir. Aslında birkaç modülün özellikleri tek bir seans- ta tartışılabilir. Öte yandan, tedavinin bütün ilgili yönlerinin ele alınması önemlidir. Esneklik tedavinin genel prensiplerine bağlılık pahasına olmamalıdır.

Tedaviye Bakış

Kilo Kaybına Erişmek (I-IV. Modüller)

Oxford çalışmasında uygulandığı şekliyle, tedavinin kilo kaybı safhası (Birinci Safha) tedavinin ilk 24-30 haftasına yayıldı. Kullanılan prosedürler I-V. Modüller'de (Bölümler 3-6) sunulmuştur. İçerik olarak bu modüller obezite için standart davranışçı tedavilerden farklı değildir (bakınız Wadden & Osei, 2002). Bununla birlikte, kılavuz tedaviyi bütünlüğüyle anlatabilsin diye, detaylarıyla betimledik.

Modül I'de ("Tedaviye başlama") hastalar değerlendirilir ve tedavi, kilo kaybı ile kilonun korunması arasındaki ayrımın tanıtılması ve vurgulanmasıyla betimlenir. Yemek ve sıvı alımında detaylı kendini izleme anlatılır ve hastalara nasıl kalori sayacakları öğretilir. Hastalara aynı zamanda kilolarını her hafta bir grafik üzerinde nasıl çizecekleri gösterilir. Bunu, hastaların enerji alımlarını günde yaklaşık 1500 kcal ile sınırlandırmalarına yardım etmeyi temel alan Modül II ("Kilo kaybını sağlama ve koruma") takip eder. Bu düzeyde bir diyet sınırlandırmasının haftada ortalama 0,5-1 kg'lık kilo kaybına erişmek için yeterli olduğunu bulduk. Hastalar, durumlarını ve yemek tercihlerini hesaba katan kendi esnek diyet listelerini oluşturmaları için cesaretlendirilirler.

Modül III ("Kilo kaybının önündeki engelleri ele alma"), Modül II ile paralel gider. Hastaların enerji kısıtlamalı diyetlerine bağlılıklarını etkileyebilecek çeşitli sorunları saptamak ve ele almak üzerinde odaklanır. Bunlar motivasyonla ilgili konular, enerji alımını yanlış izleme, kötü yemek seçimi (özellikle gıda

çeşidinin aşırı kısıtlanması veya yüksek-yagli bir diyet alınması), aşırı alkol alımı, sık abur cubur yeme ve olumsuz ruh hâllerine yanıt veya bir ödül olarak yemeyi içerir. “Tıkınırcasına yeme” bir hasta alt grubu için bir sorun olabilir.² Deneyimimize göre, tıkınırcasına yeme genellikle doğrudan dikkat gerekmesizin çözümler, yine de az sayıda vakada kilo kaybı için ciddi bir engeldir ve doğrudan ele alınması gerekir.

Obezitesi olan kişilerin küçük bir alt grubu *tıkınırcasına yeme bozukluğu* tanı kriterlerine uyar. Bu teknik olarak geçici bir statüsü olan (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) yeni bir yeme bozukluğu tanısıdır. Birincil olarak, bulimia nervosa’da görülen bazı diğer özelliklerin (örneğin yinelenen tarzda kişinin kendisini kusturması veya laksatif kötüye kullanımı; dikkate değer ve kalıcı diyet kısıtlaması) olmadığı, yinelenen tıkınırcasına yeme (daha önce tanımlandığı şekliyle) ataklarının varlığıyla tanımlanır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu genellikle obeziteyle birlikte görülür. Bununla birlikte, obezite için tedavi arayan hastalar arasında yaygınlığı yaklaşık %5-10 (Grilo, 2002) kadar düşüktür. Şu anda tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilere en iyi şekilde yardım etme yolu hakkında bir belirsizlik vardır. Bulimia nervosa için bilişsel-davranışçı tedavinin bir uyarlamasını (Fairburn ve ark., 1993; Wilfley ve ark., 2002), bu tedavinin bir kendine yardım versiyonunu (Carter ve Fairburn, 1998; Fairburn, 1995; Loeb, Wilson, Gilbert, Labouvie, 2000), kişiler arası grup psikoterapisini (Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayres, & Weissman, 2000; Wilfley ve ark., 2002) ve belki en azından kısa sürede bir de ek olarak kilo kaybı sağlama avantajına sahip olan davranışçı kilo kaybı tedavisini içeren türlü psikolojik tedaviler umut vermektedirler (bakınız Dingemans, Bruna & Van Furth, 2002; Wilfley, 2002). İlk seçenek tedaviler olarak görülmemeleri gerekmesine rağmen çeşitli farmakolojik ajanlar da etkili oluyor gibi görünmektedir (Devlin, 2002). Temel olarak, bu kitapta betimlenen bilişsel-davranışçı tedavi, hem obezitesi hem de tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalar için gayet uygun görülebilir (ve bizim deneyimimiz de bu yöndedir) çünkü, şu ana kadar incelenen tedavilerden farklı olarak, hem tıkınırcasına yemeyi hem de kilo kaybı gereksinimini ele almaktadır.

Modül IV (“Aktiviteyi artırma”) Birinci Safhanın parçasını oluşturur, ama yine de birincil olarak, kilonun korunmasının parçası olarak daha uzun vadede daha aktif bir yaşam tarzı oluşturmakla ilgilidir. Bu yüzden İkinci Safha için en uygundur. Yine de, bu alışkanlıkların tedavi boyunca oturması için zaman olsun diye ve yaşam tarzı aktivitelerini ve egzersizi kilo kaybetme çabalarının parçası yapmak isteyen hastalara yardım etmek için Birinci Safha boyunca tanıtılır. Burada vurgu basitçe planlı egzersizi artırmaktan çok genel

² *Tıkınırcasına yeme (binge)* (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994) teriminin teknik tanımı şöyledir. “Bir tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerin her ikisiyle karakterizedir: (1) Belirli bir zaman aralığında (örneğin herhangi bir 2 saatlik periyotta), benzer bir periyotta ve benzer durumlarda çoğu insanın yiyeceğinden kesinlikle daha fazla miktarda yemek yeme [ve] (2) Atak boyunca yeme üzerinde kontrol duygusunun olmaması hissi (örneğin kişinin yemeyi kesmemesi veya ne veya ne kadar yediğini kontrol edememesi hissi)” (s. 731)

olarak aktivite düzeyini artırmak üzerinedir (yerleşikliği azaltmayı mecburen içerir).

Kilonun Korunmasının Önündeki Engelleri Ele Alma (V-VII. Modüller)

Birinci Safhayı oluşturan diğer üç modül (V, VI ve VII. Modüller) kilo kaybı sağlamak için tasarlanmamışlardır; daha çok, kiloyu korumanın (yani kilonun sabit tutulmasının) İkinci Safhada bir hedef olarak kabulündeki potansiyel bilişsel engelleri ele alırlar. Esnek bir şekilde, hem zamanlamalarına hem de üzerlerine konan vurgu derecesine saygı göstererek kullanılırlar. Daha önceki modüllerle kıyaslandığında, obezite için davranışçı tedavilerle içerik ve biçim olarak daha az çakışır.

Modül V (“Beden algısı endişelerini ele alma”) beden algısı endişelerini saptamak ve ele almak için tasarlanmıştır. Görünüş hakkındaki kaygılar ve özellikle biçim değiştirme arzusu hastaların kilo kaybetmek istemelerinde büyük bir sebeptir (Rosen, 2002). Bu endişeler erişilebilmesi olası olanlardan anlamlı derecede daha aşağıda kilo hedefleri benimsemesine neden olurlar (Foster, Wadden, Vogt, & Brewer, 1997). Biz, gerçekçi olmayan kilo hedeflerinin ve bunun yansıttığı endişelerin, hastaların tedaviyle erişebileceklerinin farkına varmalarındaki ve olumlu kabullenmelerindeki büyük engeller olduğunu ileri sürüyoruz.

Modül V, kısmen bağımsız altı kısımdan oluşur ve bu sorunları ele almak için oluşturulmuş bazı bilişsel ve davranışçı strateji ve teknikleri içerir (Cash, 1996; Rosen, 1997). Çoğunlukla birkaç hafta boyunca beden algısı endişelerini ele alma, her zaman devam eden tedavinin diğer yönleriyle bütünleşir. Tedavinin çok erken basamaklarında değil de kilo kaybı iyice başlayınca geçilir (bizim deneyimimize göre, 8. hafta ile 20. hafta arasında bir yerde; bakınız Şekil 2.1).

Modül VI’nın (“Kilo hedeflerini ele alma”) odak noktası, hastaların hedeflerinin saptanması ve ele alınması üzerinedir. Bu bilişsel-davranışçı tedavinin altındaki dayanak noktalardan biri, kiloyu başarılı şekilde korumadaki büyük bir engelin hastaların kilo hedeflerine erişmedeki başarısızlıkları olduğudur. Bunun, hem kilo kaybı için gerçekçi olmayan hedefleri olduklarından hem de birincil hedeflerinin bu derece bir kilo kaybı olmadan erişilemeyeceğine inandıklarından ortaya çıktığını savunmuştuk. Daha fazla kilo kaybı için ortaya çıkan zorlama, etkili kilo koruma stratejileri elde etme ve kullanma becerilerini küçümsemeye neden olur (bakınız Cooper & Fairburn, 2001, 2002).

Son zamanlara dek obezitesi olan bir kişi için uygun kilo hedefinin minimum fiziksel hastalık oranı ile ilişkin bir kilo, yani, 20-25 aralığında bir BKİ (“sağlıklı” aralık), olduğu inancı vardı. Ancak, Bölüm 1’de tartışıldığı gibi, veriler böyle bir hedefin obezitesi olan çoğu insan için gerçekçi olmadığını (Perri, 2002; Wilson & Brownell, 2002) ve bu kiloya ulaşmayı başarsalar bile, onu uzun bir süre koruyabilmelerinin olası olmadığını gösteriyor. 1 yıllık takip ça-

lışmasına göre, hastalar tipik olarak kaybettikleri kilonun %30-35'ini yeniden kazanırlar (Wadden, Sarwer, & Berkowitz, 1999) ve hastaların büyük çoğunluğu için, yeniden kilo kazanımı, ondan sonra kaybedilen kilonun çoğu veya tamamı yeniden kazanılana dek devam eder.

Modül VI'nın amacı, hastaların daha uygun bir kilo hedefini edinmelerine ve kabul etmelerine ve birincil hedeflerinin çoğunun kilo kaybından bağımsız olarak erişilebileceğini fark etmelerine yardım etmektir. Bu modüle başlanmasının zamanlaması, her hastanın ilerlemesine ve gerçekçi olmayan kilo hedeflerinin tedavide bir mesele haline gelmesinin ölçüsüne göre değişir. Bizim uygulamamız 12. ile 20. hafta arasında bir zamanda başlanması şeklinde olmuştur (bakınız Şekil 2.1).

Hastanın birincil hedefleri Modül VII'de ("Birincil hedefleri ele alma") ele alınır. Birincil hedefler, hastanın kilo kaybı sonucunda erişmeyi düşündüğü hedeflerdir. Görünüm değiştirmeyi, kendine güveni artırmayı, kişiler arası işlevselliği güçlendirmeyi ve zindeliği artırmayı içerir. Modül VII'nin amacı hastaların doğrudan bu hedefleri ele almasına yardım etmektir. Bunun, başarılı olanla daha büyük bir memnuniyet (hastanın başlangıçtaki kilo kaybı hedeflerine ulaşmış olup olmadığından bağımsız olarak) ve dolayısıyla, İkinci Safhadaki kilo korumanın bir amaç olarak daha iyi kabullenilmesiyle sonuçlanması olası olduğundan, tedavide gerekli bir öge olduğunu ileri sürüyoruz. Birincil hedefler, başlangıçtaki değerlendirme sürecinin parçası olarak taslak halinde tartışılmasına rağmen, kilo kaybı iyice yoluna girmeden resmen ele alınmazlar. Böylece bu modüle, genellikle kilo hedeflerini tartışma esnasında başlanır (bizim deneyimimize göre 12. ve 20. haftalar arası) ve onunla aynı anda gidilir (bakınız Şekil 2.1).

Modül VIII'de ("Sağlıklı beslenme") odak noktası uzun vadede sağlıklı beslenme üzerinedir, ama yine de, eğer kilo kaybını ödüllendirmek için gerekiyorsa, bu modülden seçilmiş öğelere kilo kaybı safhasında başlanabilir. Bu modül standart günümüz beslenme prensiplerini (ABD Tarım Bakanlığı, 1995) izler. Anahtar tavsiyeler, daha az yağ yemek, çokça sebze ve meyve ile ekmek, tahıl, pirinç ve nişasta grubundan yemekler tüketmektir.

Kilonun Korunması (Modül IX)

Bu bilişsel-davranışçı tedavinin en ayırt edici özelliği, uzun vadede kilonun korunmasına verdiği önceliktir. Bu konu, tedavinin başında tedavinin hem bir kilo kaybı safhası hem de bir kilo koruma safhası olduğu açıklanırken açılır ve kilo kaybı sırasında, uzun vadede kiloyu korumanın önündeki potansiyel bilişsel engellerin üstesinden gelinirken ele alınır (Modüller V-VII). İkinci Safha sırasında, bu noktaya kadar kilo kayıpları ne kadar olursa olsun, hastaların daha fazla kilo kaybetmeye girişmeleri tavsiye edilmezken, kilonun korunması tedavinin odak noktasıdır.

Modül IX'a ("Kilonun korunması") başlanması İkinci Safhaya girişle çakışır ve ona özeldir. Modüle girilen nokta kişinin gereksinimine göre değişir. Bizim

uygulamamız bu modüle her zaman 24. ve 30. haftalar arasında girmek, böylece kiloyu koruma becerilerinin edinilmesi ve uygulanması için tedaviden önce minimum 14 hafta ayırmak yönündedir.

Kilo korunması için hazırlıkta, kilo kaybetmekle kalıcı bir kiloyu korumak arasındaki farkların altı çizilir. Üç büyük fark vardır: İlki, kilonun korunması kilo kaybından daha az güçlendiricidir, ki bunun bir nedeni de etraftaki insanlardan daha az cesaretlendirme gelmesidir; ikincisi, kilo koruma süreci zamanla sınırlı değil, belirsiz bir süredir; ve üçüncüsü, daha önce kabul edilemez olarak görülen kilo ve şekli kabullenmeyi içerir (Wadden, 1995). Uzun vadede kilo kontrolünde yaygınca karşılaşılan güçlükler de tartışılır.

Kilo korumada gerekli ilk adım, spesifik bir hedef kilo aralığı tanımlamak ve hastalara kilolarını bu hedef aralık içinde tutmaları için gereken bilgiyi sağlayan bir kilo izleme sistemi oluşturmaktır. Hastalara kilolarındaki anlamlı değişimleri önemsiz dalgalanmalardan ayırmaları için yardım edilir ve gerektiğinde düzeltici hareket etmeleri için cesaretlendirilir.

Kilo değişimine yanıt vermek için gereken stratejilerin prova edilmesi için, hastalara ya kilodaki değişimleri ya da kilo takibindeki engelleri içeren olası gelecek senaryoları sunulur. Bu gelecek yönelimli perspektifi edinerek, hastalar tedavi bittikten sonra ortaya çıkabilecek birkaç zor mesele üzerinde önceden düşünceleri için cesaretlendirilirler. Hastalardan, kilolarının değişmesine izin verip sonradan gerekli ayarlamaları yaparak tepki vermek zorunda kalacaklarına önceden düşünüp planlayarak kilolarını aktif olarak belirlenen aralık içinde tutmanın görece faydalarını değerlendirmeleri istenir. Aynı zamanda, strese tepki olarak aşırı yeme veya yüksek yağlı abur cubur tüketme gibi davranışlarının veya tutumlarının herhangi bir yönünün onları özel olarak yeniden kilo kazanımı riskine sokup sokmayacağını saptamaları da istenir.

Kişisel bir kilo koruma planı belirlemek, gelecek için planlamanın bir diğer yönüdür. Hastalar, gelecekte ne yapılacağı hakkında bir rehber olmanın yanı sıra özellikle kilo koruma hakkında öğrendikleri şeylerin yararlı bir hatırlatıcısı olan böyle bir plana sahip olmanın değeri hakkında bilgilendirilir. Koruma planı işbirliği yapılarak geliştirilir ve her zaman kilo koruma ve aksiliklerle baş etme üzerine kısımları olur.

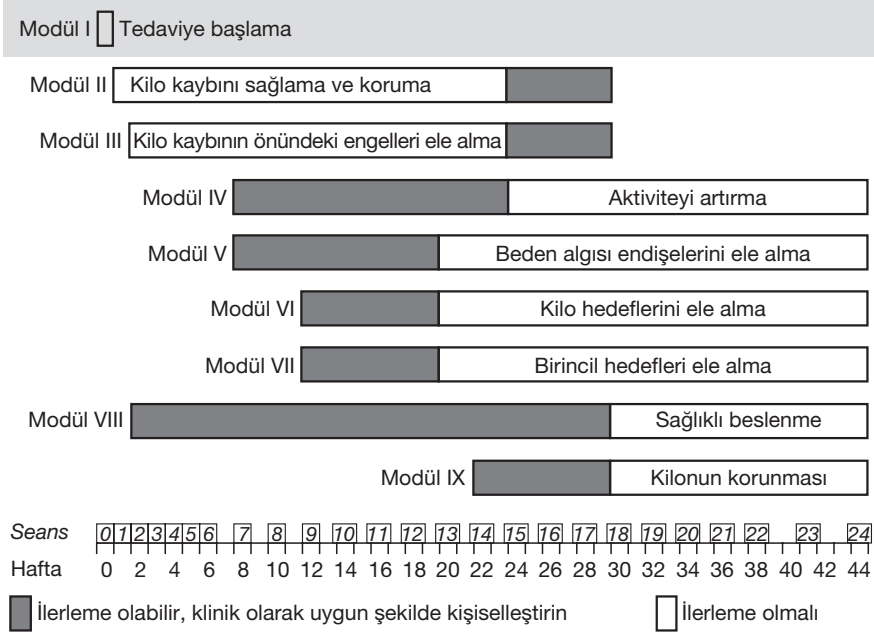
Kitabın Geriye Kalanı

Bu kitabın geriye kalanı yeni tedaviyi ayrıntılı olarak betimler. Önsözde belirtildiği gibi, materyeli bu el kitabının kullanımını kolay bir şekilde sunmak için, klinik ve araştırma literatürü referanslarını minimumda tuttuk. Okuyucuların rahatlığı için, referans kullandığımız yerlerde, onları mümkün olduğunca bir tek metinle, *Yeme Bozuklukları ve Obezite: Kapsamlı bir Elkitabı* (Fairburn & Brownell, 2002) ile, sınırlandırmaya çalıştık, çünkü bu kitap alandaki uzmanlar tarafından yazılmış, konuyla ilgili birçok özet bölüm içeriyor. Ek olarak, her bölümün daha ileri okumalar için kılavuzları var. Böylece okuyuculara, onları çok sayıda tekil referansı izlemek zorunda bırakmadan, daha fazla bilgi için iyi

kaynaklar sunmuş olduğumuzu umuyoruz.

B Ö L Ü M 3

Modül I: Tedaviye Başlama



ŞEKİL 3.1

Oxford çalışmasında tedaviye, kilo kaybına başlamadan önce (bakınız Şekil 3.1), iki hazırlık seansıyla (seanslar 0 ve 1) başladık. Bu iki seansın hedefleri aşağıdaki gibidir:

1. İşe yarayan etkili bir ilişki kurmak
2. Hastayı tedaviye yönlendirmek
3. Motivasyonu artırmak
4. Kilo sorununu değerlendirmek
5. Yeme alışkanlıkları ve enerji alımının takibini sağlamak
6. Haftalık tartılmayı yerleştirmek

Bir kez bu hedeflere tatmin edici bir ölçüde erişildiğinde, hasta kilo kaybetmeye başlar.

Seans 0: Değerlendirme ve Yönelim

Bu seans, öykü alınması için ayrılacak zaman nedeniyle 2 saate kadar sürebilir. Yapısı gelecek seanslarda kullanılacak olan standart formattan farklıdır. Seans uzadıkça, bir noktada kısa bir ara vermek uygun olabilir (örneğin ev ödevi verilmenden önce).

Seansa Bakış

- İşbirliğine dayanan işe yarar bir ilişki geliştirme
- Kilo sorununun öyküsünü alma
- Kilo kontrolü hakkındaki bilişsel-davranışçı perspektifi ana hatlarıyla betimleme
- Hastayı, tedavinin şekli ve tarzına yönlendirme
- Motivasyonu ele alma
- Tedavideki erken devamsızlığı ele alma
- Yiyecek ve içecek alımında kendini takibi ve kalori saymayı başlatma
- Kalori sınırlaması hakkında ön uyarı yapma
- Hastayı tartma ve kilo grafiğine başlama
- Haftalık tartılmayı başlatma

Seansın İçeriği

İşbirliğine Dayanan Bir Terapist-Hasta İlişkisi Geliştirme

Başlangıçtan itibaren, hastayla işe yarar etkili bir ilişki oluşturmak için büyük ölçüde çaba gösterilir. Hakiki ilgi ve alaka önemli olsa da, terapistler aynı zamanda katı ve otoriter de olabilmelilerdir, özellikle de ev ödevlerinin verilmesi ve gözden geçirilmesiyle ilgili olarak.

Bu ilk seansta hastaların rahat hissetmeleri için yardım etmek önemlidir. Terapistler ne kadarının başarılabilirliğini anlamak için yargılarını kullanmaya gerek duyacaklardır. Genelde hastaların sorularını cevaplamak için zaman ayırmak, ama onları sorular, broşürler ve ev ödevleri ile bunaltmamak önemlidir.

Kilo Sorununun Öyküsü ve Karakterinin Değerlendirilmesi

Terapist hastadan kilo sorununun ve hayatını nasıl etkilediğinin kısa bir tanımını istemelidir. Tablo 3.1 değinilmesi yardımcı olan konuları listeliyor. Sorulmanın temel odak noktası hastanın kilo öyküsü, kilo kaybı girişimleri, kilo hedefleri ve şekil ve kiloya ilişkin tutumları üzerine olmalıdır. Bu bir seansta ilgili veya konuya uygun olan her şeyin ortaya çıkması beklenmemektedir.

Öyküyü not alma terapistte şunları sağlayacaktır:

- Bu tedavinin uygun olduğundan emin olmak, özellikle tıknırçasına yeme bozukluğundan başka bir yeme bozukluğu için tedavi edilmesi gereken durumları ayırmak (bakınız s. 10)
- Etkili bir terapist-hasta ilişkisi yaratmak
- Kilo sorununun doğasını ve şiddetini ölçmek

- Hastanın tedavi hedeflerini saptamaya başlamak (yani kilo ve şekil ile ilgili hedefler ve “birincil” hedefler, örneğin daha fazla öz saygıya sahip olmak, bir partner bulmak, iş değiştirmek, vs.)
- Kilonun bilişsel-davranışçı modelini, hastanın kendi kilosunu kontrol etmedeki özel güçlüklerle ilişkilendirmeye başlamak (yani kişiselleştirilmiş bir formülasyonun yaratımı).¹

63 yaşında bir kadın hasta çocukluğundan beri kilosunu kontrol etmek için nasıl mücadele ettiğini anlattı. Ayrıca kendi değeri hakkında uzun zamanlar var olan güvensizliğini de anlattı. Yaklaşık 3 yıl önce, güvensizliklerini araştırmasına ve ele almasına yardımcı olması için psikoterapiye başvurmuştu. Neden kilo kaybetmek istediği sorulunca iki sebebin olduğunu söyledi: İlki sağlığını iyileştirmek (hipertansiyonu vardı) ve ikincisi görünüşünü iyileştirmek (özellikle göğüs ölçüsünü). Düşündükten sonra, ikisinin de birincil sebep olmadığını söyledi. Aslında, kilo kaybetmeyi isteme sebebi öz saygı kazanmaktı. Kilo sorununun, “son sınırı”, kendisinin bir değeri olduğunu kabul etme güçlüklerinin kalan tek ifadesini, temsil ettiğini düşündü. Bu hasta için, yemesini ve kilosunu kontrol etmenin büyük kişisel önemi vardı.

Hastayı Tedaviye Yönlendirme

Tedavi için Gerekçe. Terapist fazla kilonun² tedavisinde iki yön olduğunu açıklamalıdır – kilo kaybetmek ve sonra kaybedilen kiloyu korumak. İlki (kilo kaybetmek) çoğu insan için nispeten basitken, sonraki (kaybedilen kiloyu korumak) çok daha zordur. Diğer bir deyişle, uzun vadede kilo kontrolündeki anahtar mesele genellikle kilo kaybetmenin kendisinden ziyade, kilo kaybettikten sonraki yeni kiloyu korumaktır. Bu yüzden bu tedavi kilo kaybı ile kiloyu koruma arasında bir ayrım yapar ve buna göre kilo kaybı safhasını izleyen bir kilo koruma safhası vardır. Hastalara, kilolarını dengede tutmayı öğrenmeleri için tedavide yeterince zamanları olsun diye, tedavinin sonuna doğru kilo kaybetmeyi bırakmalarının isteneceği söylenmelidir. Kilo koruma üzerine bu vurgu, tedaviyi (kilo korumaya göreli olarak az dikkat verilen) diğer yaklaşımlardan ayırır.

¹ Bu aşamada kişiselleştirilmiş formülasyon, bilişsel-davranışçı tedavilerde alışılmış olandan daha az detaylı ve spesifiktir. Bunun sebebi, önceliğin bu noktada kilo kaybını başlatmak olmasıdır. Daha tam bir formülasyon, kilo hedefleri değerlendirildiğinde sunulup tartışılacaktır (bakınız Bölüm 8).

² Çoğu hasta obezite terimini rahatsız edici veya kaba bulur ve bu yüzden genellikle bu terimden kaçınmak ve yerine fazla kilolu kelimesini kullanmak daha iyidir.

TABLO 3.1

Değerlendirme Kontrol Listesi**1. Kilo sorununun öyküsü**

- Kilo sorununun gelişimi
 - Sorunun nasıl başladığı
 - Sorunun ne zaman başladığı (yaş ve yıl)
 - O zaman nelerin olduğu
- Sonraki seyir
 - Sorunun sonraki evrimi (yani, bugüne kadarki geçmişi)
 - Kilo değişiminin kalıbı (örneğin sabit yavaşlamayan artış, yukarı ve aşağı dalgalanmalar, kilo dengesi periyotları)
 - En yüksek ve en düşük kilo (hasta o anki boyuna ulaştığından itibaren)
- Kilo kaybetmek için daha önceki girişimler ve sonuçları
 - Bu girişimlerin yapısı ve süresi hakkında genel bir rapor
 - Kilo üzerine etkisi (kaybedilen miktar, erişilen kilo ve memnuniyet derecesi)
 - Kilo korumadaki başarı (koruma süresi)
 - Yeniden kilo kazanımı (tetikleyiciler, yeniden kazanım hızı)

2. Şu anki durum

- Beslenme alışkanlıkları (tipik bir günü sorun)
 - Yeme kalıbı (örneğin öğünler ve yenilen abur cubur, öğün dışı yeme, günden güne, hafta günlerine karşılık hafta sonlarındaki değişiklik)
 - Yenilen miktarlar (porsiyon ölçüsü fikrini içeren)
 - Yemek seçimi
 - Yeme üzerinde kontrol kaybı dönemleri ve yenilen miktarlar
 - Şu anki yemeyi sınırlandırma girişimlerinin doğası
 - Yemeyle ilgili diğer sorunlar (örneğin kendisinin başlattığı kusmalar, laksatif ve diüretiklerin kötüye kullanımı)
- Fiziksel aktivite
 - Şu anki fiziksel aktivitenin doğası ve sıklığı, hem yaşam tarzı aktivitesi (yani, mesleki ve eğlence aktivitesi) hem de planlı egzersizler (örneğin yüzme, egzersiz sınıfları) dâhil
 - Fiziksel aktiviteye ve egzersize karşı tutum
- Kilo kaybetmeyi isteme nedenleri
 - Görünüş değiştirme (yani, daha çekici hissetme, giysi ölçüsü değiştirme, diğerlerine daha çekici olma)
 - Bir başka kişisel amaca ulaşma (örneğin işle ilgili, kişisel ilişkiler, spor aktiviteleri veya öz saygıyı geliştirmek)
 - Bir sağlık sorununu iyileştirme veya hastalık riskini azaltma
 - Diğer sebepler (örneğin fiziksel rahatsızlığı azaltmak veya fazla kilolu olmakla ilişkili ayrımcılıktan kurtulmak)
- Görünüşe karşı tutum
 - Genel şekil ve beden kısımları hakkındaki görüşler
 - Kişisel öz değerlendirmede şeklin ve kilonun önemi
- Kilo ve kilo hedefleri (tanımlar için Bölüm 8'e bakınız)
 - Şu anki kilo
 - İdeal (veya "hayalindeki") kilo
 - Gerçek kilo hedefi ("arzulanan kilo")
 - Hastaların, arzuladıkları kiloya ulaşırsalar hayatlarının nasıl değişeceği hakkında düşündükleri
 - Her şey değerlendirildiğinde, gerçekçi bir kilo hedefinin ne olacağı
 - Kabul edilebilir minimum kilo kaybının ne olduğu
- Fiziksel sağlık
 - Şu anki tıbbi sorunlar (psikiyatrik sorunlar dâhil)
 - Şu anki tedaviler (ilaç, diğer tedaviler)
 - Tıbbi özgeçmiş (psikiyatrik özgeçmiş dâhil)

TABLO 3.1

(devamı)

- Sigara ve içki içme
 - Şu anki sigara ve içki içme alışkanlıkları (miktar, kalıp)
- Sigara içme ile kilo sorunu arasındaki ilişki

3. Tedaviyle ilişkisi olabilecek diğer bilgiler

- Sosyal durumlar
 - Meslek ve çalışma saatleri
 - Hastanın nerede yaşadığı ve (seanslara) ulaşım kolaylığı
 - Medeni hâl ve eşin (veya önemli kişinin) tedaviye olan tutumu
 - Yaşam düzeni (yani, evde kim var)
 - Çocuklar
 - İlgili alanları
- Kilo kaybının önündeki öngörülebilir engeller
 - Kişisel (örneğin zayıf motivasyon, umutsuzluk, çökkün ruh hâli)
 - Dış (örneğin evdeki güçlükler, işteki stres, yemekle ilgili mesleği olmak)
- Obezite ve yeme sorunlarında aile öyküsü
 - Birinci derece yakınlardaki kilo ve yeme sorunları

4. Hastanın önemli gördüğü herhangi başka bir şey

Tedavinin gerekçesini desteklemek için terapist, hastanın kilo kaybını takiben kilosunu korumada yaşamış olduğu daha önceki güçlükler atıfta bulunmalıdır. Terapist bu tedavi şeklinin böyle güçlükleri ele almak için nasıl tasarlandığını açıklamalıdır. Tedavinin birinci safhasında, asıl vurgu kilo kaybında olmasına rağmen, daha sonraki kilo korumaya yardımcı olması muhtemel alışkanlık ve tutum tipleri oluşturmak üzerinde bir odak noktası vardır. Daha sonra, odak noktası hemen hemen sadece kilo koruma üzerinedir. Hastaya kilo koruma becerileri edinmesi için yardım edilecektir ve bu becerileri uygulamadaki herhangi bir güçlük ele alınacaktır. Terapistin, hastanın geçmişteki deneyiminden yola çıkarak, yeniden kilo kazanımına götürebilecek faktörlere örnek vermesi yardımcı olur. Böyle faktörlerin genellikle hem davranışsal (yani doğru şeyleri yapmama) hem de bilişsel (gerçekçi olmayan hedef ve beklentilerin olması, kötü bir beden algısı veya yeniden kilo kazanımı işaretlerine uygun olmayan şekilde tepki vermek) doğası olduğu açıklanmalıdır.³ Hastalara, amacın yemelerinde ve aktivitelerinde olduğu kadar kilo kontrolü hakkındaki düşüncelerinde de kalıcı değişimler yapmak olduğu anlatılmalıdır ki böylece yeni kilolarını uzun vadede koruyabilsinler.

Bir kadın hastanın kilo kaybını takiben yeni kilosunu korumadaki önceki girişimlerinin bir raporu alınmıştı. Daha önce uzun vadeli kilo koruma hakkında düşünmemiş olduğunu ve bunun izlemiş olduğu hiçbir tedavide asla vurgulanmadığını bildirdi. Geçmişte basitçe diyet yapmayı bırakmıştı.

³ Terapistler teknik terimleri (*davranışsal, bilişsel, bilişsel-davranışçı* gibi) kullanmaktan kaçınmalıdırlar ve onun yerine hastanın ilişki kurabilmesinin olası olduğu somut örnekler kullanmalıdırlar.

Sonra kilo kazanıyor olduğunu keşfetmiş ve eğer bir şey olduysa, bunun onu yeniden diyete başlamaktan ziyade daha fazla yemeye götürdüğünü düşünmüştü. Terapist bu tip güçlüklerin oldukça yaygın olduğu ve tedavide doğrudan ele alınacakları şeklinde yorum yaptı. Gerçekten de, hedef yeniden kilo kazanımının izlediği kilo kaybından ziyade, kilo değişiminin uzun süre etkisini korumak olduğundan tedavinin sonraki yarısının asıl vurgusu kilonun korunması üzerine olacaktır.

Tedavinin Yapısı. Hastalar onlar için uygun olan seans sayısı ve randevuların sıklığı hakkında bilgilendirilmelidir (örneğin Bölüm 2’de betimlendiği gibi, bizim uygulamamız 44 hafta boyunca 24 seansın takip ettiği bir değerlendirme sunmaktır. İlk altı seans haftalık, sonraki seanslar iki haftada bir ve en son iki seans da 3 hafta ara ile yapılmıştır). Eğer hastalar planlanan zaman periyodu boyunca düzenli olarak randevulara gelmeye bağlı kalamazlarsa, tedaviye başlamak akıllıca olmayabilir. Başarılı olmak için, tedavi, hastanın yaşamında büyük öncelik taşımalıdır. Terapist hastaya tedaviyi bölmesi olası yolculuk dönemleri hakkında sorular sormalıdır. Eğer bir yolculuk yaklaşıyorsa, tedaviyi hastanın dönüşünden sonraya ertelemek daha iyi olabilir.

Hastalar randevuların uzunluğu hakkında da bilgilendirilmelidirler (Bizim durumumuzda bu 40-50 dakikadır). Bizim uygulamamız hastaları seansların daima zamanında biteceği şeklinde bilgilendirmek ve zamanında başlamayı sağlamanın terapist ve hastaya kaldığı yönünde olmuştur. Bu aynı zamanda hastalara nasıl hitap edilmek istediklerinin sorulması (isimlemi yoksa Bey/Bayan diye mi) ve terapistin nasıl hitap edilmek istediğinin söylenmesi için de iyi bir zamandır.

Tedavinin Tarzı. Terapist, tedavinin doğasının işbirliğine dayalı olduğunu, hastadan, seansların içeriğinin ve ev ödevlerinin doğasının belirlenmesinde aktif bir rol oynamasının beklendiğini vurgulamalıdır. Tedavinin bağlılık ve yaşam tarzında bir değişiklik gerektirdiği vurgulanmalıdır. İsteksiz tedavi girişimleri başarısız olma eğilimindedir. Düzenli ve kişiselleştirilmiş ev ödevleri her tedavi seansının sonunda kararlaştırılacaktır ve hastalardan onları tamamlamak için en yüksek çabayı göstermeleri beklenir. Tedaviye ne kadar çok çaba gösterilirse, ödüllerin o kadar büyük olma olasılıkları vardır. Terapist bilgi, öğüt ve cesaretlendirme sağlayacaktır, ama bu değişim fırsatının en fazlasını yapmak hastaya kalmıştır.⁴

⁴ Yüz yüze psikolojik tedaviye ek veya alternatif olarak e-posta kullanımı ilgi topluyor (Shafran, 2002; Yager, 2001). Pratik ayarlamalar (örneğin randevu zamanları) hakkında iletişim kurmak için bu gerçekten iyi bir yoldur ve seanslar arasında hızı korumak için de kullanılabilir, ama zorluklar da olabilir. Örneğin hastalar kişisel bir krizle karşılaşınca terapistlerine e-posta yollayıp, hemen bir cevap umabilirler. Biz, terapistlere bu bakışta temkinli olmalarını öneriyor ve başlangıçta e-posta adreslerini alıp verirken ederken, e-posta kullanmak için temel kuralların tamamen açıklığa kavuşturulmasını tavsiye ediyoruz.

TABLO 3.2

Örnek Bir Olumlu ve Olumsuz Yanlar Listesi

Olumlu Yanlar	Olumsuz Yanlar
Biraz kilo kaybetmek	Çok fazla çaba
Daha iyi görünmek	Çok meşguliyet
Daha sağlıklı olmak	Sosyal durumda karmaşa

Olası Sonuç. Hastalara, kilo kaybı safhasında, kişiden kişiye ve haftadan haftaya önemli ölçüde değişiklik olsa da, haftada yaklaşık 0,5-1 kg kadar bir kilo kaybına erişmeyi bekleyebilecekleri söylenmelidir. Kişiler aynı zamanda bunu ne kadar sürdürebileceklerinde de farklılık gösterirler. Hastalar bir kez kilo kaybedince, anahtar soru gelecekte yeniden kilo kazanımından kaçınıp kaçınamayacaklarıdır. Diğer tedaviler genellikle bu bakışta başarısız olurlar. Bu tedavi yeniden kilo kazanımı riskini en aza indirmek için tasarlanmıştır. Ancak, şu anda hasta tedaviye uymaya çalışmaya odaklanmalıdır, çünkü deneyimimiz başından beri çok çalışanların en iyi yaptığını göstermektedir.

Motivasyonu Ele Alma

Bütün bu bilgilerin sunulmasıyla, hastaların bunalma riski vardır. Bu yüzden tedaviden beklentileri ve özellikle gereken bağlılık düzeyi hakkındaki görüşlerini sormak önemlidir. Eğer terapist biraz kararsızlık sezerse, o zaman hastanın motivasyon düzeyinin kesinlikle ele alınması gereklidir. Öte yandan, hastanın motive olduğu açıksa, o zaman terapist doğrudan bir sonraki konuya geçebilir – ancak motivasyonun sabit olmadığını da aklında tutmalıdır. Bu noktada bir sorun olmasa bile daha sonra olabilir.

Eğer motivasyon bir mesele olacak gibiyse, o zaman aktif olarak tartışılmalı ve hastanın endişeleri ve kuşkuları araştırılmalıdır. Motivasyonu ele almak için, terapist konuyu doğrudan açmalı ve hastanın, onun perspektifinden, tedavinin bütün olumlu ve olumsuz yanlarını listelemesine yardım etmelidir. Olumlu ve olumsuz yanlar, Tablo 3.2’de gösterildiği gibi, basit bir tablo olarak yazılabilir.

Listelenmiş maddelerin her birini, “olumsuz yanlar” ile başlayarak, araştırmak önemlidir. Her olumsuzluğun tam detayları hastadan elde edilebilir. Sonra, terapistin yol göstermesiyle, aynı “olumlu yanlar” ile yapılmalıdır. Terapist, hem kısa vadeli hem de uzun vadeli zaman çerçevelerinin edinildiğinden emin olmalıdır. Genelde, hastalar getirilerin hem kısa vadeli (örneğin kilo kaybı, daha iyi görünme) hem de uzun vadeli (örneğin yukarı ve aşağı salınmaktansa daha düşük yeni kilonun korunması; daha iyi bir sağlık; daha iyi bir görünüş ve öz saygı) olmaları olasıyken olumsuzlukların çoğunlukla acil olduğunu görebilirler.

Olumlu ve olumsuz yanları incelerken, terapist araştırmacı ve tarafsız bir üslup edinmeye dikkat etmelidir. Terapist sıkı kurallar koymamalıdır, çünkü bu ya-

kınlığa zarar verebilir ve savunma yaratabilir; bu süreç aceleye getirilmemelidir.

Bazı durumlarda motivasyonla ilgili sorun pratik tedaviye katılma güçlüklerinden kaynaklanır. Böyle güçlükler bir sorun çözme yaklaşımı kullanarak ele alınmalıdır (bakınız Bölüm 4, sorun çözme becerileri geliştirme üzerine olan kısım).

Motivasyonlarından şüphelenilen hastalardan bir sonraki hafta boyunca konu hakkında daha çok düşünceleri (ve uzun vadeli bir perspektifi içermeye dikkat ederek, olumlu-olumsuz yanlar listesini derinleştirmeleri) istenmelidir ve meseleyi aile üyeleri ve uygun olan diğerleriyle tartışmak için cesaretlendirilmelidirler. Bizim deneyimimize göre, hastalar kararlarını bir şekilde tamamıyla vermiş olana dek tedaviyi başlatmayı ertelemek en iyisidir. Bu hastalar için, seans bu noktada bitmelidir.

Tedavide Erken Devamsızlığı Ele Alma

Motivasyonla ilgili olan konu tedavide erken devamsızlıktır. Bu konu rutin bir şekilde açılmalıdır ki daha ileride ortaya çıkabilecek mazeretsiz sürtüşmeler en aza indirgenebilsin.

Eğer hasta bırakmaya ikna edilebilir olduğunu düşünürse, bunun için olası sebepler tartışılmalıdır. “Yeterince iyi yapamamak”, düşük performanstan ziyade gerçekçi olmayan standartları yansıtıyor olabilir; yeniden kazanılan kilo çoğunlukla hızlıca “yeniden kaybedilebilir” ve diğer hayat bağlılıklarıyla bunalmış olmak, tedaviyi terk etmekten ziyade kısa vadeli olduğu kadar uzun vadeli bir perspektif de edinerek kişinin önceliklerinin detaylı bir incelenmesini gerektirir. Terapist hastanın bırakmasını gerektirecek şeyler hakkında açık olmasının gereğini vurgulamalıdır.

Yiyecek ve İçecek Alımında Kendini Takibi Başlatma

Hastaya bu tip tedavide iki temel taşı olduğu açıklanmalıdır. Biri enerji alımının doğru takibi (yani tüketilen bütün yiyecek ve içeceklerin yazımı) ve diğeri ise düzenli tartılmaktır.

Tüketilen her şeyin yazılması birçok sebepten değerlidir:

- Hastaların değişmesine yardım eder.
- Hastaların kendi davranışlarının farkında olmalarını artırır.
- Yeme üzerindeki kontrolü güçlendirir.
- Hangi davranış ve düşünme kalıplarının üstesinden gelmek gerektiğini saptar.
- Hasta ve terapist hastanın davranışı, düşüncesi ve ilerlemesini ve sorunların ortaya çıktığı durumları incelemelerinde yardım eder.
- Hastalara hangi olumlu değişimleri yaptıklarını görmelerinde yardım eder.
- Hastaların temel kalori kaynaklarını saptamalarına olanak sağlar. Bunun, nasıl kilo kaybedebileceklerini ve sonra kilolarını uzun vadede nasıl sabit tutabileceklerini planlamada büyük yardımı olacaktır.

Terapist neyin yendiğinin kaydedilmesinin tedavi için temel olduğunu vurgulamalıdır. İyi bir kayıt olmadan tedavinin başarısız olması beklenir. Araştırmalar, insanların tedaviye ne kadar çaba gösterirlerse, ondan o kadar fazlasını al-

TABLO 3.3

Kendini Takip İçin Yönerge**YEDİKLERİNİZİ KAYDETMEK**

Kaydetmenin önemi çok fazla vurgulanamaz. Eğer tedavi başarılı olarsa can alıcıdır. Kaydetmek size davranışınızın tam olarak hangi yönlerini değiştirmeniz gerektiğini saptamada yardımcı olacaktır ve size *bu değişiklikleri yapmada yardım edecektir.*

Bu aşamada yediğiniz ve içtiğiniz her şeyi kaydetmeniz gereklidir. Basit bir tanımlama işe yarayacaktır. Bunu yapmak için, kayıtlarınızı beraberinizde taşımanız gerekecek. Aşağıdaki talimatlar, kayıtları tamamlamada size yardımcı olmaları içindir.

- Sütun 1 ilgili maddeleri yediğiniz veya içtiğiniz günün tam zamanını not etmek içindir. Her şeyi hemen sonrasında olabildiğince çabuk yazmalısınız.
- Sütun 2 yenilen ve içilenlerin basit bir tarifini yapmak içindir. Tüketilen her şeyi mutlaka kaydetmelisiniz. Lütfen öğünleri ayrıçlarla belirtiniz.
- Sütun 3 o anda nerede olduğunuzu not etmek içindir. Eğer evdeyseniz lütfen odayı not ediniz.
- Aşırı olduğunu düşündüğünüz yediğiniz her şeyin yanına sütun 4'e bir yıldız işareti konmalıdır. Bu, diğer insanların değil sizin görüşünüz olmalıdır.
- Sütun 5 kalorileri not etmek içindir.
- Sütun 6 ilişkili diğer noktaları not etmek içindir (örneğin düşünce ve duygularınız, şartlar ve yemenin oluştuğu bağlam). Bu sütuna ayrıca her tartıldığınızda kilonuzu da not etmelisiniz.

Lütfen kayıtlarınızı her tedavi seansına getirmeyi unutmayınız.

dıklarını gösteriyor. Özellikle kendini dikkatlice ve doğru bir şekilde izleyenlerin böyle yapmayanlardan anlamlı ölçüde daha fazla kilo kaybetmeleri beklenir (Boutelle & Kirschenbaum, 1998).

Sonra hastaya iki sayfa örnek yemek günlüğü (bakınız Şekil 3.2 ve 3.3; Broşürler B ve C) ile birlikte, "Yediklerinizi Kaydetmek" (bakınız Tablo 3.3; Broşür A⁵) broşürünün bir sayfası verilmelidir. Terapist, hastaya soru sorması için fırsat vererek, bu formları yemek günlüklerinin nasıl tamamlanacağını açıklamak için kullanılmalıdır. Kayıtların "hemen sonrasında" (yani, yemekten birkaç saat değil de hemen sonra) tamamlanmasının gerektiğini vurgulamak önemlidir, çünkü bu tip bir kaydetme daha doğrudur ve kişilerin davranışlarını ve düşünce biçimlerini incelemelerine ve değiştirmelerine en iyi şekilde yardım eder.

Hastaya ayrıca kullanması için yeteri kadar boş kayıt formu da verilmelidir (Broşür D). (Alternatif olarak, hastalardan formları kendilerinin fotokopi etmeleri de istenebilir.) Son olarak hastadan kaydetmeye bir sonraki gün başlamaları istenir.

Hasta oluşması olası sorunları öngörmeye davet edilerek, kaydetmeyle ilgili potansiyel güçlükler tartışılmalıdır. Bazı hastalar kaydetmenin kendilerini yemeyle daha meşgul edeceğine ve bunun verimliliği düşüreceğine dair endişelerini ifade edebilirler. Terapistler geçici bir meşguliyetin oluşabileceğini kabul et-

⁵ Hasta broşürleri Ek I'dedir

GÜN Çarşamba

TARİH 7 Ekim

Zaman	Tüketilen Yiyecek ve İçecek	Yer	*	Kalori	Yorumlar
8:45	2 dilim siyah ekme 14 g tereyağı 14 g yer fıstığı ezmesi su	mutfak	*	160	Gerçekten yemek istemedim
			*	102	Düşünmeden yeme.
			*	87	
				0	
8.55					Kilo 103 kg. Çok fazla
10:50	Diyet kola	İş			
12:50	Otomattan çikolata	İş	*	255	Pakette yazan kalori. Kantine gitmeyi planlamıştım ama tanıdığım 4 kişi oradaydı ve beni yerken görmelerini istemedim.
13:00	Karidesli mayonezli sandviç (az yağlı) Diyet kola Parça çikolata	Şehirde	*	283	Pakette yazan kalori
				0	
			*	255	İstemiyordum aslında, neden yediğimi bilmiyorum
15:00	Diyet kola	İş		0	
18:05	1 cin ve tonik	Bar		85	İş arkadaşlarımla çıktım. Zevk almadım – yeme sorunlarımı düşünüyordum
19:40	Yarım somun ekme (yani 400 g) Tereyağı Yer fıstığı ezmesi 4 bardak kırmızı şarap	Yemek odası	*	880	Tartmadığımdan kalorileri tahmin ettim.
			*	510	Kötü hissediyorum.
			*	435	Bunu tekrar yaptığıma inanamıyorum.
			*	340	
		TOPLAM		3392	Yatmaya gidiyorum.

ŞEKİL 3.2 Örnek yemek günlüğü

GÜN Pazar

TARİH 15 Ağustos

Zaman	Tüketilen Yiyecek ve İçecek	Yer	*	Kalori	Yorumlar
10:00	2 dilim tost Krem peynir (diyet) Siyah kahve	Ön oda		158 25 0	
11:40	10 Pringles	Ön oda		110	Görünce dayanamadım!
Öğle	Nektarin	Mutfak		80	Sanırım sadece sıkılmıştım.
13:40	2 dilim tost Krem peynir (diyet) Diyet kola	Ön oda		158 25 0	
18:30	Tavuk (250 g) Fırında patates (115 g) Havuç (225 g) Karnabahar (250 g)	Ön oda		306 172 80 90	Çok memnun edici yemek
19:20	Büyük portakal (370 g)	Mutfak		91	
21:00	Orta boy muz	Arkada- şımın evi		114	Bunları tartamadım dolayısıyla kaloriler bir tahmin
21:40	Bardak şarap (orta boy, beyaz)	Arkada- şımın evi		95	
				---	Bugünden memnunum
		TOPLAM		1504	

ŞEKİL 3.3 Örnek yemek günlüğü

melidirler ama bu kısa zamanda azalır. Hastalardan daha sonra ilgili düşünce ve duygularını kaydetmeleri isteneceğinden ve bunlar muhtemelen özel olacağından, izleme kayıtlarını özel tutmaya cesaretlendirilmelilerdir. Kayıtlarını her zaman yanlarında taşımaları ve her seansa getirmelidirler. Terapistin de kayıt tutacağı açıklanmalıdır.⁶

Bazı hastalar yemek alımlarını izlemede gönülsüzdürler, özellikle de yeme biçimlerinden utanıyorlarsa. Terapist, hastalara davranışlarından utanacak bir şey olmadığı güvenini vererek ve gerçekte olup biteni kaydetmenin sorunlarını ele almaları ve onların üstesinden gelmelerinde gerekli bir adım olduğunu söyleyerek bu tepkiyi önceden sezinlemelidir.

Bazı hastalar, kaydetmenin zor iş olacağına veya çabaya değmeyeceğine inanabilirler. Bazıları geçmişte kayıt tuttuklarını ama yararlı bulmadıklarını söylerler. Cevap, daha önce büyük ihtimalla tavsiye edildiği şekilde izlemedikleri veya bilgiyi bu tedavide kullanacakları şekilde kullanmadıkları olmalıdır. Kendini takibin tedavinin merkezi ve kilo sorunlarının üstesinden geleceklerse gerekli olduğu yeniden vurgulanmalıdır. Aslında, hastalar kayıt tutmanın ne kadar yardımcı olduğuna çoğunlukla şaşırırlar ve bazıları tedavinin sonunda bırakmak istemezler.

Bir kadın hasta kendini “kontrolü kaybetmiş” olarak betimledi ve ajitasyon ve anksiyete hisleriyle baş etmek için sıklıkla abur cubur yediğini açıkladı. İlk haftaki kaydından sonra, günlük tutma hakkında çok olumlu oldu. Çok daha “kontrolde” olduğunu hissettiğini ve sonuç olarak daha az abur cubur yediğini bildirdi.

Bir başka kadın hasta, deneyimli bir diyetçi olduğuna ve yediklerinin kalori değerlerinin iyice farkında olduğunu hissettiğine dayanarak, başlangıçta kaydetme süreci hakkında hafifçe kuşkuluydu. Birinci haftadan sonra gerçekten değerli bir şey öğrenmiş olduğunu hissederek geri geldi. İlk önce sıradan bir günde yemek alımının tahminlerini yazmış ve bunun kalori içeriğini hesaplamıştı. Toplam yaklaşık 1200 kaloriye gelmişti. Sonra terapistin kendisinden istediği gibi, her bir yiyecek ve içecek maddesini not ederek kayıt tutmuş ve kalori içeriğini yeniden değerlendirmişti. Toplam 1200'den oldukça fazlaydı. Hasta “sıradan” gününü (yani, genellikle ne yediğini hayal ettiği günü) değerlendirirken gün boyunca tükettiği birçok “ekstra”yı hesaba katmamış olduğunu fark etti.

⁶ Eğer yararlı görünüyorsa, hastanın, gelecekteki tedavi seanslarında referans olarak bulunması için kendini izleme kayıtları tutması bizim uygulamamızdır. Örneğin daha önceki kayıtlara başvuruda bulunmak hastanın ilerlemesini belirtmekte yardımcı olabilir. Veya, eğer hastanın günlük kalori alımı artmış ise, ona daha önce yapmış olduğu düşük kalorili yemek seçimlerini hatırlatmak için daha önceki kayıtlara atıfta bulunmak yardımcı olabilir.

Kalori Saymaya Başlamak

Terapist hastaya kalori alımını sayması için detaylı yönergeler sağlamalıdır. Seansın bu kısmı aceleye getirilmemelidir. Hastaya “kolay kullanılır” bir kalori rehberi verilmeli ve nasıl kullanılacağı gösterilmelidir.⁷ Hastalar mutlaka bir mutfak tartısına gereksinim duyarlar ve eğer yoksa olabildiğince çabuk almaları istenmelidir. Bu noktada çoğu kişinin yiyecek alımlarını önemli derecede düşük tahmin ettikleri bilgisini vermek de değerlidir. O yüzden bu olasılık için tektikte olmalı ve bunu, ne kadar yediklerinden emin olamadıkları her zaman tahminlerini yukarı tamamlayarak karşılamalıdır.

Ara sıra terapistler kalori sayımını bir sonraki tedavi seansına dek ertelemeye karar verebilirler. Bu kalori sayımını açıklamak için yeterince zaman yoksa veya hasta kalori sayımını muhtemelen çok zor bulacak gibi görünüyorsa tavsiye edilir. Bu durumlarda hastadan yediği ve içtiği her şeyi kalori içeriğini işlemeyen kaydetmesi istenir (ev ödevi olarak). Ancak, durumların büyük çoğunluğunda kalori sayımına bu ilk seansta başlanır.

Hastayı Kalori Sınırlamasına Hazırlama

Terapist, hastanın bu hafta yemesini değiştirmesine gerek olmadığını açıklamalıdır. Onun yerine, izleme ve kalori saymada uzman haline gelmeye odaklanmalıdır, çünkü bu, o hafta yoğunlaşmak zorunda olmak için yeterlidir. Ancak hasta, gelecek seansta kalori alımını günde yaklaşık 1500 kalori ile sınırlamasının isteneceği şeklinde bilgilendirilmelidir. (Eğer hastanın bundan bayağı yüksek bir taban çizgisi varsa, daha yüksek bir başlangıç kalori hedefi seçilebilir; bakınız seans 1.) Bu sırada bu daha düşük kalori hedefini tutturabilmeye en iyi nasıl adapte olabileceği hakkında fikir geliştirerek her zamanki gibi yemelidir. Bu fikirler terapistle bir sonraki seansta gözden geçirilecektir.

Hastayı Tartma ve Kilo Grafiğine Başlama

Açık olacağı gibi, bu tedavinin ana özelliği, hastaların kendi ağırlıklarını bilmek ve ölçümleri nasıl yorumlayacaklarını öğrenmek zorunda olmalarıdır. Genellikle seanslar hastaların tartılmasıyla başlar, ama bu sefere özgü olarak hastalar seansın sonuna doğru tartılmalıdırlar. Onlara kiloları söylenmelidir ve terapist bu bilgiyi bir grafiğe kaydetmelidir. (Bu grafiğin yatay ekseninde tedavinin tarihi veya haftası olmalı ve hastanın kilosu dikey ekseninde bulunmalıdır.)

⁷ İyi bir kalori rehberinin özellikleri listelenen yemekler bakımından mantıklı bir şekilde kapsamlı olması; içinden istenilen yemeklerin kolayca bulunması için ayarlanmış olması (örneğin alfabetik, pratik gruplamalar) ve kalorilerin kilolarla ve de porsiyonlar her zaman benzer boyuttaysa, porsiyon başına (örneğin bir adet kurabiye veya ortalama bir elma) verilmiş olmasıdır. Gereksiz detay içermemesi (örneğin makrobesin bileşimi üzerine bilgi) en iyisidir.

Haftalık Tartılmayı Başlatma

Terapistler hastalara, her seansta tartılacak olmalarına rağmen, kendilerini haftalık aralarla evde de tartmaları gerektiğini açıklamalıdır. Bu tedavinin ikinci temel taşıdır. Haftalık tartılma hastalara kilo kaybederken kilolarındaki değişiklikleri izlemelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır ama, daha da önemlisi, İkinci Safha sırasındaki (bakınız Bölüm 11) kilo korumanın bir parçası olarak kilonun sabit tutulması için temeldir.

Hastalara, haftalık tartılmanın (haftanın seçtikleri bir gününün sabahında) tavsiye edilme sebebi, yani bu sıklıkta bir tartılmanın zaman boyunca kilolarındaki değişiklikleri fark etmek için doğru bilgi sağladığı, anlatılmalıdır. Daha az sıklıkta tartılma tedavideki bu aşamada yetersiz geri bildirim sağlarken, daha sık bir tartılma hastaların günden güne değişen önemsiz kilo dalgalanmalarıyla meşgul olur hale gelmelerine yol açarak, diyete uyumu bozabilir. Örneğin hastalar görünür kilo kazanımı olan veya kilo kaybı olmayan günler yüzünden cesaretleri kırılmış hissedebilirler oysa ki böyle günler enerji kısıtlamasına uyanlar arasında bile nadir bir şey değildir. Birçok faktör kısa vadede beden ağırlığını etkiler (örneğin hastanın hidrasyon hali ve menstrüel döngüdeki yeri) ve bunlar bariz ilerlemeyi saklayabilir veya abartabilirler.

Hastalara her bir kilo değerinin yorumlanmasının imkânsız olduğu şeklinde ön uyarıda bulunulmalıdır, çünkü türlü sebeplerden beden ağırlığı günden güne ve gün içinde önemli derecede dalgalanır ve o yüzden kişi tek bir değer tepemi, dip mi veya ikisinin arasında bir yer mi olduğunu bilemez. Daha uzun zaman periyotlarındaki eğilimlere, haftalık aralıklarla en az üç veya dört değere bakılması gerekir.

Eğer hastaların bir tartı aleti yoksa, bir tane satın almaları gerekeceği söylenmelidir. Çok uygun tartı aletleri ucuz fiyatlara alınabilir.

Terapistin tartı aleti ile hastanınkindede kaydedilen kilolar arasında bir farklılık olması çok olağandışı değildir. Farkın büyüklüğü sabit kaldığı sürece bu bir sorun değildir. Eğer kalmazsa, hastalardan yeni, daha doğru bir tartı aleti alınması istenmelidir.

Kendilerini her tarttıklarında, hastalar günün izleme kaydının sağ kolonuna kilolarını not etmelidirler. Aynı zamanda bir grafik üzerine de çizmelidirler. Terapist onlara bunun nasıl yapılacağını öğretmelidir. Bu çizim, kilolarını işaretledikleri her seferde ya tarihi ya da tedavi haftasını yatay eksen üzerine yazmaktan ibarettir.⁸

⁸ Terapist ve hasta, hastanın o anki kilosunu mu (tartıda görünen şekliyle) yoksa son okumadan beri hastanın kilosundaki değişimi mi işaretlemenin daha iyi olacağına birlikte karar vermelidirler. Eğer hasta grafiği başkaları tarafından görülebilecek şekilde bırakmayı düşünüyorsa, ikincisi tercih edilmelidir. Kilo değişimini işaretlemek bazı hastalar tarafından da daha cesaretlendirici olarak bulunur.

Seansı Sonlandırma

Terapistler bu seansın ve sonraki bütün seansların olumlu bir notla bitmesini sağlamak için ellerinden geleni yapmalıdırlar. Hastalar cesaretlendirilmiş, iyimser ve ne yaptıkları hakkında zihinleri açık olarak ayrılmalıdırlar. Ayrıca soru sormak için de bir fırsatları olmalıdır.

Terapist seansın kısa bir özetini yapmalıdır ki hasta ele alınan konuları açık bir şekilde anlasın. Hastanın bu aşamada seansı özetleyebilmesini beklemek genellikle gerçekçi değildir, ama tedavi ilerledikçe bu uygun olabilir. Hastaya bu seansın sıra dışı bir şekilde uzun olduğu ve gelecek seansların 50 dakikadan daha uzun sürmeyeceği hatırlatılmalıdır. Terapist ayrıca gelecek seansların oldukça standart bir şeklinin (bulimia nervosa'nın bilişsel-davranışçı tedavisinde olduğu gibi [Wilson ve ark. 1997]; bakınız Bölüm 4) olacağını da açıklamalıdır. Son olarak, terapist üzerinde anlaşılan ev ödevinin hasta için tamamıyla anlaşılır olduğundan emin olmalıdır. Genellikle bu aşağıdakileri içerir:

1. Kalori sayımını da içerecek şekilde yiyecek ve içecek alımını izleme
2. Haftalık tartılma

Sonraki Randevu

Bizim uygulamamız hastayı 4-7 gün sonra yeniden görmek şeklindedir.

Seans 1

Seansın Gözden Geçirilmesi

- Hastayı tartın ve hastanın kilosunu kilo grafiği üzerinde işaretleyin
- Hastanın kendisini evde tartıp tartmadığını kontrol edin
- Kendini izleme kayıtlarını birlikte gözden geçirin
- Seans için gündemi birlikte oluşturun
- Gündem konularının üzerinden geçin
- Yeni ev ödevleri üzerinde uzlaşın
- Seansı özetleyin

Seans 1'de, zamanın çoğu (yaklaşık 30 dakika) hastanın izleme kayıtlarının detaylı olarak gözden geçirilmesine ayrılmalıdır. Her zamanki gibi, hastaya gündeme ne getirmek istediğini sormak önemlidir. Bu seansta terapistin ana gündem maddeleri tedavi hakkındaki endişeleri saptamak ve ele almak; obeziteye ilişkin sağlık risklerinin kısa bir raporunu sunmak ve hastaya günlük kalori alımını ortalama 1500 kalori (daha yüksek bir kalori hedefi uygun değilse) ile sınırlamaya başlaması için öğüt vermektir. Bunun nasıl başarılacağı ile ilgili kısa bir tartışma olmalıdır. Her zamanki gibi, hastayı bunaltmamak önemlidir. Ele alınan materyal miktarı her hastaya uyacak şekilde ayarlanmalıdır.

Aynı zamanda, terapistler hastayla ilişki kurmak için en iyisini yapmalıdırlar. Cesaretlendirici olmalı ve hastanın başardığı her şeyin altını çizerek övmelidirler. Kendini izleme ve kalori saymaya özellikle dikkat edilmelidir.

İlk seansta motivasyonları kuşkulu olan hastalar bu seansın ilk kısmını değişimin olumlu ve olumsuz yanlarını bir kez daha gözden geçirmeye ayırmalıdırlar. Sonra, tedaviye devam etmek istedikleri varsayılarak, bu seansa ilişkin ev ödevleri (yani kendini izleme, kalori sayma ve haftalık tartılma) verilmelidir. Diğer bir deyişle bir önceki seansta kaldıkları yerden devam etmelidirler ve seans 1 materyaline hastaların çoğunluğundan 1 hafta sonra geçmelidirler.

Eğer motivasyon hâlâ bir mesele olmaya devam ediyorsa, bütün seansın konusu olmalıdır. Hasta gönülsüz bir katılımcı ise tedaviye başlamanın hiçbir anlamı yoktur.

Seansın İçeriği

Hastayı Tartmak

Hasta seansın başında daha önceki şartlarla tartılmalıdır. Terapist kiloyu (hasta izlerken) kilo grafiğine işaretlemelidir. Eğer konuyla ilgili ise, bu grafiğe açıklayıcı notlar (örneğin tatil, doğum günü) iliştilirilebilir.

Bu seansta kilo konusuna az zaman ayrılmalıdır. Kendini izleme ve kalori saymanın yeme üzerindeki etkileriyle nadir olmasa da biraz kilo kaybı görülse de henüz kilo değişimi beklenmemelidir. Eğer kilo kaybı varsa, terapist olumlu olarak yanıt vermelidir. Eğer hastanın kilosu değişmemişse veya artmışsa, terapist, kalori alımını azaltmaya başlamanın bu seansın gündeminde olduğunu söyleyerek, yine de cesaretlendirici olmalıdır.

Evde Tartılma

Hastanın izlemesini ele almadan önce, evde tartılma meselesini açmak doğal bir noktadır. Düzenli olarak kendi kilosunu izleme önemlidir ve erkenden sağlanmalıdır. Hastaların kilolarını kişisel kilo grafiklerine kaydetmeleriyle birlikte haftalık tartılma tavsiye edilir (bunun sebepleri için bakınız seans 0). Hastalara dörtten az ardışık haftalık okumaya dayanarak bir yargıya varmamaları hatırlatılmalıdır (yani izole olmuş okumalardan ziyade, sadece zaman boyunca oluşan gidişata dayanarak yargıya varmalıdırlar).

Haftada bir kezden fazla tartılan hastalara bunun iyi bir fikir olmadığı belirtilmelidir. Haftada bir kez tartılmakla sınırlanmayı zor bulabilirler çünkü her tartılma arasında haddinden fazla kilo almaktan korkarlar. Bu korku test edilebilir. Böyle hastalar çok sık tartılmaya direnmelerine yardımcı olsun diye tartılarını gözden uzak bir yerde tutma ihtiyacı duyabilirler. Ancak, tedavinin bu aşamasında çok sık tartılmanın büyük bir endişe kaynağı olmasına gerek yoktur. Terapistler tedavide daha sonraları tartılma konusuna geri döneceklerini açıklamalıdırlar (bakınız Bölüm 7).

Bazı hastalar tartılmaktan aktif olarak kaçınırlar. Bu, kiloları hakkındaki aşırı endişenin göstergesidir. Bu durum, tedavi için çok sık tartılmaktan çok da-

ha sorunludur, çünkü kilonun bilinmesi tedavi süreci için temeldir. Hastalara enerji alımı ve kiloları arasındaki ilişkiyi öğrenmeleri için gereklidir. Şekil ile kilo arasındaki ilişkiyi ele alırken ve hastaların kilo hedeflerini (bakınız Bölüm 8) incelerken gereklidir. Hastaların kilolarını bilme ve izleme gereksinimleri terapist tarafından vurgulanmalıdır. Tedavi için bir ön şarttır. Bazı hastaların (muhtemelen bu meselenin üstesinden daha sonra gelinebileceğini düşünerek) kilolarını bilmeme yönündeki güçlü arzularına uymak terapistler için çekici olsa da, bu çekime karşı konulmalıdır. Tedavi, hastalar kilolarını izlemeden devam edemez. Hastalar tartılmaya başlamakla kiloları hakkındaki endişelerinin şiddetinde bir artış ve muhtemelen haftada bir kezden bile daha sık tartılma dürtüsü yaşayabilecekleri ama bunun kısa süreli olacağı konusunda uyarılmalıdırlar.

İzleme Kayıtlarını Gözden Geçirme

Kendini izlemenin değerlendirme seansındaki sunumundan sonra, her takip eden randevu, son seanstan itibaren tamamlanmış olan izleme kayıtlarının gözden geçirilmesi ile açılmalıdır. İlk birkaç seansta kayıtlar daha detaylı tartışılmalıdır (Fairburn ve ark., 1993'te tanımlandığı gibi). Bunun iki amacı vardır. Birinci hedef, hastanın yeme alışkanlıklarının doğru bir tablosunu elde etmek; ve ikincisi de, hastayı cesaretlendirmek ve gelecekteki ev ödevlerine uyumunu güçlendirmektir. Sistematik kendini izleme, daha önce tartışılan sebeplerden dolayı bu tedavinin başarısı için esastır ve hastanın izlemesinin kalitesi büyük ölçüde terapistin ona verdiği dikkate bağlıdır. Detaylı ve doğru kendini izleme oluşturmak tedavinin geri kalanına bağlı kalınmasının temelidir.

Seans 0'da belirtildiği gibi, bazı hastalar yemeleri yüzünden utanç duyabilir ve bu yüzden doğru bir şekilde kaydetmemiş olabilirler. Eğer alınan enerjinin kaydı tüketilmiş miktardan gerçekte olduğundan daha gösteriyorsa, terapist ve hasta davranışsal uyum ve enerji alımı ile kilo kaybı arasındaki ilişki hakkında yanlış bir izlenime kapılacaklardır. Enerji alımına olduğundan fazla değer biçmek de bazen mümkündür ve bu da hastaları aşırı kalori sınırlamaya götürebilir. İzleme kayıtlarının detaylı olarak gözden geçirilmesi, olası yanlışlıkları saptamaya yardım eder ve gelecekte daha doğru kayıt tutmaya götürür.

Terapistler bu yüzden ilk kayıt kümesini gözden geçirirken özenli olmalıdırlar. Yiyecek maddelerinin ne zaman (yani, tüketildikten ne kadar zaman sonra) yazıldığını, betimlemelerinin doğruluğunu ve yazılmamış şeylerin olup olmadığını kontrol etmelidirler. Bu, eleştirel ve yargılayıcı bir şekilde yapılmamalıdır. Terapist hastaya, yediğini daha sonra değil de yedikten hemen sonra not almanın önemini hatırlatmalıdır. Sadece bu şekilde izlemenin tam getirileri elde edilebilir – izlemenin bir ana amacı da, hastaların devam ettikçe ne yaptıklarının izini sürmelerine yardımcı olmaktır. İzlemeyle ilgili her güçlük araştırılmalı ve çözümler aranmalıdır. Doğru izleme güçlü bir şekilde övülmelidir.

Hastanın terapistte her günün kaydında rehberlik etmek için başı çekmesi hasta için en etkilisidir. Terapist bu süreci açık olmayan noktalarda sorular sorarak kolaylaştırmalıdır. Bu detaylı gözden geçirme sadece bilgilendirici değil-

dir, ayrıca doğru kalori saymanın önemini de aktarır.

İzleme kayıtlarını gözden geçirirken, terapist aşağıdaki genel soruları aklında tutmalıdır:

1. *Hasta her şeyi kaydediyor mu?* Terapistler düzenli bir şekilde hastalara bu spesifik soruyu sormalıdır. Bütün şüpheli yanlışlıklar araştırılmalıdır. Bariz hatalar (örneğin bir yeme dönemini kaydetmeyi unutmak) veya kasti küçültmeler ya da atlamalar olabilir. Aşırı yeme dönemlerinin (örneğin tıknırcasına yeme) özellikle atlanması olasıdır. Bütün yeme ve içme dönemlerinin doğru izlenmesi sadece enerji alımının hesaplanması için değil, aynı zamanda tıknırcasına yeme ve strese bağlı yeme gibi uyuma aykırı davranışsal engelleri saptamak için de gereklidir.

2. *Hasta porsiyon büyüklüklerini doğru değerlendiriyor mu?* Bu, enerji alımını hesaplamak için gereklidir. Emek isteyen bir süreçtir ve yiyecekleri tartmayı gerektirir. Anlaşılabilir sebeplerden dolayı çoğu hasta böyle tartmayı haftalar geçtikçe dereceli olarak bırakır. Bazı durumlarda bu, porsiyon büyüklüğünde fark edilmeyen kademeli bir artışa sebep olur ve zamanla kilo kaybı oranında kaçınılmaz bir azalmaya neden olur. Terapistler bu yüzden hastalarına porsiyon büyüklüklerini nasıl hesapladıklarını düzenli olarak sormalıdır ve potansiyel hata kaynakları araştırılmalı ve ele alınmalıdır.

Bir kadın hasta 4 aydır tedavideydi. Kilo kaybı oranı haftada 0,9-1,8 kg'dan 0,5 kg veya altına gerilemişti. Bu azalmayı açıklayamıyordu ve "metabolizma"sına bağlıydı. Terapist sorunun doğasını saptamak için geriye, ilk prensiplere gidilmesi gerektiğine karar verdi. Hasta yediği ve içtiği her şeyi kaydediyor görünüyordu ve kalori hesaplamaları doğru gözüküyordu. Öte yandan, yediklerini artık nadiren tarttığı ortaya çıktı. Porsiyonlarının büyüklüğünü artık bildiğinden bunun artık gerekmediğini hissettiğini söyledi. Terapist bunun muhtemelen doğru olduğunu, ama kilo kaybı oranındaki azalmaya bakıldığında, tahminlerinin ne kadar doğru olduğunu görmek için yiyecekleri tartmaya yeniden başlamaya değer olduğunu söyledi. Bu bir deney olarak düzenlendi. Bazı yiyeceklerin (örneğin et veya balık porsiyonlarının) ağırlığını doğru tahmin etmesine rağmen, diğerlerinin (örneğin hamur işlerinin) tahmininde dikkate değer şekilde yanıldığı ortaya çıktı. Terapist ve hasta kilo kaybı oranındaki azalmaya, porsiyon büyüklüklerindeki, olduğundan az tahmin yönündeki bu hatanın katkısının olabileceği sonucuna vardılar. Bu aralar porsiyon büyüklüklerini izlemeye devam etmesi gerektiğine karar verdiler. Aynı zamanda yiyecekleri yeniden tartmaya başlamanın, yiyecek alımını azalttığını (yaygın bir fenomen) ve kilo kaybı oranının daha önceki düzeye dönmesi sonucunu sağladığını fark ettiler.

3. *Hasta kalorilerini doğru şekilde sayıyor mu?* Kalori saymanın kalitesine de iyice dikkat edilmelidir. Terapistler hastaların kalori rehberini nasıl kullandıklarını öğrenmeli ve kullanımı hakkında soruları olup olmadığını sormalıdır. Kayıtları gözden geçirirken, terapistler hastalara tüketilen bir madde miktarının kalori içeriğini nasıl hesapladıklarını, kolay olanlarla (örneğin meyve adeleri, yiyecek paketleri) başlayıp daha zor olanlara (örneğin restoran öğünleri) yönelerek, sormalıdır. Terapistler bu soruları meydan okuyucu bir tarzdan ziyade, arkadaşça, ilgili bir şekilde sormaya dikkat etmelidirler. Amaç hastaları test etmek veya yargılamak değil, onların doğruluklarını artırmaya yardımcı olmaktır. Olası yanlışlıklar fark edildiğinde, terapistler söz konusu hesaplamaların nasıl yapılacağını modellemeli veya hastanın kalori saymadaki doğruluğunu artırmak için tavsiyede bulunmalıdırlar. (Terapistlerin, bu görevin zorluklarını fark etmeleri için, kendi diyetlerinin kalori içeriğini hesaplayarak birkaç hafta geçirmeleri tavsiye olunur).

Bir kadın hasta, izleme kayıtlarını gözden geçirirken bir noktada rahatsız oldu. Terapist huzursuzluğu sezdi ve ona neyin yolunda gitmediğini sordu. Hasta yediği her şeyi yazmadığını itiraf etti. Kayıtları, saat 19:30'da yemeği kestiğini belirtiyordu, ama aslında saat 20:30 ile 22:00 arasında sürekli bir şeyler yemişti (bu yeme kalıbına, bazen, kötü bir etiketle otlamak denir). Yeme tarzından derinden utanmış ve kaydetmemeye karar vermişti. Terapist dürüst olduğu için ona teşekkür etti. Kişinin utandığı şeyleri yazmasının zor olduğunu kabul etti. Soru sorma ve yargılayıcı olmayan bir tutumla terapist, hastanın, utandıkları dâhil, yemeyle ilgili güçlüklerinin üstesinden gelmesinin önemini görmesine yardımcı oldu.

Bazı hastalar izleme yapmadan geri döneceklerdir. Terapist bunun neden olduğunu anlamaya çalışmak zorundadır, çünkü yetersiz bir sonuca yol açacaktır. Açıklama kabullenici ama endişeli bir tarzda istenmelidir. Bazen bir sürpriz öğesiyle tepki vermek uygundur, sanki izleme yapmamak tedaviyi sabote edecekmiş gibi. İzleme yapamamış olmanın olası nedenleri ele alınmalıdır. İzleme ve öneminin gerekçesini yeniden ifade etmek önemlidir.

Tabii ki izleme yapma isteksizliği motivasyonla ilgili daha genel bir sorunu gösterebilir. Eğer durum buysa, Seans 0'da betimlenen prosedürler kullanılmalıdır. Düşük motivasyon işaretlerini görmezden gelmek bir hatadır, çünkü olması yakın bir sürtüşmenin ilk işareti olabilir.

Kayıt tutma sürecinin detaylı değerlendirmesinden sonra, terapistler izleme kayıtlarının içeriğini değerlendirmelidirler. Terapist hastayla ana kalori kaynaklarını gözden geçirmelidir. Böylelikle terapist kendi görüşünü oluştururken hastaninkini de sormalıdır.

Terapistlerin, bu haftanın tipik bir hafta olup olmadığına dair bir sorguyla giriş yaparak izleme kayıtlarını gözden geçirmesi ve sonuçları özetlemesi iyi bir uygulamadır.

Seansın Geri Kalanı İçin Gündemi Belirlemek

Terapist ve hasta daha sonra, gündemin geri kalanı için neyin planlanmış olduğunu bilmek için, gündem üzerinde uzlaşmalıdırlar. Hastaya maddeleri gündeme getirme fırsatı verilmelidir (örneğin soruları olup olmadığı). Bu seansa özel olarak (kayıt tutma sürecine bu kadar çok zaman verildiğinden atıptır), olası gündem maddeleri tedavi hakkındaki endişeleri, obeziteyle ilişkili sağlık riskleri hakkında eğitimi ve enerji alımını sınırlandırmaya başlamayı içerir.

Tedavi Hakkında Endişeleri Saptamak. Terapistler hastalara o ana kadar tartışılanlar hakkında soruları veya endişeleri olup olmadığını sormalı ve bunlar tartışılmalıdır. Terapistler bir kez daha bu tedavinin ayırıcı özelliğinin uzun vadede kilo değişimi üzerinde olan vurgusu olduğunu altını çizmelidirler.

Obeziteyle İlişkili Sağlık Riskleri Hakkında Bilgilendirme. Terapistler obeziteyle ilişkili sağlık risklerini hastaları korkutmaktan çok, durum hakkında onları bilgilendirmekle ruhuyla ele almalıdırlar. Daha önce de belirtildiği gibi, fazla kilolu olmak ifadesini tercih ediyoruz ve genellikle obezite yerine kullanılması gerektiğine inanıyoruz. Yararlı bir başlama noktası, hastaya fazla kilolu olmaya ilişkin riskler hakkında ne bildiklerini sormak ve sonra gerektiği ölçüde bilgilerini tamamlamaktır.

Obezitenin temel sağlık riskleri şunlardır:

- Hipertansiyon (yüksek kan basıncı, inme riskiyle birlikte)
- Kardiyovasküler hastalık (koroner arter hastalığı, periferik vasküler hastalık, kalp yetmezliği)
- Anormal kan kolesterol seviyeleri (kalp hastalığı riskiyle birlikte)
- Diyabet
- Uyku apnesi (üst solunum yollarının uykuda söndüğü bir durum, kişilerin yüksek sesle horlaması, birdenbire uyanması ve hemen yeniden uykuya dönmesiyle sonuçlanır; bunun sonucunda şiddetle bölünmüş uyku oluşabilir gün içi yorgunluk ve uykusuzluk yapar)
- Osteoartrit (diz, kalça ve sırt gibi bölgelerde eklemleri koruyan dokunun aşınması)

Terapistlerin aktarması gereken önemli bir nokta, kilo kaybının obezitenin bütün bu yan etkilerini anlamlı derecede azalttığıdır. Orta düzeyde (başlangıç beden ağırlığının %5'i) bir kilo kaybı bile, obeziteyle ilişkili bu bozuklukları azaltır veya yok eder (Blackburn, 2002). Obeziteye bağlı sağlık riskleri hakkında daha fazla bilgi için bakınız Manson, Skerrett, & Willett (2002) ve Pi-Sunyer (2002).

Sağlıksız Kilo Kontrol Yöntemleri Hakkında Bilgilendirme. Kilolarını kontrol etmek için kendilerinin başlattığı kusmalar, laksatifler ve diüretikler kullan-

dıklarını bildiren hastalar bu yöntemlerin etkisiz ve ciddi sağlık sonuçları yaratabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidirler (bakınız Fairburn, 1995).

Enerji Kısıtlımalı Diyete Başlamak. Hastanın kalori alımını kaydetmeyi başardığını varsayarak, artık kalori sınırlayıcı bir diyet yazılmalıdır. Çoğu hasta için uygun bir başlangıç düzeyi günde ortalama 1500 kalori alımıdır. Bazen başlangıç kalori seviyesi daha yüksek konulabilir, örneğin hastanın yiyecek alım alt düzeyi yüksek olup da günde 1500 kaloriye bir defada inilmesi muhtemelen zor olduğunda (yoksa hedef gerçekçi olmaz). Bu durumlarda bile amaç, günde 1500 kalori alımına olabildiğince yakın bir zamanda varmaktır.

Bazı hastalar yiyecek alımlarını günde ortalama 1500 kaloriden aşağıya indirmek isteyeceklerdir. Bu hastalar, bu göreceli kalori sınırlaması düzeyinin genellikle uygun olduğu yönünde bilgilendirilmelidirler, çünkü vakaların büyük çoğunluğunda, haftada ortalama 0,5-1,0 kg kayıpla sonuçlanır. Günde bin beş yüz kalori aynı zamanda yeterli ve dengeli bir diyetin tüketilmesini de sağlar. Aksine daha az kalori alımı, çoğu insan için sürdürülmesi zor bir durumdur. Böyle bir sınıra uymanın kolay olduğunu söyleyen kişiler, gerçek kalori alımlarını muhtemelen olduğundan daha az tahmin ediyorlardır. Bu sebepten dolayı, günde 1500 kalorilik bir başlangıç düzeyi öneriyoruz ve eğer bu hastanın başarması için kolay olursa, o zaman günde yaklaşık 1200 kaloriye inilebilir.

Bütün hastalar için dört genel nokta vardır:

1. Günde 1500 kalorilik bir diyet, (fazla kilolu olanlarda) kilo kaybıyla sonuçlanacaktır.
2. Bu alım, aşırı değil orta düzeyde diyet kısıtlaması içerir. Tedavide daha sonra daha fazla sınırlama da düşünülebilir.
3. Anahtar mesele diyet kısıtlamasına bağlılıktır. Bu, doğru kalori saymayla büyük ölçüde desteklenir.
4. Gün boyunca toplayarak giden bir kalori hesabı tutmak da tedaviye uyuma yardımcı olur.

1500 kalori sınırı kavramına başlattıktan sonra, terapistler hastaların yemelerini bu şekilde azaltma karşısındaki tepkilerini sormalıdır. Genellikle bu doğal olarak hastanın bu azalmayı nasıl sağlayacağına dair fikirlerinin tartışılmasına yol açar. 1500 kalori sınırının ortalama kalori alımları için bir kural olduğu vurgulanmalıdır. Bu rakamın büyüklüğü bir yanı yoktur ve günbegün katı bir şekilde izlenmeyi gerektirmez. Bazı günler hasta bundan biraz daha fazla ve diğer günlerde bundan daha az yiyebilir. Hedef, hastanın ortalama günlük alımının, günden güne önemli dalgalanmalar olmaksızın, 1500 kalori (yani haftada 10.500 kalori) olmasıdır.

Seansı Özetleme

Sonra terapist veya hasta seans boyunca değinilen noktaları özetlemelidir.

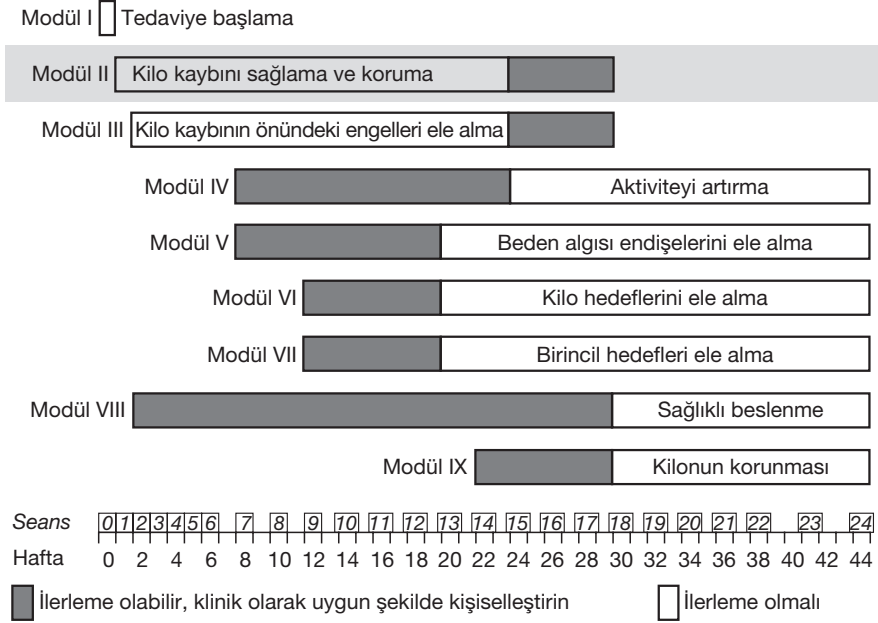
Ev Ödevi Üzerinde Uzlaşma

Terapist ve hasta bir sonraki günün ev ödevi üzerinde uzlaşmalıdırlar. Olguların büyük çoğunluğunda bu ödev, yiyecek alımını izlemeye ve kalori alımını günde ortalama 1500 kaloriyle sınırlamaya devam etmek olacaktır. Bu ev ödevi, tedavinin kilo kaybı safhası boyunca devam edecektir.

Sonraki Randevu

Uygulamamız hastayı yaklaşık 7 gün sonra yeniden görmek yönündedir.

Modül II: Kilo Kaybını Sağlama ve Koruma



ŞEKİL 4.1

Hastalar bir kez tedaviye bağlanınca ve yiyecek ile kalori alımlarını izlemeyi öğrenince, kilo kaybı hedef haline gelir (bakınız Şekil 4.1). Buna, enerji alımını günde ortalama 1500 kaloriyle sınırlandırma anlaşmasıyla, önceki seansın (seans 1) sonunda başlanmış olacaktır. Bu modül için hedefler iki tanedir:

1. Kilo kaybını başlatmak ve sürdürmek.
2. Ne zaman kilonun korunmasına geçileceğini belirlemek.

Bu hedeflere ulaşmak için stratejiler bu bölümde tartışılmıştır.

Bizim uygulamamız, gereken davranış değişikliğini oluşturmak için, ilk beş kilonun kaybedileceği seansları (seans 2-6, seans 6 dâhil) haftalık bir bazda tutmak şeklinde olmuştur. Daha sonra seanslar iki haftada bir yapılmaya başlanır. Her seans, hastayı tartmakla başlayarak, kayıtları ve ev ödevini gözden geçire-

TABLO 4.1

Seans Formatı

1. Hastanın kilosunu kaydedin ve terapistin kilo grafiğinde işaretleyin. Bu grafiği hastaninkiyile karşılaştırın. Hasta ve terapist birlikte bulguları kilo değişimi olarak yorumlarlar.
2. En son izleme kayıtlarını (hastanın önderliğinde) hastanın ev ödevlerini tamamlama başarısıyla birlikte gözden geçirin. Bu, ilerlemeyi değerlendirmek ve meseleleri gündeme getirmek içindir.
3. Gündemi işbirliği yaparak belirleyin. Terapistler hastalara tartışmak istedikleri konular olup olmadığını sorarlar.
4. Gündemin üzerinden geçin.
5. Yeni ev ödevleri tasarlayın ve üzerinde uzlaşın.
6. Seansta ele alınan ana noktaları özetleyin (hasta veya terapist tarafından).

rek ve sonra seansın geri kalanı için gündemi belirleyerek standart bir format izlemelidir (bakınız Tablo 4.1). Gündem, hastanın tedavide ulaştığı aşamayla birlikte ilerlemenin gözden geçirilmesiyle oluşturulmalıdır. Yeni stratejilere başlatmak kadar, terapistler, hastaların daha önce başlatılmış olan teknikleri hâlâ kullanıp kullanmadıklarını kontrol etmelidirler. Burada, başka yerlerde olduğu gibi, gündem belirlendikten sonra hastanın katkısını isteyerek, terapist ve hasta arasında aktif bir işbirliğini beslemek önemlidir. Özellikle, hastanın kalori hedefine bağlı kalmasını zorlaştırabilecek herhangi bir olayın yaklaşıp yaklaşmadığını sormak yararlıdır (örneğin tatiller, parti veya izin). Terapistler, aynı zamanda eldeki seans zamanında bütün uygun konulara değinmeyi de akıllarında tutarak, böyle olayları tartışmak için zaman vermelidirler.

Gündemin üzerinden geçmek, bu seansların çoğunu meşgul etmelidir. Terapistler hem ev ödevi vermeye hem de bir özet sunmaya mutlaka yeterince zaman ayırmalıdır. İlerlemenin her zaman altı çizilmeli ve terapistler seansların olumlu bir biçimde bitmesi için ellerinden geleni yapmalıdırlar.

Hastayla ev ödevi üzerinde uzlaşırken, Tablo 4.2'de belirtilen prensiplere uyulmalıdır.

Kilo Kaybını Başlatmak ve Sürdürmek

Kilo kaybını sağlamak için, sürdürülen bir enerji açığı olmalıdır. Bu en iyi, alımı (yiyecek ve içecek alımı şeklinde) azaltmakla başarılıdır. Dolayısıyla, bu tedavi seanslarının odak noktası, hastanın düşük bir enerji alımını oluşturması ve sürdürmesine yardımcı olmak ve bunun kilolarındaki etkisini izlemektir. Bu seansların içeriği aşağıda sunulmuştur. Başka şekilde belirtilmediği yerlerin dışında, bu öğeler kademeli olarak başlatılmalıdır. Terapistler çok fazla bilgi veya ev ödevi ile hastalara fazla yük bindirmemeye dikkat etmelidirler.

TABLO 4.2

Ev Ödevi Tasarlamak İçin Prensipler

-
- Ev ödevini her hastaya uygun yapın ve hastanın katılımını isteyin.
 - Belirli ve yapılabilir bir ev ödevi tasarlayın.
 - Ev ödevini yeterince açıkça tartışın ki hastaların kendilerinden bekleneni tam olarak anladıkları hakkında kuşku kalmamasın.
 - Ev ödevi miktarını aşırı değil makul tutun.
 - Ev ödevi için hastaların anlayacağı açık bir gerekçe sunun.
 - Ev ödevinin tamamlanmasını bekleyin.
 - Hastalara üzerinde uzlaşılan ev ödevini yazdırın ki unutmazınlar.
 - Hastalardan ev ödevini tamamlamadaki güçlüklerle ilgili beklentilerini öğrenin ve olası engelleri sorun çözüme yaklaşımıyla ele alın.
 - Sonraki tedavi seansında ev ödevini gözden geçirin. Ödevi tamamladıkları için hastaları övün ve seansa belli bir yerde ev ödevinden kaynaklanan sonuçları inceleyin. Eğer ev ödevi tamamlanmadıysa, bunun sebeplerini araştırın. Sorun çözüme yaklaşımıyla güçlüklerin üstesinden gelin.
-

Hastayı Tartma

Terapist her seansı hastayı tartarak açmalıdır. Bu iki sebepten dolayıdır: Çoğu hasta “resmî” kilolarını bilmek için sabırsız olacaktır ve ayrıca bu, terapist hastanın ilerlemesinin kilo cinsinden kanıtını sağlar.

Hastayı tarttıktan sonra, terapist hastanın kilosunu kilo grafiği üzerine işaretlemelidir. Zaman boyunca seyre odaklanarak, hasta ve terapist genel ilerlemeyi görebilirler. 1500 kalorilik diyetten sonra, hemen biraz kilo kaybı beklenir. Aslında tipik olarak, başlangıç kilo kaybı sonrakinden daha büyüktür.

Hastanın kilosunu kaydettikten sonra, terapist hastaya genel ilerlemesini sormalıdır. Hedef, hastanın kilo kaybı karşısındaki tutumunu saptamaktır. Bu aşamada terapist sadece aşağıdaki çizgiler boyunca müdahale etmelidir:

- Tek izole değerlerden ziyade, zaman boyunca oluşan kilo seyrine (örneğin geçen 3-4 hafta boyunca oluşan seyre) odaklanmanın önemini vurgulamak. Tek bir değer, günden günde kilo dalgalanmaları ve kalori sınırlamaya vücudun yanıt vermesindeki kısa vadeli değişiklikler sebebiyle yorumlanamaz. Akla yatkın davranışsal uyum bulunmasına rağmen kilo kaybı olmayan bir hafta hiç de nadir değildir.
- Bütün kilo kayıplarını övün.
- Eğer hasta 3 haftadan uzun süredir kilo kaybetmiyorsa endişelerinizi ifade edin (daha önceki aylarda önemli kilo kaybı olup da artık yavaşlamadığı takdirde).
- Anahtar meselenin diyetset sınırlamaya uyum olduğunu vurgulayın. 1500 kalori sınırına iyi bir uyum varsa, kilo kaybı olacaktır. Terapist tekrar tek-

rar, hastaların davranışlarını değiştirmelerine odaklanmaları gerektiğini ve eğer bunda başarılı olurlarsa “kilolarının kendileriyle ilgilenecekleri”ni vurgulamalıdır.

Bir hasta (H) ile terapisti (T) arasında geçen aşağıdaki kilo kaybına dair konuşma bu noktaların bazılarını izah etmektedir:

H: O zaman kilom geçen seferki ile aynı mı?

T: Evet. Sizin tartınızda nasıldı?

H: Hemen hemen aynı. Sizin tartınızda bir şey olacağını umuyordum.

T: Bu hafta nasıl geçti?

H: İyi – en azından epey iyi geçtiğini düşündüm.

T: Kaloriler nasıl görünüyor?

H: Ortalamam 1500’ün biraz altı.

T: Her şeyi kaydedebildiğinizden emin misiniz? Kaçırmış olduğunuz bir şey olabilir mi?

H: Hayır, her şeyi yazdığımdan eminim – bunda çok dikkatli davranıyorum. İşteyken kâğıtlarımı masanın üstünde tutuyorum, yani gün boyunca hiçbir şey kaçırmıyorum.

T: Harika, bu mükemmel. Hâlâ yediğiniz her şeyi tartabiliyor musunuz? Bazen insanlar bunu bir süre yaptıktan sonra biraz yükümüş gibi hissederler. Veya bu hafta kalorisini tahmin etmek zorunda kaldığınız durumlar oldu mu – dışarıda yenen yemekler mesela?

H: Evet, hâlâ yiyecekleri tartıyorum. İşte kafeteryadan aldıklarımı tahmin etmek zorundayım, ama bunu hep yapıyordum. Hiçbir şey değişmedi. Aslında bir gece bir arkadaşımın evine akşam yemeğine gittim, ama ondan tarifini istedim, böylece iyi bir tahmin yapmış olduğumu düşündüm.

T: Evet, bu gerçekten iyi bir yol – tam olarak ne yediğinizi bilirsiniz o zaman. Normalden daha az dikkatli olmanıza yol açmış olabilecek başka bir şey var mı?

H: Hayır, söylediğim gibi gerçekten iyi bir hafta olduğunu düşündüm.

T: Bu kulağa harika geliyor. Bunu göz önünde tutmamızın önemli olduğunu düşünüyorum. Bugüne kadar tutarlı bir şekilde kilo kaybettiniz ve eğer kalorilerinizi ve doğru şekilde kaydetmeye bağlı kalırsanız kilonuz hiç şüphesiz azalmaya devam edecektir. Fizik kuralları bu konuda gayet açıktır – eğer kullandığınızdan daha az kalori alırsanız, kilo kaybedersiniz! Böylece doğru şeyleri yapmaya devam ederseniz, kilonuz azalacaktır.

Herkesin kilosunun sıvı değişiklikleri, hormonlar vesaire yüzünden gün boyunca yukarı ve aşağı değiştiğini hatırlamak yardımcı olabilir. Sizi bir gün tartabiliriz ve bir “dip de”da olabilirsiniz – bu değişimlerin en düşük noktasında – sonra sizi tarttığımız bir sonraki seferde, bir “tepe”de olabilirsiniz. Kilodaki bu günden güne değişimler izole değerleri yorumlamayı imkânsız kılar. Bunu aşma-

nın yolu kilonuza 3-4 haftalık bir periyot boyunca bakmaktır. Grafiği tutmamızın sebebi budur. Grafiğinizde genel seyrin aşağıya doğru olduğu gayet açık, yani eğer kayıtlara devam eder ve yapmış olduğunuz gibi kalorilere bağlı kalırsanız, seyrin doğru yönde devam edeceğinden emin olabiliriz.

Seans 1’de olduğu gibi, terapistler aynı zamanda hastaların üzerinde uzlaşıldığı üzere, evde haftada bir kez tartılmış olduklarını da kontrol etmelidirler. Hastalar kilolarını kişisel kilo grafiklerine kaydetmiş olmalıdırlar. Evde tartılmakla ilgili güçlükler araştırılmalı ve ele alınmalıdır.

Enerji Kısıtlamalı Diyete Uyumu Değerlendirmek

Hastaların ilerlemelerini kilo ve tartma cinsinden ele aldıktan sonra, terapistler artık diyet açısından ilerlemelerine yönelmelidirler. Vurgulanacak nokta, eğer diyete uyarlırsa, kilo kaybı oluşacağıdır. *Yani enerji alımının kısıtlanmasına uyum, seansların birincil odak noktası olmalıdır.*

Uyumu değerlendirmeye, hastalardan son randevudan bu yana işlerin nasıl gittiği hakkında genel bir eleştirilerini istemekle başlamak iyi bir uygulamadır. Genel bir sorgulama yeterli olmalıdır. Amaç hastanın ilerlemesi hakkında genel, öznel tahminini almaktır. Ardından, izleme kayıtlarını inceledikten ve uyumu değerlendirdikten sonra, hastalardan ilerlemeleri hakkındaki ilk tahminlerini gözden geçirmeleri istenmelidir. Çoğu hasta, başarabildiklerinden çok başaramadıklarına odaklandığını, dolayısıyla, ilerlemesi hakkında önyargılı, olumsuz bir değerlendirme yapmış olduğunu fark edecektir. Bu moral bozucudur ve kilo kaybetme çabalarının terkine yol açabilir. Bazı hastalar aksine, güçlüklerine “gözlerini kapatma” eğilimine sahiptirler. Bu da, sorunlarını ele almadaki başarısız olmalarına yol açtığından sorundur. Görünürde var olan iyi uyuma rağmen düşük kilo kaybı, bu tip bir önyargının sonucu olabilir. Önyargının yönü ne olursa olsun, terapistler hastaların tutarsızlığı ve onun kilo kontrolündeki becerileri hakkındaki görüşlerine olan etkilerini görmelerine yardımcı olmalıdırlar. Hedef, hastaların ilerlemelerini daha doğru değerlendirmelerini başarmalarına yardımcı olmaktır.

Kendini İzlemeyi Gözden Geçirme

İzleme kayıtlarının gözden geçirilmesi Seans 1’in önemli bir kısmını almış olacaktır. Eğer kendini izleme süreciyle ilgili güçlükler varsa (örneğin kalori hesaplamalarıyla ilgili yanlışlık veya sorunlar), makul ölçüde detaylı bir gözden geçirme de sonraki birkaç seansta yapılır. Ancak, hasta kendini izlemeye fazla güçlük olmadan uyar uymaz, izleme kayıtlarının gözden geçirilmesi daha kısa hâle gelmelidir (her hastaya ve şartlara bağlı olarak 5-15 dakika arası). Gözden geçirmenin hedefleri şunlardır:

1. Devam eden uyumu, izlemeyi ve diğer ev ödevlerini kontrol etme ve destekleme;
2. İlerlemeyi ve sorunları seans için gündemi belirleme bakışıyla değerlendirme;
3. Hastanın yaptığı spesifik değişimleri saptama ve destekleme (bu, seans için olumlu bir ton oluşturur; hastanın zayıflık ve eksikliklerinden ziyade güç ve değerlerinin altını çizerek); ve
4. Kümülatif değişimleri saptama ve güçlendirme.

Terapistler seansların başlarında izleme kayıtlarında karşılaşılan ilk soruna odaklanarak konudan saptırılmamaya dikkat etmelidirler (örneğin bir tıknırıcısına yeme atağı ve nasıl engellenebileceği hakkında detaylı konuşma). Aynı zamanda gereksiz detay içine saplanmaktan da kaçınılmalıdır (örneğin günün her öğünü detaylı incelemek). Her ikisi de yetersiz ve gereksizdir çünkü tedavi gündemi için öncelikleri saptama göreviyle karışır. Aynı zamanda seansı olumsuz bir zeminde açarlar ve çok fazla zaman alırlar. Onun yerine terapist, izleme kayıtlarını, ele alınması gereken büyük temaları saptamak üzere, görelilik olarak canlı bir şekilde gözden geçirmeyi hedeflemelidir. Örneğin bir hasta birkaç tane aşırı yeme atağı kaydetmiş olabilir. İlk gözden geçirme, bu dönemlerin her birini inceleme veya onları ortadan kaldırmak üzere müdahale zamanı değildir. Daha ziyade, terapist onları açıkça işaretlemelidir ki böylece hasta seansa daha sonra ele alınacaklarını bilsin. O noktada bir veya iki seçilmiş örnek dikkat odağı haline gelecektir.

Hastaları övmek her zaman önemlidir. İyi izleme ve kalori sayımı güçlü birer övgüyü hak eder. Her ikisi de zorlu işlerdir ve bunlarda kestirmeden gitmek çok olasıdır. Bu özellikle, tedavide daha sonraları kaydetme eylemi yeniliğini kaybettiğinde ve her şeyden çok bir angarya gibi geldiğinde olasıdır. Bu noktada övgü, hastalara kilo kaybı çabalarına devam etmelerinde özellikle yardımcı olabilir.

İşbirlikçi Bir Üslup Oluşturma

Bu süreç boyunca terapist ilgili, yargılamayan ve işbirlikçi bir tutum içinde olmalıdır. Hedef, terapist ve hastanın beraberce ilerlemeyi değerlendirmeye ve sorunları çözmeye çalışmalarıdır. Karşı karşıya gelmemek özellikle önemlidir çünkü bu, uyumu geliştirmekten çok baltalayabilir. Aşağıdaki, örnek 1, işbirlikçi bir yaklaşımdan yoksunken, örnek 2 işbirliği sergiler.

Örnek 1: Terapist (T) ve Hasta (H) Arasında İşbirliği Yoksunluğu

H: Korkunç bir gündü! Bir kurabiye yedim ve sonra hiç duramadım. Paketin çoğunu yedim. Aç değildim ama bir şeye ihtiyacım vardı.

T: Abur cubur ihtiyacı duyduğunuzda kurabiye yerine meyve deneyebilir miydiniz acaba?

H: Sanırım deneyebilirdim.

[Hastanın bu karşılaşmadan memnun hissetmiş olması pek olası değil ve hatta sonuçta davranışını değiştirmesi daha az olası. Terapist işbirlikçi bir yaklaşımı benimsemiş. İlk önce sorunu belirtmeden çözümlere atlamak nadiren yardımcı olur.]

Örnek 2: Terapist (T) ve Hasta (H) Arasında İşbirliği

H: Korkunç bir gündü! Bir kurabiye yedim ve sonra hiç duramadım. Paketin çoğunu yedim. Aç değildim ama bir şeye ihtiyacım vardı.

T: Sonrasında nasıl hissettiniz?

H: Bir süreliğine iyi hissettim. Kurabiyeler gerçekten çok lezzetliydi! Ama sonra kötü hissettim – suçlu ve aptal.

T: O kurabiyeleri yemeden önce ne olduğunu biraz daha anlatabilir misiniz?

H: Son zamanlarda iyi uyuyamıyordum, yani gerçekten yorgundum. Sonra kocam akşam yemeği hazır olmadığı için yakındı. Benim de çalıştığımı fark etmiyor gibi ve kızımızın müzik dersine götürülmesi gerekiyordu, bütün bunlara yetişmemin hiçbir yolu yoktu. Sonunda tartıştık. Sonra o kurabiyeleri yedim.

T: Tam onları yemeden önce ne düşünüyordunuz?

H: Gerçekten altüst olmuşum. Kendime hiç zaman ayıramıyorum. Sanki evin hizmetçisi gibiyim.

T: Demek ki altüst olmuşunuz ve kendiniz için zamana ihtiyacınız var hissediyordunuz... kendinize de bakmak için belki?

H: Bu doğru.

T: İlk birkaç kurabiyeyi yedikten sonra ne düşünüyor olduğunuzu hatırlayabilir misiniz?

H: “Boşver gitsin bu diyet! Bunlara ihtiyacım var, yoksa delireceğim!” diye düşünüyordum.

T: Ama sonunda onları yediğiniz için kendinizi kötü hissettiniz?

H: Evet, ama hemen değil. Kurabiyeleri yerken, gerçekten çok hoşuma gitti.

T: Demek ki yemek geçici olarak işe yarıyor ama sonra sizi kötü hissettiriyor?

H: Evet, kilo kaybetme şansımı yok ettiğimi düşündüğüm zaman çok üzgün oluyorum.

T: Bu kurabiyeleri yemek sanki kendinize biraz yer açma yolunuz gibi geliyor kulağa; kendiniz için bir şeyler yapma hakkınızı ifade etmek gibi. Ama sonuçta, sizi daha kötü hissettiriyor ve kilo kaybetme çabalarınızı engelliyor. Belki düş kırıklığı veya üzüntü hissettiğinizde kullanabileceğiniz başka başa çıkma yolları bulabiliriz. Bunun denemeye değer olduğunu düşünüyor musunuz?

H: Evet, sanırım.

[Terapist burada daha işbirlikçi çalıştı. Çok daha fazla soru sorarak hastanın neden kurabiyeleri yediğini söylemesini sağladı. Dikkatlice dinledi ve doğru anladığından emin olmak için hastaya geri bildirimde bulundu. Sorunların işbirlikçi analizlerinin bir sonucu olarak oluşturulan çözümlerin az veya sıfır ortak düşün-

ceyle varılan formüleştirilmiş çözümlerden daha etkili olmaları muhtemeldir. Cevaplarla ortaya atılmadan önce sorular sormak her zaman en iyisidir.]

Diyet Düzenine Bağlılığı En Üst Düzeye Çıkarmak

Terapist diyet düzenine bağlılığı (birkaç hafta boyunca kilo değişiminde oluşan seyir değerlendirilecekse de, hastanın en son kilosuna dayanarak değil ama hastanın davranışlarını kaydetmesine dayanarak değerlendirilmiş bir şekilde) övmelidir. Uyumun bütün yönleri saptanmalı ve övülmelidir. Kısmi başarılar (1500 kalori hedefi aşılsa bile, dışarıda yerken normalden daha az yeme gibi) da terapistin dikkatini çekmelidir. Terapist cesaretlendirici ve coşku dolu olmalıdır. Öte yandan, hastanın ilerlemesi istikrarsız görünüyorsa, o zaman potansiyel güçlük kaynakları saptanmalı ve Bölüm 5'te belirtilen çizgiler doğrultusunda ele alınmalıdır.

Görünürde uyum olmasına rağmen birkaç haftalık bir periyotta kilo kaybı olmadığı zaman ortaya bir güçlük çıkar. Bu şartlar altında, hastanın enerji alımının görüldüğünden daha yüksek olduğu gerçeğinden kaçış yoktur. 1500 kalorilik bir diyetle, obezitesi olan bütün hastalar kilo kaybetmelidirler. Bunun hastalara sorunlarını fizyolojilerine bağlamaktan (örneğin “sadece yavaş bir metabolizmam var”) kaçınmaları için açıklanması gerekir. Onun yerine, enerji alımının detaylı olarak gözden geçirilmesi, olası yanlışlık kaynaklarını saptamak için gereklidir (bakınız Bölüm 5).

Hastaların 1500 kalori hedefine bağlı kalmalarına yardımcı olmak için, aşağıdaki üç strateji tavsiye edilmelidir:

1. *Gün için bir planınız olsun.* Hastanın gün boyunca neyi ne zaman yiyeceği hakkında iyi bir fikri olmalıdır. Bu, günün izleme kaydının arkasına yazılabilir.
2. *Gün boyunca o ana kadarki kalori toplamınızı hesaplayarak gidin ki kalori hedefine doğru ilerlemeyi izleyebilirsiniz.* Bu değişken toplam, izleme kaydına yazılmalıdır.
3. *Potansiyel sorunlar için uyanık olun.* Örneğin eğer hastalar bir yemeğe çıkacaklarının ve her zamanki sınırları içinde kalmalarının zor olacağını farkındaysalar, önceden bu sorunla nasıl baş edeceklerini düşünmelidirler. Genelde şunlardan birini veya her ikisini yapmak zorunda kalacaklardır:
 - a. Aşırı tüketim riskini en aza indirerek yemeği halledebilmek için kesin bir plan geliştirin.
 - b. Alımdaki her artışı telafi edin. Günün erken saatlerinde normalden az yemek risklidir çünkü yoksunluk ve açlık hislerine yol açabilir, bu da daha sonra fazla yemeyi cesaretlendirebilir. Haftanın başka günlerinde (örneğin dışarıda yemeden iki gün önce ve iki gün sonra günde 1400 kalori yemek) biraz daha az yemek daha akıllıcadır. Aynı zamanda hafta boyunca günde ortalama 1500 kalorilik bir alım ortalamasını muhafaza etme hedefiyle de tutarlıdır. Öte yandan, hastanın kalori alımındaki büyük salınımlar

cesaretlendirilmemelidir. Bizim uygulamamız hastalara 1500 kalori hedefinin 300 kalorisi içinde (yani, günde 1200-1800 kalori aralığında) kalmayı hedeflemelerini tavsiye etmek yönündedir.¹

Genellikle, terapist hastanın uyumunda sorunlar saptadığında, bunlar Bölüm 5'teki kuralları izleyerek ele alınmalıdır.

Hastaların kalori sınırlarıyla uyumlu öğün ve atıştırma konusunda terapistler, fikir almak için az yağlı/düşük kalorili tarif kitaplarına bakmalarını hastalara önermelidirler. Kalorileri porsiyon başına belirten kitaplar en yararlılardır. Kalori kitabının kendisine bakmak da işe yarar. Tabii ki hastalar kendi öğün ve atıştırma oluşturmaları isteyeceklerdir ve bu cesaretlendirilmelidir. Hastalar için yararlı bir strateji, özellikle iyi gitmiş olan günleri saptamaları ve bu günlerde yenmiş olan öğün ve atıştırma tekrarlamalarıdır. Hedef hastaların hoşlandıkları bir öğünler ve atıştırma repertuarı oluşturmalarıdır.

Bir hasta, işten dönerken acıktığında eve gidip yemek hazırlamaya başlamasının en azından bir saati bulacağını bildiğinden, yüksek kalorili yiyecekler almanın cazibesine kapıldığını fark etti. Eve dönüşte otobüste yemek üzere, işe yanında fazladan meyve götürerek abur cubur satın almaya direnebildi.

Yapay tatlandırıcılar bazı insanlara kalori sınırlamalı diyeteye uymalarında yardımcı olabilir. Bizim deneyimize göre aşağıdaki gruplar için en uygundur:

- Çok miktarda hafif içecek (meşrubat) tüketenler
- Kahve ve çaylarına şeker atanlar
- Pişirilmiş meyve yiyenler

Bu durumlarda hastaya şeker alımını sınırlamaya çalışmanın kilo kaybına destek olacağı söylenmelidir. Ancak, tatlı yiyecekler için uzun süredir var olan bir arzuyu değiştirmeye çalışmak gerçekçi olmadığından, terapistler hastalarla tatlı yiyeceklere olan tercihlerini kabullenerek şeker alımlarını sınırlamak için bir yol bulmak üzerinde çalışmalıdırlar. Bu bağlamda yapay tatlandırıcıların bir rolü vardır ve bundan bahsedilmelidir.

Sağlıklı Yeme Prensiplerine Bağlılığı Oluşturma

Hastanın kalori sınırlamalı diyeteye bağlılığı, sağlıklı yeme prensiplerine uymalıdır. Dört meselenin ele alınması gerekir: Geçici yeme kalıbı, yiyecek seçimi, yeme tarzı ve yemenin bilişsel yönleri.

¹ Bazı hastalar bazen çok az yerler. Bu iyi bir fikir değildir, çünkü başka zamanlarda fazla yemeyi cesaretlendirir. Günde 1500 kaloriden daha az yemek isteyen hastalara, alımlarının günde 1200 kalorinin altına düşmemesi gerektiği ve bu sınırlama düzeyinin sürdürülmesinin daha zor olabileceği öğüdü verilmelidir.

Beslenmenin Zamansal Kalıbı

Hasta gün boyunca düzenli aralıklarla (genellikle üç öğün ve bir veya daha fazla planlanmış ara öğün), bu planlanan zamanlar dışında yiyecek “atıştırma-dan” yemelidir. Düzenli bir yeme kalıbı fazla yeme riskinin azalmasına yardım eder.

Çoğu insan akşam yediklerini kontrol etmede güçlük çektiğinden akşam abur cuburları özellikle önemlidir. Çoğunlukla bu güçlük, akşam yemeğinden sonra yememeye kalkışılmasından kaynaklanır. Bu hedefle ilgili güçlük, tam da hastaların evde olup da yiyeceğe kolay erişebilmeleri yüzünden en çok aşırı yeme riskinde oldukları zamanda yoksunluk hislerine yol açmasıdır. Terapistler hastalara lezzetli bir akşam atıştırması planlamalarını, buna günlük kalori miktarları içinde yer vermelerini tavsiye etmelidirler. Yoksunluk hislerini en aza indirmek için, bu atıştırma, günün yemeklerinde önemli bir yer almalıdır (yani hevesle beklenecek bir şey olmalıdır).

Bir kadın hasta, akşam bir şeyler atıştırmaktan hoşlanıyordu ve bu yüzden kalori miktarını buna izin verecek şekilde dağıtmaya karar verdi. Terapist bunu, düzenli yeme ve planlı atıştırmaların yoksunluk hissinden kaçınmak için önemli olduğu gerekçesiyle cesaretlendirdi. Bu hasta atıştırma olarak yüksek miktarlarda yemiş ve çikolata yemeye alışmıştı ve atıştırma olarak “diyet yemeği” yemek zorunda kalırsa, yoksunluk ve hayal kırıklığı hisleri duyabileceğini hissetti. Terapist hastanın kendisi için “yüksek değeri” olan yiyeceklerden oluşan bir liste hazırlamasını önerdi. Hasta ve terapist sonra hangilerinin kalori kontrollü atıştırma oluşturabileceğini görmek için bu yiyecekleri gözden geçirdiler. Birçok olasılık görülmüştü; örneğin ananas ve çilek gibi “özel” meyveler veya muz gibi kalori ve porsiyon kontrollü soğuk tatlılar. Hasta bu yüzden akşam atıştırması için hem “lüks” hem de kalori hedefiyle uyumlu olsun diye bu yiyecekleri satın aldı.

Yiyecek Seçimi

Hasta geniş bir yiyecek yelpazesi içinde yemelidir. Bu hem sağlık nedeniyle hem de tıknırcasına yemeye karşı korunmak için önemlidir (çünkü yiyecekleri dışlamak bazı kişilerin tıknırcasına yemelerini cesaretlendirir). Terapist “daha az ama iyi yiyecek” kavramını ortaya koymalıdır. Bazı hastaları daha az yiyerek tasarruf edecekleri parayı daha pahalı –ve belki de yeni– yiyecek almak için kullanmaya cesaretlendirmek faydalıdır. Hiçbir yiyecek yasaklanmamalıdır.

Bütün hastalardan kalori alımlarının büyük kısmını hangi yiyeceklerin oluşturduğunu saptamaları istenmeli ve sonra birim başına en yüksek miktarda kalori içeren yiyeceklerin yağ oranları en yüksek olanlar (yani, “yoğun enerjili”) olduklarını görmelerine yardım edilmelidir. Bu bilgi protein, yağ ve karbonhidratların (ve de alkolün) göreceli enerji yoğunluklarının tartışılmasına başlamak için kullanılmalıdır. Aşağıdaki noktalar gösterilmelidir:

- Kilo kontrolünde, bir kalori bir kaloridir. Yüz kalorilik havuç yüz kalorilik çırpılmış kremayla aynıdır. Ancak, yiyecek seçimlerini ayarlayarak ve farklı yiyeceklerin göreceli enerji (kalori) yoğunluklarına dikkat ederek, hastalar, kalori sınırlamalı diyetleri daha doyurucu, dolayısıyla izlemesi daha kolay bulabilirler.

- Yağ, protein ve karbonhidrattan önemli ölçüde daha yoğun enerjilidir. Yağ, protein veya karbonhidrattan gram başına iki kat fazla kaloriye sahiptir. Her bir gram yağda 9 kalori varken, her bir gram protein veya karbonhidratta sadece 4 kalori vardır. Bu yüzden, eğer hastalar yağ alımlarının birazının yerine karbonhidrat veya protein koyabilirlerse daha fazla yemek yiyebilirler. Terapist, bu enerji yoğunluğu tartışmasını, makro besinler yerine yiyecekler odaklarsa, hastalar için daha anlamlı olacaktır. O yüzden terapist mümkün oldukça, her hastanın yemeye eğilimli olduğu yiyecekler seçerek, örnek yiyecekler kullanılmalıdır. Bazı hastalar nişastalı yiyeceklerin –ekmek, tahıl ve makarna gibi– önemli miktarda kalori vereceğine işaret edebilirler. Bu doğru olmasına rağmen önemli miktarlarda yendiklerinde yüksek yağlı yiyeceklerden daha doyurucudurlar.

- Yağ alımını sınırlamak, aynı zamanda obeziteye ilişkin bazı sağlık risklerini (özellikle de kardiyovasküler hastalıkları) azaltma yönünde önemli bir getiriye de sahiptir.

Eğer hasta bir yüksek yağlı diyet yiyor ve bu kilo kaybına bir engel oluşturuyorsa, terapist bu noktada Modül VIII’i (“Sağlıklı Beslenme”) tanıtmalıdır.

Yeme Tarzı

Hastalar nasıl yediklerine dikkat etmelidir. Mümkün olduğu takdirde, yapay görünse bile, yeme planlanmalı ve tam olarak şekillendirilmelidir. Hastalar ne yiyip içeceklerine önceden karar vermeleri için cesaretlendirilmelidir. Yemeklerin evde, hazırlanmış bir yerde, oturarak yenmesi yardımcı olacaktır. Yemekler otomatik olarak yenmekten çok, tatlarına varılarak yenmelidir ki hasta yediğinin tam “değer”ini anlasın. Yoksa hastalar öğünlerini ve atıştırmalıklarını, yediklerini gerçekten fark etmeden bitirmiş olabilirler.

Yemenin Bilişsel Yönleri

Hastalar, kişinin yemek ve yeme hakkında ne düşündüğünü bilmesinin de önemli olduğunu görmeleri için cesaretlendirilmelidir. Örneğin nasıl yemeleri gerektiğine dair birçok kuralla katı bir şekilde diyet yapan insanlar, ne kadar ufak olursa olsun kurallarının kırılmasına aşırı bir tepki verme eğilimindedirler. Kurallardan ziyade ana hatların olduğu esnek bir diyet yaparken bu tip sorunların ortaya çıkması daha az olasıdır (bir sorun olacak gibiyse bu meseleyi nasıl ele almak gerektiğine dair Bölüm 5’e bakınız).

TABLO 4.3

Enerji Dengesi Hakkında Hastalar İçin Bilgiler**ENERJİ DENGESİ****Anahtar noktalar**

- Dengeli bir kilo için, enerji alımınız (yiyerek olarak ne yediğiniz ve içtiğiniz) yaktığınız enerjiye (beden süreçlerinizi ayakta tutmak ve fiziksel aktivite için gereken) eşit olmalıdır.
- Enerji alımınız (kaloriler) yaktığınız enerjiyi belirli bir süre boyunca aşarsa kilo sorunları oluşur.
- Bu pozitif enerji dengesi (fazladan enerji) bedende temelde yağ olarak depolanır.
- Fazla kilo (yağ), sadece vücudunuz enerji (yağ) deposundan almaya başlasın diye negatif bir enerji dengesi yarattığınızda kaybolur.
- Kilo kaybı sağlamak için enerji alımınızda (yiyerek ve içecek olarak) sürekli bir azalma gerekir.
- Prensipite kilo kaybı oranınız fiziksel bir aktivite sonucu yaktığınız enerjinin artırılmasıyla hızlandırılabilir ama pratikte ek getiriler çok fazla değildir. Öte yandan, düzenli fiziksel aktivite kilonun korunmasına yardım eder.
- Hedef kilo aralığınıza bir kez ulaştığınızda, kilonuzu sabitlemek için, yeme ve aktivite düzeyinizi ayarlamak gereğini duyacaksınız. Bu üzerinde çalışmayı gerektiren önemli bir beceridir.

Neden bazı insanların kilo sorunları vardır?

- İki temel neden vardır ve genellikle her ikisi de geçerlidir:
 - Çok fazla yemek (enerji alımının çok yüksek olması)
 - Yeterince hareketli olmamak (yeterince enerji yakmamak)
- İnsanların bedenlerinin çalışması için gerekli olan enerji miktarları değişmesine rağmen, metabolik, hormonal veya diğer tıbbi sorunlar nadiren konuyla ilgilidir.
- Kilo sorunları ailelerde oluşmaya meyillidir. Bu, aile çevresi veya genetik faktörler veya her ikisine de bağlı olabilir.
- Genlerin beden ağırlığı üzerine belirli bir etkisi vardır, yani çoğu bireyin önemli kilo sorunları yaşadığı bir aileden geliyorsanız, benzer sorunlara genetik olarak yakalanmanız olasıdır.
- Psikolojik faktörler bazı insanların yemesine yol açar. Bazı insanlar strese tepki olarak, mutsuz olduklarında veya sıkıldıklarında fazla yerlerken diğerleri iştahlarının azaldığını hissederler. Aşırı diyet de fazla yemeyi cesaretlendirir.
- Kötü yeme alışkanlıkları da öğrenilebilir (evde, işte, okulda veya başka durumlara bağlı olarak). Bugün toplumumuzdaki özel bir sorun, çoğu insanın kolay erişilebilir ve lezzetli olmaları yüzünden çok fazla yüksek yağlı yiyecekler yemesidir.
- Toplum olarak aynı zamanda eskiden olduğumuzdan çok daha az hareketliyiz. Çoğu insanın az hareket gerektiren işleri var ve evde de daha az hareketliler.

Kilo Ayarlaması Hakkında Bilgilendirme

Kilo kaybı sürecinde bir noktada hastalar, kilo ayarlamasının prensipleri (enerji dengesi) hakkında bilgilendirilmelidir. Konuya, kilo kontrolüyle ilgili güçlüklerin nasıl oluştuğu ve onların üstesinden gelmek için neler yapılabileceğinin anlaşılmasının ne kadar önemli olduğu açıklanarak girilmelidir. Bilgiler sade ve konuyla ilgili tutulmalıdır. Tablo 4.3 ele alınacak noktaları kapsamaktadır. Bunlar terapistin hastayla üzerinden geçmesi gerektiği Broşür E’de de listelenmiştir.

Tartışılan birtakım faktörler hastaları kilo sorunlarına hassaslaştırabilmesine rağmen, terapistler, hastaların kilolarını başarıyla değiştiremeyeceklerine

inanmak için hiçbir sebep olmadığını açıklayarak, bu bilginin olumlu yönünü vurgulamalıdır. Terapistler hastalara, eğer harcadıkları enerji miktarı tükettikleri yiyeceklerden sağlanan enerji miktarından daha çok olacak şekilde enerji dengelerini ayararlarsa kilo kaybedebileceklerini hatırlatmalıdır. Bunu yapmanın en etkili yolu yiyecek ve içecek olarak daha az enerji almaktır ve odak noktasının yeme ve içme alışkanlıklarını değiştirmelerine yardım etmek olmasının sebebi budur. Terapistler, kişinin alımını sınırlandırmasının, özellikle derinden oluşmuş alışkanlıkları değiştirmeyi içeriyorsa, zorlu bir iş olduğunu kabul etmelidirler ve hastalar genellikle bel yağlı yiyeceklerin tüketilmesini cesaretlendiren bir çevrede yaşarlar. Bu açıdan terapistler hastanın dikkatini, yiyeceğin rahat erişilebilirliğine, varolan büyük seçme şansına ve oldukça lezzetli yüksek yağlı yiyeceklerin (örneğin fast food) hemen erişilebilirliğine çekmelidirler. Aynı zamanda yemenin, çoğunlukla dışarıda veya evde yemek yemek etrafında oluşan birçok sosyal ortam ve kutlamayla birlikte sosyal bir aktivite olduğunun da altını çizmelidirler. Her yerde var olan bu yeme baskılarına ek olarak, hastalar çocukken büyük porsiyonlar yemeyi, tabaktaki her şeyi bitirmeyi (aç olsunlar veya olmasınlar) ve ruh hâllerini düzenlemenin bir yolu olarak yemeyi öğrenmiş olabilirler. Terapistler her hasta için uygun görülen bu baskıları detaylıca tartışmalıdır.

Haftalık Gözden Geçirmelere Başlama

Hastalar randevu sıklığındaki değişimlere uyum sağlamak için yardıma ihtiyaç duyabilirler. Daha önce açıklandığı gibi, bizim uygulamamız ilk 6 hafta için haftalık randevular ve sonra her iki haftada bir randevu vermektir. Randevuların sıklığını azaltmadan iki hafta önce, hastalardan bunun sonucunda oluşabilecek güçlükleri tahmin etmelerini isteriz. Buna ek olarak, kendileriyle haftalık “gözden geçirme seansları” yapmalarını tavsiye ederiz. Terapistle seansın olmadığı haftalarda, bu gözden geçirmeler randevuların yerine geçerek “döküm çıkarmak” için iyi bir zaman olabilir. Randevunun olduğu haftalarda, bu gözden geçirme, yaklaşan seans için değerli bir hazırlanma işlevini görür.

Gözden geçirme seansları, terapistle bir randevuyumş gibi, resmî, önceden ayarlanmış ve öncelik verilmiş olmalıdır. Terapist, amaçlarını ve nasıl yapılacaklarını açıklamak için, aynı zamanda Broşür F’de de bulunan, Tablo 4.4’teki bilginin üzerinden geçmelidir. Sonraki her randevuda, terapistler hastalara en son gözden geçirme seansları, ilerlemelerinin kendi değerlendirmeleri ve kendilerine verdikleri ev ödevleri hakkında sorular sormalıdır. Bazı hastalar gözden geçirme seanslarında başkalarını (örneğin destek olan bir eş veya arkadaş) işin içine katmayı seçebilirler.

Bir kadın hasta, ilk başta haftalık gözden geçirmeleri, başarmış olduğu şeyleri saptamaya özen göstererek, nelerin iyi gitmemiş olduğunu inceleyerek ve kendisine hafta için hedefler vererek etkili bir biçimde kullandı. Ancak, görünürde hâlâ uymasına rağmen kilo kaybı yavaşladı. Boşuna didin-

TABLO 4.4

Gözden Geçirme Seanslarını Yönlendirmesi Hakkında Hastalar İçin Bilgiler**GÖZDEN GEÇİRME SEANSLARI**

Randevularınız artık 2 haftalık aralarla olacağından, kendinizle haftalık ara seanslar, randevular yapmanız önemli. Bu tuhaf gibi görülebilir, ama çok işe yarar. Bu gözden geçirme seanslarının amacı, sizin, ilerlemeniz ve olabilecek sorunlarınız konusunda uyanık kalmanızı sağlamaktır. Aynı zamanda seanslarımız arasında hızı korumanıza da yardım edecektir.

Bu gözden geçirme seansları önemlidir ve öncelik verilmelidir. Önceden bir tedavi randevusuymuş gibi planlamak en iyisidir. Her seansın aşağıdaki gibi bir yapısının olması yardımcıdır:

- İlerlemenizi en son izleme kayıtlarına ve kilonuzdaki herhangi bir değişime dayanarak gözden geçirin. Bunu yaparak son seansta üzerinde uzlaşılan “ev ödevi”nin bir değerlendirmesini yapmalısınız.
- Son hafta boyunca başardığınız her şeyi saptayın. Kendi başarılarınıza inanmanız önemlidir.
- Gelecek hafta için kendinize bir veya iki özel hedef koyun.

Haftalık aralarla tartılmaya ve kilonuzu grafiğe kaydetmeye devam etmeniz de çok önemlidir.

Her randevuda gözden geçirmede ne yaptığınızı ve kendiniz için koyduğunuz hedefleri tartışacağız.

İlerlemenizi bu şekilde değerlendirmeyi bir alışkanlık haline getirmek, sizi geleceğe, artık tedavi için gelmeyeceğiniz zamana hazırlayacaktır.

miş gibi hissetti ve haftalık gözden geçirmelerinin tonu olumsuzla döndü. Terapist onun, kilosu azalmamış olsa bile dikkate değer başka önemli davranışsal değişimler gerçekleştirmiş (ve sürdürmüş) olduğunu görmesine yardım etti. Terapist ayrıca, sadece olumsuz yönlere odaklanmak ilerlemenin dengesiz bir görünümünü vererek başarısızlık ve başa çıkamama düşüncelerine doğru bir kaymayı hızlandırabileceğinden, geçen haftanın olumlu yönlerine bakmanın önemli olduğunu açıkladı. Hasta bunu benimsedi ve gelecekte gözden geçirmelerinde olumlu özelliklere yer vermeye özen gösterdi. Bu onun, işler istediğinden daha az iyi giderken bile tedaviye bağlı kalmasına yardımcı oldu.

Dengeli bir gözden geçirmenin bir örneği aşağıda verilmiştir:

Bu hafta hiç kilo kaybetmedim ama bazı haftalar kalori sınırına bağlı kalmış ve sağlıklı yemiş olsam bile bunun olduğunu biliyorum. Bu hafta hedefime bağlı kalmada oldukça iyi olduğumu hissediyorum. Büfede, planladığım stratejileri kullanırken, oldukça iyiydim. Hâlâ biraz moralim düşük, ama başa çıkabiliyorum ve kendimi rahatlatmak için yemiyorum. Gelecek hafta için hedefim egzersiz videomu iki kez kullanmak. Biraz uyuşuk hissediyorum ve egzersiz yapmanın daha olumlu ve enerjik hissetmeme yardım edeceğini (ve biraz ekstra kalori harcatacağını!) düşünüyorum.

Yemeden Başka Alanlardaki Değişimleri Saptama ve Cesaretlendirme

6. haftadan itibaren yaklaşık aylık aralarla, terapistler hastalara hayatta yemeden ve kilodan başka alanlarda yaşadıkları veya yaptıkları değişimler hakkında sorular sormalıdır. Amaç, çoğu hasta birincil olarak kilo odaklı olduğundan, tedavinin bir sonucu olarak getirilere dair hastanın bakış açısını genişletmektir. Başarılı olursa, bu tedavinin ilerleyen bölümünde hastanın kilo hedeflerinin makul hâle gelmesini kolaylaştıracaktır (bakınız Bölüm 8).

Tedaviye bağlanabilir gibi görünen bütün olumlu değişimler belirtilmeli ve övülmelidirler. Ayrıca, eğer hasta yapıcı yaşam tarzı değişimleri (örneğin daha sosyalleşme veya yüzme gitme) gerçekleştirmeyi düşünüyorsa, bunlar ısrarla cesaretlendirilmelidir.

H: Tartının gösterdiği yüzünden hayal kırıklığına uğradım, ama giysilerimin nasıl oturduğuna bakınca genel bir değişimin olduğunu söyleyebilirim.

T: Bu kulağa iyi geliyor. Başka yönlerden değişik hissediyor musunuz?

H: Evet, çok daha iyi hissediyorum. Daha fazla enerjim var. Daha az yorgunum. Ve yeni giysiler satın aldım.

T: Bu nasıl oldu?

H: İyi oldu. Yeni bir etek aldım, normalde aldığımdan daha farklı bir renk ve yeni bir bluz. Dışarı çıktığımızda giydim onları ve birçok iltifat aldım!

T: Harika! Yani istediğiniz kadar hızlı kilo kaybetmemenize rağmen bazı şeyler değişti mi?

H: Evet, sanırım.

T: Peki bu mükemmel. Bu çeşit değişiklikleri saptamak ve sadece tartıdaki sayıları düşünmemek gerçekten önemlidir, yani bütün bu şeyleri fark etmiş olmanız harika.

Dışarıda Yemeyi, Tatillerde ve Özel Durumlarda Ele Alma

Dışarıda, tatillerde ve özel durumlarda yemek kalori alımlarını sınırlamaya çalışanlar için özel zorluklar getirir. Kilo kontrolünün birçok cephesinde olduğu gibi, önceden planlama çok önemlidir.

Tablolar 4.5, 4.6, ve 4.7 (aynı zamanda Broşür G, H, ve I olarak da basılmıştır) hastaların bu durumlarla baş etmelerine yardımcı olmak için tamamlayıcı davranışsal ve bilişsel stratejileri özetlemektedir. Bu bilgileri bir rehber olarak kullanarak, hastaların bu durumlarla başa çıkmak için kendi stratejilerini planlamalarına yardımcı olunmalıdır. Genel olarak, hastalar çok miktarda yemenin tatil ve özel durumlarının gerekli bir parçası olup olmadığını düşünmeye cesaretlendirilmelidirler. Eğer öyleyse, terapist kısaca bunun sebeplerini ve farklı bir tutumun daha yardımcı olup olmayacağını araştırmalıdır. Hastalara, sosyal nedenler veya tatillerin yeme ve içmeden farklı olan, onları zevk alınabilir kılan özel-

TABLO 4.5

Sosyal Durumlarda Yeme Üzerine Hastalar İçin Bilgiler**SOSYAL YEME**

Kalori alımınızı kontrol etmeye çalışırken dışarıda veya başka insanlarla yeme ek güçlükler doğurabilir. Önceden planlamak önemlidir. Özellikle hem sosyal yemeyle ilgili pratik meselelerle hem de kalori sınırınıza bağlı kalma tutumunuzla nasıl başa çıkacağınız hakkında düşünmüş olduğunuzdan emin olmak yararlıdır. Eğer onlarla başa çıkmak için bir planınız varsa, çoğu durumların başarılı bir biçimde üstesinden gelinebilir. Öte yandan, eğer hazırlıksız yakalandıysanız, daha büyük sorun yaşama riskiniz vardır.

İşte dışarıda yemeyle başa çıkmak için bazı özgül tavsiyeler.

A. Pratik Stratejiler**Genel**

- Yeterince önceden planlayın, çünkü yemenizi kalorileri “depolayacağınız” olaydan önceki (ve/veya sonraki) günlerde ayarlamak isteyebilirsiniz. Çoğunlukla aynı zamanda özel durumla baş etmek için bir strateji planlamanız da gerekecek (aşağıya bakınız).
- Karşılaşacağınız güçlükler hakkında düşünün. Aşağıdakileri değerlendirin:
 - Sunulacak yiyecek miktarı ve tipleri
 - Yeme yönündeki sosyal baskılar
 - “Ekstra”ların erişilebilirliği (örneğin öğün öncesi iştah açıcılar, yemek sonrası çikolataları)
 - Alkol
- Geçmişte benzer durumlarda nasıl başa çıkmış olduğunuz hakkında düşünmek faydalı olabilir.

Aşağıda bahsedilen bütün durumlarda önceden planlamak yararlıdır. Bu size, oluşabilecek güçlükleri önceden tahmin etmek ve onlarla başa çıkmak için zaman verir. İşte yardımı olabilecek bazı pratik öğütler. Hepsinin size uymayacağını unutmayın.

Restoranlar

- Mümkünse restoranın seçimine katılın; menüye önceden bakın veya mümkünse restorana telefon ederek düşük yağlı veya düşük kalorili yemeklerin olup olmadığını sorun.
- Mümkünse, yemeğin ekstra tereyağı olmadan ve sosların ayrı sunulmasını isteyin ki böylece aldığınız miktarı kontrol edebilirsiniz. Ana yemeğin ekstra sebze veya salatayla birlikte daha küçük bir porsiyonunu istemeyi düşünün.
- Set menülere dikkat edin. Kilo kaybetmeye çalışan kişiler için pek iyi olmayan seçimleri olan yemekler içerebilirler ama aynı zamanda ödemeyi yaptıktan sonra direnmesi de zor olabilir.
- Tatlı olarak taze meyve istemeyi deneyin veya tatlıyı bir başkasıyla paylaşın.

Açık Büfeler

- Tabagınıza bir şey koymadan önce nelerin bulunduğuna dikkatle bakın. Gerçekten hoşlanacağınız birkaç yiyeceği saptayın (her şeyden birazcık denemekten ziyade) ve salata veya pilav gibi sizi doyuracak düşük kalorili opsiyonlar seçin.
- Tam boyutlu bir yemek tabağı yerine tatlı tabağı kullanmaya çalışın.
- Oturarak yediğiniz bir yemekmiş gibi davranın. Açık büfeyi sadece bir kez ziyaret edin ve sonra yedikten sonra tabağınızdan mümkün olduğunca erken kurtulun.
- Alternatif olarak, bir başkasından size biraz yiyecek getirmesini isteyin ve ona neleri istediğinizi söyleyin.

Kendi Evinizde Davet Verirken

- Yüksek yağlı, yüksek kalorili bir yemek sunmak zorunda olup olmadığını değerlendirin. Çoğu insan ya kilolarına veya sağlık sebeplerinden dolayı diyetlerine dikkat ediyordur. Düşük yağlı bir öğünün aynı şekilde misafirlerin hoşuna gitmesi olasıdır ve kesinlikle kötü bir ev sahibi olduğunuzu göstermez.
- Tek parça tavuk gibi tek porsiyon yiyecekler çoğunlukla daha kolay idare edilir ve geriye kalanların cazibesinden kaçınmanızı sağlarlar.

TABLO 4.5

(devamı)

- Eğer kalmış yiyecek varsa, ya misafirlere yanlarında götürmeleri için verin ya da hemen dondurun.
- Yemek hazırlarken ağzınıza atma eğilimindeyseniz, kullanılmış tabak ve malzemeleri hemen sabunlu suya batırmayı deneyin veya yemeği hazırlarken sakız çiğneyin.

Bir Başkasının Evinde Yerken

- Eğer mümkünse, önceden ne servis edileceğini öğrenmeye çalışın. Ev sahibini/sahibesini iyi tanıyor-sanız, iletişime geçip durumunuzu açıklamayı ve yardım etmesinin mümkün olup olmadığını sormayı düşünün. Belki ne servis etmeyi planladığını öğrenebilir, böylece ne yiyeceğinize önceden karar verebilir ve gününüzü ona göre planlayabilirsiniz.
- Yanınızda yemek götürmeyi önermek mümkün olabilir, böylece en azından bir tane düşük kalorili opsiyon olacağını bilirsiniz.
- Servis yapmak için yardım teklif edin böylece porsiyon miktarınızı kontrol edebilirsiniz, veya küçük bir porsiyon isteyin.
- Tabağınızı salata veya sebzelerle doldurun ve yüksek kalorili tabaklardan sadece ufak miktarlarda alın. Bu kalorileri kontrol etmenize yardım eder ve kilo kontrolü çabalarınıza dikkat çekmekten kaçınır.
- Tükettiğiniz kalorileri hesaplamak için tarif sormak yemeğin içinde ne olduğunu öğrenmek açısından iyi (ve sosyal olarak kabul edilebilir) bir yol olabilir.

B. Diğer Meseleler

Yeme Yönündeki Baskı

Planladığınızdan daha fazla yeme baskısı altında kaldığınızı hissetme eğiliminde iseniz, tam olarak neyin size böyle hissettirdiğini anlayın. Size sunulan her şeyi yemezseniz insanları gücendireceğinizden mi endişe ediyorsunuz? Eğer sorunun ne olduğunu tam olarak anlayabiliyorsanız, başa çıkma yolları düşünmek daha kolay olacaktır. Örneğin eğer çok yemezseniz ev sahibinin güceneceğini düşünüyorsanız, nazik ama kararlıca “Hayır” deme çalışması yapmanın yararlı olacağı karara varabilirsiniz. Nazikçe yiyecekleri geri çevirmenin gücendirme yaratmasının olası olup olmadığını test edebilirsiniz. Bunu siz ev sahibi olsaydınız ve birisi yiyecekleri bu şekilde geri çevirseydi neler hissetmiş olacağınız hakkında düşünerek veya başkalarının her zaman var olan her şeyden büyük porsiyonlar yiyip yemediklerini ve eğer yemezlerse başka herkesin nasıl tepki verdiğini görmek için dikkatle bakarak yapabilirsiniz. Eğer başka herkesin yaptığını yapmayarak dik-kati kendinize çekeceğinizden endişe ediyorsanız, örneğin muhtemelen araba kullanacakları için veya sadece tercihleri öyle olduğu için alkol içmeyen kişilere diğerlerinin tepkilerini gözlemleyebilirsiniz. Böyle durumlara olumsuz tepki vermenin akla yatkın olduğunu düşünüp düşünmediğinizi ve sizin böyle yapıp yapmayacağınızı kendinize sorun.

Yoksun Hissetmek

Kalorilerinizden en üst seviyede faydalanmak için önceden planlamak yararlı olsa da, sosyal olayların tamamen yüksek kalorili yiyecek ve içecekler etrafında döndüğünü hissetmek ve istediğiniz her şeyi yiyip içmemenin bu olayları daha az keyifli hâle getirdiğini düşünmek nadir değildir. Yiyecek ve alkolü sınırladığınızda ortamlardan daha az zevk alıp almadığınızı görmek için bu görüşü test edebilirsiniz. Ayrıca sosyal olayların onları zevkli yapan bütün o yiyecek dışı yönlerine (örneğin arkadaşlarla konuşmak, rahatlamak için zamana sahip olmak, bulaşıkları yıkamak zorunda olmamak) odaklanmaya çalışabilirsiniz, böylece yiyecek ve içecekler sosyal olayların daha az önemli yönleri haline gelir.

Beklenmeyen Durumlarla Başa Çıkmak

Bazen yemek için davet beklenmedik şekilde gelir – biri uğrar ve öğle yemeği yemeyi önerir veya arkadaşlar yemekle çıkagelirler veya biri sinemadan sonra yemeğe gitmeyi önerir. Durumu nasıl ele alacağınız hakkında açıkça düşünmek için birkaç dakika ayırmak yararlıdır. Yemeğe katılıp kalorileri sonra gün içinde ve bir sonraki gün kısmaya karar verebilirsiniz. Alternatif olarak, eğer çoktan yemek yediyseniz veya ne yiyeceğinizi önceden planladıysanız, daha farklı yanıt vermeniz gerekebilir: Belki birlikte yemek yiyebileceğiniz bir başka zaman önererek veya çoktan yemiş olduğunuz için sadece az miktarda yiyeceğinizi açıklayarak. Farklı olasılıkları denemeyi ve hangisinin sizin için en iyi işlediğini bulmayı isteyebilirsiniz.

TABLO 4.6

Tatillerde Planlama Üzerine Hastalar İçin Bilgiler

TATİLLER İÇİN PLANLAMA

Kalori alımınızı kontrol etmeye çalışırken tatiller ek güçlükler doğurabilir. Yiyecek seçiminin evdekenden oldukça farklı olabileceği tanıdık olmayan bir çevrede olabilirsiniz ve yiyeceklerin hazırlanması üzerinde her zamankinden daha az kontrolünüz olabilir.

Önceden planlamak önemlidir. Özellikle, hem yemeyle ilgili pratik meselelerle hem de bir kalori sınırı na bağlı kalmak hakkında nasıl hissedebileceğinizle başa çıkmak hakkında düşünmüş olduğunuzdan emin olmak yararlıdır. Çoğu durumların, eğer onlarla başa çıkmak için bir planınız varsa, başarıyla üstesinden gelebilir. Öte yandan, eğer hazırlıksız yakalanırsanız sorunlarla karşılaşma riskiniz büyüktür.

Genel

Tatiller bir rahatlama ve keyif zamanıdır ve bazen insanlar bunu yiyecek ve içecek tüketimlerini kısıtlamalarıyla bağdaşmaz görürler. Tatilinizden en iyi şekilde yararlanırken kilo kaybına verdiğiniz büyük emeği yok etmemeyi de göz önünde bulundurmak yararlı olacaktır. İlk adım, tatil boyunca hedefiniz hakkında karar vermektir. Kilo kaybetmeye mi devam etmek istiyorsunuz yoksa şu anki kilonuzu mu korumak istiyorsunuz? Kilo kaybetmeye devam etme gayesiyle kalori hedefinize bağlı kalmak istiyorsanız, bu hedefe nasıl erişeceğinizi hakkında açık ve gerçekçi olun. Kalori hedefinize bağlı kalmanın gerçekçi olmadığını düşünüyorsanız, kilonuzu korumak gayesiyle, tatil süresi için terapistinize hafifçe daha yüksek bir kalori limiti kararlaştırmanız en iyisi olabilir.

Hedefleriniz hakkında kararlar verirken, uzakta geçireceğiniz zaman zarfında serbestçe yemek ve içmenin yanı sıra neyin zevkli olacağını düşünüp taşınmak yararlı olabilir. Bir tatil öğrenmiş olduğunuz yeni alışkanlıkları uygulamak ve yiyecek ile alkol alımınızı sınırlarken bile iyi bir zaman geçirebilme olanağınızı denemek için iyi bir fırsat sağlayabilir.

İşte önceden planlarken göz önüne alınması gereken bazı belirli pratik meseleler.

Yiyecek ve Kiloyu İzlemek

- Uzaktayken yiyecek ve kilonuzu izleyecek misiniz? Eğer öyleyse, nasıl? Yiyecekleri tartmak ve kilonuzu kontrol etmek için tartılar mevcut olacak mı?
- Haftalık gözden geçirmelerinizi ne zaman yapacaksınız? Kendinize bir zaman ayırabilir misiniz? Siz uzaktayken haftalık gözden geçirmelerinizi terapistinize göndermek (faks veya e-posta) yararlı olur muydu?

Yolculuk Hazırlıkları

- Kapıdan çıkmanızdan geri dönmenize dek seyahatiniz ne kadar sürecek? Bu zaman boyunca normalde hangi yemekleri yerdiniz? Bir gecelik mi yoksa uzun süreli bir uçuş mu olacak? Eğer öyleyse, bu yeme kalibınızı nasıl etkileyebilir?
- Ne yiyecekler mevcut olacak? Ne yediğiniz üzerinde kontrolünüzün olmasını garantilemek için kendi yemeğinizi götürmeye değer mi? Benzin istasyonları, hava alanları veya trenlerdeki abur cubur erişilebilirliği tarafından baştan çıkarılmanız olası mı? Yemek seçiminiz koşullar (örneğin uçaktaki yemekler) tarafından mı belirlenecek? Eğer öyleyse, özel bir yemek söylemeye değer mi?
- Gideceğiniz yere (ve dönüş yolculuğunuzda eve) vardığınızda saat kaç olacak? Uygun yiyeceklerin mevcut olmasını (örneğin evde bir yemeği dondurucuda bırakarak) ayarlayabilecek misiniz?
- Yolculuk yaptığınız süre boyunca izlemeyi nasıl kolaylaştırabilirsiniz? Çoğu insan bir aradan sonra izlemeye devam etmeyi zor bulur, bu yüzden alışılmadık durumlarda izleme yapmayı başarmak önemlidir. İzleme kâğıtlarınızın el altında olmasını sağlamak önemlidir ve yanınıza aldığınız her şeyi önceden hesaplamak yolculuk boyunca izleme yapmayı daha kolay hale getirebilir.

Evden Uzaktayken Genel Ayarlamalar

- Yemek sağlanacak mı? Dışarıda mı yiyor olacaksınız, kendi yemeğinizi mi hazırlıyor olacaksınız veya bu ikisinin bir karışımı mı? Özel ayarlamalarla nasıl başa çıkacaksınız? Güçlükleri önceden sezinliyor musunuz? Bu durumlarda önceden planlamanın yararlı olması olasıdır.
- Gereklerinize ekibin geri kalanına nasıl ayak uyduracak?
- Ne tür yiyecekler mevcut olacak?

Alkol

- Alkol alımınız tatildeyken artma eğiliminde midir? Bunu nasıl idare etmeyi tasarlıyorsunuz?

TABLO 4.7

Özel Durumlarla Başa Çıkma Üzerine Hastalar İçin Bilgiler**ÖZEL DURUMLAR**

Kalori alımınızı özel durumlarda (partiler, doğum günleri, düğünler ve diğer kutlamalar gibi) kontrol etmeye çalışmak zor olabilir. Böyle durumlar, öğrendiğiniz yeni alışkanlıkları uygulamak ve çok fazla yemeden iyi zaman geçirme olanağını test etmek için iyi bir fırsat sunar. Bu broşür, özel durumlarla başa çıkmak için önerdiğimiz stratejilerin birçoğunu özetler. Aynı zamanda özel durumlarda yiyeceğin rolü üzerinde düşünmek için yeni ve farklı yollar önerir.

Hedefler

Genellikle haftalık kalori hedefinize (haftanın bir ortalaması olarak) bağlı kalmak en iyisidir. Buna nasıl erişeceğinizi hakkında açık ve gerçekçi olun. Bir partiyi önceden sezinleyerek bütün gün boyunca hiçbir şey yememek büyük olasılıkla daha sonra aşırı yemeye götürür. Bunun yerine bir gün önce veya sonra hafifçe yemek daha iyi bir plan olabilir. Hoşlandığınız yiyeceklerden bütünüyle kaçınmak da bir hata olabilir. Böyle yiyecekleri yemeyi planlamak ve gününüzün yeme planına dâhil etmek çoğunlukla iyi bir fikirdir.

Önceden Planlayın

Herhangi bir özel durumla başa çıkmak için tek en önemli strateji önceden planlamaktır. Eğer birkaç günlük bir süre boyunca etrafta ekstra yiyecek ve birden fazla öğün veya parti olacaksa bu özellikle önemlidir. Yüksek kalorili yiyecekler ve alkollü içecekler çoğunlukla bu olayların gerekli bir parçası gibi görünürler, bu yüzden bu zorluklarla başa çıkmak için planlar yapmanız özellikle önemlidir. Her bir gün için plan yapmak genellikle yararlıdır ve kutlamalar birkaç gün boyunca süreceksa birkaç gün önceden plan yapmanız gerekebilir.

İzleme

İzlemeye devam etmek çok önemlidir. Bu sizi stratejilerinizin nasıl işe yaradığı hakkında bilgilendirecek ve mümkün oldukça planlarınızı uyarlamanıza yardım edecektir. Aynı zamanda hedeflerinize odaklı kalmanıza da yardım edeceklerdir.

Alkol

Alkole başa çıkmak için bir planın olması özellikle önemlidir; sadece kalori eklemekle kalmaz, orta ölçüde yeme azmini de zayıflatma eğilimindedir.

Özel Durumların Diğer Keyif Verici Yönlerine Odaklanma

Çoğu sosyal olay, yüksek yağlı yiyecek ve alkol merkezinde gibi gelse de, bunları büyük miktarlarda tüketmeden kutlamanın mümkün olup olmadığını değerlendirin. Kutlamaları yeme (en azından çok miktarlarda yiyecek) içermeyen ve bunları denemeden mümkün kılacak yollar üzerinde düşünmek yararlıdır. Sosyal durumların onları zevkli kılan özelliklerine özellikle dikkat etmeye çalışın. Bu sizi orta miktarlarda yemek yemenin keyfinizi berbat etmediği sonucuna varmaya götürebilir. Hatta bazı insanlar daha az yiyip içtiklerinde ortamdaki daha çok zevk aldıklarını bile keşfedebilirler.

Yeme Yönündeki Baskıyla Başa Çıkma

Planladığınızdan daha fazla yeme baskısı altında kaldığınızı hissedebilirsiniz. Bu birçok sebepten olabilir: Sırf yiyecek bolluğu sizi çekebilir; çok yemezseniz insanların güceneceğini hissedebilirsiniz; veya her sunulanı yiyip içmede diğerlerine katılmazsanız 'göze batan tuhaf kişi' olacağınızı hissedebilirsiniz. Eğer önceden bir plan yaptıysanız böyle durumlarla başa çıkmak daima daha kolaydır. Ayrıca yiyecekleri nazikçe ama kararlı şekilde reddetme alıştırmaları yapmak da yararlıdır. Başkalarını memnun etmek için yemek zorunda değilsiniz ve insanlar ne yiyip içtiğinizi nadiren fark ederler.

TABLO 4.7

(devamı)

Yiyecek Hediyeleri

Özel ortamlarda insanlar sizin için çikolata, tatlı, kek veya diğer yiyeceklerden alabilirler. Eğer bu olası ise, onlardan başka bir şey almalarını istemek uygun olur muydu? Bunu isteyemeyeceğinizi hissediyorsanız belki eşiniz veya bir yakınınız veya arkadaşınız başkalarına size yiyecek alınmamasını tercih ettiğinizi dikkatlice bildirebilir. Ayrıca böyle bir yiyeceği beklenmedik bir şekilde alırsanız nasıl üstesinden geleceğinizi düşünüp taşınmanız da yararlı olurdu. Başka birine verebilir miydiniz?

Abur Cuburlar

Özel ortamlarda bazen her nevi abur cubur sergilenir. Kâseler dolusu kabuklu yemişler, çikolatalar ve diğer yüksek kalorili abur cuburların çoğu insanın dayanmasının ötesinde bir baştan çıkarma olmaları olasıdır, bu yüzden bu durumun en iyi nasıl üstesinden geleceğinizi planlayın. Böyle durumlar kontrolünüz altındayken, her şeyi farklı yapmaya karar verebilirsiniz.

Eğer abur cuburu siz sağlamak zoradaysanız:

- Alışverişi dikkatlice planlayın ve alınan ekstra yiyeceği sınırlayın.
- Abur cuburları kilitli kaplarda tutun ve özel ortamlar için sadece ufak miktarlarda çıkarın.
- Az kalorili çiğ sebze, meyve, sade (tatlandırılmamış veya yağlanmamış) patlamış mısır ve çubuk kraker gibi alternatif, daha az kalorili abur cuburlar alın.
- Broşür G'de sosyal yeme üzerine önerilen stratejiler de çoğu özel ortam için geçerlidir.

likleri olup olmadığını ve zevk alma düzeylerinin ne yediklerinden büyük ölçüde etkilenip etkilenmediğini ortaya çıkarmaları için yardım edilmelidir.

Aktivite Düzeyi ve Egzersiz

Çoğu kilo kaybı tedavisi hastaları daha aktif hâle getirmeye önem verir ve bazıları ağır egzersizler gerektiğini savunur. Bu yaklaşımın değerini sorgulamak için geçerli sebepler vardır:

- Diyet kısıtlamasıyla kıyaslandığında aktivite düzeylerini artırmanın enerji dengesi üzerinde nispeten orta düzeyde bir etkisi vardır.
- Obezitesi olan bazı hastalar için egzersiz programları caydırıcıdır. Ortaya çıkacak fiziksel görüntü yüzünden mahcup olabilirler, görünüş ve performanslarından utanabilirler ve birçok egzersiz şeklini fiziksel olarak fazla çaba gerektirici bulabilirler.
- Enerji kısıtlamalı diyetle bağlı kalma ve bu bağlılığın önündeki engellerle uğraşmak (bakınız Bölüm 5) düzenli egzersiz yapma gibi ek davranışsal hedefler olmaksızın bile zaten çaba gerektiricidir. Eğer çok fazla hedef korsa, pratikte bunların çok azına ulaşma riski vardır.

Bu tedavinin aktivite ve egzersiz üzerindeki tutumu, istikrarlı kilo kaybı yerleşene dek bunlar üzerine odaklanmanın ertelenmesidir (bakınız Bölüm 6). Aktiviteye yönelmek, muhtemelen tedavinin ileriki aşamalarında özellikle önemli-

dir çünkü aktivite düzeyinin, kilonun uzun vadede korunacağına habercisi olduğu gösterilmiştir. Tabii ki, hastalar tedavide daha erken dönemlerde fiziksel olarak aktif olmaktan caydırılmamalıdır. Eğer zaten aktiflerse övülmelidirler. Eğer yeni bir aktivite şekli isterlerse, diyetle uyumu engellemediği sürece buna cesaretlendirilmelidirler. Fiziksel aktiviteyi cesaretlendirmenin ana hatları Bölüm 6'da verilmiştir.

Tedavinin başlarında bir kadın hasta fiziksel aktivite düzeyini artırmaya olan eğilimini ifade etti. Durmadan kilo kaybediyor ve genel olarak iyi bir ilerleme gösteriyordu. Terapist cesaretlendiriciydi, ama hastayı egzersiz konusunda somut planlar yapmaya itmedi. Sonraki birkaç seans boyunca hasta arkadaşlarının katıldığı bir egzersiz sınıfından konuşarak kendisinin de katılmaya davet edildiğini söyledi. Hasta ilkin biraz kararsızdı, ama zamanla denemeye karar verdi ve gitmek için bir tarih belirledi. Terapist planları hakkında ve egzersizin genel getirileri hakkında olumlu oldu. Egzersiz sınıfından sonraki seansta hasta sıkıntılı gözüküyordu. Nefret verici bir deneyim olarak bulmuştu. Fiziksel olarak seans çaba gerektirici idi ve kendisini ve diğer katılımcıları aynada izlemeyi altüst edici bulmuştu çünkü kendisini daha iri ve biçimsiz görmüştü. Terapist hastanın endişelerini dinledi ve ona ne yapmayı düşündüğünü sordu. Hasta egzersiz sınıfına geri dönmeyeceğini söyledi. Terapist meseleyi daha fazla zorlamadı ve fiziksel aktivitenin daha sonra geri dönecekleri önemli bir konu olduğunu açıkladı. Aynı zamanda hastanın kendi vücudunu başkalarıyla karşılaştırmadaki sıkıntısını fark etti ve bunun beden görüntüsü endişeleri konusunu ele aldıklarında ele alınmasına karar verdi.

Sorun Çözme Becerileri Geliştirme

Bütün hastalara sorun çözme öğretilmelidir. Bu beceri, onların, yiyecek alımlarını sınırlamaya çalışanların karşılaştıkları günlük zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olur. Kullanılan yaklaşım Goldfried'in çalışmasından türetilmiştir (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Goldfried & Goldfried, 1975).

İdeal olarak sorun çözme eğitimine yeni bir güclüğü saptayarak başlamak en iyisidir – örneğin bir dış olay tarafından hızlandırılmış bir aşırı yeme atağı. Sonra, bu sorunu bir örnek olarak kullanarak, terapist hastaya sorun çözmenin prensiplerini öğretmelidir. Terapist çoğu sorunun ilk başta ezici gelmesine rağmen, eğer sistematik yaklaşırlarsa, çoğunlukla üstesinden gelinebilir olduğunu açıklamalıdır. Sorun çözme becerilerini elde etmek, hastanın günlük zorlukların üstesinden gelmesine yardım eder, böylece bu zorluklar aşırı yemeye neden olmazlar.

Prensipite, etkili sorun çözme, son bir gözden geçirme adımıyla birlikte şu altı sağlıklı adımı izler:

Adım 1. Sorun mümkün olduğunca çabuk saptanmalıdır.

Adım 2. Sorun kesin bir şekilde belirtilmelidir: Sorun tam olarak nedir? Sorunu başka türlü tanımlamak çoğunlukla yararlıdır. Aynı anda iki veya daha fazla sorun olduğu ortaya çıkabilir, bu durumda aşağıdaki adımlar her sorun için ayrı ayrı izlenmelidir.

Adım 3. Sorunla başa çıkmanın bütün yolları düşünülmelidir. Hasta mümkün olduğunca çok potansiyel çözüm oluşturmalıdır (bu “beyin fırtınası” olarak da bilinir). Bazı çözümler hemen saçma veya pratik değil gibi gözükebilir. Yine de mümkün alternatifler listesine katılmalıdırlar. Ne kadar fazla çözüm üretilirse iyi bir çözümün ortaya çıkması o kadar olası olur.

Adım 4. Her çözümün olası etkinliği ve yapılabilirliği, belki saptanan her çözüm için ayrı bir olumlu ve olumsuz özellikler listesi yaparak, iyice düşünülmelidir.

Adım 5. En iyi çözüm veya çözümler kombinasyonu seçilmelidir.

Adım 6. Seçilen çözümü gerçekleştirmek için gerekli adımlar tanımlanmalı ve çözüm için harekete geçilmelidir.

Daha sonra (genellikle ertesi gün), hasta bütün sorun çözme sürecini değerlendirmelidir. Amaç sadece söz konusu olan belirli bir sorunu çözmekten ziyade, sorun çözmede daha becerikli olmak olduğundan bu çok önemli bir adımdır. Hasta bu yüzden sorun çözme sürecinin her adımını yeniden gözden geçirmeli ve nasıl iyileştirebileceği hakkında düşünülmelidir.

Etkili sorun çözmenin önemini vurguladıktan ve içerdiği adımları açıkladıktan sonra, terapist hastanın sorun çözmeyi gelecekteki zorluklarda nasıl uygulaması gerektiğini göstermek için örnek sorunu kullanarak bu adımların üzerlerinden geçmelidir. Eğer zaman izin verirse, bir başka yeni sorun saptanmalı ve aynı şekilde yaklaşılmalıdır ama bu sefer hasta rehberlik etmelidir. Sonra, ev ödevi olarak, hastadan ne zaman fırsat olursa sorun çözme alıştırmaları yapması istenmelidir. Altı sorun çözme adımını hatırlamalarına yardımcı olmak için, hastaya Broşür J verilmelidir. Herhangi bir güçlük oluşur veya öngörülürse, “sorunu” izleme kâğıtlarının sağ kolonuna yazmalı ve sonra arkasında sorun çözme adımlarının üzerinden geçmelidirler. Sorun çözme becerilerinin alıştırmaları yaparak gelişeceği ve tekniğin her gündelik zorluğa uygulanabileceği söylenmelidir.

Sonraki seanslarda terapist hastanın sorun çözmedeki girişimlerini detaylıca gözden geçirmeli ve uygunsuz iyileştirmeler önermelidir. Amacın, açıkça arzu edilir olmasına rağmen, her sorunu çözmekten çok, sorun çözme becerileri edinmek ve onları geliştirmek olduğunu akılda tutmak önemlidir.

Bir kadın hasta bir grup arkadaşıyla hafta sonu kampa gitmeyi planlıyordu ve bunun bir sorun olabileceğini düşündü. Sorun çözme adımlarını aşağıdaki gibi geçti:

Adım 1: Sorunu erken saptayın.

Arkadaşlarımla hafta sonundaki kampı nasıl idare edeceğim?

Adım 2. Sorunu kesin olarak belirleyin.

Sorun, kamp olan hafta sonunda kalori hedefimin iyice üzerine çıkma riskinin olması. Bunun sebepleri:

1. Kamp yerinde mevcut olan yemek tipi yüksek kalorili (burger vs.).
2. Yiyecekleri koklamak ve görmek beni daha fazla yemek yönünde kıskırtıyor, diğer insanları serbestçe yerken görmek de öyle.
3. Dışarıdayken ve daha fazla egzersiz yapınca kendimi çoğunlukla daha aç hissedirim.
4. Herkes içiyor olacak ve ben de onlara katılmak isteyeceğim, ama alkol daha da kalori ekler ve beni yediklerim üzerinde daha dikkatsiz yapar.

Adım 3. Mümkün çözümleri düşünün.

1. Arkadaşlara gitmemeye karar verdiğimi söylemek.
2. Asıl akşam yemeği için bütün gün hiçbir şey yemeyerek kalori biriktirmek ve sonra diğer herkes gibi yiyip içmek.
3. Kendi az kalorili yiyeceğimi yanımda bir soğutucuda götürmek. Sadece götürdüğüm yiyecekten yemek ve her türlü alkolü reddetmek.
4. Hafta sonu boyunca kalori sınıırım hakkında endişelenmemeye karar vermek – iyi bir hafta sonu geçirmek ve hafta sonundan sonra tekrar rayına oturtmak.
5. Az kalorili yiyecekli soğutucumu yanıma almak. Böylece gün boyunca hafifçe yiyebilir (örneğin meyveyle doyabilir) ve akşam bir burger ve bir içki (daha önce kalorileri hesaplayarak) için biraz kalori biriktirebilirim.
6. Soğutucuyu al, hafifçe ye ve bir burger için kalori biriktir ve alkole bir alternatif olarak düşük kalorili karışımlar götür.

Adım 4. Her çözümün olası etkinliği ve yapılabilirliği üzerine düşün.

1. Gitmemeye karar ver – büyük olasılıkla iyi bir fikir değil. Bunu önceden planladığımız için, arkadaşlarımı geri çeviriyor olacağım. Hafta sonu sıkın ve yalnız hissedeceğim, bütün eğlenceyi kaçıracağım ve öylesine sıkın ve bıkkın olduğum için fazladan bile yiyebilirim.
2. Kalori biriktirmek için bütün gün hiçbir şey yeme. Bu çoğunlukla işe yaramaz. Akşama dek o kadar aç olacağım ki her durumda kalori sınırimi aşabilirim. Ayrıca gün boyunca asabi olacağım ve diğerleri yiyor olduklarından gücümüş olacağım ki bu hafta sonunu mahvedebilir.
3. Kendi az kalorili yemeğimi götürmek. Bu yararlı olabilir ama yine de bir burger ve bir içkiyi canım çekecek ve diğerleri yapabildiğinden gücümüş olacağım.
4. Kalori sınırı hakkında endişelenmemeye karar vermek. Bu hafta sonunu daha kolay ve hatta bazı açılardan daha keyifli hâle getirebilir ama kilo kaybetmek istiyorum ve eminim ki sınıırıma bağlı kalmaya çalışmadı-

ğima pişman olacağım. Ayrıca hafta sonu geçtiğinde tekrar rayına oturtmak zor olabilir – ertelemeye başlayabilirim.

5. Gün için soğutucu ve yiyecek al ve akşamki burger ve ölçülü içki için kalori biriktir. Bu işe yarayabilir. Hâlâ diğerleri pişirilmiş bir kahvaltı ederlerken bunu zor bulabilirim ama akşam yememekten daha kolay olacaktır.
6. Soğutucudan hafifçe ye, burger için kalori biriktir, alkol yerine az kalorili karışımlar al. Bu işe yarayabilir. Bunları alkole tercih ederim ama ısınırlarsa çok hoş olmazlar. Ayrıca hiç içmeyip kendi getirdiklerimi içmek uygunsuz olabilir.

Adım 5. En iyi çözümü veya çözümler kombinasyonunu seç.

Bir soğutucuda yanıma biraz yiyecek alacağım böylece gün boyunca hafifçe yiyebilecek ve akşam bir burger için biraz kalori biriktirebileceğim. Ayrıca yanıma biraz az kalorili karışımlar da alacağım ve bunların bazılarını içeceğim ama kendime bir içki izini de vereceğim.

Adım 6. Seçilen çözümü gerçekleştirmek için gereken adımları tanımla ve çözümü uygula.

1. Gerekli adımlar: Soğutucuyla ne almam gerektiğini kesin olarak planlamalıyım ki böylece aç hissetmememi kesinleştirecek kadar yiyeyim ama aynı zamanda akşam bir burger ve bir içki için fazladan kalorim kalsın. Burger ve içeceklerde ne kadar kalori olduğunu hesaplamam gerekiyor ve günün geri kalanı için ne kadar kalori kalacağını da hesaplayacağım. Yanımda bolca salata ve meyve götüreceğim, çünkü bunlardan hoşlanıyorum ve kendimi aç veya yoksun hissetmememe yardım edecekler.
2. Çözümü uygulama: Planlandığı gibi soğutucuyu aldım ve bu, günün çoğunda “fast food” yeme dürtüsüne karşı koymama yardımcı oldu, yine de bir gün dayanamadım ve kahvaltıda bir tost üzerinde biraz pastırma yedim, çünkü başka herkes pişmiş bir kahvaltı yapıyordu ve harika kokuyordu.

Sorun çözme sürecini değerlendirme.

Sorun çözme sürecinden oldukça memnun kaldım. Ekstra pastırma sandviçi bir gün kalori hedefimin üzerine çıktığım anlamına geldi ama daha sonra hafta içinde kalori hedefinin altında kalmayı başararak haftalık ortalama kalorilerimi hedefe yakın hâle getirdim. Soğutucunun etrafta taşımak için ağır olduğunu keşfettim, bu nedenle onu tekrar kullanmak konusunda gönülsüzüm. Bir sonraki kamp gezintimizden önce daha hafif bir soğutucu satın almayı planlıyorum ve muhtemelen yeniden benzer bir strateji kullanacağım.

Sınırlı Kilo Kaybını Ele Alma

Eğer hastanın kilosu makul bir oranda (haftada ortalama 0,5-1 kg kayıp) azalmıyorsa, terapist uyumu detaylıca yeniden gözden geçirmelidir. Eğer hasta 1500 kalorilik sınıra bağlı kalmada açıkça sorun yaşıyorsa, bunlar sorun çöz-

me yaklaşımı kullanılarak doğrudan ele alınmalıdır. Her zamanki gibi hastalar kendi çözümlerini üretmeye cesaretlendirilmelidirler.

Eğer hasta kalori hedefine bağlı kalıyor gibi gözüküyor fakat terapist kayıtların hatalı olabileceğinden şüpheleniyorsa, terapist kilo kaybı eksikliğinin muhtemelen enerji alımını kaydetmedeki hatalardan veya kalori saymadaki sorunlardan veya her ikisinden kaynaklandığını ve tam olarak sorunun ne olduğunu bulmak için hasta ve terapistin beraber çalışmalarının gerekli olduğunu açıklamalıdır. (Bu açıklamanın terapistin hastanın yalan söylediğini düşündüğünü düşündürmeyecek şekilde sunulması en yüksek derecede önem taşır.)

Eğer hasta kalori sınırına bağlı kalmayı başarıyor gibi gözüküyorsa ve terapist kayıtların hatalı olduğundan şüphelenmiyorsa, o zaman hasta ve terapist kilo kaybı oranını hızlandırmak için kalori hedefini düşürme olanağını tartmalıdır. Bu uygun gözükürse, terapist 1200 kalorilik bir sınır önermeli ve sonra hastaya diyetinden bir 300 kalori daha kesme yollarını saptamada yardımcı olmalıdır. Terapistler hastaların bu yeni kalori sınırına bağlı kalmada başarılı olacaklarına dair makul bir güven duymadıkça buna başlamamalıdır (Bazı durumlarda terapist ve hasta 1200 kalorilik sınıra iki adımda ulaşmaya karar verebilirler; örneğin 1350 sonra 1200.) Açıktır ki, hastanın yeni kalori sınırına bağlılığı sonraki seansların odak noktası olacaktır. Yeni sınıra bağlı kalma sorunları yukarıda ve Bölüm 5'te betimlenen hatlar boyunca ele alınmalıdır.

Kilo Korumaya Geçilecek Zamanı Belirleme

Hastanın kilo kaybı oranı azalmaya başladığında, terapistler o anki yiyecek kısıtlaması düzeyini sonsuza dek devam etmesinin hastadan çok fazla şey istemek olacağı kavramını konuşmaya başlamalıdır. Aksi hâlde hasta başarısız olacaktır, çünkü araştırma kanıtlarının gösterdiği üzere, o noktaya dek ne kadar başarılı olmuş olursa olsun 4 ila 6 aydan sonra diyet kısıtlamasını korumak hasta için gittikçe daha güç hâlde gelir. Terapistler, hastalar için kilo kaybetme üzerinde çalışmaya son verip onun yerine yeni kilolarını nasıl koruyacaklarını öğrenmeye başlamanın en iyisi olacağı bir zamanın geleceğini açıklamalıdır.

Bu tedavi için esas önemi olan mesele, hastanın ne zaman daha fazla kilo kaybetmeye çalışmaya son verip onun yerine kilo korumaya yönelmesi gerektiğine karar vermektir. Aşağıda bu geçişin ne zaman yapılacağına karar vermek için kılavuz noktalar bulunmaktadır:

1. *Enerji sınırlamasına ve kalori saymaya görünürde iyi uyum olmasına karşın kilo kaybı oranı açıkça yavaşlama işaretleri gösterirken.* Obezitenin tedavisi üzerine araştırmalar, (çoğu tedavilerde) 6 ayın sonuna dek kilo kaybı oranının azaldığını gösterir (Wadden ve ark., 1999; ayrıca bakınız Wilson & Brownell, 2002). Bunun açıklaması tam olarak bilinmemesine rağmen, tahminen eksilen uyum, fizyolojik değişimlere bağlı azalan enerji ihtiyacı ve fiziksel aktiviteye ilişkin enerji harcamasındaki azalmanın bir kombinasyonuna bağlıdır. Mekanizma her ne olursa olsun, kilo kaybı oranında giderek bir azalma olarak

gözlemlenir. Eğer bu uyum iyi olmasına karşın oluşursa, terapist, hastanın kilo korumaya geçme zamanı olduğunu fark etmesine yardımcı olmak amacıyla, “kabul etme” (bakınız Bölüm 8) kavramını ele almaya başlamalıdır.

2. *Kilo kaybı oranı, enerji sınırlamasına uyumda azalma yüzünden belirgin yavaşlama işaretleri veriyorsa. Bu durumda, terapistlerin iki seçeneği vardır.* Ya uyumda azalma potansiyel olarak çözülebilir bir sorun olarak ele alınabilir (yükarıya bakınız), ya da çözülmesi zor olarak görülüp (muhtemelen hastanın tükenmesi yüzünden) kilo korumaya yönelme zamanı geldiğine dair bir gösterge olarak kabul edilebilir. En iyi politika hastaya karşı açık sözlü olup bu iki seçeneği tartışmak, daha önce bahsedilen engeller yüzünden kilo kaybına devam etmenin giderek daha güç olacağını açıklamaktır; söz konusu engeller şunlardır: Sürekli diyet kısıtlamasına devam etme güçlüğü; kompanse edici fizyolojik değişimler ve fiziksel aktivitenin azalan enerji maliyeti.

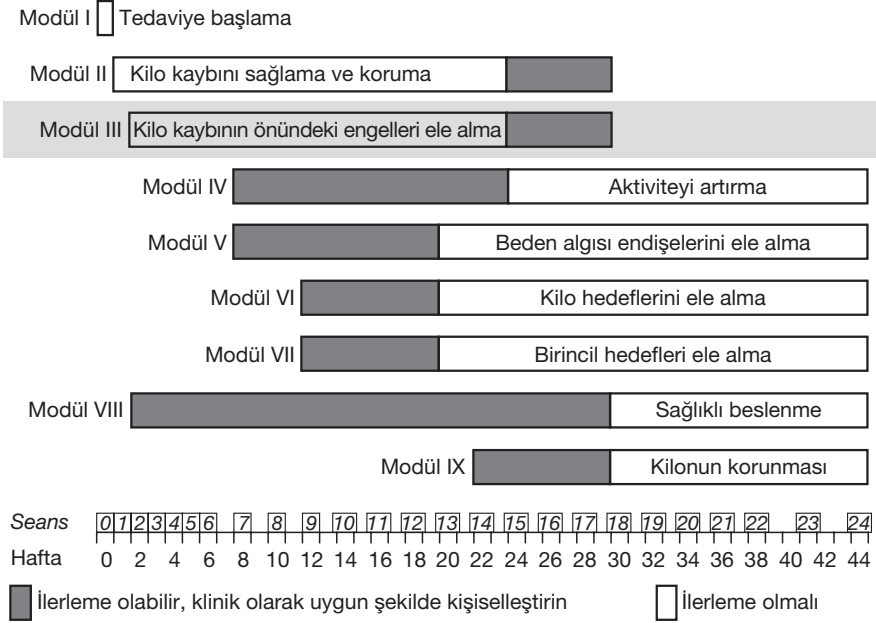
Eğer hasta ve terapist uyumun iyileştirilebileceği sonucuna varırlarsa, o zaman bunun acil hedef olması uygundur ve daha önceki ana hatlar izlenmelidir. Öte yandan, tedavi yarılama noktasının ötesinde (bizim deneyimimize göre, 20. hafta ötesi) ilerledikçe, kilo korumaya yönelmek daha uygun hâle gelir. Bu yönelmenin “mutsuz bir kadere boyun eğme”den ziyade olumlu ve önemli bir adım olarak görülmesi en önemlisidir (Wilson, 1996).

3. *Tedavinin bitiminden yaklaşık 3 ay önce.* Bu noktada (Oxford çalışmasında bu 30. haftadır), kilo korumaya yönelme, gerekli becerilerin alıştırmasını yapmak için yeterli zaman vermek amacıyla yapılmalıdır (bakınız Bölüm 11). Bütün hastalara, o anki kiloları ve kilo kaybı oranları ne olursa olsun, bu geçişi yapma gerekliliği önceden haber verilmelidir.

4. *BKİ'leri 22'ye ulaşan hastalar.* Bu hastalar da kilo kaybindan kilo korumaya yönelmelidirler. Aynı zamanda, BKİ'lerinin 22 olması dolayısıyla kiloya bağlı sağlık risklerinin en aza indirgenmiş olması ve daha fazla kilo kaybının yarardan çok zarar verebileceği (ve aynı zamanda korunmasının da zor olacağı) gerekçe gösterilerek, bu geçişi yapma gerekliliği önceden haber verilmelidir. Bir kez daha belirtelim, geçiş uzun vadede kilo kontrolünde olumlu ve önemli bir adım olarak görülmelidir.

B Ö L Ü M 5

Modül III: Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Ele Alma



ŞEKİL 5.1

Kilo kaybetmeye çalışmanın seyrinde, çoğu hasta çeşitli engellerle karşılaşacaktır. Bu modül için hedefler şunlardır:

1. Davranışsal ve bilişsel kilo kaybı engellerini saptama.
2. Hastalara ortaya çıktıkça bu engelleri ele almalarında yardım etme.

Engelleri görmek ve hastalara onlarla başa çıkmada yardım etmek için stratejiler aşağıda detaylıca sunulmuştur.

Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Saptama

Kilo kaybının önündeki engelleri saptama, iki tamamlayıcı şekilde başarılı: İlkin, çoğu hastanın izleme kayıtlarının dikkatli incelemesiyle saptanabilir, ve ikincisi, daha sistematik olarak “Kilo Kaybının Önündeki Engeller Kontrol Listesi”ni (aşağıya bakınız) kullanarak bulmaya çalışılabilir.

İzleme Kayıtlarını Gözden Geçirme

İzleme kayıtlarını gözden geçirirken, terapistler potansiyel kilo kaybı engellerini aramalıdır. Böylece, aşağıdaki noktalar değerlendirilmelidir:

- Hastaların ne zaman yedikleri (yani, zamansal yeme kalıpları):
 - Düzgün öğünler mi yiyorlar?
 - Abur cubur yiyorlar mı veya yemek yaparken “atıştırıyorlar” mı ?
 - Hiç yemedikleri uzun dönemler var mı?
 - Öğün atlıyorlar mı?
 - Yeme kalıpları sabit mi yoksa günden güne değişiyor mu?
 - Günün aşırı yemeye eğilimli oldukları özel zamanları (veya özel günler) var mı?
- Hastaların ne kadar yedikleri:
 - Porsiyon ölçüleri ne kadar büyük?
 - İkinci bir porsiyon alıyorlar mı?
 - Tabaklarındaki her şeyi yiyorlar mı? Yemekte artakalanları yiyorlar mı?
- Hastaların ne yedikleri (yani yiyecek seçimleri):
 - Hangi yiyecekler (ve içecekler) kalori alımlarına en çok katkıda bulunuyor?
 - Hasta farklı yiyeceklerin farklı enerji yoğunluklarının farkında mı?
 - Yemelerinin hangi yönlerini aşırı olarak görüyorlar?
 - Bazı özel yiyeceklerden kaçınıyorlar mı?
- Hastaların nerelerde yedikleri (yani uyarana bağımlı yeme bir sorun mu?):
 - Mutfak ve yemek odası dışındaki yerlerde yiyorlar mı?
 - Televizyon izlerken yiyorlar mı?
 - Araba kullanırken veya başka aktivitelerle uğraşırken yiyorlar mı?
- Yemeyle ilgili diğer sorunlar:
 - Aralıklı aşırı yeme atakları var mı?
 - O zamanlarda “kontrol kaybı” yaşıyorlar mı (yani ya kontrol dışı olma ya yemeye karşı koyamama ya da bir kez başlayınca yemeyi durduramama hissi)?

Terapist bütün bu meseleleri değerlendirmelidir. Saptandıkları zaman bahsetmek veya altını çizmeyi daha sonraya ertelemek terapistin kararına kalmıştır. Genelde, eğer hasta makul davranışsal uyum ve sonucunda kilo kaybıyla iyi bir şekilde ilerliyorsa, o zaman bu meseleleri daha konuyla ilgili hâle gelene kadar ertelemek çoğunlukla en iyisidir. Bunun olması olasıdır çünkü hastaların kilo kaybı oranları zaman boyunca değişmez bir şekilde azalır. Öte yandan, eğer bu potansiyel engeller ilerlemeyi gerçekten sınırlıyor gibi gözükürse, o zaman altları çizilmeli ve ele alınmalıdır.

Kilo Kaybının Önündeki Engeller Kontrol Listesini Kullanma

Kilo kaybının önündeki engelleri saptamanın tamamlayıcı bir yöntemi “Kilo Kaybının Önündeki Engeller Kontrol Listesi”ni kullanmayı içerir (bakınız Tablo 5.1; ayrıca Broşür K olarak da basılmıştır). Bu kilo kaybının önündeki yaygın engelleri listeler. Hasta ve terapist tarafından bir tedavi seansında beraberce tamamlanmak için tasarlanmıştır. Tam olarak ne zaman en iyi şekilde tamamlandığı hastadan hastaya değişir. Eğer ilerleme iyiye tamamlanması bir aciliyet değilse de, kilo kaybı oranının yavaşlaması işaretleri varsa, azalan uyumun kanıtı olabileceğinden, tamamlanmalıdır. Eğer ilerleme sınırlı veya düzensiz ise, ele alınması gereken güçlük kaynaklarını ortaya çıkarabileceğinden kontrol listesi erkenden tamamlanmalıdır.

Kilo Kaybının Önündeki Engelleri Ele Alma

Tedaviye Karşı Genel Direnç

Tedaviye başladıktan sonra birkaç hafta içinde, değişime karşı bir direnç varsa belli olacaktır. Bunun aşağıdaki bir veya daha fazla şekilde ifade edilmesi olasıdır:

- Randevulara gelmeyi başaramama
- Randevulara geç kalma
- Randevuların tarihini tekrar tekrar değiştirmek isteme
- Seanslarda karşı çıkıcı bir tutum göstermek (örneğin verilen bilgileri veya ev ödevlerini yapma gerekliliğini tekrar tekrar sorgulama)
- Ev ödevlerine tam olarak razı olmamak

Terapist böyle direnç işaretlerine karşı tetikte olmalıdır. İlk başta (meseleyi hastaya açmaktan ziyade) tedavinin gerekçesini ve prosedürlerini ve ev ödevlerini tamamlama gereksinimini açıklamak için özen göstererek fark etmek yeterlidir. Eğer bu meseleyi çözmezse, sorunu doğrudan ele almak ve hastanın direncinin temelini saptamak gerekecektir. Konu karşı karşıya gelmeyecek şekilde açılmalıdır. Hastaların serbestçe konuşabilmeleri için, yorumlarının terapistle karşı bir eleştiri olarak alındığına dair bir hisse kapılmamalıdır.

Terapist hastanın endişeleri hakkında biraz fikre sahip olunca, bunlar, aşağıdaki kısa hikâyenin örneklediği gibi, kilo sorununun ve bu tedavi şeklinin getirdiği sınırlar içinde ele alınmalıdır.

Bir kadın hasta seanslara tekrar tekrar geç kalıyordu. Ayrıca son anda seansları iptal ettiği de oluyordu. Terapist bu davranışın birkaç olası açıklaması olduğunun farkındaydı – hastanın hayata düzensiz yaklaşımı veya motivasyonla ilgili bir sorun olabileceği gibi.

Başlangıçta terapist pratik bir yaklaşım denemeye ve hastanın buna olan

TABLO 5.1

Kilo Kaybının Önündeki Engeller Kontrol Listesi

Aşağıda kilo kaybında yaygınca karşılaşılan engellerin bir listesi bulunmaktadır. Lütfen hangilerinin (eğer varsa) sizin için geçerli olduklarını değerlendirin.

	Hayır	Bir ölçüde	Evet
Kaydetme doğruluğu:			
Her şey mutlaka yazılıyor mu?	_____	_____	_____
Porsiyonlarınızı doğru ölçüyor musunuz?	_____	_____	_____
Kalorileri dikkatlice hesaplıyor musunuz?	_____	_____	_____
Tartılma ve haftalık gözden geçirmeler:			
Haftada bir kez tartılıyor musunuz?	_____	_____	_____
Haftalık gözden geçirme seansları yapıyor musunuz?	_____	_____	_____
Yeme kalıbınız (yani ne zaman yediğiniz):			
Yeme alışkanlıklarınız günden güne büyük ölçüde değişiyor mu?	_____	_____	_____
Gün boyunca düzenli öğün ve öğün araları yiyor musunuz?	_____	_____	_____
Hiç öğün atlar mısınız?	_____	_____	_____
Hiç yemediğiniz uzun süreler oluyor mu?	_____	_____	_____
Yemeklerden ufak parçalar atırdığınız olur mu?	_____	_____	_____
Günün aşırı yemeye eğilimli olduğunuz zamanları (veya özel günler) var mı?	_____	_____	_____
"Tıkinma"larınız var mı (büyük veya küçük)?	_____	_____	_____
Porsiyon boyutlarınız:			
Porsiyon boyutlarınız büyük mü?	_____	_____	_____
İkinci tabağı alır mısınız?	_____	_____	_____
Her zaman "tabağınızı sıyırır mısınız"?	_____	_____	_____
Artakalanları yer misiniz?	_____	_____	_____
Yiyecek ve içki seçimleriniz:			
Yüksek enerjili (yani fazla yağlı) yiyecekler yemeye eğilimli misiniz?	_____	_____	_____
Aktif olarak bazı yiyeceklerden kaçınıyor musunuz?	_____	_____	_____
Nasıl yediğiniz:			
Çok hızlı yiyen biri misiniz?	_____	_____	_____
Mutfak veya yemek odasından başka yerlerde yer misiniz?	_____	_____	_____
Televizyon izlerken yer misiniz?	_____	_____	_____
Araba kullanırken veya başka aktiviteler yaparken yer misiniz?	_____	_____	_____
Yemeniz önceden planlı mıdır?	_____	_____	_____
Doğrudan paket veya kutudan yer misiniz?	_____	_____	_____
Kilo kaybının önündeki diğer engeller:			
Kilo kaybetme motivasyonunuzu kaybettiniz mi?	_____	_____	_____
Strese bağlı yeme eğiliminiz var mı?	_____	_____	_____
Sıkıldığınızda yeme eğiliminiz var mı?	_____	_____	_____
Ya hep ya hiç şeklinde düşünmek kilo kaybetme girişimlerinizi baltalıyor mu?	_____	_____	_____
Başka kilo kaybı engelleri yaşıyor musunuz?	_____	_____	_____

tepkisini ölçmeye karar verdi. Hastanın davranışını güçlendirmek için, ne kadar geç kaldığına bakmaksızın seansları tam zamanında bitireceğini açık bir şekilde belirtti. İptallere ilişkin olarak konuyu şöyle açtı: “Son zamanlarda birkaç seansı işleriniz yüzünden yeniden ayarlamak zorunda kaldığınız için, buluşmak için daha uygun bir zaman bulmamız gerekip gerekmediğini merak ediyorum. Eğer buraya gelmenizi kolaylaştıracağını düşünürseniz akşam randevuları ayarlayabiliriz.”

Bu çabalara rağmen, hasta geç kalmaya ve seansları iptal etmeye devam etti. Bu, tedavideki ilerlemeyi engelliyordu. Terapist durumu daha doğrudan ele almanın zamanı geldiğine karar verdi. Bir sonraki seansta şöyle dedi: “Bazen buraya gelmenizin size zor geldiğini fark ettim, fakat tedaviden en fazlasını almak için insanların seanslara düzenli bir şekilde ve tam olarak katılmaları gerçekten önemlidir. Bazı insanlar için, buraya gelememek tedavi hakkında nasıl hissettikleriyle ilgilidir – kilo kaybı oranlarından dolayı mutsuz olmak veya bu tip tedavinin kendileri için işe yarayacağına inanmamak gibi. Bu tip endişeleriniz var mı?”

Hasta tedavinin alabileceği en fazla faydayı almaya hevesli olduğunu ama çok meşgul olduğundan her şeyi oturtmanın kendisi için çok zor olduğunu söyledi. Terapist, tedavinin sadece ona hayatında büyük bir öncelik verirse gerçekten etkili olabileceğini söyledi. Terapist hastanın gereken sorumluluğu almak isteyip istemediğini detaylı olarak değerlendirmek üzere kilo kaybını sürdürmenin olumlu ve olumsuz yanlarını gözden geçirmelerini önerdi. Bu gözden geçirmeden sonra hasta, tedaviye gerçekten devam etmek istediği sonucuna vardı. Terapist ev ödevi olarak hastanın seanslara katılım ve gerekli ev ödevlerini yapmak için zamanını nasıl ayarlayacağını saptamak amacıyla sorun çözmeyi denemesini tavsiye etti. Hasta ve terapist sonra bir sonraki seansta bu planı detaylıca gözden geçirmek konusunda anlaştılar.

Benzer bir yaklaşım tekrar tekrar ev ödevlerini tamamlamayan hastalara uygulanabilir. Ev ödevleri tamamlanmadığında değerlendirmeye katılacak ek bir önemli faktör vardır: Terapistin ev ödeviyle ilgili davranışı. Terapistler ev ödevi verirken Bölüm 4’te özetlenen prensipleri izlediklerinden emin olmalıdırlar (bakınız Tablo 4.2). Ev ödevlerinin gerekçelerinin hastaya açıkça açıklanmış olması, ödevlere işbirliğiyle karar verilmiş olması, görevlerin yapılabilir olması ve terapistin ev ödevlerini bir sonraki seansta gözden geçirmesi özellikle önemlidir. Eğer hastalar bunaltıcı veya konuyla ilgisiz gibi gördükleri ev ödevleriyle karşılaşılırsa, onlar için çaba harcamaları pek olası değildir. Dahası, eğer hasta ev ödevi için bir çaba harcar fakat terapist buna dikkat etmeyi başaramazsa, hasta gelecekteki ev ödevlerini tamamlamak için daha az motive olacaktır.

Bir kadın hasta ev ödevlerini izlemekte biraz gönülsüz girişimlerde bulunmuştu ve tedavi seanslarında pasif kalmıştı. Kilo kaybı vasattı. 4. seansta terapist hastanın ilerlemesi hakkındaki endişelerini açtı. Hasta tedaviyle mutlu olmadığını kabul etti. Az bir getiri için gereğinden çok çaba içerdiğini hissettiğini söyledi, oysa ki çok daha fazla ve çok daha hızlı kilo kaybı sağlayan tedaviler hakkında reklamlar görmüştü. Devam etmemeyi düşünüyordu.

Terapist ona böyle açık olduğu için teşekkür etti. Hastaya diğer tedaviler hakkında daha fazla detay sordu. Çok düşük kalori diyetleri (ÇDKD'ler) kullanan tedavilerden söz ettiği ortaya çıktı. Terapist böyle tedavilerin kapsamlıca araştırıldığını ve gerçekten hızlı ve dramatik kilo kaybı sağladıklarını ama kaybedilen kilonun, ÇDKD sonrası kilo korumaya daha fazla çaba harcansa bile, hemen hemen değişmeyen bir şekilde yeniden kazanıldığını (bakınız Wadden & Berkowitz, 2002) açıkladı.

Terapist sonra o anki tedavinin altında yatan gerekçeyi yeniden gözden geçirmek için zaman verdi. Ele alınan ana noktalar şunlardı:

- Tedavi diğer tedavilerin sınırlı başarı göstermesine sebep olan sorunları ele alır (yani, başarılı bir kilo korumanın önündeki engelleri ele alır) ve başka alanlarda (örneğin yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları) işe yarayan prosedürleri kullanır.
- Birçok tedavi bu tedaviden daha hızlı ve daha çok kilo kaybı üretir ama kaybedilen kilo hemen hemen her zaman tedavinin sonundan itibaren yeniden kazanılır.
- Obezite tedavisindeki önceliğin kalıcı bir kilo kaybı yaratan bir tedavi bulmak olduğu genel olarak kabullenilir. Bu tedavinin bu potansiyeli vardır.
- Kilo sorunlarında ve onların tedavilerinde uzun vadeli bir perspektif edinmek gereklidir. Birçok klinik ve tedavi “hızlı” çözümler önerirler ama kaybedilen kilo yeniden kazanıldığı için bunlar uzun vadeli çözümler değildir. Çoğu kişi için kendilerini kaybettikleri kiloları yeniden kazanmış olarak bulmak moral bozucudur ve bu kişiler tedavinin getirmiş olduğu yetersizlikten çok kendilerini suçlama eğilimindedirler.
- Bu tedavi uzun vadeli bir perspektif getirir ve kilo kaybı hastanın istediği kadar çok (veya hızlı) olmasa bile, kalıcılık olasılığı her zaman akıldan tutulmalıdır.

Hasta bu konuları gözden geçirmeyi yararlı bulduğunu söyledi. Tedavinin olumlu özelliklerini gözden kaçırmıştı. Terapist hastadan endişeleri hakkında kendisini bilgilendirmesini istedi, böylece ortaya çıktıkları an konuşulmamış kalacaklarına açık bir şekilde ele alınabilirlerdi. Hastanın tedaviye olan uyumu ve tutumu bu noktadan itibaren göze çarpan bir şekilde iyileşti.

Az sayıda hasta devam etmekte olan yiyecek ve kalori alımlarını kaydetme ev ödevlerine bağlı kalmakta güçlük yaşar.

Bir başka kadın hasta kilo kaybetmek için savaş veriyordu. Kalori saymayı itiraz edilebilir buluyordu ve kalori hedefi tarafından çok sınırlanmış hissediyordu. Terapist zor bir durumdaydı çünkü hastayı kalorileri doğru saymaya ve hedefe kilitlenmeye cesaretlendirmek başarılı kilo kaybını sağlamak için önemliydi, ama bunu çok zorlamak bu değişken hastayı öfkeli edilebilir böylece tedaviden vazgeçmesine yol açabilirdi.

Aşağıdaki metin hastanın bir tek seansta kullanmış olduğu olumsuz ifadelerin kelimesi kelimesine bir kaydır:

“...kalori saymayı öğreniyorum ama bunu zor buluyorum. Zamanın yarısında açım ama çoğunlukla çoktan sınırımın üstüne çıkmış oluyorum. Eğer gerçekten istediğim her şeyi yeseydim çoktan...

“...ve bu hiçbir yiyeceğin sınırlanmaması işine gelince, bal gibi de sınırlılar çünkü her yiyecek kalori olarak yüksek. Sadece salata değil ve bu (soğuk) havada salatayla doyamazsın...

“...bir sandviç yersen, sadece iki parçacık ekmek ve aralarında bir şey, işte sana çoktan 400 kalori ve 100 gramlık pişmiş patates kulağa harika geliyor ama sadece şu kadarlık bir şey [çok küçük patatesi göstermek için elleriyle jestler]...

“...düşük yağlı yiyecekler daha pahalı ve eğer kendime özel bir şey alırsam ailenin geri kalanı da yiyor...

“...kızım böyle asla kilo kaybedemeyeceğimi söyleyip duruyor. Her şeyi hesaplamamın beni yemek hakkında daha çok düşündüreceğini söylüyor...

“...arkadaşlarım beni ziyaret ederken kayıt tutmamın hiçbir yolu yoktu çünkü kilo hedefimin üzerine çıkacağımı biliyordum ve oturup yapmaya hazır değildim...

“...ve Perşembe ve Cuma günleri günlüğümü tutamayacağım çünkü bir cezaya gideceğim...”

Hastanın zorluklarını kabullenmek için özen göstererek, başarılarının altını çizerek ve alçak gönüllü hedefler koyarak, terapist hastanın seanstan belirli bir planla çıkmasını sağladı ve daha uzun vadede anlamlı bir ölçüde kilo kaybetmesine yardımcı oldu. Terapist bunu kendini izlemeye devam etme gereği hakkında sempatik (“Kendini izleme zor ve biraz da angaryadır”), ama katı (“Doğru izleme bu tedavinin işe yaraması için anahtardır; onsuz elleriniz arkanızdan bağlı gibi olur”) olmakla başardı.

Hastanın kendini izleme hakkındaki sorunlarını ele alırken, aşağıdaki stratejiler yararlı oldu:

- Empati kurma:

T: Doğru, kalori sayma bir beladır – ve zor iştir.

T: Kızınızın yorumları pek yardımcı olmuyor gibi geliyor kulağa.

- Yargılayıcı kalarak meseleleri araştırma:

T: Sizi böyle düşündüren ne oldu?

T: Cenaze için ayrıldığınızda neden kayıt tutamayabilirsiniz?

- Zıt ifadeleri not etme ve onları arzulanan hedefe doğru yönelmek için kullanma:

H: Bu kalori sayma işi, bir türlü devam ettiremiyorum... Öte yandan, eğer tatile gider ve bağlı kalmazsam, keşke yapsaydım diyeceğim.

T: Öyleyse belki de uzun vadeli düşünmek yararlı olur. Kısa vadede, kalori sayma kesinlikle zaman alır ve yiyeceğinizi kısıtlamak zorundasınız. Ama uzun vadede bakarsanız, kilo kaybı kısmı sadece belli bir süre için, sonra kilo korumaya başladığınızda, kalori saymayı durdurmayı düşünüyor olacağız ve yiyebildiklerinizde daha fazla esneklik olacak.

- Olumlu başarıların altını çizme:

T: Bu hafta neleri başardığınızı söyleyebilirsiniz?

T: Bu harika, tartılmamanın daha kolay geldiği bir anda kendinizi tarttınız; hafta sonundan hemen sonra tekrar kayıt tutmaya başladınız ve kayıt tutmazken bile yine de bazı dikkatli seçimler yaptınız.

- Yapılabilir hedefleri görüşme:

T: Cenaze için gittiğinizde, sadece yediklerinizi not etmeye ne dersiniz, kalorileri değil – sadece izlemek için. Bunun mümkün mü sizce?

H: Evet, ama tam doğru olacağını sanmıyorum.

T: Hayır, ama sadece bir not tutmaya yardım edebilir – geçen gün dışarıda yediğinizde yaptığınız gibi. O zaman harika bir iş yapmıştınız.

- Sorun çözme:

T: Belki sevdiğiniz ve sizi doyuran bazı yiyecekleri listeleyebiliriz?

T: Belki ailenizin özel yiyeceğinizden yemesini engelleyebilecek bir plan tasarlayabiliriz?

- Yanlış anlamaları düzeltme:

T: Siz kilo kaybederken yemenin sınırlandırılması hakkında haklısınız. Geçen sefer söylediğim hiçbir yiyeceğin “yasak” olmadığıydı. Yani, eğer örneğin gerçekten çikolata veya hamur işi yemek isterseniz, yapabilirsiniz, ama o günkü kalorinizi yükseltmeniz gerekmez.

Bazı hastalar kalori saymanın kendilerini yedikleriyle daha çok meşgul ettiğinden yakınırlar. Böyle durumlarda terapist yanıt olarak, bunun çoğunlukla ilk başta yapılacağını ve gerçekte hastaların ne yedikleri hakkındaki farkındalıklarını artırarak değişmelerine yardımcı olduğu için yararlı olabileceğini söyleyebilir.

Hastaların tedavi hakkındaki endişelerini gözden geçirirken, terapistler hastaları kilo kaybetmek için daha önce yediklerinden daha az yemek zorunda kacakları kaçınılmaz gerçeğinden ve başarılı uzun vadeli kilo koruması için, kalıcı bir şekilde yeni yeme alışkanlıkları ve tutumları edinmek zorunda kacaklarından haberdar etmelidirler.

Hastalar kilolarını bir “sorun” olarak görmezlerse, bu değişim için özel bir engeldir. Bunun bazı açılardan –sosyal baskılar yüzünden ince olmanın etkisinde kalmadıklarını belirttiği için– olumlu olmasına rağmen sağlık açısından uygun değildir. Obezitesi olan insanlar, o anda ne kadar formunda veya sağlıklı hissederse hissetsinler, türlü sağlık sorunları için artmış bir risk altındadırlar (bakınız Bölüm 3). Bu onlara açıklanmalıdır. Ve eğer bu artmış hastalık riskini geri çevirmek istiyorlarsa kilolarını azaltmaları ve sağlıklı bir diyet ve aktif bir yaşam stili benimsemeleri gerekir. Bu meseleleri ele alırken, Bölüm 3’te özetlendiği gibi, bir kısa ve uzun vadeli “olumlu ve olumsuz yanlar” listesi yaklaşımını benimsemek uygun olabilir.

Bir kadın hasta ilk randevusu sırasında daha önce hiç kilo kaybetme girişiminde bulunmadığını ve yiyecek alımını izleme hakkında ne hissedeceğinden emin olmadığını söyledi. 0-2 seanslarına katıldı ve fazla detay vermemesine ve kalori hesaplamaları yanlış olmasına rağmen günlük izleme kâğıtlarını tamamladı.

3. hafta hasta gelmedi. Terapist onu aradı ve hasta randevusunu unuttuğunu söyledi. Bir sonraki hafta için uygun bir zaman üzerinde uzlaşıldı ama randevu zamanı geldiğinde hasta gelemeyeceğini söylemek için telefon açtı. Bir hafta sonrası için yeni bir randevu ayarlandı.

Hasta geldiğinde, izleme kayıtlarını tamamlamayı unuttuğunu söyledi. Ayrıca meşgul olduğu için bir mutfak tartısı almayı başaramadığını bildirdi.

Seans boyunca, terapist hastadan tedaviye uymanın olumlu ve olumsuz yanlarını listelemesini isteyerek motivasyonunu ele aldı. Aşağıda ortaya çıkan noktaların bir özeti bulunmaktadır:

Olumlu Yanlar

- Sağlık sebepleri – özellikle kilo ile ağırlaşıyor gibi görünen astım ve diz sorunları. Ayrıca kalp hastalığı endişeleri.
- Formda olmak – daha fazla enerji istiyor (merdivenden yukarı çıkmak yoruyor).
- Kendine saygı ve güven – bunlar eşinin ve kızının kilosuna hakkındaki yorumlarından olumsuz etkileniyorlar.
- Spor – yeniden utanmadan yüzmeye gidebilmek istiyor.

Olumsuz Yanlar

- Zaman baskısı – yarı zamanlı bir işi ve bir çocuğu olan bir öğrenci olarak telaşlı bir programı var. Kendini izleme kâğıtlarını tamamlamak için zaman yaratmak zor (dislektik olduğu için bu işlem diğer hastalardan daha fazla zaman alıyor).
- Kişiler arası sorunlar – hasta şiddetli kişiler arası sorunları olduğunu ve 5 yıldır birlikte yaşadığı eşiyile olan ilişkisini bitirmeyi ciddi olarak düşündüğünü bildirdi. Kilo kaybının gelecekteki herhangi bir ilişkisi için “olumlu” mu yoksa “olumsuz” mu olacağından emin olmadığını hissediyor.

Listelenen maddelerin her biri olumsuzlardan başlanarak detaylıca araştırıldı. Sonra terapist hastadan listedeki hangi maddelerin kısa vadeli hangilerinin uzun vadeli olduğunu saptamasını istedi. Hastadan listenin bir kopyasını yanına alması ve maddeleri değerlendirmesi ve bir sonraki seanstan önce konuyla ilgili daha fazla nokta düşünüp düşünemeyeceğine bakması istendi.

Seansın sonunda, hasta, her zaman başka baskılar olacağından, tedaviye başlamak için asla “doğru zaman”ın olmayacağını fark ettiğini ama tedaviyi bir denemek istediğini söyledi. Kendini izlemenin nedenlerini hatırlamadığından terapist bunları tekrar ifade etti. Hasta izlemede başarılı olduğu 2 hafta boyunca kendini izlemeyi yararlı bulmuş olduğunu ifade etti ve kendini izlemeye yeniden başlayacağını söyledi. Unutkan olma eğiliminde olduğu için öğle yemeği kutusunun ve buzdolabının üzerine, yediklerini kaydetmesini hatırlatan notlar koymaya karar verdi. Ayrıca bir sonraki hafta bir mutfak tartısı alabileceği bir zaman belirledi.

Seanstan sonra terapist bu hastada ilerlemeyi aceleye getirmemenin önemli olacağını düşündü. Onun yerine, tedavide diğerleriyle yaptığından daha yavaş ilerlemeyi planladı.

Açlık

Enerji kısıtlamalı bir diyetle açlık, beklenen bir şeydir. Hastalara açlıkla baş etmelerinde yardım etmek için aşağıdaki prosedürler denemelidir:

- Açlığın beklendiğini açıklayın. İyi bir işarettir, çünkü yiyecek alımlarını başarılı bir şekilde kısıtladıklarının bir kanıtıdır.
- Hastalara yoğun enerjili yiyecek alımlarını kısımla yardımcı olun (bakınız Bölüm 4) çünkü sonuç olarak, daha fazla miktarda yemek yenebilir, dolayısıyla açlığı en aza indirmeye yardım eder.
- Hastaları gün boyunca düzenli aralıklarla yemeye cesaretlendirin.
- Hastaların çok az yememelerini sağlayın (yani günde 1200 kaloriden daha az olmasın).

- Açlık hissini azaltacağından meşgul edici aktivitelere uğraşmalarını önerin.

Birçok hasta yemek alımını sınırlamaya başlayınca aşırı aç hissettikleri için endişelenir. Açıkça, bu beklenmelidir, ama nadiren hastaların öngördüğü kadar kötü olur. Tedaviye başlamadan önce çok yüksek bir enerji alımı olan bir kadın hasta çok hızlı uyum sağladığını gördü. 3 hafta sonra şöyle bildirdi:

Buna alışıyorum. Eskiden ne kadar çok yediğime şaşırıyorum. Sadece bu kadarı [1500 kcal] bile çok olmasına rağmen, o kadar yiyeceğe ihtiyacım olduğunu düşünmeye alışmıştım. Bazı günler hâlâ üzerinden geçiyorum; sadece görünüşünü beğendiğim için çok fazla yemek yiyorum – hâlâ uyarıyorum. Kesinlikle zannettiğim kadar çok yemeğe ihtiyacım yok. Her zaman panik halinde hissederdim, tabağıma bakar ve sıradan porsiyonları görür ve sadece onun yetmeyeceğini düşünürdüm – ama oldu, bunu daha önce başaramadığım için şaşırıyorum!

Kayıtların Doğruluğu

Bazı hastalar tükettikleri her şeyi kaydetmeyi veya kalori alımlarını doğru bir şekilde hesaplamayı başaramazlar. Bu kasıtlı olmayabilir ama yine de, hastalar düşündüklerinden çok daha fazla enerji tüketebileceklerinden kilo kaybını engelleyebilir. Ayrıca, moral bozucu olabilir – hastalar enerji alımlarını kısıtlamak için bir çaba harcadıklarını ama çabalarından bir sonuç alamadıklarını düşünebilirler. Bu ne yaparlarsa yapsınlar kilolarını kontrol edemeyecekleri inancına ve sonucunda tedavinin yararlı olmayacağı görüşüne götürebilir. Eğer durum bu gibi gözüküyorsa, doğru kayıt tutma gereği yeniden vurgulanmalıdır. Hastalara dürüst olmamakla suçlanıyorlarmış gibi gelmemesi için, bunun yargılamayıcı bir şekilde yapılması önemlidir. Bu noktalar aşağıda bir hasta (H) ile rapisti (T) arasındaki konuşmayla örneklendirilmiştir:

H: Gerçekten düş kırıklığına uğradım, bugün kilom biraz aşağı düşer diye düşünmüştüm.

T: Evdeki tartınız ne diyor?

H: Benim tartılma günüm cuma. O zaman bir değişiklik yoktu ama o zamandan beri biraz aşağı düşer diye düşündüm.

T: Grafiğinize bakarsak, kilo kaybınız geçen birkaç hafta boyunca birazcık “artıp azalmış”. Bunun hakkında nasıl hissediyorsunuz?

H: Gerçekten biraz daha kilo kaybetmek isterdim, özellikle de tatile çıkmadan önce.

T: Size hayal kırıklığı gibi geliyor sanki. Ama kalori alımınız iyi görünüyor. Her şeyi kaydettiğinizden emin misiniz? Gerçekten doğru kayıtlar tutmanızın önüne geçebilecek bir şey var mı?

H: Hayır, sanmıyorum, kesinlikle hiçbir şeyi unutmadım.

T: İlk başladığınızdan bu yana değişmiş olabileceğini düşünebildiğiniz başka bir şey var mı? Daha önceki bazı günlüklerinizi çıkarıp en sonuncularla karşılaştırmanın işe yarar mıydı? Kilo kaybınızı engelleyebilecek sorunları fark edebiliriz belki.

H: Az çok yaptım bunu zaten. Başladığımdaki kalıba çokça bağlı kalıyorum.

T: Peki, konuları gözden geçirelim. Biliyoruz ki, günde 1500 kaloriye bağlı kalırsanız kilo kaybetmek zorundasınız ve şu an bu olmadığından, bir şeyi gözden geçiriyor olabiliriz. Bu durumda bazılarının yararlı bulduğu şey bir hafta boyunca gerçekten titizce kayıt tutmaktır. Tedavideki ilk haftanızı tekrar düşünün – her bir maddeyi tarttığınız zamanı, en ufak bir tereyağı kırıntısını veya çayınıza koyduğunuz her bir mililitre sütü; ağzınıza attığınız her zeytini o anda yazdığınız zamanı. Gelecek hafta bu düzeyde bir kesin doğruluğu tekrarlamayı deneyin. Bazıları bir zaman sonra örneğin kahvaltıda tahılı tartmanın kolay olduğunu görürler çünkü her gün aynı olduğunu düşünürler. Ama porsiyon miktarında biraz orada biraz burada ufak bir değişiklik dengeyi kilo kaybından uzaklaştırabilir. Bir hafta boyunca – bir deney olarak – “süper doğru” olmak kulağa nasıl geliyor? En azından işe yaramazsa bu tip bir sorunu elemiş oluruz ama çok iyi işine yaramış olan birkaç kişi biliyorum. Ne düşünüyorsunuz?

Değerlendirilmesi gereken bir diğer olasılık da hastanın utandıdığı için bazı şeyleri kasıtlı olarak kaydetmemesidir – örneğin tıknırcasına yiyebilir (tıknırcasına yeme hakkında aşağıdaki kısma bakınız). Eğer terapist durumun böyle olabileceğini düşünüyorsa, o zaman mesele doğrudan ele alınmalı ve bunun bir sorun olup olmadığı hastaya sorulmalıdır.

Zamansal Yeme Kalıbı

Terapist hastanın zamansal yeme kalıbına dikkat etmelidir. Bölüm 4’te açıklandığı gibi, kahvaltı, öğle yemeği, belki bir beş çayı, bir akşam yemeği ve hafif bir akşam atıştırmasından oluşan düzenli bir yeme kalıbını takip etmek en iyisidir. Hastalar kalorilerini bu öğünlere ve ara öğünlere önceden planlayarak ve bir kalori toplamı tutarak dağıtmalı ve öğünler arası yemekten caydırılmalıdırlar. Bu kalıba bağlılık “atıştırma”, gayriresmî yemek araları ve tıknırcasına yeme önlemeye yardım eder ve böylece enerji alımını kontrol etmeye yarar.

Öğün veya Ara Öğün Atlama

Öğün veya ara öğün atlamak iyi bir fikir değildir. Daha sonra aşırı yeme riskini yükseltir. Bazı hastalar uzun bir süredir kahvaltı yapmama alışkanlığına sahiptirler. Böyle hastalara, kahvaltı yapmanın gün içinde daha sonra aşırı yemeyi engellediği anlatılmalıdır. Öte yandan, kahvaltı yapmaktan doğan bir sorun yoksa, ısrar etmeye gerek yoktur. Benzer şekilde, bir akşam atıştırmasının önemi vurgulanmalıdır (bakınız Bölüm 4). Bu özellikle akşam yemeğinden

sonra gayriresmî ara öğün veya açıkça tıknırcasına yeme şeklinde aşırı yemeye eğilimi olan hastalar için geçerlidir. Eğer böyle bir aşırı yeme olmuyorsa, o zaman hastanın akşam atıştırması yapmasına gerek olmayabilir.

Öğün ve Ara Öğünler Arası Yeme

Öğünler ve planlanmış ara öğünler dışındaki herhangi bir yeme eğilimi kalori sınırına bağlı kalmayı zorlaştırır. Bu soruna üç yaklaşım vardır, üçü de konuyla ilgili olabilir:

1. Riski azaltım. Bu şöyle başarılabilir:

- Hastaya besin değeri yüksek ve doyurucu öğün ve ara öğünler seçmesi ve gün boyunca düzenli aralıklarla yemesi için yardım etme. Akşam öğün ve ara öğünleri hastalar bu zamanda zorluk yaşayabileceklerinden özellikle önemlidir.
- Öğün arası yemeye yol açan çevresel uyaranları ortadan kaldırması için hastaya yardım etme; örneğin
 - i. Yüksek riskli yiyecek stoklarını ortadan kaldırma,
 - ii. Böyle yiyecekleri gözden uzak saklama ve
 - iii. Öğün arası yemenin oluşma eğilimi olduğu yerlerden kaçınma.

Bir kadın hasta yiyeceklerle uğraşırken planlanan öğün ve ara öğünleri dışında yemeye meyilliydi. İş açıcılık da içerdiğinden bu bir sorundu. Terapist ondan bu sorunu ele almanın olası yollarını düşünmesini istedi. Yemek yaparken “ağızına bir şeyler atma”sını engellemesi için sakız çiğnemeyi önerdi. Bu başarılı oldu ve birkaç ay içinde alışkanlık kırıldı. Hasta o zaman, atıştırmak için en çok kışkırtılabileceğini hissedeceği günler için elinin altında biraz tutmak dışında, rutin sakız çiğnemeyi terk etti.

2. “Dürtü sörfü”. Öğün ve ara öğünler arası yeme dürtüleri çoğunlukla “tepki ertelemesi” ile tam olarak ele alınabilir, çünkü eğer direnilirse böyle dürtüler zamanla çoğu hastanın korktuğu gibi artmak yerine azalır. Hastaların bunun açıklanmasına ihtiyaçları vardır. Terapist hastanın yeme dürtüsü başa çıkılabilir bir düzeye gelene kadar yemenin mümkün olmadığı aktivitelerle uğraşmayı nasıl seçebileceğini ele almalıdır. Bu aktiviteler pasiften çok uğraştırıcı (örneğin okumak yerine egzersiz yapmak) ve iticiden çok zevkli (örneğin ev angaryalarını yapmak yerine bir arkadaşla telefon etmek) olmalıdır. Arkadaşları telefonla arama veya ziyaret etme, bir tür egzersiz yapma veya bir duş alma olabilir. Hastalardan ne tür bir aktivitenin onlar için en iyisi olduğu hakkında düşünmeleri istenmelidir.

3. Öğünler arası yemenin belirli tetikleyicilerini saptama ve ele alma. Yaygın tetikleyiciler sıkıntı, anksiyete, depresyon ve öfke gibi olumsuz ruh hâlleridir. Olumsuz ruh hâllerine yemeye tepki verme eğiliminin üstesinden gelmeye kar-

şı iki cephe vardır.

- *Olumsuz ruh hâlini tetikleyen sorun tiplerini (mümkün olduğunca erkenden) saptama ve çözümede ustalaşma.* Örneğin tetikleyiciler arasında yapacak hiçbir şey olmaması, iş ortamındaki baskı, bir arkadaş veya eşle tartışma olabilir. Bu hastanın kurallara uygun sorun çözümede becerikli hâle gelmesini gerektirir (bakınız Bölüm 4).
- *Olumsuz ruh hâlinin kendisiyle yemeye başvurmadan baş etme.* Bu hastalara olumsuz ruh hâllerini fark etme, kabullenme ve başa çıkmada daha iyi hâle gelmelerine yardım etmeyi gerektirir. Çoğu hastayla aşağıdaki üç adım nispeten az güçlükle öğretilip uygulanabilir.
 1. *Olumsuz ruh hâllerini fark etme.* Hastalar ruh hâllerini izleme ve gözlemlemeye cesaretlendirilmelidirler. Hedef, ruh hâllerini objektif olarak saptamakta daha iyi hâle gelmektir.
 2. *Olumsuz ruh hâllerini hoş görmek.* Hastalara olumsuz ruh hâllerini kabullenmek ve onlara katlanmakta da yardımcı olunmalıdır, özellikle de hemen hafifletilemezlerse (örneğin ara sıra öfkeli olmak kabul edilebilir, öfkeli olmak insan doğasının bir parçasıdır ve bazı durumlarda öfke duymak ve onu ifade etmek uygundur). Artışın, olumsuz ruh hâllerinin doğasında bulunan bir özellik olmadığını öğrenmelidirler – yani, olumsuz ruh hâli dayanılmaz olana dek artış göstermez; daha çok azalması olasıdır. O yüzden, ruh hâline hemen bir tepki göstermeyi erteleyerek “ruh hâli sörfü” yapmak mümkündür. Bu, hastaların olumsuz ruh hâllerine karşı bu durumları uzatma veya artırmaya yol açabilecek olumsuz tepkiler vermekten kaçınmalarına yardımcı olacaktır (örneğin anksiyeteli olmak hakkında gittikçe anksiyeteli olmak).
 3. *Olumsuz ruh hâleriyle baş etme.* Bu, hastaların olumsuz ruh hâleriyle baş etmenin yollarını saptama ve uygulamalarına yardım etmeyi içerir. Onunla baş etmek için yemek yemeyi kullanmak yerine, uzun vadeli sonuçlara odaklanarak, ruh hâliyle doğrudan başa çıkmanın olumlu ve olumsuz yanlarını listelemelidirler. Genelde, bu sonuca ulaşmak için iki strateji kullanılabilir (çoğunlukla “ruh hâli sörfü” ile birlikte):
 - *Dikkat dağıtma.* Hastalar kendilerini ruh hâllerinden uzaklaştıracak yemeden başka her türlü aktiviteye girişmelidirler – örneğin yürüyüş yapmak, duş almak, bir arkadaşı aramak vs.
 - *Ruh hâlini iyileştirmek.* Ruh hâli düzeltici hoş aktivitelerle meşgul olarak negatif ruh hâlini uzaklaştırmaya çalışmalıdırlar (örneğin müzik dinlemek, sıcak bir banyo yapmak vs.)

Hastanın bu stratejileri edinmesi ve geliştirmesine yardımcı olmak giderek artan ev ödevlerinin verildiği ve gözden geçirildiği birçok seans olacaktır.

Bir kadın hasta işte zorlu bir gün sonrasında kendini kötü hissettiğinde, özellikle aç olmasa bile, sıklıkla fazla yediğini gözlemledi. Müzik dinlemek,

bahçe işi yapmak veya günün haberlerini ailesiyle paylaşmak gibi rahatlatıcı ve zevkli aktivitelerin bir listesini hazırladı. Bu aktiviteleri yeme yerine kullanmaya çalıştı ve kendisini daha iyi hissetmesine yardımcı olduklarını fark etti. Yeme dürtüsüne karşı koymuş olduğunu fark ettiğinde kendini daha da iyi hissetti.

Tıkınırcasına Yeme

Obezitesi olanların bir alt grubunun tekrarlayan tıkınırcasına yeme dönemleri veya kontrol edilemeyen aşırı yeme dönemleri vardır. Genellikle bu tıknmalar aşırı diyet kısıtlaması arka planında oluşmaktan (bulimia nervosa tipi yeme bozukluğundaki gibi) ziyade, genel bir aşırı yeme eğiliminin üzerine konarlar. Eğer tıkınırcasına yemeler yeterince sıkısa, bu hastaların tıkınırcasına yeme bozukluğu vardır denilir (bakınız Bölüm 2).

Tıkınırcasına yeme aşağıdakilerle uyarılır:

- Sıkıntı, depresyon, anksiyete veya öfke gibi olumsuz ruh hâllerine yanıt olarak yeme. Diğer mekanizmaların katkısı olsa da, bu mekanizma obezitesi olanlarda özellikle belirgindir.
- Çok az ve çok az sıklıkta yeme. Bu sonuç olarak aşırı yemeyi uyararak fizyolojik ve psikolojik yoksunluk yaratır.
- Çok sayıda aşırı diyet kuralına uyma girişiminde bulunma; onlara uymada mükemmeliyetçi bir tutum sergileme; bu kuralların bozulmasını ya hep ya hiç şeklinde karşılama; ve bir kural bozulduğunda yiyecek alımını kısıtlamayı terk etme eğiliminde olma.

Tıkınırcasına yemenin üstesinden gelmek için gereken prosedürler bu bölümde daha önce ele alındı. Bunlar aşağıdakilerdir:

1. Tıkınırcasına yemenin duygusal tetikleyicilerini ele alma:
 - a. Acil durumu sorun çözmeyi kullanarak ele alma;
 - b. Olumsuz ruh hâllerini tanımayı ve kabul etmeyi öğrenme (“ruh hâli sörfü” dâhil);
 - c. Olumsuz ruh hâlleriyle başa çıkma alıştırmaları yapma.
2. Düzenli bir yeme kalıbı oluşturma.
3. Kaçınılan yiyeceklerden yavaş yavaş uzaklaşma ve benzer bir şekilde diğer diyet kurallarının üstesinden gelme.

Bu prosedürlerin konuyla ilgili hastadan hastaya değişir ve eğlence yemeklerinin altında yatan mekanizmalara bağlıdır.

Değerlendirmede bir kadın hasta geçen birkaç ay boyunca düzenli olarak tıkınırcasına yediğini ve bunun onun için bir rahatsızlık kaynağı olduğunu bildirdi. Yemeye bir kez başlayınca duramadığını söyledi. Aile ve arkadaşlarından gizli tuttuğu tıkınırcasına yemelerinden dolayı suçluluk ve utanç

hissediordu. Terapist hastadan tedaviye herhangi diğer bir hasta gibi, alımını kaydederek ve uzlaşılabilir bir kalori sınırına ulaşmaya çalışarak, başlamasını istedi. Birkaç hafta sonra, terapist hastanın izleme kâğıtlarına hiçbir tıknırcasına yeme atağı kaydetmediği yorumunu yaptı. Hasta tedavinin başlangıcından beri tıknırcasına yemediği için ne kadar memnun hissettiğini açıkladı. Bunun sebeplerini incelediler ve düzenli yemek için bir çaba harcamasının ve yediği her şeyi kaydetmesinin tıknırcasına yemesini ortadan kaldırmış gibi görüldüğü sonucuna vardılar.

Bir başka kadın ilk değerlendirmede 10 yıldan fazla bir süre boyunca düzenli şekilde tıknırcasına yemeleri olduğunu bildirdi. Tedavinin ilk 15 haftasında, günde yaklaşık 1500 kcal hedefine uymayı başardı ve 15,2 kg kaybetti. Bazen bir seferde 500–1000 kalorilik dondurma yemişti ama yiyeceklerini önceden planladığı ve kalori hedefine bağlı kaldığı için böyle dönemlerde artık bir kontrol kaybı hissetmediğini söyledi. Terapist, kâsede birazını bırakma alışkanlığını geliştirebilsin diye onu daha az miktarlarda dondurma yemeye çalışması yönünde cesaretlendirdi ama hasta bunu yapmakta gönülsüzdü.

17. haftada, hasta yeniden tıknırcasına yemeye başladığını bildirdi ve kendini izlemeyi bırakmıştı – oysa ki o noktaya kadar izlemesinde özenli olmuştu. Terapist hastanın “ya hep ya hiç” şeklinde düşünme tarzına, kalori hedefini geçtiğinde kendini izlemeyi tamamen terk etmesine ve ya bütün bir kâse dondurma ya da hiç dondurma yememe eğilimine dikkat çekti. Terapist kendini izlemenin, hastanın ne yediğinin daha iyi farkında olmasına yardım ederek, tıknırcasına yemeleri azaltmaya yardımcı olabileceğini açıkladı. Hastanın daha önceki 15 haftada tıknırcasına yeme dürtüsünden kaçınmayı nasıl başardığının yollarını, kendini meşgul etmesini ele aldılar. Çoktan yapmış olduğu olumlu gelişmelerin altını çizdiler.

Hasta bütün yemek paketlerini yemektense tabağında veya kutuda biraz yemek bırakmaya çalışmak konusunda hemfikir oldu. Ayrıca doğrudan paketlerden yememeye çalışmaya, daha yavaş yemeye, aç hissetmemek için yemeklerini güne dengeli bir şekilde yaymaya ve daha geniş bir yiyecek yelpazesi seçmeye karar verdi. Ekonomik güçlükler yüzünden stres altında hissettiğinden bahsetti. Cesaretlendirilerek stresle başa çıkmanın daha olumlu yollarını saptamayı başardı ve güçlüklerle başa çıkma stratejilerini saptamak için sorun çözme yaklaşımını kullandı. Bu stratejilerin çoğunu uygulamaya koydu ve tedavinin geriye kalan 27 haftası boyunca sadece bir tane daha tıknırcasına yeme atağı bildirdi. Tıknırcasına yeme uzun süredir bir sorun olduğundan ve tedavi sırasında yeniden yüzeye çıktığından, terapist gelecekteki tekrarlamalarıyla başa çıkması için yollar sap-

tamasına yardım etti. Kilo koruma planı (bakınız Bölüm 11) tıknırcasına yemeyi engellemek için detaylı bir strateji özetini içerdi.

Tıknırcasına yemenin tedavisine bilişsel-davranışçı yaklaşım hakkında daha fazla bilgi için, bakınız Fairburn, Marcus ve Wilson (1993) ve Fairburn (1995).

Porsiyon Boyutları

Obezitesi olan birçok insan, gereğinden çok büyük porsiyonlar yeme eğilimindedirler. Bu olasılık hastaya (özellikle de az kilo kaybedenlere) açılmalıdır. Porsiyon boylarının hem aile içinde hem de dışındakilerle kıyaslandığında nasıl olduğu sorulmalıdır. (Bazı ailelerde herkes büyük porsiyonlar yeme eğilimindedir ve o yüzden hasta büyük bir porsiyonu “ortalama” bir boy olarak görebilir). Tabii ki, doğru kalori sayma (ve özellikle de yemeğin tartılması) bu durumu yakalayacaktır, yine de hastalar dışarıda yediklerinde, yenenleri rakamlara dökmek zor olabileceğinden, bu durumu gözden kaçırabilirler.

Hasta gereğinden çok büyük porsiyonlar yiyor olabilir gibi gözükiyorsa, o zaman bu tedavinin bir odak noktası hâline gelmelidir. Hastalara porsiyon boylarını ya tabaklarındaki miktarı azaltarak ya da yemek bırakarak gittikçe küçültmeleri için yardımcı olunmalıdır. Başarıları sonraki seanslarda ölçülmelidir. Yararlı olabilecek bir strateji, hastalara bir süre daha küçük tabaklarda yemelerini önermektir.

Yemeğin enerji yoğunluğu da burada önemli olabilir (bakınız Bölüm 4). Bazı hastalar porsiyon boylarını bir kez küçültünce yeterince yemek yemediklerini hissederler. Bu sorunun bir çözümü de, enerji yoğunluğu daha az olan yiyeceklere (genellikle daha az yağlı yiyeceklere) yönelmeleridir, çünkü bu, daha fazla miktarda yemeğin yenmesine izin verir.

Yiyecek Seçimi

Bu tedavinin kilo kaybı safhasında, hastaların yiyecek seçimleri, eğer diyetleri gereğinden çok sağlıksız değilse ve kilo kaybetmede başarılıysalar, çok büyük bir odak noktası değildir. Hastalara davranışsal taleplerle fazla yüklenmekten kaçınmak için, sadece iki şey yapmaları tavsiye edilmelidir (bakınız Bölüm 4): Geniş bir yiyecek yelpazesinden yemek ve enerjisi yoğun yiyecek (yani, yüksek yağlı yiyecek) tüketimlerini azaltmak. Öte yandan, uzun vadede sağlıklı bir diyet oluşturmak bir önceliktir. Bu konu Bölüm 10’da ele alınmıştır.

Yiyecek seçimiyle ilgili bazı sorunlarla kilo kaybı sırasında karşılaşılabilir:

1. *Bazı hastalar beslenme bakımından oldukça yoksul bir diyet yaparlar. Örneğin büyük bir yiyecek (örneğin meyve) veya besin (örneğin kalsiyum) grubunu yemeyebilirler. Bu durumda, terapistler böyle bir diyetin besinsel sonuçlarına dikkat çekmeli ve hastaların eksik maddeleri almalarına yardım etmelidirler.*

Terapistler sadece bariz eksiklikleri aramalıdır. Ayrıntılı besin bilgileri için, bakınız Garrow, James, ve Ralph (2000) ve Ziegler ve Filer (1996).

2. *Bazı hastalar yüksek yağlı bir diyet yemeye alışmışlardır ve diyeti kısıtlama eğilimleri diğer türde yiyecek alımlarını artırmaktansa basitçe alıştıkları bu yiyecekleri kısıtlamayı içerir.* Bu bir sorundur, çünkü genellikle hastalar uzun zaman boyunca böyle kısıtlamayı sürdüremezler ve yenen yiyecek miktarındaki herhangi bir artma tüketilen kalorilerde oransız bir ölçüde büyük bir artışla sonuçlanır. Bunun uzun vadeli kilo korunması için özel bir sorun olması olasıdır. Bu hastaların yüksek yağlı yiyecek alımlarını azaltırken, enerjisi daha az yoğun alternatif alımlarını artırmalarına yardım etmek gerekir. Bunu yapmak için ana hatlar Bölüm 10'da verilmiştir. Yiyecek seçimine dair ciddi bir sorun varsa, bu ana hatlar tedavide bu noktada açıklanmalıdır.

Bir kadın hasta fazla yağlı yiyecekleri şiddetle tercih ediyordu. Başarılı bir şekilde kilo kaybetmeyi başardı ama yiyecek seçimini değiştirmekte gönülsüzdü. Kilo kaybetmek için, yeme alışkanlıklarında önemli değişiklikler yapmak yerine sadece yediği yüksek yağlı yiyecek miktarını azaltmayı seçti. Terapist onu düşük kalorili alternatifleri değerlendirmek ve meyve ve sebze alımını artırmak için cesaretlendirdi. Hasta tercih yelpazesi dışındaki yiyecekleri denemek için bir veya iki girişimde bulundu ama bu çizgilerde azim göstermeye isteksizdi. Alternatif yiyecekleri eğer bir şekilde dezavantajlı ise reddetti (örneğin bazı sebzeleri, pişirildiklerinde evi kokutukları gerekçesiyle reddetti).

Hasta kalori alımını azaltarak 11,1 kg kaybetmeyi başardı ama yiyecek seçimini değiştirmekteki isteksizliği kilosunu korumasının önünde büyük bir engel yarattı, çünkü yediği yiyecek miktarındaki azıcık bir artış bile, kalori alımında oransızca büyük bir artışa sebep oldu.

Yiyecekten Kaçınma

Bazı hastalar dar bir yiyecek yelpazesi yemeye giriştikleri oldukça kısıtlanmış bir diyet benimserler (veya çoktan benimsemiştirler). Çoğunlukla bu hastaların, katı ve kırılabilir diyet kuralları ve bu kuralların herhangi bir şekilde kırılmasına tepki olarak aşırı yemeye bir eğilimle ifade edilen, “ya hep ya hiç” şeklinde (iki uçlu düşünme diye de bilinen) bir düşünme tarzları vardır. “İyi yiyecekler” (düşük kalorili yiyecekler) ve “kötü yiyecekler” (yüksek kalorili yiyecekler) hakkında konuşabilir ve “kötü yiyecekler”den tamamen kaçınabilirler. Bu hastalar giderek kaçınılan maddeleri diyetlerine katarak yiyecek seçimlerini genişletmeye cesaretlendirilmelidirler. Hiçbir yiyeceğin “yasaklı” olmadığı ve kişinin arzulanan yiyecekten asla yememekten ziyade, hoşlandığı yiyecekten az miktarlarda yemek için kendisine izin vermesinin daha iyi olduğu öğretilmelidir. Çünkü kişinin sevdiği bir yiyeceği yasaklaması çoğunlukla bu spesifik yiyecek için güç-

l arzuya ve kişi arzuya ‘‘boyun eğdiğinde’’ aşırı yemeye yol açar.

Çoğunlukla odak noktası, belirli bir miktarda yemekten çok kaçınılan yiyecek tipinde (örneğin çikolata) olmalıdır. Amaç, bir aşırı yeme atağını tetiklemeden hastaların yemelerini kısıtlayan diyet kuralını kırmalarına yardımcı olmaktadır. Özel ev ödevleri ele alınmalıdır. Örneğin hasta haftanın bir günü sabah molasında yarım çikolata barı yemeyi ve diğer yarısını hemen atmayı planlayabilir. Terapist spesifik korkularını saptamak için özen gösterirken, hastaya da ne olmasını (davranış, düşünce ve hisler olarak) beklediği sorulmalıdır. Sonra hasta, davranışsal bir deney olarak, yiyeceği planlandığı gibi yemeye çalışmaya ve ne olduğunu yazmaya cesaretlendirilmelidir. Sonraki seansta, deney tartışılmalı ve tahminler gerçekte ne olduğuyla karşılaştırılmalıdır (davranış, düşünce ve hisler ve diğer konuyla ilgili sonuçlar olarak –örneğin bir çikolata barı yemenin önemli derecede kilo kazanımına veya tıknırcasına yemeye yol amadığının ortaya çıkması).

Ev ödevini verirken, kaçınılan yiyecek maddesinin tüketimini takiben sonraki aşırı yemeleri engelleme yollarını tartışmak önemlidir. Hastalar şunlara cesaretlendirilebilir:

- Yemelerinin akla yatkın bir şekilde kontrol altında olduğunu hissetmedikleri günlerde kaçınılan yiyeceğin sunulmaması;
- Kaçınılan yiyeceğin tüketimini takiben olası aşırı yeme dürtüsünün farkında olma ve eşlik eden düşünceleri saptama ve üstesinden gelme;
- Sonrasında aşırı yeme dürtüsü idare edilebilir bir seviyeye inene kadar meşgul edici aktivitelerle uğraşmak.

Kaçınılan yiyecekleri bu sunulması hastanın tüketimi kilo kazanımı korkularını ve aşırı yeme dürtülerini artık tetiklemeyene dek dzenlice uygulanmalıdır.

Bir kadın hasta, kilo kaybederken çikolatadan tamamen kaçınması gerektiğine inanıyordu. Tedaviye başlamadan önce, alışmış bir şekilde, günde birkaç çikolata barı yiyordu. Bir kez çikolata yemeye başladığında tüketimini kontrol edemeyeceğine inanıyordu, dolayısıyla tamamen kaçınmak en iyisiydi. Terapist onu planlanmış bir şekilde hafif miktarlarda yiyerek deney yapmaya cesaretlendirdi. Hasta uygun bir gün seti, bir paket çikolata satın aldı ve yemek için bir zaman planladı. ikolatadan zevk alabildiğini ve daha fazlasını arzulamadığını gördü. Bu noktadan itibaren, zaman zaman kalori hakkına ufak miktarlarda çikolata koymaya başladı.

Bir başka kadın hasta, çikolatalı keki seviyordu ama kalori hedefinde bulundurmamak için mücadele veriyordu, çünkü yediği zaman kendini ‘‘nor-

mal” bir porsiyonda durduramadığından fazla miktarlarda yeme eğilimi vardı. Hasta bunu sıkıntılı buldu ve çikolatalı kek alımını kontrol edemediğini hissetti. Yemesi için mükemmeliyetçi standartları ve ya hep ya hiç şeklinde bir düşünme tarzı vardı, o yüzden bir kez aşırı yediğinde başaramadığını hissediyor ve çok kötü bir hâle geliyordu. Bu onu daha fazla aşırı yeme riskine sokuyordu. Terapist onu planlı, ölçülü miktarda çikolatalı kek yemeye cesaretlendirdi. Ancak, bu bazen planladığından daha fazla yediğinden tamamen başarılı değildi ve planlanan porsiyonda dursa bile memnun olmuyordu.

Yaz tatili boyunca, hasta kendisine hafifçe daha yüksek bir kalori hedefi izni verdi. Terapist bunun çikolatalı kek tüketimini denemesi için iyi bir fırsat olduğunu söyledi. Hasta ve terapist şu şekilde özetlenebilecek olan sorunu tartıştılar: Çikolatalı kek arzu edilebilir, ama aynı zamanda kalorisi de yüksek. Hasta ondan istediği kadar yemek istiyordu ama kalorisinin yüksek olduğunu bildiğinden mümkün olduğunca az tüketmesi gerektiğini hissediyordu. Ancak, az bir miktar tükettiğinde kendisini kandırılmış ve tatminsiz hissediyordu. Bu hisse, bazen zevk vermeyene dek daha da fazla yiyerek yanıt veriyordu, o zaman da kendini suçlu ve başarısız hissediyordu. Daha fazla kek yememesine rağmen kandırılmış hissetmeye devam ediyordu çünkü istediği kadar yememiş oluyordu.

Açıkçası hasta ne kadar çikolatalı kekin “istediği kadar”ı oluşturduğunu bilmiyordu çünkü her zaman alımını kısıtlamaya çalışmıştı. Akıl almayacak kadar büyük bir miktar olacağını tahmin etmişti ve dolayısıyla alımını kısıtlamaya mahkûm edilmiş gibi hissediyordu; yani, daha yemeye başlamadan bile yoksun hissediyordu.

Terapist ve hasta bir deneme üzerinde uzlaştılar. Hasta, boyutunda veya içerdiği kalori miktarında hiçbir kısıtlama olmaksızın, kendisine memnun edici gibi gözüken bir parça kek kesecekti. Onu yiyecek ve nasıl hissedeceğini görecekti. Eğer memnun kalmazsa daha fazla yiyebilecekti. Memnun olunca porsiyonunun ne kadar kalori içerdiğini hesaplayacaktı (kekten ne kadar kaldığına bakarak).

Hasta bunu yaptı – ve kestiği ilk parçadan sonra kendini memnun hissetti. Tükettiği kalorileri hesaplayınca, “en uygun” porsiyonunun oldukça yakın bir şekilde “ortalama” porsiyonuna karşılık geldiğini keşfetmekten haz aldı. Bundan sonra ortalama miktarlarda keki daha huzurlu yiyebildi.

Yeme Tarzı

Terapist hastaların nasıl yediğini değerlendirmelidir. Bölüm 4’te açıklandığı gibi, en iyisi yemenin planlanması ve öğünlerin belirlenmiş bir yerde yenmesidir. Hastalar otomatik olarak yemektense yemeklerinin tadına varmalıdırlar. Aşa-

ğıdaki noktalar genel olarak yemeleri ve aşırı yeme atakları için geçerli olduğundan değerlendirilmelidir:

- *Yeme hızı.* Hızlı yenen yemek fark edilmeme eğilimindedir ve o yüzden daha az memnun edicidir. Hızlı yeme eğiliminde olan hastalar yemeklerinin tadına varmaya cesaretlendirilmelidirler. İki lokma arasında çatal bıçakları masaya koyma insanların yemelerini yavaşlatmalarına yardımcı olan bir tekniktir.

Tek başına ebeveynlik yapan bir kadın hasta çocukları yemeklerini bitirir bitirmez onların tabaklarını temizlemek için hazır olmak amacıyla kendi yemeğini hızlı hızlı yediğini fark etti. Bir başka kadın onun için yemenin sadece fırsat oldukça yakıt tazeleme olduğunu fark etti. Yiyeceklerin tadı veya görünüşlerini fark etmiyordu; aslında, bazen garip yiyecek kombinasyonlarını sadece hâlihazırda erişilebilir oldukları için yiyordu. Her iki hâlde terapist hastaları önem vererek yemeye, her lokmanın tadına varmak için zaman ayırmaya ve tat ve görünüşleri fark etmeye cesaretlendirdi.

- *Diğer aktivitelere eşlik eden yeme.* Yemek yerken okumak veya televizyon izlemek gibi aktivitelerde bulunmak genellikle iyi bir fikir değildir, çünkü aşırı tüketime yol açabilir (çünkü insanlar dikkatleri başka yerdeyken ne kadar yediklerinin farkında değildirler). Onun yerine hastalar yedikleri şeye konsantre olmalı ve ondan zevk almalıdırlar.
- *Yer.* Belirlenmiş bir yerde (değişik yerlerde yemek yerine) oturarak yemek yemeyi resmîleştirmek kontrollü yemeyi cesaretlendirir.
- *Planlama.* Öğünler arası yeme riskini azalttığından, bu cesaretlendirilmelidir. Günlük planı izleme kaydının en üstüne not etmek hastalar için yararlıdır.

Tedavi akla yatkın bir şekilde iyi ilerliyordu, ama kadın hasta bazı durumlarda planlama eksikliği yüzünden kalori hedefini aşma eğilimindeydi. Önceden planlamanın önemini anlamasına rağmen, bunu günlük olarak yapmaya isteksizdi, çünkü kalori saplantısı oluşacağını hissediyordu.

Birkaç hafta sonra, hasta kalori hedefini aşmasını engelleyen ama spon-tanlık ve esneklik arzusuna karışmayacak bir sistem geliştirdi. Bu, haftada iki kez alışverişe gidip sonraki 3 gün için yetecek kadar yiyecek (birkaç hazır yiyecek dâhil) satın almayı içeriyordu. Bunu yaparak, hâlihazırda olan bütün yiyeceklerin kalori hedefi için uygun olmasını, hızlı ve kolay hazırlanabilmesini ve hoşlandığı şeylerden oluşmasını sağladı. Bu onun esnek ve bir dereceye kadar spontan olmasına olanak sağladı.

- Doğrudan paketlerden yemek. Bu aşırı tüketime özendirme eğilimindedir. Onun yerine, hastalar yiyecekleri yemeği paketten çıkarmalı ve başlamadan önce kalanını ayırmalıdır.

Alkol

Bazı hastalar için, alkol alımı kilo sorunlarını kötüleştirir veya tedaviyi engeller. Burada birçok mekanizma çalışıyor olabilir:

- Alkol tüketimi kalori alımına önemli bir katkıda bulunabilir.
- Alkol diyet kısıtlamasını uygulama yeteneğini azaltabilir (ve bazı hastalar alkol içtikten sonra daha aç hissettiklerini bildirirler).
- Alkol tüketilen çevre, diyete bağlılığı baltalayabilir. Örneğin abur cuburlar (örneğin kuruyemiş ve çips) veya diğer yüksek yağlı yiyecekler mevcut olabilir ve “fast food” yemek için sosyal baskı olabilir.

Terapistlerin bu engellerden hangisinin söz konusu olduğunu saptamaları ve öğütlerine ona göre biçim vermeleri gerekir. Hastanın içmesine sansür koymayan bir tutum benimsemek önemlidir ve iyice yerleşmiş sosyal alışkanlıklarını değiştirmelerini beklemek gerçekçi olmayabilir. Öte yandan, eğer hastanın içkisi kilo kaybı için bir engel oluyorsa, bunun detaylıca tartışılması ve sorun çözme yaklaşımı kullanarak (bakınız Bölüm 4) çözümler aranması gerekir. Örneğin hastalar her durumda içilen miktarları azaltmayı (örneğin önce suyla doyup böylece içmeye başlarken susuz olmamayı sağlayarak; ve alkollü içecekleri alkolsüz diyet içeceklerle değiştirerek) veya haftalık içme sayılarını kıstmayı veya her ikisini de azaltmayı denemeye karar verebilirler. Bazı hastalar içki alışkanlıklarını tamamen gözden geçirmeyi ve “yeni bir başlangıç” yapmayı seçebilirler.

Diyet Kurallarına Karşı Diyet İlkeleri

Terapist 1500 kalorilik diyete bağlılığa zarar verebilecek bilişsel süreçler için tektikte olmalıdır. Özellikle yaygın olan bir sorun diyet ilkelerinin katı kurallara çevrilmesidir. Bunun bir örneği kalori alımını azaltma tavsiyesinin “Asla abur cubur veya yüksek yağlı yiyecekler yememeliyim” şekline çevrilmesidir. Bir diğeri, bazı hastaların ara sıra kalori hedeflerini az miktarlarda geçseler bile başarısızlığa uğramış veya rahatsız hissetmeleri şeklinde görülür. Hastalara 1500 kalori sınırının ortalama kalori alımı için bir ilke olduğu hatırlatılmalıdır – katı bir reçete değildir. Amaç, hedeflenen bir şeydir, ama hastalar amaçlarına her gün ulaşmak zorunda değildirler. Bazı günler biraz daha fazla bazı günler ise biraz daha az yiyebilirler, ama hafta boyunca günde ortalama 1500 kalorilik bir alımı hedeflemelidirler.

Bazı kişiler için, diyet ilkelerini kurallara çevirmek yararlıdır. Belirsizliğin olmaması bağlılıklarına yardımcı olur. Ne yazık ki, hem esnek olmadıklarından ve bu yüzden fırsat olduğunda çığnemeleri olası olduğundan ve hem de böyle

kuralları çiğnemeye karşı olağan tepkinin yemeyi kısıtlama girişimlerinin geçici terki olmasından (daha önce betimlendiği gibi) dolayı çoğu insan için katı kurallar birer sorundur.

Çoğunlukla sadece “ya hep ya hiç” şeklinde düşünmeyi saptama, sonuçlarını tartışma ve hastalara zararlı etkiler olmaksızın nasıl daha az aşırıya kaçabileceklerini görmelerinde yardımcı olma, bu eğilimi yumuşatmak için yeterlidir, özellikle izleme kayıtlarını bunu saptamak için kullanırlarsa. Uygun ev ödevleri (tipik olarak bir diyet kuralının planlı bir yıkımını içeren ödevler) de yardımcı olabilir. (Bölüm 7 ya hep ya hiç şeklinde düşünmeyi beden imgesi sorunlarına bağlı olarak tartışmaktadır).

Bir kadın hasta, şiddetli bir şekilde, her gün 1500 kalorisinin altında bir kalori alımına erişmek zorunda olduğunu hissediyordu. Günlük alımı bunun üzerinde ise başarısız olmuş hissediyor, üzülüyor ve bırakmaya meyilli oluyordu. Terapist hastaya, kendisine 1500 kalori civarında demiş olmasına rağmen neden kalori alımının her gün 1500'ün altında olmak zorunda olmasının bu kadar önemli olduğunu sordu. Hasta bunun kısmen, eğer kilo kaybetmiyorsa alıyor olduğu inancına ve 1500 kaloriyi geçmenin kilo alımını hızlandıracağından korkmasına bağlı olduğunu açıkladı. Ayrıca kalori hedefine tam olarak bağlı kalmada başarısız olmasının kontrolü kaybetmiş olduğu anlamına geldiğini anlattı.

Terapist bu inançların kanıtlarını gözden geçirmede hastaya yardım etti. Hasta kilo değişimini birçok hafta boyunca izledi ve ortalama kalori alımı günde 1500 kaloriden biraz daha yüksekken bile kilo kaybetmeye devam ettiğini gördü. Kalori alımının kilo kaybıyla güçlü bir bağı olmasına rağmen, ilişkinin kesin olmadığını fark ettiler. Hasta günde 1500 kalori civarında kaldığı sürece kilo kaybettiğini ve kilosunu etkileyen diğer faktörler kontrolü dışında (âdet döngüsü gibi) olduğundan kalori hedefi üzerinde katı olmasının anlamsız olduğunu görebildi. Terapist ayrıca onu yiyecek alımının kendi kontrolünde olduğunu düşündürecek kanıtlar bulmaya da teşvik etti – ve hasta birçok kanıt buldu. Hasta kayıt tutmanın, özel durumlar için önceden planlamanın, kilo kaybetmenin ve yüksek yağlı yiyecek alımını azaltmanın hepsinin, yiyecek alımının kendi kontrolünde olduğunun kanıtları olduğunun farkına varmaya başladı. Kendisinin tek kontrol ölçüsü (günde 1500 kalorisinin altında kalmak) yiyecek alımını kontrol etme yeteneğinin iyi bir göstergesi olmamıştı.

Kilo Kaybının Önündeki Diğer Bilişsel Engeller

Kilo kaybına engel gibi gözüken diğer bilişsel süreçlerin ele alınması gerekebilir. Örneğin bazı hastaların kilo kaybı oranlarıyla ilgili gerçekçi olmayan hedefleri vardır ve belirli bir zaman süresinde belirli (ve makul olmayan) bir miktar

kilo kaybetmezlerse sıkıntılı yaşarlar. Sonra cesaretleri kırılır ve bırakmak daha cazip gelir. Bir hasta şöyle dedi:

Babam hedeflerim olması konusunda çok hevesli. Herhangi bir şeye erişmek için bir hedefin olması gerektiğini düşünür. Benim için belirli hedefler en kötü şeydir. Erişmeye çalıştığım hedefler var ama onlar belirli bir sayıya bağlı değil, o yüzden başarısız olamam. Eğer genel amacıma doğru giden bir yolda isem, bu yolda nerede olduğum önemli değil – hâlâ o yolda olduğum sürece.

Hastalara bu tutumu benimsemeleri için, katı, talepkâr hedefler esnek ve gerçekçi amaçlarla yer değiştirilerek, yardımcı olmak gerekir. İlgili esas hedef kilo lar konusu Bölüm 8’de detaylıca ele alınmıştır.

Yiyeceği Bir “Zevk” Olarak Kullanma

Yiyeceği bir rahatlama, ödül veya “zevk” olarak kullanma, değişimin önünde özel bir engel teşkil eder. Yiyeceğin bu kullanımı genellikle uzun sürelidir ve di yete bağlılığı baltalayabilir. Bu sorunun üstesinden gelmek için, terapist bunu ilk önce böyle saptamalıdır. Sonra “kendine bakma” (yani, kişinin ihtiyaçlarını ele alma) ile yeme ihtiyaçları arasındaki bağın kırılması gerekir. Aşağıdaki strateji kullanılabilir:

1. *Yemenin gerçekten kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayıp sağlamadığını hastalarla birlikte gözden geçirin.* Eğer öyleyse, bu iyilik hissi kalıcı oluyor mu? Uzun vadeli bir perspektif edinmek iyi bir çözüm mü?

2. *Sonra hastalardan aradaki bağı koparmaları istenmelidir.* Örneğin kendilerini yiyecekle ödüllendirme veya rahatlatma dürtüsünün olduğu sonraki seferde, bunu yapmayı 15 dakika ertelemeye çalışmalıdırlar. Bu plan, ertelemenin yiyecek için artmış bir ihtiyaçla mı yoksa yeme dürtüsünün azalmasıyla mı (neredeyse değişmez bir durum) sonuçlanacağını görmek için yapılan bir deneme olarak hazırlanabilir. Bu yolla hasta böyle dürtülerin yerine getirilmesinin zorunlu olmadığını öğrenir.

3. *Hastalara böyle zamanlarda başka türlü kendilerini rahatlatma ve ödüllendirme yolları saptama ve kullanmaları için yardımcı olunmalıdır.* Kendini ödüllendirmenin iyi yollarını saptamak bir ev ödevi olarak verilebilir. Bir sonraki fırsatta kullanılabilirler.

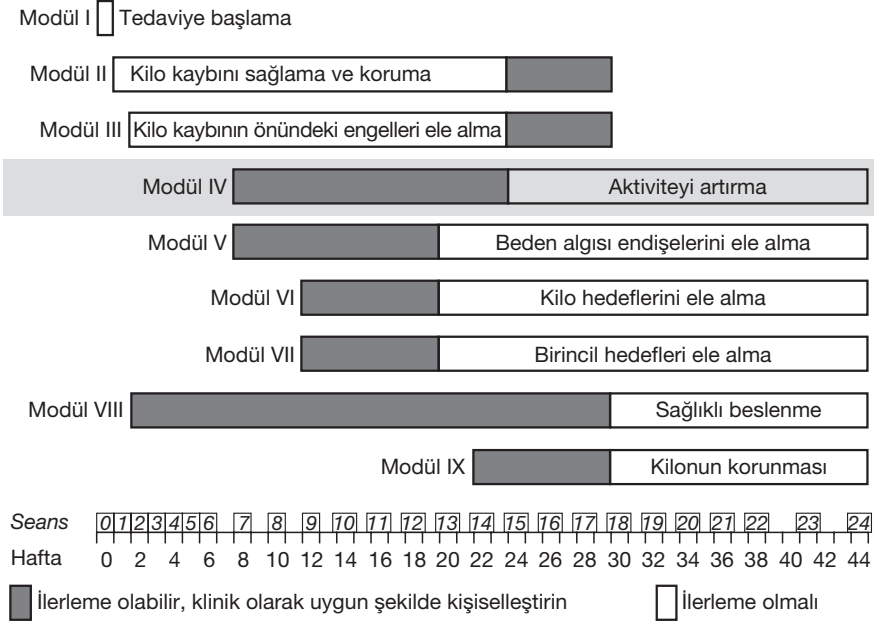
Bir kadın hasta, çikolata yeme arzusuyla baş edebilmesine yardımcı olsun diye “dürtü sörfü”nü denemeye karar verdi. Terapist dürtünün yok olmasını beklerken meşgul edici aktiviteler kullanmayı denemesini önerdi. Ne tür meşguliyet aktivitelerinin yardımcı olabileceğini bulmak için, terapist hastadan çikolata yeme deneyiminde bu kadar çok hoşlandığı şeyin tam

olarak ne olduğunu anlatmasını istedi. Hasta bir bardak çay ve biraz çikolata ile nasıl oturduğunu ve sıcak çay çikolatayı ağzında eritirken nasıl hissettiğini betimledi. Deneyimin birçok ögesi olduğu ortaya çıktı: Oturma ve rahatlama için bir şans, bir çeşit lüks hissi ve çayla çikolata kombinasyonunun verdiği belirli doku ve tatlar. Sonra, hasta ve terapist bu özelliklerin bazılarını veya hepsini içinde barındıran alternatif aktiviteleri değerlendirdiler. Hasta yine bir bardak çayla oturup kediyi okşamının ve onun yumuşak tüylerini hissetmenin bir başka olasılık olabileceğini düşündü. Diğer olasılıklar mum ışığında banyo yapmak ve en sevilen müzik parçalarından birini dinlemek olarak sıralandı.

Başka iki kadın hasta da açlıktan başka sebeplerle yiyorlardı. Biri, kendisine zaman yaratmak için yediğini keşfetti – yemek yemek için oturmak hoş bir şeydi, çalışan bir kadın olmanın bitmeyecek gibi gözükken görevlerinden uzakta kendisine biraz zaman ayırıyordu. Bu hasta dantel işi veya kelime bulmacaları gibi yiyeceklerle ilgili olmayan zevkli ve uğraştırıcı başka aktiviteler denemeyi ve kendisine zaman yaratmak için daha iddialı olmak üzerinde çalışmayı kabul etti. Diğer hasta, kocası ve kızı yattıktan sonra televizyon izlerken yiyordu. Boş zamanının (ev işlerini yapmak için kullanması gerektiğini düşünüyordu) olmasının yemesini tetiklediğini fark etti. Bu durumda, bu zamanın bir kısmını ev işlerini yapmaya harcadığı için, yemedi belki bir bardak şarapla, oturup biraz televizyon izleyerek kendisini “ödül”lendirebiliyordu.

B Ö L Ü M 6

Modül IV: Aktiviteyi Artırma



ŞEKİL 6.1

Obezitenin tedavisine bu bilişsel-davranışçı yaklaşım, egzersizlere diğer tedavilerin yaptığı kadar vurgu yapmaz. Ancak, tedavi, özellikle başarılı kilo koruma ve güçlenmiş fiziksel sağlık perspektiflerinden, hastaları aktif bir hayat yaşama-ya cesaretlendirmeyi önemli görür.

Tedavi, toplam aktivite (ve de onun eksikliği olan oturarak geçirilen zaman) ile planlı egzersiz (aşağıya bakınız) arasında bir ayrım çizer. Her ikisi de aynı anda ele alınabilirler, ama tedavinin vurgusu birincil olarak toplam aktivite düzeylerini artırmaktır, çünkü aktif bir yaşam tarzı benimseyenler uzun vadede kilolarını kontrol etmede en başarılı olanlardır. Planlı egzersizdeki artışlar iyi karşılanırlar, ama tedavinin amaçlarından biri değildir.

Bu modülün hedefleri aşağıdaki gibidir:

1. Hastalara toplam aktivite düzeylerini artırmada yardımcı olma.
2. Eğer uygunsa, planlı egzersiz yapmayı cesaretlendirme.

Modül IV'e Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme

Aktivite ve egzersiz konuları tedavinin erken safhalarında açılmaz, çünkü kilo kaybı için gerekli görülmezler (bakınız Şekil 6.1). Onun yerine, tedavide aşağıdaki iki noktadan herhangi birinde ele alınırlar:

1. *Eğer kilo kaybı yerleşmişse ve aktivite veya egzersiz konusu hasta tarafından açılmışsa.* Örneğin bazı hastalar aktivitelerini artırmayı diyet kısıtlamasıyla bütünleştirmek isterler. Bu diyet bağlılığı engellemediği sürece cesaretlendirilmelidir. Genelde en iyisi bunu bu modüle başlamak (daha sonraya ertelenmelidir) yerine resmî olmayan bir şekilde yapmaktır. Terapistler aktiviteyi böyle artırmayı, kilo kontrolünün ek bir yolundan çok sağlığı güçlendirmenin iyi bir yolu olarak tanımlamalıdır. Uygun aktiviteler saptanmalı ve aşağıda betimlendiği gibi izlenmeli ve uygun ev ödevi hedefleri konmalıdır. Hastalar yaptıkları bütün ilerleme için övülmelidirler.

2. Eğer daha önce ele alınmamışsa, aktivite konusunun her zaman tedavinin yaklaşık ortasında açılmasını tavsiye ederiz (bizim durumumuzda 24. haftaya kadar her zaman açılmış olur), çünkü aktif bir yaşam tarzı olanlar uzun vadede kilolarını kontrol etmede en başarılı olurlar. Açıkça, hastaların tedavi bitmeden önce daha aktif bir yaşam tarzını iyice oturtmaları için bu modüle yeterince erken girmek gereklidir.

Tedavi aktivite düzeylerini artırmak için altı adıma bölünebilecek dereceli bir yaklaşım kullanır. 1'den 3'e kadarki adımlar aynı seansta yapılabilir. Bilgilendirme ve kendini izlemenin açıklanmasını içerirler. Adım 4'te kendini izleme hakkındaki bulgular değerlendirilir ve eğer belirtilmişse, adım 5'te aktivite düzeylerini artırma yolları tanıtılır. Her seansta ev ödevi verilerek ve sonra giderek üzerinde yapılandırılarak, artırmalı bir yaklaşım uygulanır. Adım 6 aktivite düzeylerinin uzun vadeli korunmasını ele alır.

Bu tedavinin bir hedefi olmamasına rağmen, planlı egzersizdeki her artış cesaretlendirilir. Planlı egzersizi kolaylaştırma yolları, modülün sonunda anlatılmıştır.

Genel Aktiviteyi Artırma

Adım 1: Üç Aktivite Şeklini Ayırt Etme

Terapist hastaya, üç aktivite şeklini ayırt etmesinin yararlı olacağını açıklamalıdır:

1. *Sedanter yaşam* (tam olarak, bir hareketsizlik şekli). Bu, oturma veya yatarak uzanmak demektir (örneğin televizyon izlemek, işte masada oturmak, yatakta dinlenmek).
2. *Yaşam biçimi aktivitesi*. Bu, günlük hayatın parçası olan rastlantısal aktivite demektir. Yürüme, ayakta durma, merdiven çıkma, ev işi yapma, hafif bahçe işleri, olağan bisiklete binme ve hafif yüzmeyi içerir.
3. *Planlı egzersiz*. Bu, insanların genellikle egzersiz olarak düşündükleri şeydir. Bu bağlamda “planlı egzersiz” olarak sınıflandırılabilmesi için, kalp atım ve solunum hızı artana dek güç sarf etmeyi içermelidir. Yavaş koşu, orta-hızlı arası yüzme, canlı yürüme veya hızlı yürüme ve hızlı bisiklet kullanmayı içerir.

Obezitesi olan insanların genelde hareketsiz olma eğilimleri olduğuna dair kanıtların olduğu da açıklanmalıdır. Bu, obeziteyle ilişkili sağlık risklerini artırır (bakınız Blair & Holder, 2002) ve enerji alımının normalden daha az olması gerektiği anlamına gelir.

Adım 2: Genel Aktiviteyi Artırmanın Yararlarını Açıklama ve Egzersiz Hakkındaki Yanlış Kanıları Düzeltme

Aktivite düzeylerini artırmanın üç ana sebebi vardır:

1. Uzun vadeli kilo korumayı iyileştirme. Daha aktif olan insanların uzun vadede kilolarını korumada daha iyi olduklarına dair yeterli seviyede klinik ve araştırma kanıtı vardır (Blair & Holder, 2002). Bunun dayanak noktası kesin değildir, ama nedenin sadece kilo korumanın diğer yönleriyle daha iyi bir uyumun bir göstergesi olmadığı düşünülmektedir.
2. Obeziteyle ilişkili sağlık risklerini azaltma.
3. Kalori harcamasını artırma. Bu ortalama bir etkidir. Hastalara aktivite artırmanın, uzaktan bile, diyet kontrolünün yerine geçmeyeceği söylenmelidir. Örneğin haftada yaklaşık 0,5 kg hızında kilo kaybetmek için günde 500 kalorilik bir enerji açığı yaratmak gereklidir. Bunu sadece enerji harcamasını artırarak başarmak için 79,8 kg'lık bir kişinin bazal aktivite düzeyine ek olarak günde 110 dakika yürümesi veya 80 dakika bisiklete binmesi veya 45 dakika yüzmesi (serbest stilde) gerekir.

Bazı insanlar aktiviteden başka faydalar da sağlarlar:

- Fiziksel olarak daha iyi hissetme;
- Kendilerini genel olarak daha iyi hissetme;
- Daha fazla sosyal iletişim içinde olmak ve
- Ruh hâlini iyileştirmek.

Terapist hastanın fiziksel aktivite ile kilo arasındaki ilişki hakkında aşağıdaki yaygın yanlış kanılara inanıp inanmadığını kontrol etmelidir ve eğer inanıyorsa, doğru bilgi verilmelidir.

1. *Kilo kontrolünde egzersizin değeri azdır.* Orta miktarlarda düzenli egzersizin yeniden kilo kazanımını engellemeye yardımcı olmada önemli olduğu düşünülür (bakınız Wing & Klem, 2002).

2. *Sadece ağır egzersiz önemli sağlık faydaları ortaya çıkarır.*

a. Haftanın çoğu gününde toplamda günde 30 dakikaya varacak orta düzeyde aktivitenin önemli sağlık faydaları getirdiği genelde kabul edilir (Blair & Holder, 2002). Orta düzeyde aktiviteler kişiye daha çok nefes aldırılan ve daha sıcak hissettirenlerdir – canlı yürüme iyi bir örnektir.

b. Ağır egzersiz dakika bazında yüksek bir kalori harcamasıyla sonuçlanır, ama “yaşam biçimi” aktiviteleri günlük bir rutine daha kolay uyabilir ve uzun vadede kalıcıdır. Örneğin 20 dakikalık bir yüzme 210 kalorilik ek (yani, bazal aktivite düzeyi üzerinde) bir kalori harcamasıyla sonuçlanacaktır, ama bir saatlik hafif bahçe işi fazladan 250 kcal harcatır ve gün içine daha kısa zaman aralıkları içinde sığacaktır. Bir başka örnek, bir aerobik sınıfına haftalık katılıma karşın günde 10 dakikalık yürüyüşür: Her biri aynı toplam ek kalori harcamasına erişirler.

3. *Egzersiz iştah artışına yol açar.* Orta düzeyde egzersiz iştahı artırmaz ve aslında azaltabilir (Blundell, 2002). Ayrıca, egzersiz insanların kendileri hakkında iyi hissetmelerine ve strese tepki olarak aşırı yemeden kaçınmalarına yardımcı eder. (Ek olarak, egzersiz genelde yemeyle uyumsuz ve böylece daha az yemeyle ilişkili olmaya meyillidir).

Adım 3: Aktivite Düzeylerini İzlemeye Başlama

Aktivite düzeyini artırmada ilk adım olarak, üç aktivite şekli izlenmelidir. Terapist o yüzden hastalardan onları günün izleme kaydının arkasına bir “aktivite kutusu” (bakınız Tablo 6.1) içinde kaydetmeye başlamasını istemelidir (gece yarısından gece yarısına).

Hareketsizlik (sedanter yaşam). Her günün sonunda, hasta oturarak veya yatarak geçirdiği saatleri kaydeder. İş yerinde oturan hastalar için, izleme kayıtlarının 6. kolonunda bir toplam tutmaları en iyisi olabilir.

TABLO 6.1

Üç Tip Aktivitenin Günlük Kaydı İçin Kutu

Hareketsizlik (saatler)	
Yaşam biçimi aktivitesi (adımlar)	
Planlı egzersiz (dakikalar ve tip)	

Yaşam biçimi aktivitesi. Bu, basit bir dijital pedometre (gün boyunca atılan adımların sayısını ölçer; adımsayar) kullanılarak ölçülebilir. Bunlar kolayca bulunabilir ve pahalı değildir. Bizim uygulamamız hastalara bir tane ödünç vermek yönündedir. Pedometreyi 2 hafta boyunca her gün yanlarında taşımaları istenmeli ve kullanımı hakkında yönergeler verilmelidir.

Planlı egzersiz. Her günün sonunda, hasta planlı egzersizle (yukarıda tanımlandığı gibi) uğraştığı dakika sayısı ile yapılan egzersiz tipini de aktivite kutusuna kaydetmelidir.

“Aktivite Düzeyinizi İzleme” (Tablo 6.2; Broşür L) broşürü bu noktaları özetler ve hastalara aktivite düzeylerini nasıl kaydedecekleri hakkında ayrıntılı bilgi verir. Terapist hastayla bu broşürün üzerinden geçmelidir.

Adım 4: Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Sonraki seansta, terapist hastanın aktivite düzeylerini izlemesini değerlendirmelidir. Güçlükler saptanmalı ve ele alınmalıdır. Eğer aktivite izleme memnuniyet verici olmuşsa, terapist ve hasta bulguları beraber değerlendirmelidirler.

Hareketsizlik (sedanter yaşam). Hareketsiz olunan saatlerin sayısı gözden geçirilmeli, hafta günleri ile hafta sonu arasındaki her fark not edilmelidir.

Yaşam biçimi aktivitesi. Hastanın ortalama adım sayısı ölçülmelidir, yine hafta günleri ile hafta sonu arasındaki her fark not edilmelidir. Birleşik Krallık'taki deneyimize göre (Yamax Digi-walker SW-200 kullanılarak), aşağıdaki referans değerlerini öneriyoruz:

Aktivite düzeyi	Günlük adımlar
Çok düşük	< 3000 adım
Düşük	3000-5000 adım
Orta	5000-7000 adım
Yüksek	> 7000 adım

Planlı egzersiz. Obezitesi olan birçok insan planlı egzersiz yapmaz (yukarıda tanımlandığı gibi). Hastanın temel planlı egzersiz düzeyi not edilmelidir. Düzeyinin artırılması bu tedavinin bir hedefi olmasa da, hastanın bir noktada başlamayı (veya artırmayı) düşünmeye istekli olabileceği bir veya daha fazla egzersiz tipini saptama amacıyla, hastanın planlı egzersize olan tutumunu değerlendirmek işe yarayacaktır. Eğer hasta çok önceden beri planlı egzersiz düzeyini artırmayı düşünüyorsa, buna cesaretlendirilmelidir.

Adım 5: Sedanter Oluşu Azaltma ve Yaşam Biçimi Aktivitesini Artırma

Hareketsizliğin azalması ve hayat tarzı faaliyetlerinin artması en iyi aynı anda fark edilir.

TABLO 6.2

Aktivitelerini Nasıl İzleyecekleri Üzerine Hastalar İçin Bilgiler**AKTİVİTE DÜZEYİNİZİ İZLEME**

Fiziksel aktivite düzeyinizi artırmada ilk adım, şu anda ne kadar aktif olduğunuzu ölçmektir. Bunu yapmak için tedavide ele alınan üç aktivite şeklini ölçmeniz gerekir.

Hareketsizlik

Her günün sonunda oturarak veya uzanarak ne kadar saat geçirdiğinizi olabildiğince doğru olarak hatırlayın. Bunu günün geri kalanındaki birkaç saat için ileri doğru iz düşerek 24 saatlik bir periyot (gece yarısından gece yarısına dek) için yapın. Sonra sayıyı günün izleme kaydının arkasında çizilen bir "aktivite kutusu" içine kaydedin (aşağıya bakınız). Eğer iş yerinde oturuyorsanız, oturularak geçirilen zamanın bir toplamını izleme kaydınızın 6. sütununda tutmak en iyisidir.

Yaşam Biçimi Aktivitesi

Bu terim günlük hayatın parçası olan rastlantısal fiziksel aktiviteler demektir. Yürüme, ayakta durma, merdiven çıkma, ev işleri yapma, hafif bahçe işleriyle uğraşma, olağan bisiklete binme ve yavaş yüzmeyi içerir.

Bisiklete binme ve yüzme dışında, bu aktivitelerin bir pedometre kullanarak uygun bir biçimde (atılan adımların sayısı cinsinden) sayısallaştırılmasını tavsiye ederiz.

Eğer bir pedometreniz varsa, pedometreyi yatak ve planlı egzersiz dışında (aşağıya bakınız) her zaman takmalısınız. Sabah ilk iş olarak onu takmalısınız. Bunu yapmayı hatırlamak için, onu sabah ilk kullandığınız bir şeye (örneğin bir tarak veya saç fırçası) iliştin ve "sıfırla" düğmesine basarak göstergiyi sıfıra getirin. Pedometreyi kalçalarınızın kenarında bir kemer veya gysinizin bir parçasına iliştin. Sonra, gece en son iş olarak, kaydedilen adım sayısını günün aktivite kutusuna not edin. Lütfen pedometrenizle gelebilecek bütün kalori tablolarını görmezden gelmeniz gerektiğine dikkat edin çünkü böyle rakamlar genellikle yanıltıcıdır.

Planlı Egzersiz

Her günün sonunda planlı egzersizle geçen dakika sayısını da aktivite kutusuna kaydetmelisiniz. Planlı egzersiz olarak sınıflanabilmesi için, egzersiz kalp atışlarınız ve nefes alıp verme hızınız artana dek güç sarf etmeyi içermelidir. Böyle egzersiz koşu, orta ve hızlı yüzme, hızlı yürüme ve hızlı bisiklete binmeyi içerir.

Aktivite Kutusu

Aktivite kutusu sizin geçen 24 saatlik aktivite düzeyinizi özetler. Günün izleme kaydının arkasına çizilmeli ve gün sonunda tamamlanmalıdır. Şöyle gözükmelidir:

Hareketsizlik (saat)	Yatakta 8 saat, 3 saat oturma
Yaşam biçimi aktivitesi (adımlar)	3860 adım
Planlı egzersiz (dakikalar ve tip)	Bugün yok

Sedanter Oluşu Azaltma

Eğer hasta oldukça sedanter yaşıyor ise, terapist ve hasta bu sorunun üstesinden gelmenin yollarını gözden geçirmelilerdir. Bunlar oturarak televizyon izleyerek geçirilen zamanın azaltılması (yürüyüşe çıkma veya bahçe işleriyle uğraşma gibi yaşam biçimi aktiviteleriyle uğraşarak) ve işte daha az oturmayı içerebilir. He-

men hemen her durumda, daha az televizyon izlemek basit ve değerli bir hedeftir. Özel artırmalı hedefler koyulmalı ve sonraki seanslarda gözden geçirilmelidir.

Yaşam Biçimi Aktivitesini Artırma

Eğer hastanın adım sayısı düşük (veya çok düşük) bir yaşam tarzı aktivite düzeyine işaret ediyorsa, onu artırmak için bir plan tasarlanmalıdır. Bu en iyi, hastalara yaşam biçimi aktivite düzeylerinin nasıl artırılabilceğini düşündüklerini sormakla yapılır. Hedef orta ve yüksek aktivite düzeylerine çıkmaktır (yukarıda tanımlandığı gibi). Aktif olmak için fırsatlara dikkat etmeye cesaretlendirilmelidirler. Bir başkasını işin içine katmayı seçmek yararlı olabilir. Motivasyona yardım edebilir (çünkü her iki kişi birbirine cesaret verebilir) ve sosyal iletişim sağlar. Olası aktivite formları aşağıdakileri içerir:

- Oturmak yerine ayakta durmak (örneğin telefondaiken)
- Uzaktan kumandayı kullanmak yerine televizyon kanalını ayağa kalkıp değiştirmek
- Öğlen veya akşam (hızlı) bir yürüyüşe çıkmak
- Arabayı daha az kullanmak
- Otobüsten veya metrodan birkaç durak önceden inmek
- Park yerlerinin uzak taraflarına park etmek

Merdivenlerin kullanımı özellikle üzerinde durmayı hak eder, çünkü özellikle iyi bir yaşam tarzı aktivitesidir. Hastalar mümkün olduğunca (fazladan gezintiler yaparak ve asansör ile yürüyen merdiven kullanımlarını en aza indirgeyerek) merdivenleri kullanmaya cesaretlendirilmelidirler. Gün başına çıkılan katları izlemek uygun olabilir.

Yine, belirli artan hedefler koyulmalı ve sonraki seanslarda gözden geçirilmelidir. Her gün yürüyüşe çıkmak basit ve değerli bir hedeftir. Aktif bir eğlence edinmek de desteklenmelidir. Bu aktivitenin sadece mevsimsel olmaması en iyisidir çünkü hastalar mevsim dışı dönemlerde alternatif aktiviteler saptama eğilimindedirler. Ayrıca, mevsim devam ettiğinde aktivitelerin yeniden başlatılmama riski vardır. Terapist hastalara uzun vadede aktivitede bir artışı nasıl sürdürmeyi düşündüklerini sormalıdır. Eğer uygunsa, seçtikleri aktiviteyle uğraşmanın mümkün (veya kolay) olmadığı mevsimlerde ne yapacakları sorulmalıdır ve aktivitenin sürdürülmemesi riski tartışılmalıdır.

Genellikle 4-6 hafta sonra, aktivitede herhangi bir artış olup olmadığını ölçmek için, hastadan pedometreyi ikinci bir 2 haftalık dönem boyunca kullanmasını istemek doğru olur.

2 haftalık dönem boyunca aktivite düzeyini kaydettikten sonra, bir kadın hasta, oturarak çok saat harcadığını fark etti (işçi hareketsizdi ve başlıca boş zaman aktivitelerinden biri televizyondur). Planlı egzersiz yapmadığını

da fark etti. Hasta televizyon izlediği zamanı azaltmaya hevesli olmadığını belirtti, çünkü kocasıyla bir arada olduğu tek zamandı ve ayrıca akşamları “ev işi yapmamak” istiyordu. Terapist hastanın fiziksel aktivitesini, bu zamanını gereğinden çok çalmadığını hissedecek şekilde planlamasının can alıcı olduğu ve kırgınlığa yol açmaması gerektiği fikrine katıldı. Böylece, terapist idealde hastanın daha hareketli boş zaman aktiviteleri olasılığını değerlendirmesini önerebileceği yerde, ilk başta hastanın tercihini kabul etmeye ve aktivite düzeyini yükseltebilmesi için günün başka kısımlarına bakmaya karar verdi.

Hasta seçenekleri üzerinde düşündü ve işte öğlen yemeği sırasında yürümeye çalışmaya karar verdi. Kendini cesaretlendirmek ve yürüyüşleri anlamlı görmek için, normalde arabayla götüreceği postaları postaneye yürüyerek götürmeye karar verdi. Bu iş yıldırıcı olmasın diye, bunu ilk başta haftada iki kez denemeye karar verdi. Ayrıca, hoşlanabileceğini hissettiği ve daha fazla boş zamanı olduğu hafta sonunda yapabileceği bir aktivite olan yoga için kendi bölgesinde sınıf bulunup bulunmadığını da araştırmaya karar verdi.

Daha önceleri oldukça hareketsiz olan bir başka kadın, yürümeyi temel aktivitesi yapmaya karar verdi. Yürümeyi gittikçe o kadar artırdı ki sonunda evden işe ve işten eve, öğlenleri ve daha önce arabayla gittiği gazeteciye yürüyordu. Ayrıca süpermarketin park yerinde uzak köşeye park etmek gibi küçük ama önemli yaşam biçimi değişiklikleri yaptı. Bundan birkaç hafta sonra, öğle yürüyüşünün, öğleden sonrası için “stres atma”da yardımcı olduğunu ve hiç yürüyüşe çıkmazsa sanki “kafeste bir kaplan” gibi hissetmeye başladığını fark etti. Planladığı yürüme hedeflerine uzatılmış bir dönem boyunca gayretle bağlı kalarak, bu hasta onları normal günlük rutinine o derece dâhil etmeyi başardı ki aktif olmamak artık çekici olmayan bir seçim haline gelmişti.

İş, ticaret fuarlarında bir çadıra bakmak olan bir hasta, çadırın yanında pasifçe oturmaktansa düzenli olarak çevresinde yürüme alışkanlığını geliştirdi. Bir başka kadın hasta, biraz müzik koyup oturma odasında biraz dans etmenin sadece iyi bir egzersiz olmadığını, aynı zamanda ruh hâlini iyileştirmeye de yaradığını keşfetti.

Adım 6: Aktivite Artışını Sürdürme

Yemede ki değişiklikler gibi, önemli bir hedef de aktivitedeki değişikliklerin uzun vadede sürdürülmesidir. Bu yüzden, bir kez ele alındığında, aktivitenin sonuna dek tedavinin odak noktası olarak kalması gerekir. Yeni kalıbın kesintiye uğradığı zamanları (örneğin hastalıktan sonra, kışın, veya tatil sonrası) takiben yeniden aktif olma gereksinimi ele alındığı gibi, aktivitedeki artışın sürdürülmesinin önündeki potansiyel (veya mevcut) engellerin de ele alınması gerekir.

Planlı Egzersizi Artırma

Obezitesi olan birçok insan planlı egzersizi güç ve itici bulur. Kiloları ve beden ölçüleri performanslarını olumsuz etkilediğinden bu anlaşılabilir bir şeydir. Egzersizden hoşlanmalarının diğer sebepleri beden görünüşleri konusundaki endişeleri ve uygun giyecek bulamamalarıdır.

Planlı egzersiz miktarını artırmak bu tedavinin bir hedefi olmamasına rağmen, eğer hasta fikre sıcak bakıyor ise cesaretlendirilmelidir. Kilo kaybı için gerekmemesine rağmen, hastanın fiziksel sağlığını iyileştirecektir.

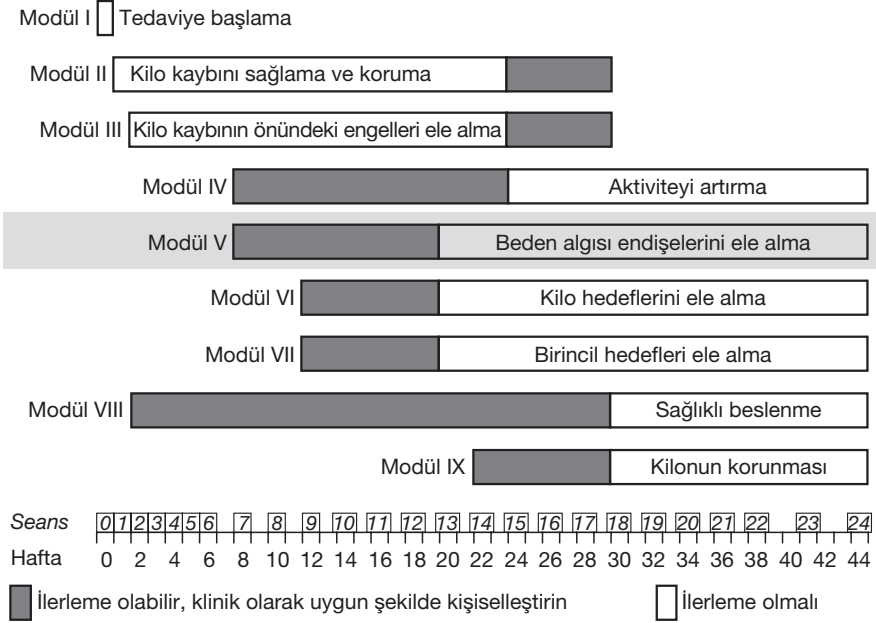
Planlı egzersiz konusu, aktivite düzeylerinin değerlendirilmesinde açılacaktır. Terapist hastalara planlı egzersizin değişik türlerine (yukarıda adım 4'e bakınız) karşı tutumları hakkında sorular sormalıdır. Eğer hasta egzersiz yapmak için hevesliyse, bu egzersiz türlerinin olumlu ve olumsuz yanları, hastanın katılımına olası engeller ile birlikte tartışılmalıdır. Bunlar gerekli kaynakların (örneğin bir yüzme havuzu veya spor salonu) eksikliği, özel kıyafet veya ekipman (örneğin koşu ayakkabıları) ihtiyacı ve egzersiz yapılırken görülme duyarlılığını içerebilir. Bütün bu engeller duyarlı bir şekilde bir sorun çözme yaklaşımı kullanılarak ele alınmalıdır (bakınız Bölüm 4). Egzersizi kolaylaştırma yolları tartışılmalıdır, ama hastanın üzerinde baskı yapacak bir biçimde değil. Öneriler bir arkadaş veya ailenin bir üyesiyle egzersiz yapmayı, bir sağlık veya spor salonuna üye olmayı ve evde egzersiz yapmak için ekipman satın almayı (örneğin bir kondisyon bisikleti veya bir kürek makinesi) içerebilir.

Yaşam tarzı aktivitesinde olduğu gibi, artan belirli hedefler koyulabilir ve sonraki seanslarda gözden geçirilebilir. Hastaları, ne kadar hafif gözükmüşse gözüksün bütün egzersiz çabaları için övmek özellikle önemlidir. O anki kilolarında egzersiz yapmakta gönülsüz olan hastalar için, bu konu bir kenara konup tedavide daha sonra ele alınabilir.

Birleşik Devletler Ulusal Sağlık Enstitüleri (The United States National Institutes of Health) fiziksel aktiviteyi hayatlarına sokmak isteyen fazla kilolu kişiler için bilgilendirici bir yayın yaptı. Adı "Her Beden Ölçüsünde Aktif"tir ve "Kilo Kaybı ve Kontrolü" başlığıyla on-line olarak <http://www.niddk.nih.gov> adresinde bulunabilir.

B Ö L Ü M 7

Modül V: Beden Algısı Endişelerini Ele Alma



ŞEKİL 7.1

Beden algısı kişinin kendi vücudunu algılaması ve görünüşe olan tutumuna atıfta bulunur. Objektiften çok subjektiftir. Bir kişinin algısı diğerlerinin bakışlarıyla uyum göstermeyebilir, aslında çok sık olarak, başkalarının yargılarından daha olumsuzdur. Beden algısı endişeleri kilo korumasının önünde büyük engel oluşturabilir. Bu modülün hedefleri aşağıdaki gibidir:

1. Beden algısının kilo kontrolündeki rolü ve beden algısı endişelerinin oluşması ve sürdürülmesi üzerine eğitim sunmak.
2. Beden algısı endişelerini saptamak.
3. Bu endişeleri ele almak.
4. Olumlu bir beden algısı oluşumunu cesaretlendirmek.

Bedensel Algısının Kilo Kaybındaki Rolü

Görünüş hakkındaki endişeler, özellikle Batılı toplumlardaki kadınlarda oldukça yaygındır. Aslında bunlara “normatif hoşnutsuzluk (normative discontent)” denmiştir (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1984). Batılı toplumlarda, fazla kilolu olmak genellikle fiziksel olarak itici görülmektedir. Sonuç olarak, birçok fazla kilolu insan görünüşlerinden hoşlanmaz ve bu, genellikle kilo kaybetmeyi istemelerinin başlıca sebebidir. Kilo kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracığına ve sonuç olarak kendileri hakkında daha iyi hissedeceklerine inanırlar (bakınız Rosen, 2002). Fazla kilolu olmanın itici olduğu algısı birçok obez kişinin kendileri için koydukları düşük kilo hedeflerini (bakınız Bölüm 8) ve eğer yine de fazla kilolu olmaya devam ediyorlarsa hafif kilo kaybından duydukları yaygın memnuniyetsizliği açıklar gibi görünür. Böylece bedensel algısı endişelerinin hastaların tedavide gerçekçi bir şekilde ulaşabilecekleri bir kilo kaybı düzeyinin kabulüne büyük bir engel olması olasıdır. Elde edilen kilo kaybını küçümsemenin, hastaların kilo koruma becerisi edinme ve onları uygulamada başarısız olmalarına katkıda bulunabileceğini belirttik (Cooper & Fairburn, 2001, 2002). Bu düşüncemiz, tedavi sonundaki bedensel memnuniyetsizliğinin, yeniden kilo kazanılacağına habercisi olduğu gözlemi tarafından desteklenir (Rosen, 2002). Böylece, bedensel algısı endişeleri genellikle ihmal edilmiş olsa da, hem teori hem de ampirik gözlemler göstermektedir ki, bu endişeleri obezite tedavisi sırasında ele almak doğru olur.

Tek başına kilo kaybının, obez kişilerde bedensel algısında biraz iyileşme ortaya çıkarması beklenmelidir. Collins, McCabe, Jupp ve Sutton (1983), obez kadınların, ölçülerini tedaviden önce ortalama %19 fazla tahmin ettiklerini, ama tedavinin sonunda fazladan tahminin sadece %8.8'e düştüğünü keşfettiler. Benzer şekilde, Cash (1994) çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin bedensel algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını keşfetti. Ancak, tek başına kilo kaybı bütün bedensel algısı sorunlarını yok etmez, özellikle de kilo kaybı hafif derecede ise. Örneğin Cash, Counts, ve Huffine (1990) üç grup kişiyi kıyasladılar: Asla fazla kilolu olmamış orta kilolu kişiler, fazla kilolu olmuş orta kilolu kişiler, ve o anda fazla kilolu olan kişiler. Daha önce fazla kilolu olan denekler görünüşlerine olan tutumları, o an fazla kilolu olan gruptakilerle benzer bulunmuştur. Asla fazla kilolu olmamış olanlarla kıyaslandıklarında bu kişiler, bedenlerinden daha az memnundular ve kendilerini daha şişman olarak algıladılar. Dahası, kilo azaltma bedensel algısında iyileşmeler yaratmak için gerekli olmayabilir. Örneğin bazı obez kişiler bilişsel-davranışçı “bedensel algısı terapisi” ile, hiç kilo kaybetmeden, görünüşleriyle olan rahatsızlık verici meşguliyetleriyle savaşabilmektedirler (Rosen, Orosan & Reiter, 1995).

Biz obez kişilerin genel tedavisinde bedensel algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğunu ileri sürüyoruz. Obezitesi olan bazı kişilerin görünüşleri hakkında az veya hiç endişeleri olmamasına ve böylece bu alanda yardıma ihtiyaç duymamalarına rağmen, diğerlerinin karmaşık, derinde yerleşik ve büyük stres

kaynağı büyük beden algısı sorunları vardır. İdeal olarak çalışma bir grup formatında sunulmaktan ziyade kişiye göre şekillendirilmelidir.

Bu bilişsel-davranışçı tedavide, beden algısı üzerine çalışma kilo hedeflerine odaklanmayla paralel olarak yürütülmektedir (bakınız Bölüm 9). Bu alanları aynı anda ve esaslı bir dönem boyunca ele almak, hastanın hedeflerinde ve kendilik algısında bunların test edilebilmesi, değiştirilebilmesi ve birleştirilebilmesi için yeterli zamana sahip olmak açısından önemlidir (bizim uygulamamızda, beden algısına odaklanmaya 8. haftadan itibaren herhangi bir noktada başlanır ve tedavinin sonuna dek gerektiği sıklıkta tekrar edilir). Beden algısı meseleleri kilo koruma dönemi boyunca, hasta artık kilo kaybetmeye çalışmadığı zaman (bakınız Bölüm 11), yeni kilonun üzerinde kalabilecek herhangi bir beden algısı sorununun üstesinden gelmek amacıyla ele alınmaya devam edilir.

Beden Algısı Modülüne Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme

Kilo kaybı bu modüle girmeden önce iyi oturmuş olmalıdır; aslında, yavaşlama-ya başlamış olabilir. Biz aşağıdaki kılavuzu kullandık (bakınız Şekil 7.1):

1. Belirgin beden algısı endişeleri olan hastalarda hafta 8'den itibaren başlanabilir (özellikle, beden şeklinden kaynaklanan mutsuzluk aşırı yemeye yol açıyorsa).
2. Tedavinin en geç ortasına kadar girilmelidir. (Bizim uygulamamız bu modüle her zaman 20. haftaya kadar girmek şeklinde olmuştur.)

Terapistler hastanın görünüşleriyle ilgili hisleri ve tutumlarını tartışmaya başlamak istediklerini, eğer gerekirse, bunların uzun vadede başarılı bir kilo koruma ile yakından ilgili olduğunu ekleyerek, açıklamalıdır.

Modül V'e Bakış

Modül konuya kısa bir girişten, onu takiben birkaç kısmen bağımsız kısımdan oluşur. İlki değerlendirmeye ilgilidir, ve bir beden algısı kontrol listesini tamamlamayı içerir. İkincisi eğitici ve bütün hastaları ilgilendirir. Kalan kısımlar her biri düşünceleri, inançları ve davranışları objektif bir şekilde inceleyen bir prosedürler dizisini betimler. Böyle objektif inceleme hastaların kendilerini düşüncelerinden ve onlara katkıda bulunan davranışlardan ayırmalarına ve uzaklaştırmalarına izin verir. Kullanılacak prosedürlerin seçimi ve gerçekleştirme sırası her hastanın gereksinimlerine bağlıdır. Bazı hastalar (özellikle ağır ve uzun süren sorunları olanlar) için bu meseleler üzerine terapötik çalışmanın birkaç hafta boyunca sürmesi gerekecektir. Her kısım ilgili ev ödevleriyle birlikte önerilen müdahaleler içerir. Bu ödevler sonraki seanslarda takip gerektirir. Daha önce belirtildiği gibi, beden algısı üzerine odaklanma tedavinin diğer yönle-

riyle (örneğin kilo hedefleri üzerine çalışma ve diğer birincil hedefleri ele alma, bakınız sırasıyla Bölüm 8 ve 9) paralel gitmelidir.

Giriş: Fiziksel Görünüşten Ayrı Olarak Beden Algısı Kavramı

Terapistler hastalara, beden algısıyla ima edilenin kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşü olmadığı ama vücudu hakkında kendisinin görüşü veya “zihinsel resmi” olduğu açıklamalıdır. Diğer kelimelerle, bedenleri hakkında nasıl hissettikleri ve düşündükleridir. Bir kişinin beden algısı ile gerçek fiziksel görünüşü arasındaki farkı göstermek için aşağıdaki örnekler verilebilir (her hasta için geçerli olan örnekleri seçiniz):

- Erken gençlik yıllarında, objektif olarak fazla kilolu olmasa bile şişman veya fazla kilolu hissetme,
- İyi görünen (veya en azından fark edilmeyen) ama kellik, yüz görünüşü veya beden şekli gibi fiziksel özellikler hakkında endişeli bir kişi,
- Tam zıddı olarak, fazla kilolu ama vücudu hakkında kendine güvenen ve iyi hisseden biri.

Terapistler ayrıca çoğu insanın görünüşlerinin en azından bazı yönlerinden memnun olmadıklarını ve görünüşlerini değiştirmekten hoşlanabileceklerini de açıklamalıdır. Ancak, bu memnuniyetsizlik kendilerinin yeterli veya değerli olduğu genel görüşleriyle genellikle karışmaz, sosyalleşme veya çalışma yeteneklerini de etkilemez. Ancak diğer insanlar için, beden algısı endişeleri kendileri hakkındaki genel görüşlerini ve günlük işlevlerini etkiler. Terapist hastalarla bunun onlara ne kadar uyduğunu tartışmalıdır.

Değerlendirme: Beden Algısı Kaygısını Saptama

Beden algısını ele almada ilk adım hastanın endişelerinin ölçü ve doğasının bir değerlendirilmesini içerir. Bu amaçla hastalar bir Beden Algısı Kontrol Listesi’ni (bakınız Tablo 7.1; Broşür M) doldurmalıdırlar. Terapist kontrol listesindeki bazı soruların oldukça kişisel olduğunu, ama hastanın mümkün olduğunca dürüst olarak cevaplaması gerektiğini açıklamalıdır. Kontrol listesi ya ev ödevi olarak (eğer terapist bunun hasta üzerinde çok fazla rahatsızlık yaratmayacağını düşünürse) ya da, hastaların görünüşlerinden çok rahatsız oldukları durumlarda, terapistle seans içinde tamamlanabilir.

Kontrol listesi tamamlandıktan sonra, terapist onu özel sorun alanları üzerinde anlaşmak için hastayla detaylı olarak gözden geçirmelidir. Bizim deneyimimize göre, obezitesiz olan birçok hasta böyle meseleler hakkında oldukça duyarlıdır ve bu çoğunlukla onlar hakkında konuştukları ilk zaman olacaktır. Bu yüzden bu gözden geçirmenin uygun ve kabul edici bir şekilde yapılması önem-

TABLO 7.1

Beden Algısı Kontrol Listesi

Yönerge: Lütfen aşağıdaki soruları GEÇEN 4 HAFTA boyunca sizin için geçerli olacak şekilde cevaplayın. Lütfen doğru sütuna bir işaret koyunuz.

Geçen 4 hafta boyunca...	Hiçbir şekilde	Bazen	Sık sık	Duruma uygun değil
<i>Kaçınma üzerine sorular:</i>				
Kendinizi aynada görmekten kaçındınız mı (veya cam yansımalarında)?	_____	_____	_____	_____
Tartılmaktan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Görünüştünüzü gizleyecek bir şekilde giyindiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Beden şeklinizin başkaları tarafından görülmesinden kaçındınız mı (örneğin yüzme havuzları, genel giyinme odaları, vs.)?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden fiziksel aktivitelerde yer almaktan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Giyecek alışverişinden kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Evde çıplak görünmekten kaçındınız mı (örneğin soyunurken veya banyo yaparken)?	_____	_____	_____	_____
Vücudunuzun şeklini gösteren giysiler giymekten kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Şeklinizden hoşlanmadığınız için yakın fiziksel ilişkiden kaçındınız (veya sınırladınız) mı (örneğin el sıkma, cinsel temas, sarılma, öpüşme) ?	_____	_____	_____	_____
Derinizi gösteren giysiler giyinmekten kaçındınız mı (örneğin kısa kollu tişörtler, şortlar)?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden sosyal ortamlardan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
<i>Kontrol etme üzerine sorular:</i>				
Genel görünüştünüzü aynada incelediniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin kısımlarını aynada incelediniz mi?	_____	_____	_____	_____
Tartıldınız mı?	_____	_____	_____	_____
Beden kısımlarınızı ölçtünüz mü?	_____	_____	_____	_____
Beden ölçünüzü başka yollarla değerlendirdiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Ne kadar yağ olduğunu görmek için kendinizi çimdiklediniz mi?	_____	_____	_____	_____
<i>Genel sorular:</i>				
Beden şekliniz yüzünden mutsuz oldunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin belli kısımlarının ölçüsünden endişelendiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin sallanmasından endişe duydunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizden toplum içinde utanç duydunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Diğer insanların beden şeklinizi fark ettiğini hissettiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin iğrenç olduğunu hissettiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden diğer insanların size eleştirel yaklaştığını düşündünüz mü?	_____	_____	_____	_____
Çok fazla yer kapladığınızı hissettiniz mi (örneğin bir kanepede veya otobüs koltuğunda otururken)?	_____	_____	_____	_____
Beden şeklinizin düşündüğünüz kadar kötü olmadığına dair teselli aradınız mı?	_____	_____	_____	_____
İnsanlar beden şekliniz veya görünüştünüz hakkında eleştirel yorumlar yaptılar mı?	_____	_____	_____	_____

lidir. Aceleyle getirilmemelidir.

Bu gözden geçirme, terapistin hastanın beden algısı endişelerini daha iyi anlamasıyla sonuçlanacaktır. Ayrıca hangi alanın ilk olarak hedeflenmesinin önemli olduğunu saptamasına da yardımcı olacaktır. Genel amaç hastaların görünüş ve kendilerini kabullenmeyi öğrenmelerine yardım etmektir. Bu önemlidir çünkü yeni kilo ve görünüşlerini kabullenemeyen insanlar kilo ko-ruma stratejilerine hem bağlı kalmakta hem de onları uygulamakta güçlük çekerler ve sonuç olarak kaybedilen kiloyu yeniden kazanma eğiliminde gözükmektedirler. Bu nokta hastaya açıklanmalıdır. Terapist beden algısı meselelerini ele almanın kilo kaybı üzerine devam eden çalışmayla birlikte yapılacağını da (çünkü hastalara beden algılarını iyileştirme girişimlerinin kilo kaybının yerine geçtiği izlenimini vermemek önemlidir) vurgulamalıdır. Eğer hastanın ciddi beden algısı endişeleri olmadığı barizse, bu modülle daha fazla ilerlemeye gerek yoktur.

Beden algısı kontrol listesini gözden geçirirken, bir kadın hasta yüzmeye gitmekte gönülsüz olduğundan bahsetti. Bu daha gençken hoşlandığı bir aktiviteydi ve devam ettirmek istiyordu. Bu konuyu tedavide takip etmek için iyi temeller vardı, çünkü beden algısıyla, birincil hedefleriyle ve aktivite düzeyiyle ilgiliydi. Terapist ve hasta endişelerini tartıştı ve geçerli adım adım ev ödevleri belirlediler, böylece hasta yüzmeye gitti ve oldukça rahat hissetmeye başladı. Ancak, hasta genel bir alanda üstünü değiştirmekten hâlâ çok rahatsız hissettiğini ve daima özel bir kabin aradığını bildirdi. Terapist daha fazla dikkat isteyen bir mesele olup olmadığını anlamak için onu bu konuda sorguladı. Hasta belirli bir beden ölçüsü veya biçimi endişesinden çok, diğer insanların önünde soyunmanın “doğru” olmadığına inanacak şekilde büyütülmüş olduğundan kendini düşündüğünü açıkladı. Bir keresinde yüzme kıyafetiyle utanç hissetmediğini ve yüzmeye devam etmekten mutlu olduğunu açıkladı. Terapist bu yüzden bunu üstelemedi, çünkü belirgin bir beden algısı endişesinden ziyade bir kültürel “norm” meselesi gibi geldi ve işlevsel bozuklukla sonuçlanmadı.

Bedensel Algısı Hakkında Kişiselleştirilmiş Eğitim

Bu eğitimsel kısımda, üç konu ele alınır: Olumsuz bir bedensel algısının gelişimi, olumsuz bir bedensel algısının sürdürülmesi, ve olumsuz bir bedensel algısını değiştirme yolları.

Olumsuz Beden Algısının Gelişimi

Ciddi beden algısı endişeleri olan hastalarla, terapist beden algısı sorunlarının gelişimine ve, daha önemlisi, korunmasına biraz zaman ayırmalıdır. Bu tartışma onlara özgü durumda çeşitli etiyolojik süreçlerin nasıl işlemiş olabileceğine dair değerlendirmeyi içermelidir.

Başlarken, terapist olumsuz bir beden algısının gelişimine dört sürecin katkıda bulunduğunu açıklamalıdır.

1. *Genel sosyal baskılar.* Bunlar fiziksel çekicilik için özel bir standarda uyma yönündeki sosyal baskılarıdır. Örneğin bugün Batıda, incelik ve iyi tonda bir beden kadınlar için değerliken, uzunluk ve kaslı oluş erkekler için değerlidir. Fazla kilolu olmak hem kadın hem de erkek için olumsuz karşılanır. Diğer toplumlar çekicilik için farklı standartlara sahiptirler (örneğin fazla kilolu olmak bazı ülkelerde bir refah ve sağlık işareti olarak değerlendirilir). Yıllar boyunca, moda bizim toplumumuzda bile evrim geçirdi (örneğin 15. ve 18. yüzyıl sanatında resmedilen geniş kadınlar, ve 1940'ların ve 1950'lerin yuvarlak hatlı film yıldızları), şu anki normlarımızın kendisinden kaynaklanan hiçbir çekicilik olmadığını gösterdi. Sorun fiziksel çekicilikle ilgili kültürel normların kısıtlayıcı, çoğu kişi için erişilmesi zor (ya da hatta imkânsız) olmasıdır. Kadınlar şu anda cazip bulunan görünüşe uymak için özellikle baskı altındadırlar ve böyle yaptıkları için sosyal olarak ödüllendirilmektedirler (örneğin bir "olumlu stereotipleme" süreciyle, daha zeki, daha başarılı ve daha kontrollü görülebilirler). Sonuç olarak, kendilik imgeleri çoğunlukla görünüşlerini görme biçimleriyle güçlü ilişki içindedir.

2. *Hastaya özgü sosyal baskılar.* Bunlar genel zayıf olma sosyal baskısını büyümüş olan her hastaya özgü sosyal baskılardır. Örneğin hastalar görünüşe özel bir ilgi olan bir ailede büyümüş olabilirler veya zayıf olan ve kötü bir şekilde karşılaştırıldıkları başka aile bireyleri olabilir. Fazla kilolu olmamak için şiddetli baskıların olduğu çevrelerde çalışmış olabilirler (örneğin bazı satış işleri).

3. *Fiziksel farklılık.* Bazı insanlar diğerlerinden daha çok dikkat çekerler çünkü görünüşleri bir şekilde farklıdır. Örneğin erken veya geç bir ergenlik arkadaşlarından farklı duran bir hastayla sonuçlanabilir. Özellikle uzun veya kısa olmak veya sivilcesi veya başka ayırt edici fiziksel özelliği olmak, istenmeyen şekilde dikkat çekme veya diğerlerinin sataşmasıyla sonuçlanabilir.

4. *Geçmişteki eleştirel olaylar.* Bunlar hastanın olumsuz beden algısının oluşmasına katkıda bulunmuş belirli olumsuz olaylardır; örneğin fazla kilolu olduğu için okulda alaya alınmak, bir beden öğretmeni tarafından aşağılanmak, veya eşi veya doktor tarafından "şişman" olduğu söylenmek.

Bu tartışma göreceli olarak kısa ama her hastaya için kişiselleştirilmiş olmalıdır. Böylece hastalara böyle süreçler ve olayların kendileri için geçerli olup ol-

madıkları sorulmalıdır. Amaç beden algısı endişelerinin nasıl oluştuğunun bir kavrayışını geliştirmektir. Hastanın beden algısı endişelerinin oluşumuna çok fazla zamanın ayrılmaması önemlidir, çünkü tedavi için daha büyük önemi olan onların sürdürülmesidir.

Olumsuz Beden Algısının Sürdürülmesi

Beden algısı sorunlarının gelişiminin tartışılması onların sürdürülmesi konusuna yararlı bir giriş oluşturur. Terapistler hastanın beden algısı endişelerinin nasıl oluştuğunun bir dereceye dek kavranışının ilginç ve değerli olduğunu ama önemli meselenin onları sürdüren şeyi bulmak olduğunu açıklamalıdır. Beden algısı sorununun üstesinden gelmek için ele alınması gerekenler bu sürdüren süreçlerdir.

Terapist aşağıdaki devam ettirici süreçleri betimlemelidir. Tartışmada vurgu hasta için uygun olup olmadıkları ve eğer öyleyse ne kadar etkiye sahip oldukları üzerine olmalıdır. (Hastanın beden algısı kontrol listesinin gözden geçirilmesi bu faktörlerin çoğunu çoktan aydınlatmış olacaktır.)

1. Çevredeki Sürdürücü Faktörler

Genel Sosyal Baskılar. Hastalara, şişman olmanın çekici bulunduğu bir toplumda yaşıyor olsaydılar, beden algısı sorunlarının olmasının pek olası olmadığı gösterilmelidir. Zayıflığa değer veren bir toplumda yaşamak olumsuz bir beden algısının devam etmesine yol açar.

Hastaya Özgü Sosyal Baskılar. Hasta o andaki biçiminde olmaması için özel baskılara maruz kalıyor olabilir. Hastanın işi belirli güçlükler ortaya çıkarabilir (örneğin topluluk önünde sunumlar; otobüs veya uçaklarda yolculuk) veya aile ortamı özel sorunlar yaratabilir (örneğin bir eş veya çocuk görünüşü hakkında olumsuz yorumlar yapabilir). Böyle süregiden sosyal baskılar hastanın olumsuz beden algısının sürmesine katkıda bulunabilir.

2. Sürdürücü Davranışlar

Bedenden Kaçınma. Bu, hastaların görünüşlerinin özellikle farkında olduklarını hissedeceklerinden korktukları durumlardan kaçınmaya atıfta bulunur. Örnekler giysi alışverişini, bazı sporlara (örneğin yüzme veya tenis) veya fiziksel aktivitelere (örneğin dans etmek) katılmayı, cinsel ilişki yaşamayı ve sosyal ortamlara katılmayı içerir. Ayrıca tartılmaktan kaçınmalarını da içerir. Terapistler, durumlardan kaçınmanın kısa vadede stres ve rahatsızlıktan kaçınmayı sağlasa da (örneğin giysi denerken kişinin vücudunu görmesi rahatsızlığı, bazı giysilere uyamama stresi, bazı durumlarda görülme rahatsızlığı), hastaların durum hakkında daha az anksiyeteli veya daha az olumsuz hissetmelerini sağlamayacağını açıklamalıdır. Daha ziyade, onu sürdürür. Kaçınma hastaların korkulan sonuçların (herkesin alayına maruz kalma veya bazı giysilere gireme gibi) çoğunlukla gerçekleşmediğini öğrenmelerini engeller. Bazı durumlarda

kaçınma, hastanın vücudunun saklamak için büyük çaba göstermesi gerekecek kadar kabul edilemez olduğu inancını güçlendirerek beden algısı endişelerini büyütebilir. Aynı zamanda korkulan sonuçlar oluştuğunda hastaların onlarla baş etmeyi öğrenmelerine de izin vermez.

Vücudunu Kontrol Etme. Obezitesi olan bazı kişiler arasında tersi olur ve tekrarlayan beden kontrolüne girişirler. Bu görünüş veya kilonun yönlerini sıkça kontrol etmeyi (örneğin kendini aynada incelemek ve vücudun kısımlarını gözden geçirmek, beden ölçülerini ölçmek, deri katlarını çimdiklemek, tekrar tekrar görünüş hakkında güven tazelemek, sıkça tartılmak) içerir. Terapist bu tip beden kontrol etmenin beden algısı endişelerini nasıl sürdürme eğiliminde olduğunu açıklamalıdır çünkü memnuniyetsizlik hedefini inceleme altında tutar. Böyle kontrol etmeden kısa vadeli rahatlama sağlansa da, uzun sürmez. Daha çok, vücudu kontrol etme, endişenin odağıyla ilgili meşguliyeti artırarak ve devamlı kontrol etmenin korkulan sonucu (örneğin artan “şişmanlık” veya kilo alma) engellemek için gerekli olduğu fikrinin devam ettirerek olumsuz bir beden algısını sürdürür.

3. Sürdürücü Düşünce ve İnaçlar

Olumsuz Tahminler. Beden algısı endişeleri olan hastalar, bu endişelerin sürmesine yarayan görünüşleri hakkında olumsuz tahminler yapma eğilimindedirler. Örnekler aşağıdaki tahminleri içerir:

- Kalçalarımı saklamalıyım; herkes ne kadar şişman olduklarını görecektir.
- İnsanlar spor kıyafetleriyle şapşal göründüğümü düşünecekler.
- Güzel kıyafetler almanın veya saçımı yaptırmanın anlamı yok çünkü yine de şişman görüneceğim ve insanların fark ettikleri şey bu olacak.
- Kimse beni göründüğüm şekilde işe almaz.
- Fazla kilolu olduğumdan insanlar beni ciddiye almazlar.

Terapist beden algısı endişelerinin algıda ve düşünmede sistematik yanılsamalara (örneğin aynada bütün vücuda bakmaktan çok seçici olarak özellikle “şişman” olarak görünen kısımlara bakmak; başkalarının olumsuz tepki olasılıklarını fazla hesaplamak; veya diğer olumlu özellikleri küçümserken sadece kilo ve biçime odaklanmak) yol açtığını açıklamalıdır. Böyle yanılsamalar hastaların olumsuz tahminlerini gerçek olarak kabullenip ona göre davranmalarını daha olası hâle getirir. Sonuç olarak bu yanılsamaların çeşitli bedenden kaçınma ve onu kontrol etme türlerini cesaretlendirmesi olasıdır, ki bunlar hastayı tahmin ettikleri korkulan sonuçların gerçekleşip gerçekleşmeyeceklerini öğrenmekten alıkoymasın.

Tekrarlayan Eleştirel Düşünceler. Görünüş veya kilo hakkındaki eleştirel düşünceler beden algısı endişelerinin bir parçasıdır ve onları sürdürmeye yarar.

Örnekler şöyle düşünceleri içerir:

- O kadar kötü gözükiyorum ki.
- Şişman ve iticiyim.
- Kalçalarım ve popom çok fazla büyük.
- Asla iyi gözükmüyorum.
- Kocaman bir yuvarlak kütle gibi gözükiyorum.

Terapist bunlar gibi görünüş hakkında tekrarlayan eleştirel düşüncelerin (olumsuz tahminlere benzer bir şekilde) gerçekmiş gibi kabul edilme eğilimleri olduğundan olumsuz bir beden algısı sürdürmede önemli bir rol oynadığını açıklamalıdır. Kendilerine karşı eleştirel olduklarından, rahatsızlık vericidirler ve beden şekli veya kilo hakkındaki bilgilerin çoğunlukla daha fazla olumsuz veya yanılsamalı yorumlarına veya yardımcı olmayan davranışlara (örneğin kilo kaybının olumlu etkilerini fark etmeyi başaramama ve onun yerine her zaman şişman ve itici olacağı için hiçbir şeyin değişmeyeceği sonucuna varma; veya böyle düşüncelerle başa çıkmak için rahatlamak için yeme) yol açarlar.

4. Fiziksel Uyarıcıları Yanlış Yorumlama

Bazı fiziksel uyarıcılar şişmanlık veya kilo kazanımı kanıtı olarak yorumlanabilir. Bir örneği, vücudun sallandığı hissidir. Çoğu kadının vücudu bir derece sallanır. Bu normal bir kadınsal özelliktir, yine de bazı obez kadınlar onu şişmanlığın göstergesi olarak yorumlar. Bu güçlü bir sürdürücü faktördür, çünkü kişinin sallanmanın farkında olduğu her seferinde işler (potansiyel olarak adım atıldığı her seferde). Benzer şekilde, ama daha az güçlü olarak, âdet öncesi sıvı tutumu artan şişmanlığın kanıtı olarak yanlış yorumlanabilir. Böyle meseleler hasta için uygun gözükiürse tartışılmalıdır.

5. İşlevsiz İnançlar

Çoğunlukla olumsuz tahminler ve görünüş hakkında yinelenen eleştirel düşünceler beden algısı endişelerini sürdüren daha genel bir işlevsiz inancın veya tutumun yansımalarıdır. Örnekler şöyle inançları içerir:

- Başarı zayıf olmaya bağlıdır.
- Sadece zayıf insanların başarılı ilişkileri vardır.
- Sadece zayıf olursam kendime güvenim olacak.
- Çekici olmak için, zayıf olmalıyım.
- Ben zayıf olmadıkça kimse bana saygı duymayacak.
- Popüler olmak için, zayıf olmaya ihtiyacım var.
- Zayıf olmadıkça hayatıma devam edemem.

Böyle tutumlar hastalar neden kilo kaybetmek istedikleri veya hedef kilolarına ulaşırlarsa hayatın nasıl daha değişik olacağı hakkında konuştukları zaman ortaya çıkar. Yine bu tutumlar sorgulanmadan kabul edilme eğilimindedirler ve böylece beden algısı memnuniyetsizliğinin sürdürülmesine yararlar,

çünkü öz güvenin zayıf oluşunun ve ilişkilerde yaşanan sorunlarının sorumlusunun birincil olarak hastanın görünüşü olduğu inancını cesaretlendirirler. Ek olarak hastaları ilişkilerini iyileştirme veya kendine güvenlerini artırma girişimlerini kilo kaybedinceye kadar ertelemeye cesaretlendirirler. Bunun hakkında daha fazla tartışma için Bölüm 9'a bakınız.

Bu sürdürücü faktörlerden hangilerinin işlediğini saptadıktan sonra, terapistler tartışmayı özetlemeli ve gelecek seansların bu alanlarda planlama ve uygulamaya ayrılacağını açıklamalıdır.

Beden Algısı Kaygısını İzleme

Beden algısı endişelerini ele almada başlama noktası onları izlemektir. Bunun için, hastadan bir beden algısı kaydını tamamlaması istenmelidir (Broşür N). Şunlar olduğunda kaydetmelidirler:

- Bedenleri hakkında eleştirel düşündüklerinin farkında oldukları zaman;
- Bedenleri hakkında hissettikleri yüzünden bazı durumlardan kaçındıkları zaman;
- Bedenlerini uygun olmayan bir şekilde kontrol ettikleri zaman.

Her durumun detaylarını, duygularını, düşüncelerini ve inançlarını (eğer ilgisi varsa) ve davranışlarını ve de sonuçlarını kaydetmelidirler. Bunu yapmalarına yardımcı olmak için, terapist hastaya nasıl kaydedeceklerine dair kılavuz olarak verilmesi gereken bazı örnek kayıtları (Tablo 7.2, 7.3 ve 7.4; Broşürler O, P ve Q) gözden geçirmelidir.

Hasta sonraki randevudan önce iki veya üç örnek kaydetmek için cesaretlendirilmelidir. Son sütun ("alternatif düşünceler") hastanın bu kayıtları tamamladığı ilk hafta boş bırakılabilir (alternatif bulmadıkça), ama sonraki haftalarda hasta bu sütunu da tamamlamak için cesaretlendirilmelidir.

Bazı hastalar hiç beden algısı kaydı tamamlamadan geri dönerler. Bunun sebepleri araştırılmalıdır. Bunlar, aşağıdakiler olabilir:

- İstenen şey hakkında belirsizlik. Terapist hastadan tam olarak ne yapmasının beklendiğini ve bunun sebeplerini açıklığa kavuşturmalıdır.
- Böyle düşünce ve davranışlar hakkında utanç. Bu olasılık açılmalı ve terapist hastanın endişelerini gidermelidir.
- İlişkili düşünce veya davranışların olmaması. Bu mümkündür, ama özellikle böyle özellikler beden algısı kontrol listesinde bildirilmişse duyarlıca meydana okunmalıdır. Geçen hafta sorunlu düşünce veya davranışların hiçbir örneği yok idiyse, hasta bir sonraki seanstan önce oluşunları kaydetmek için cesaretlendirilmelidir. Eğer gerçekten beden algısı güçlükleri yok gibi görünüyorsa, bir sorun olmamaya devam ettiğinden emin olmak için konuya ara sıra geri dönmek yararlı olsa da, bu modüle devam etmenin gereği yoktur.
- Göreve direnç. Bunun üstesinden gelmek zor olabilir. Beden algısını ele alma gerekçesi yeniden ifade edilmelidir.

TABLO 7.2
Tamamlanmış Bir Beden Algısı Günlüğü – Örnek 1: Kaçınma

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
Çocuğum tarafından ona bir bisiklet gezisinde eşlik etmem istenmesi	Ne söyleyeceğim hakkında heyecan, durum hakkında üzgün ve berbat	Bütün cadde beni bisiklet üzerinde şapşal gibi görecektir. Sallanacağım. Vücudum daha iyi görünene dek bisikletimi kullanmam. Bu, görünüşüm yüzünden yapamayacağım bir başka şey.	Oğluma gide-meyeceğimi söyledim. Bir bahane uydurdum (yalan söyledim).	Oğlumla bir şeyler yapamama, her şeyi daha zayıf olana dek erteleme.	Şapşal ve iğrenç gözükeceğimi düşünen benim, ben herkesin böyle düşüneceğini farz ediyorum; başkalarının ne düşündüğünü gerçekten bilmiyorum. Geçmişte insanların her zaman düşüncüklerini sandığım şeyleri düşünmediğine şaşırırım – bu durumda belki de anlayabilirim. Eğer bisiklete binen bir fazla kilolu görsem şapşal gözüktüğünü düşünmezdim – sağlıklı bir egzersiz olduğunu düşündüüm. Öyleyse neden kilo kaybedene dek beklemek zorundayım? Benden daha bile ağır diğer insanlar yapıyorlar gibi gözüküyor. Ayrıca, bisiklete binmekten zevk alırdım ve iyi bir egzersiz. Yapamayacağımı söyleyerek, beni daha iyi hissettirebilecek bir egzersiz yapma fırsatından kendimi mahrum edeceğim.

Bedensel algısı günlüğüne şu zamanları kaydedin: Bedeniniz hakkında olumsuz düşüncüleriniz; Bedeniniz hakkında hissettiklerinizden dolayı bazı durumlardan kaçındınız; bedeninizi uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

TABLO 7.3

Tamamlanmış Bir Beden Algısı Günlüğü – Örnek 2: Yenelenen Kontrol Etme

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
Sabahleyin giyinme	Gerçekten berbat, kendimden içtiren ve kendime kızgın bir hâldeyim.	Kalçalar ve popom öylesine büyükler ki, bu kıyafet içinde hoş gözükmüyorum – aslında hiçbir şey üzerimde iyi gözükmüyor. Her zaman korkunç gözükmüyorum.	Kalçalarım ve arkamı saklarlar diye birçok takım deniyorum. Daha iyi gözükmüyorum. Daha gözükmeyişimi görmek için kendimi aynada birçok kez ve bütün açılardan kontrol ediyorum. Sonunda biraz daha iyi ama çok da iyi olmayan bir takım seçiyorum.	Bir kez daha işe geç kaldım çünkü giyinmek öylesine uzun zaman alıyor ki ve hâlâ bütün günü nasıl gözükmüyüşüm hakkında endişelenerek geçiyorum. Tekrar tekrar tuvalete, kendimi aynada kontrol etmeye gidiyorum – yine gözükmeyişimden hoşlanmıyorum. Giysi alırken sadece kalçalarımı ve popomu saklayıp saklamayacaklarını düşünüyorum – başka bir şeyi düşünmeye kalkmıyorum.	Mantıklı olarak, bir gecede şeklinin fark edilir derecede değişmeyeceğini biliyorum. Dün işte iyi hissettim, yani bugün kötü hissetmemin sebebi daha şişman olmam değil, başka bir şey yüzünden kötü hissetmem. İş arkadaşlarım benim bir gecede şeklinin değişip değişmediğini izlemeyecekler, ama işe geç kaldığımın farkında olacaklar. Kendini ayna karşısında inceleyen herkesin, görüntüsü hakkında değiştirmek isteyeceği şeyler bulabileceğini biliyorum. Davamlı kendimi aynada incelemek sadece beni daha kötü hissettiriyor, özellikle de sadece nefret ettiğim yerlere baktığımdan – gayet iyi olan saçlarım ve gözlerimle ilgilenmiyorum. Bunu kesmeyi deneyeceğim. Kendim için işe yarayacak şeyleri yapıyorum – istediğimden daha yavaş olsa da çoktan biraz kilo kaybettim. Şimdi şu anda bulunduğum yerdeki en iyisini yapacağım. Kendimi içinde gerekten iyi hissedeceğim yeni kıyafetler almayı deneyebilirim.

Bedensel algısı günlüğüne şu zamanları kaydetti: Bedeninin hakkında olumsuz düşüncülerini; bedeninin hakkında hissettiklerinden dolayı bazı durumlardan kaçındığını; bedenini uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

TABLO 7.4
Tamamlanmış Bir Beden Algısı Günlüğü – Örnek 3: Olumsuz Düşünceler

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
Dışçının bekleme odasında bir moda dergisindeki giysilere bakarken	Harika kıyafetler içinde iyi gözüken modelleri kısıkanıyorum, berbat ve vücudumdan iğreniyor hissediyorum.	Giysiler içinde asla iyi gözükmüyorum. Makul kıyafetlerin içine zaten uymuyorum. Adil değil, dergideki kadınlar öylesine zayıf ve çekiciler ki ve vücudum öylesine şişman ve çirkin ki.	Çok kötü hissettim ve eve giderken kendimi teselli etmek için bir kalıp çikolata aldım.	Daha sonra daha da kötü hissettim çünkü çikolata beni daha da şişman yapacak ve durumu daha kötü yapacak.	Sadece bir manken kadar zayıf ve mükemmel olmamam itici olduğum anlamına gelmez. Çekici olarak değerlendirdiğim insanlar var ve manken gibi gözükmüyorlar. Kendimi kimsenin erişemeyeceği bir ideale kıyaslıyorum – mankenlerin fotoğrafları kusurları gidermek için değiştiriliyorlar. Kendimi daima benden daha az çekici değil de daha çok çekici olduğumu düşündüğüm insanlarla kıyaslıyorum. Eğer bir başkası böyle yapsaydı haksızlık yaptıklarını düşünürdüm. Belki de kendime karşı gereğinden çok katıyım çünkü asla iyi olduğum şeyleri düşünmüyorum. Toplumun şekil ideallerinin dar olduğunu biliyorum ve bunlardan çok etkilenmeyen insanlar takdir ediyorum. Benimki gibi düşünmek yararlı değil, çünkü işleri sadece daha kötü yapan yanlış şeyler yememe yol açıyor. İstedğimden daha fazla kilom olsa da bu tamamen itici olduğum veya tarz sahibi görünemeyeceğim anlamına gelmez.

Bir kez hasta bazı beden algısı kayıtlarını tamamladığında, terapist hastanın davranışları ve düşüncelerinin olumsuz beden algısını nasıl sürdürüyor olduğunu saptamak için bir veya ikisini detaylıca gözden geçirmelidir. Düşünce ve inançlar daha sonraki tartışma için not edilse de, bu safhada sorunu sürdürüyor gibi gözükten davranışlar üzerine konsantre olmak en iyisidir. Sonra, saptanan sorunların doğasına bağlı olarak, beden kaçınımı, beden kontrolü ve elde tutan düşüncelerin her biri uygun oldukça aşağıdaki gibi ele alınmalıdır (aşağıya bakınız).

Beden Şekli Kaçınımını Ele Alma

Beden Şekli Kaçınımının Üstesinden Gelme Gerekçesi

Stres yaratan (veya stres yaratacağı tahmin edilen) durumlardan kaçınma, olumsuz duygu ve düşüncelerin devam etmesine yol açma eğilimindedir. Böyle durumlardan kaçınma stresi ve rahatsızlığı kısa vadede önleyebilse de, hastaların beden şekilleri hakkında güvenilir bilgi edinmelerine ve durumları hakkında daha az anksiyeteli veya daha az olumsuz hissetmeyi öğrenmelerine izin vermez. Daha çok hastaların kendilerinin veya diğerlerinin nasıl hissedeceği hakkında öznel (hemen hemen daima olumsuz) yargılara bağımlı kalmalarıyla sonuçlanır ve sonuç olarak en kötü korkularını reddedemezler.

Terapist bu süreçleri hastaların kendi deneyimlerinden (ya yukarıda betimlendiği gibi beden algısı kayıtlarından ya da beden algısı kontrol listesinden elde edilen) örnekleri gözden geçirerek ortaya koymalıdır. Amaç kaçınmanın beden algısı endişelerine nasıl katkıda bulunduğunu saptamaktır.

Bu hazırlayıcı tartışma, kaçınmayı (ve sonuçlarını) ele almanın en iyi yolunun kişinin kendisini stresli durumlara açması, tahminlerini test etmesi ve ortaya çıkacak ters sonuçları ele alması olduğu sonucuna varmalıdır.

Prosedür

Hasta bir kez kaçınmanın üstesinden gelmenin gerekçesini anlayıp kabul ettiğinde, hasta ve terapist onu ele almak için detaylı planlar yapmalıdırlar. Anahtar adımlar aşağıdaki gibidir:

1. Hasta ve terapist belirli ve iyi tanımlanmış davranışçı bir görev üzerinde anlaşmalıdırlar (örneğin bir kaçınma türünü tamamıyla yok etme veya onu haftalar boyunca kademeli olarak bitirmek).
2. Görev hastanın başarması olası bir görev olmalıdır.
3. Hasta görevi yapmanın olası sonuçlarını (hem davranışçı hem bilişsel) öngörmeye veya tahmin etmeye cesaretlendirilmelidir.
4. Hasta ve terapist görevi başarmak için gereken adımları ve öngörülen güçlüklerle nasıl baş edileceğini planlamalıdırlar.

5. Hasta görevi yerine getirme girişimlerini, önce ve sonraki düşünceleriyle birlikte izleme kayıtları üzerine kaydetmelidir.
6. Sonraki seansta, gerçek sonucun hasta tarafından tahmin edildiği gibi olup olmadığı üzerinde durularak, sonuç gözden geçirilmelidir. Sonucun olumlu yönleriyle birlikte (onu açıkça denemiş olma gerçeğini de içererek) hastanın sonuç olarak ne öğrendiği de vurgulanmalıdır.

Makul bir kilo kaybı elde etmesine rağmen, bir kadın hasta giysi satın almaktan ve saçını yaptırmaktan kaçındığını anlattı, çünkü görünüşünden hiç memnun değildi. Tartışmada, bunun sayesinde vücudu hakkında olumsuz duygulardan kaçınmayı başarıyorsa da aynı zamanda kötü gözüktüğü inancını devam ettirdiğini görebildi. Ek olarak, hoşlanmadığı giysileri giymesikle ve saçının “karman çorman” olmasıyla sonuçlanıyordu ki bu da kendisini şişman ve itici olarak görmesini destekliyordu. Bu kaçınmayı başarılı bir biçimde ele alarak, tahmin etmiş olduğu gibi vücudu hakkında kendini daha kötü hissetmediğini onun yerine daha iyi hissettiğini keşfetti. Ayrıca ne kadar tarz sahibi gözüktüğü hakkında komplimanlar aldı.

Beden algısını tartışırken, bir kadın hastanın birçok kaçınma türü olduğu ortaya çıktı. Terapist ondan bunları listelemesini, sonra nereden başlayacağına karar vermesine yardım etmek için sıralamasını istedi. Hasta ilk başta en isteklice üstesinden gelmek isteyeceğinin kendini aynalarda görmekten kaçınması olduğunu söyledi. Terapist kaçınmanın üstesinden gelme gerekçesini yeniden ifade etti ve hastanın kendisine bir boy aynasında bakabileceği bir zaman seçmesini önerdi. Plan, önceden böyle yaparak, aynaya bakması sonucunda ne olacağına inandığı ve ne düşüneceği ve hissedeceği hakkında ne beklediğini yazarak zaman harcamasıydı. Terapist ayrıca ondan daha sonra gerçekte ne düşünüp hissetmiş olduğunu ve egzersizin sonuçlarının ne olduğunu yazmasını istedi.

Hasta bu egzersizi tamamladı ve onun hakkında rapor verdi. Aynaya bakıp “kocaman yuvarlak bir kütle” göreceğini ve bunun ona tamamıyla tiksindirici geleceğini tahmin etmiş olduğunu ifade etti. Gerçekte fiziksel görüntünün ona zevk vermese de tamamıyla tiksindirici olmadığını gördü. Ancak, onu kötü şekilde altüst eden ardından gelen düşüncelerdi. Fiziksel kusurunu hayatının diğer alanlarındaki zayıflığın göstergesi olarak görmüştü.

Tedavinin odak noktası düşünüldüğünde, terapist bu deneyimin beden algısı yönü üzerine odaklanmaya ve olan bitenin olumlu yönlerine – yani

hastanın fiziksel algısının tahmin etmiş olduğu kadar kötü olmadığına – dikkat çekmeye karar verdi.

Terapist, “Tahmin etmiş olduğunuzun aynaya baktığınızda gerçekten olandan farklı olduğunu fark ettim. Bunu hatırlamak önemli. Belki tahmin ettiğiniz şeyin ille de öyle olmadığı başka örnekler de vardır. Eğer bunları saptayabilirsek sizin kilonuz ve şekliniz hakkında daha olumlu hissetmenize yardım edebiliriz,” dedi.

Kaçınmanın sorun olduğu yerde, mesele hasta daha önce kaçınılan şeyleri rahatça yapabileceğine dek tekrarlanarak ele alınmalıdır. Beden algısı kayıtları hastanın bu açıdan nasıl geliştiğini göstermesi için her hafta tamamlanmalıdır.

Beden Kontrolünü Ele Alma

Beden Kontrolünün Üstesinden Gelme Gerekçesi

Terapist hastalarla beden kontrolünün dikkati nasıl memnuniyetsizlik kaynaklarına odakladığını ve çoğunlukla onlarla meşguliyeti artırdığını tartışmalıdır. Bir gencin yüzündeki bir lekeye bakması ve lekeye ne kadar fazla dikkat yöneltilirse o kadar daha geniş ve göze çarpıcı gözüktüğünü fark etmesiyle bir benzerlik kurulabilir. Beden kontrolü bazı durumlarda güven sağlasa da, bu genellikle kalıcı olmaz. Daha çok, ruh hâlleri ve hastanın beklentileri gibi dış değişkenler tarafından etkilenen güvenilir bilgi sağlar. Genellikle olumsuz yorumlanan bu bilgi, hastanın beden memnuniyetsizliğini devam ettirme ve bazen artırma eğilimindedir. Ayrıca beden kontrolünün korkulan sonuçların oluşmasını engellemek için gerekli olduğu inancını güçlendirir.

Terapist bu süreçleri, hastanın deneyiminden örnekleri (ya yukarıda betimlendiği gibi beden algısı kayıtlarından ya da beden algısı kontrol listesinden elde edilenleri) gözden geçirerek ortaya koymalıdır. Amaç beden kontrolünün beden algısı endişelerine nasıl katkıda bulunduğunu göstermektir.

Bu hazırlayıcı tartışma, işlevsiz beden kontrolünü (ve sonuçlarını) ele almanın en iyi yolunun onu yapmayı durdurmak, hastanın tahminlerini test etmek ve ters sonuçlarını ele almak olduğu sonucuna varmalıdır. İşlevsiz kontrol etmeyi azaltmaya paralel olarak, hasta “normal” beden kontrolü alışkanlıkları geliştirmeye cesaretlendirilmelidir. Bunun için, bu konuda neyin normal olduğu üzerinde anlaşmak gerekir. Genellikle bu, aynaların doğru kullanımı, aynaya bakmanın amacı, böyle yapmanın sıklığı ve bakarken harcanan zaman gibi konular hakkında bir tartışma içerir. Hastalar genel olarak iyi gözüktüklerini ve kıyafetlerinin yerinde olduğunu anlamak için aynaya bakmaya cesaretlendirilmelidir ve böyle yaparken hoşlanılmayan belirli beden kısımlarını incelemeye uzun bir zaman harcamaktansa, bütün bedenlerine perspektif içinde kısaca bakmalıdırlar.

Prosedür

Hasta bir kez beden kontrolünün üstesinden gelmenin gerekçesini anlayıp kabul ettiğinde, hasta ve terapist onu ele almak için detaylı planlar yapmalıdırlar. Anahtar adımlar aşağıdaki gibidir:

1. Hasta ve terapist belirli ve iyi tanımlanmış davranışçı bir görev üzerinde anlaşmalıdırlar (örneğin bir beden kontrolü türünü tamamen yok etme veya onu haftalar boyunca kademeli olarak bitirme). Eğer uygunsuz kontrol etmenin “normal kontrol etme” ile yer değiştirilmesi gerektiği üzerinde uzlaşılmalıdır.
2. Görev hastanın başarması olası bir görev olmalıdır.
3. Hasta görevi yapmanın olası sonuçlarını (hem davranışçı hem bilişsel) öngörmeye veya tahmin etmeye cesaretlendirilmelidir.
4. Hasta ve terapist görevi başarmak için gereken adımları ve öngörülen güçlüklerle nasıl baş edileceğini planlamalıdırlar. Eğer uygunsuz, “normal” kontrol etme için bir plan yapılmalıdır.
5. Hasta görevi yerine getirme girişimlerini önce ve sonraki düşünceleriyle birlikte izleme kayıtları üzerine kaydetmelidir.
6. Sonraki seansta, gerçek sonucun hasta tarafından tahmin edildiği gibi olup olmadığı üzerinde durularak, sonuç gözden geçirilmelidir. Sonucun olumlu yönleriyle birlikte (onu açıkça denemiş olma gerçeğini de içererek) hastanın sonuç olarak ne öğrendiği de vurgulanmalıdır.

Asıl kilosunun %10'unu çoktan kaybettiğinden, daha fazla kilo kaybetmeyi zor bulan bir kadın hasta, yeni kilosunu korumaya isteksizdi, çünkü kalçalarının hâlâ kabul edilemeyecek kadar geniş olduğunu hissediyordu. Her sabah giyinmek için oldukça uzun bir zaman harcadığını çünkü birçok etek ve giysi denemek ve hangisinin kalçalarını daha iyi gizlediğini görmek için görünüşünü ayna önünde kontrol etmek zorunda kaldığını anlattı. Bunu yaparken aynı zamanda giysilerinin sıklığını ölçerek kalçalarının büyüklüğünün artıp artmadığını ölçtü.

Tartışma sonrası, hasta tekrar tekrar kalçalarını kontrol etmenin ve onları gizlemeye çalışmanın vücudu hakkındaki olumsuz görüşleri artırmasının mümkün olduğu fikrine katıldı. Biraz isteksiz de olsa, bir durumda beden kontrolüne karşı gelirse ne olacağını bulmakta uzlaştı. Hasta bunu işten önce kontrolünü tamamlama ve üzerini değiştirmeye yeterince zaman ayırmayarak başarabileceğini düşündü. Onun yerine, giyinecek, görünüşünü vücudunun tamamına (sadece kalçalarına değil) aynada kısaca bakacak ve işe gitmek üzere çıkacaktı. Bunun kendisini nasıl görüldüğü hakkında her zaman olduğundan daha da meşgul etmekle sonuçlanacağını ve kontrol etmeye devam etmezse sonraki birkaç hafta

içinde kalçalarının daha da büyüyeceğini tahmin etti.

Hasta ve terapist bu deneyin sonucunu gözden geçirdiklerinde, hasta işe giderken kalçaları hakkında endişe etmiş olmasına rağmen gün boyunca genel meşguliyet düzeyi her zamankinden daha kötü olmadığını bildirdi. Bu onu deneyi sürdürmeye ikna etti. Birkaç hafta sonra, kalçaları hakkındaki genel meşguliyet düzeyinin azaldığını ve kalçalarının daha geniş olmadıklarını bildirdi.

Bir başka kadın hasta karnının (özellikle aynaların önünde ayakta dururken) etrafındaki yağ çimdiklediğini ve boynunun arkasındaki yağ kontrol ettiğini anlattı. Terapist davranışın detaylı bir tarifini ortaya çıkardı ve hastadan vücudunu bu şekilde kontrol ederken ne düşünüyor olduğunu ve nasıl hissettiğini betimlemesini istedi. Hasta olumsuz duygulara neden olduğunu, özellikle de o gün “daha şişman” olduğu inancını doğrulamak için yaptığını fark etti. Terapist, memnuniyetsizlik kaynağına odaklanarak ve kilo kazanımını engellemek için bu kontrolün gerekli olduğu fikrini sürdürerek vücudu hakkındaki olumsuz duyguları güçlendirme eğiliminde olduğu için böyle kontrol etmenin yetersiz olduğu kanısını tartıştı. Hasta beden çimdiklemenin şişmanlığın objektif bir ölçüsü olmadığı ve genellikle yetersiz olduğu konusunda hemfikir oldu.

Meseleyi gözden geçirdikten ve kontrol etmenin nasıl yetersiz olduğunu gözlemledikten sonra, hasta bunu kesmeye karar verdi. Karnını kontrol etmeyi durdurmanın kolay olduğunu gördü ve o noktadan itibaren durdurdu. Ancak boynunu kontrol etmeyi durdurmayı daha zor buldu. Kendini kontrol eder bulduğu her seferinde yararlı olmadığını ve sadece alışkanlıktan yapmaya devam ettiğini kendisine hatırlatması gerekti. Kendini, kontrol etmek için boynuna dokunur yakaladığında onun yerine parmaklarını şıkladı ve uyumsuz yeni bir alışkanlık geliştirdi. Haftalar sonra, boynundaki yağ kontrol etmeyi tamamen durdurabilmişti ve sonra parmaklarını şıkladı da kesti.

Sosyal Baskıları Ele Alma

Zayıflığa değer veren bir toplumda yaşamak obezitesi olanların çoğunun olumsuz beden algısını besler. Ek olarak çoktan saptanmış olan (örneğin aile tutumları veya iş gereklilikleri) bazı hastaya özgü sosyal baskılar olabilir. Hastanın zayıf olmak yönündeki genel sosyal baskıyı değiştirmek için yapabileceği az bir şey vardır ve hastaya özgü sosyal baskıları değiştirmek de zor olabilir. Yine de hastaların bu baskıların ve bunların doğal olarak zayıf olmayan insanlar için haksız olduklarının farkında olmaları yararlıdır. Terapistler hastaları

başkalarının eleştirilerinin ve olumsuz tepkilerinin yerinde mi yoksa sadece toplumun obezite hakkındaki olumsuz stereotiplemesinin bir sonucu mu olduklarını sorgulamaya yönlendirmelidirler. Diğer bir deyişle, hastalar kendilerine “Bu benimle ilgili bir sorun mu yoksa önyargıları olduğu için onların (veya bu toplumun) bir sorunu mu?” diye sormalıdır. Eğer sorunun diğer kişide veya yargılayıcı bir toplumda olduğuna kanaat getirilirse, hasta önyargılı görüşü değiştirmek için hiçbir şey yapamayabilir, ama böyle bir önyargının kendilerini kötü hissettirmesine izin vermeyebilir. Amaç onlara böyle stereotiplere uyma baskılarından kendilerini uzaklaştırmalarında yardımcı olmaktır. Hastalar ve terapistler de böyle önyargılarla başa çıkmanın yollarını bulmak için birlikte çalışmalıdırlar (örneğin onu görmezden gelmek, yerel bir gazeteye kızgın bir mektup yazmak, önyargıya karşı kampanya yapan bir topluluğa katılmak vs.).

Kalıcı Düşünce ve İnançları Ele Alma

Sorunlu Düşünceler ve İnançların Üstesinden Gelme Gerekeçesi

Terapistler hastalara beden algısı endişelerini sürdürmede düşünce ve inançların rolünü hastanın beden algısı günlüğünden örnekler kullanarak hatırlatmalıdırlar. Bunlar olumsuz tahminleri, yinelenen eleştirel düşünceleri, bedensel uyarıyı yanlış yorumlamayı ve işlevsiz inançları içerir. Kilodan bağımsız güçlükleri kilo sorununa atfetme de bu konuyla ilişkili bir meseledir; Bölüm 9’da daha detaylı tartışılacaktır. Eğer uygunsa, terapistler hastalara daha önce saptanan ve daha farklı davranış sonuçlarını gözlemledikleri beden kaçınmalarına veya kontrollerine yol açan düşüncelerinden bazılarını hatırlatmalıdırlar.

Sorunlu Düşünceler ve İnançları Ele Almak İçin Prosedürler

Terapistler düşünce ve inançları objektif bir şekilde incelemenin yararlı olduğunu açıklamalıdır. Böyle inceleme hastaların kendilerini düşüncelerinden ayırmaları ve uzaklaştırmalarını sağlar ve doğru veya yararlı olup olmadıklarını ölçmeye yarar. Bunu yapmadaki ilk adım, bu düşünceleri ve oluştukları bağlamı saptamayı öğrenmektir. Düşünceler ve inançlar dört ana kaynaktan saptanabilir:

- Beden algısı günlüğüne kaydedilen olumsuz düşünceler
- Beden kaçınımı ve kontrolüne yol açmış olan ve daha önce saptanmış olumsuz düşünceler
- Orijinal kilo hedefinden daha yüksek bir kiloyu kabul etme hakkında hastanın ifade ettiği endişeler
- Kilo kaybetmeyi başaramayınca veya kilo kaybı yavaşlayıp durduğunda hasta tarafından ifade edilen endişeler

Yaygın olarak tekrarlayan düşünceleri (izole düşüncelerden çok) saptamak ve onlarla çalışmak özellikle yararlıdır, çünkü özellikle modifikasyon gerektiren bu sorunlu veya kendine zarar veren inanışları ifade etmeleri olasıdır.

Bir veya daha fazla sorunlu düşünceyi saptadıktan sonra, terapistler bu düşünceleri ve inanışları standart bilişsel teknikler kullanarak sorgulama ve tekrar değerlendirme yolları sunmalıdırlar. Bu tekniklere aşına olmayan terapistler Beck (1995) tarafından yazılmış raporu okumayı yararlı bulabilirler. Cash (1996), beden algısı sorunları alanında terapistler için yararlı bir referans kaynağıdır. Aynı zamanda hastalar için de bir kendine yardım kitabı vardır (Cash, 1997).

Kısaca, hastaların düşünce ve inanışlarını yeniden incelemelerine yardımcı olunacak birçok yol vardır. Bunlar aşağıdakileri içerir:

Kanıtı Gözden Geçirme ve Alternatif Perspektifler Bulma

Hastalar olumsuz tahminler ve kendilerini eleştiren düşünceler için kanıtları incelemeye cesaretlendirilmelidirler. Terapist tahmin ve düşüncelerini destekleyen kanıtları olduğu kadar desteklemeyen kanıtları da değerlendirmede onlara yardımcı olmalıdır. Hastalar aktif olarak sahip olduklarından başka alternatif perspektifler aramaya da cesaretlendirilmelidirler. Amaç hastaların olumsuz tahminleri ve kendilerini eleştiren düşüncelerin doğruluğu hakkında daha dengeli bir sonuca varmalarına yardım etmektir.

Beden algısı çalışması sırasında daha kısa etekler giymeye başlamış olan bir hasta annesiyle gergin bir telefon konuşması yaptığını bildirdi. Annesi eğer hasta kısa bir etek giyecekse, kalın taytlar giymesi gerektiğini söylemişti. Bu hastayı derhal kısa bir etek giyme konusunda daha kendinden haberdar hâle getirdi ve bacaklarını kapamayı istemesiyle sonuçlandı. Annesinin bacaklarının şişman ve korkunç olduğunu düşündüğüne ve annesinin diğer insanların onları görmeyi istemeyeceğini düşünmekte haklı olduğuna karar verdi.

Terapist hastayı durumun kendi yorumu için kanıtları incelemeye cesaretlendirdi ve ayrıca onu alternatif perspektifleri değerlendirmesi yönünde de destekledi. Hasta annesinin kendisini aylardır görmediğini (o zaman boyunca hasta kilo kaybetmişti) ve dolayısıyla kısa bir etekle nasıl gözüktüğünü bilemeyeceğini fark ederek annesinin yorumlarını sorgulayabildi. Annesinin bu görüşle ne ima etmiş olduğunu bilmediğini fark etti ve sorarak öğrenmeye karar verdi. Sorunca, annesinin onların biçiminde yanlış olan bir şey olmasından değil de bronzlaşmamış olmalarından dolayı onları kapayabileceğini düşündüğü ortaya çıktı. Hasta ayrıca başkalarının kendisine tekrar tekrar kısa bir etekte iyi gözüktüğünü de söylediğini ve iyi gözüktüğünü hissettiğini de fark edebildi. Sonra, hasta kısa etek giymed konusunda daha kendine güvenli hissetti.

Beden algısı endişelerini ele aldıktan birkaç hafta sonra, bir başka kadın hasta terapistin teorik olarak tartıştığı bir noktanın son zamanlarda kendisi için nasıl anlamlı hâle geldiğini açıkladı. Kendisini “şişman hissettiği” bazı günler olduğunu fark etmişti ama birkaç haftadır kilosunu başarılı bir şekilde koruyor olduğundan fiziksel durumunda objektif olarak hiçbir değişiklik olmadığını fark etmişti. Kendisini “şişman hissettiği” günlerin özellikle stresli veya hoş olmayan günler veya ruh hâlinin kötü olduğu zamanlar olduğunu fark etti. Böyle günlerde vücudu hakkında daha kötü hissetse de şeklindeki ve kilosundaki değişikliklerin sebepleri olmadığı açıklığa kavuştu.

Gerçek veya Hipotez Testi

Doğrudan deneysel test, olumsuz tahminlerin doğruluğunu ölçmenin ve daha az özeleştiril düşünceler ve daha işlevsel inanışlar şeklinde alternatif perspektifler geliştirmenin ve onları güçlendirmenin güçlü bir yoludur. Böyle test etme hastalara sadece her şeyi farklı görmeye değil, onları gerçekten farklı yaşamada da yardımcı olabilir. Hastanın zihinsel halinde değişiklikler yaratmada böyle prosedürlerin önemi Teasdale (1997) tarafından vurgulanmıştır. Hastalar yeni görüşlerini planlayarak, gerçekleştirerek ve uzlaşılan bir denemeyi gözden geçirerek test etmenin yollarını tasarlamaya cesaretlendirilmelidirler.

Bir kadın hasta, akademik bir iş için görüşmeye girmek üzereydi. Görüşmede iyi performans çıkarmasının imkânsız olduğuna ikna olmuştu çünkü makul kilo kaybına erişmiş olsa bile kendini hâlâ kabul edilemeyecek kadar şişman olarak görüyordu. Akademik işler için ciddi bir biçimde değerlendirilemeyeceğine kesin olarak inanıyordu ve bu görüşmelerde daha önce kötü performanslarla sonuçlar vermişti. Tartışmada, bu görüşmeler sırasında görüşmecilerle çalışmaları hakkında konuşmaktan çok, onların görünüşü hakkında ne düşündüklerine odaklanmış olduğu açığa çıktı.

Hastanın kilosu yüzünden iyi performans gösteremeyeceği görüşünü test etmek için, hasta ve terapist sadece işe olan ilgisini aktarmaya konsantre olsa performansını artırabilip artıramayacağını görmek için bir deney yapmak üzerinde anlaştılar. Ne kadar iyi performans gösterirse göstereceği işi alacağından ve de onunla görüşen insanların fazla kilolu olan birine karşı önyargılı olmayacağından emin olamayacağı açıkça kabullenildi. Öte yandan kilosuna “rağmen” iyi performans gösterip gösteremediğini öğrenebilirdi. Hasta ve terapist yeni görüşme davranışını çalışmak için bir rol oynadılar.

Bu deneyin bir sonucu olarak, hasta kilosuna rağmen iyi performans

göstermenin mümkün olduğunu keşfetti. İşi alamamasına rağmen, performansı hakkında olumlu geri bildirim aldı. Daha önemlisi iyi performans çıkardığını hissetti ki bu, böyle görüşmelerde daha önceki performansları hakkındaki görüşüne ters düşüyordu.

Bir başka kadın hasta, poposunun ölçüsüzce büyük olduğu ve bunun başkaları tarafından fark edileceği inancıyla uğraşıyordu.

Terapist bu inancın poposunu kapamayacak bir kazak giymeye çalışacağı ve rahatsızlık düzeyi ile diğer insanların tepkilerini ölçeceği bir deney tasarladı. Olumsuz tepkiler almak bir yana, giyim tarzını değiştirmesi birçok kompliman getirdi, özellikle de farklı giysiler giymesi insanların kilo kaybetmiş olduğunu görmesini sağladığı için.

Hasta ayrıca diğer insanların poposunun boyutu (ve de bunun sonuçları) hakkındaki görüşleri hakkındaki zanlarının üstesinden gelmek için bir girişimin parçası olarak, güvendiği bir arkadaşına fikrini sorma konusunda da uzlaştı. Arkadaşıyla ilginç bir tartışması olduğunu ve iki önemli şeyi keşfettiğini bildirdi. İlki, (tamamen dürüst olacağına güvendiği) arkadaşı poposunun ölçüsüzce büyük olmadığı konusunda ona güven verdi. İkincisi, arkadaşı kendisinin de hakkında konuşmaya asla cesaret edemediği fiziksel bir özelliği hakkında her zaman endişelendiğini itiraf etti. Hasta 40 yıllık arkadaşlıklarında arkadaşını bu kadar endişelendiren özelliği asla fark bile etmediği konusunda arkadaşına güven verebildi. Bu, kişinin büyük önemi olduğunu düşündüğü bir şeyin başkalarının nasıl hiçbir zaman dikkatini çekmeyeceğini açıkça gösterdiğinden hasta için yararlı bir nokta oldu. Hasta farklı tarz ve renklerde giysilerle deney yapmaya devam etti ve görünüşü hakkında çok daha kendine güvenli hâle geldi.

Özel Düşünme Şekillerinin Olumlu ve Olumsuz Yanlarını Değerlendirme

Kanıtları neye dayandıklarına bakarak değerlendirmeye ek olarak, özeleştiril düşünceler ve işlevsiz inançlar kişinin duygu ve davranışları üzerindeki etkileri göz önüne alınarak sorgulanabilir. Hastalar görüşlerinin olumlu ve olumsuz yanlarını sonuç olarak hissettikleri ve davrandıkları şekle özel atıfta bulunarak incelemek için cesaretlendirilmelidirler. Terapist hastaları görüşlerinin olası olumsuz yanını saptamaya ve daha yararlı olabilecek alternatif perspektifler araştırmaya cesaretlendirmelidirler.

Bir kadın hasta, iş arkadaşlarıyla katıldığı bir partide çok şişman hissettiğini bildirdi. Oradaki herkesin kendisinden daha zayıf ve daha çekici olduğunu

düşündüğünü ve onların büyük ihtimalle kendisinin ne kadar kötü gözük-
tüğünü düşündüklerini düşündüğünü betimledi. Sonra asla iyi gözük-
meyeceğini ve her zaman şişman olacağını için kilo kaybetmek için
uğraşmasının anlamsız olduğunu ve bunu sadece kabullenmesi gerektiğini
düşünmeye başladı. Bu düşünceler insanlarla konuşurken konsantre
olmasını çok zorlaştırdı ve başkalarına söyleyecek hiçbir şeyi olmadığını
düşünmeye başladı. Sonuç olarak daha güvende ve daha az berbat hisset-
mek için büyük miktarda alkol içti ve planladığından daha fazla yedi.
Terapistle tartışmasında, hasta partideki gibi düşünmenin insanlarla
konuşmasını daha zor bulmasına ve partiden daha az zevk alıp
planladığından daha çok yiyip içmesine yol açtığını görebildi. Ayrıca parti
için giyindiğinde iyi hissetmiş olduğu, giysisi hakkında bazı komplimanlar
aldığı ve oradaki insanlar arasında sadece kendisinden daha zayıf değil
daha şişman insanlar bulunduğu gerçeğine konsantre olmuş olsaydı, ilginç
sohbetlerde bulunmuş ve partiden zevk almış olacağını da görebildi.
Ayrıca yeme ve içme planına da bağlı kalması daha olası olacaktır.

Önyargılı Algılama ve Yorumlamaları Saptama ve Düzeltme

Hastalara öz-eleştirel düşünce ve işlevsiz inançlarını saptama ve düzeltmede yardımcı olunmalıdır. Bilginin algılanması ve yorumunda bazı yaygın önyargılar vardır. Temeldekiler onları ele alma yöntemleriyle birlikte aşağıda listelenmiştir.

Seçici Dikkat. Beden algısı endişesi olan birçok hasta bedenlerinin olumsuz görüşleriyle uyumlu olarak bilgiye (olaylar ve deneyimler) seçici dikkat gösterirler. Böylece hastalar görünüşün olumsuz yönleri olarak görülenlere odaklanma veya asla kendilerinden daha şişman ve daha az çekici olanlara değil de kendilerinden daha zayıf ve çekici olduğu düşünülen insanlara dikkat verme ve onlarla karşılaştırma yapma eğilimindedirler. Seçici dikkati ele almak için, terapist ilk önce hastayı bu fenomen hakkında eğitmelidir. Genelde insanlar oldukça kişisel olarak göze çarpan uyarılara özel dikkat verirler. Bu bir örnekle gösterilebilir. Hastalara hiç yeni bir araba alıp almadıkları sorulabilir. Öyleyse, birdenbire kendilerinininki gibi çok daha fazla araba fark etmeye başlamışlar mıydı? Hastalar bu arabaların sayısının değişmiş olabileceğinin pek olası olmadığını kabul edeceklerdir, ama araba akıllarında olduğundan ve özel bir anlamı olduğundan benzer arabaları fark etmekteydiler. Seçici dikkat örnekleri, ideal olarak hastanın kendi deneyimlerinden aranmalıdır. Amaç hastaların beden algısı endişelerinin, sonuçta memnuniyetsizliklerinin sürmesine yol açan endişelerine özel dikkat vermeleriyle sonuçlanan, böyle oldukça göze çarpan meselelere yol açtıklarını fark etmeleri için onlara yardım etmektir. Hastanın dikkat odağının genişletilmesi bu yüzden tedavinin bir amacı olmalıdır.

Seçici dikkati ele almak için, oluştuğu durumları saptamak gerekli bir ilk adımdır. Sadece böyle bazı durumları fark etmek yararlıdır çünkü sonraları seansta tartışılabilirler. Terapistin hedefi hastanın seçici dikkat oluştuğu anda dikkatini genişletmesine yardımcı olmaktır. Örneğin sadece (hoşlanmadıkları) kalçalarını fark eden hastalar aktif olarak bedenlerinin saçlar veya gözler gibi daha nötr kısımlarına dikkat verirken, sadece kendilerinden daha zayıf olanları fark edenler kendilerinden daha zayıf olmayanlar veya hatta kendilerinden daha şişman olanlara dikkat vermelilerdir.

Görünümün Olumlu Yönlerini Azımsama. Beden algısı endişesi olan birçok hasta şekle, kiloya ve görünüme bağlı olumsuz olayları fark eder ve hatırlar ve olumlu olanları (veya beklenen olumsuz yorumların yokluğunu) görmezler. Bir kompliman almak gibi olumlu olayları saptamak hastaların bu konulara daha dengeli bir değer biçmesini sağlamada yardımcı olur. Bunu yapmak için, hastalar görünüşleriyle ilgili olumlu her şeyi not etmelidirler ve aktif olarak böyle olayları aramalıdır. Herhangi olumsuz bir olayın yokluğu da kaydedilmelidir (örneğin bir partiye gitmek ve görünüşü hakkında olumsuz yorumlar almamak).

Çifte Standartlar. Beden algısı endişeleri olan hastalar kendi şekillerini yargılamak için (katı) bir standartlar kümesine ve başkalarının şekillerini yargılamak için (daha yumuşak) bir başka kümeye sahip olabilirler. Ayrıca başkalarının kendilerini, kendilerinin kullandığı aynı katı standartlarla yargıladıklarına da inanabilirler. Çifte standartları ele almak, birincil olarak, hastalara bu şekilde davrandıkları zamanı fark etmede yardımcı olmayı ve sonra da, böyle çifte standartlar için gerekçeleri detaylı olarak gözden geçirmeyi içerir. Bu, başkalarının, hastanın aksine, hastanın katı standartlarını herkese uyguladıkları inancı için gerekçenin bir gözden geçirmesini içermelidir. Çoğunlukla fenomeni sadece vurgulamak onu yıpratmak için yeterlidir.

Beden ağırlığının %10'undan fazlasını kaybetmiş olan bir kadın hasta, biçiminden dolayı çok mutsuzdu ve daha fazla kilo kaybetmek istiyordu. Beden algısı kontrol listesini tartışırken, giysi alışverişinden kaçındığından ve ayrıca hatlarını gösteren giysiler giymekten kaçındığından da bahsetti. Vücudundan utanç duyduğunu ve şekli yüzünden diğer insanların ona karşı eleştirel olduğunu düşündüğünü bildirdi. Tedavinin başında giymekte olduğu giysilerin daha bol gelmediğini ve hiç kimsenin kilo kaybı hakkında yorum yapmadığını söyledi.

Terapist, eğer farklı giysiler giymeyi denerse insanların değişmiş görünümü hakkında daha olumlu yorum yapmalarının daha olası olabileceğini ileri sürdü. Hasta yeni giysiler alma konusunda düşüneneğini söyledi ama bunu yapmakta isteksiz gibi gözüktü.

Sonraki seansta, hasta kilo kaybetmeye başlamadan önceki bir fotoğrafını bulduğunu söyledi ve gördüğü değişime şaşırmişti. Ayrıca diğer

insanlardan kilo kaybı hakkında bazı olumlu yorumlar aldığını bildirdi. Terapist onunla seçici dikkati tartıştı ve hasta daha önce olumlu yorumların farkına varmayı başaramadığında ve sadece insanlar kilo kaybını yorumlamadıklarında hatırladığında hemfikir oldu. Ev ödevi olarak terapist hastadan vücudu hakkında gelecek hafta boyunca oluşan olumsuz düşünceleri kaydetmesini istedi.

Sonraki seansta, hasta bir olumsuz düşünce örneğini betimledi. Bir mağazanın penceresinde kendi görünüşünü yakaladığında otomatik olarak “Hiç kilo kaybetmedin,” diye düşünmüştü. Sonra bu düşünceye meydan okudu ve ciddi miktarda kilo kaybettiğini kabul etti. İnsanların kendisini olumsuzca yargıladıklarını düşünmesinin sebebinin, kendisinin kendisini böyle yargılaması olduğunu fark etti. Bu seans sırasında enine boyuna tartışıldı.

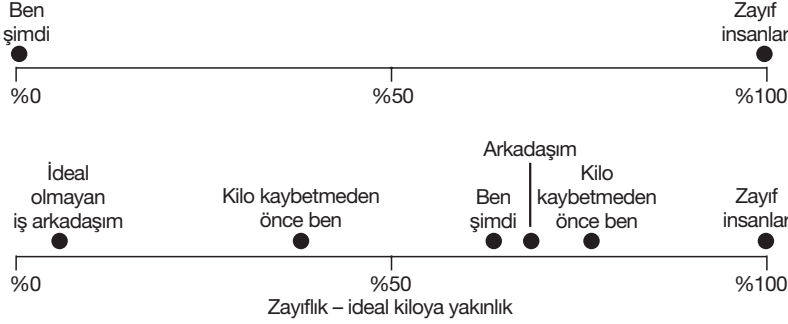
Sonraki hafta hasta daha fazla kilo kaybetmese de kilo kaybetmekten mutlu olduğunu söyledi. Artık vücudu hakkında olumsuz düşünceleri olmadığını bildirdi. Kilo koruma aşamasına başladığında, kendisine yeni şeklini olumlu olarak kabul ettiğine dair kanıt olarak, gymekten zevk aldığını hissettiği yeni bir takım aldı.

Aşırı Genelleme. Beden algısı endişesi olan hastalar kilo ve beden şekli hedeflerine ulaşmayı başaramamayı daha genel olarak bir başarısızlığın kanıtıyla aynı kefeye koyma eğilimindedirler. Bu, çifte standartlarla aynı şekilde ele alınır. Terapist ilk önce hastaların oluştukları anda fenomenleri saptamalarına yardım eder ve sonra seans içinde, fenomene karşı koymak amacıyla, hastalardan düşünceleri için temeli gerekçelendirmelerini ister.

İki Uçlu Düşünme. Bu da beden algısı endişesi olan hastalarda yaygındır (örneğin “İdeal kiloma ulaşmadım öyleyse şişmanım,” “Saygı duyulmak için zayıf olmalıyım.”). Bu ya hep ya hiç tarzı düşünme örnekleri kanıtları gözden geçirerek, dengeli bir sonuca ulaşarak, ve yeni sonucu bir deney yapıp test ederek ele alınabilir. Bazen uyum gösteren ve dikey ışınlar aşağıdaki örneklerde gösterildiği gibi bu düşünmenin doğasını göstermek için yararlıdır (bakınız Padesky, 1994).

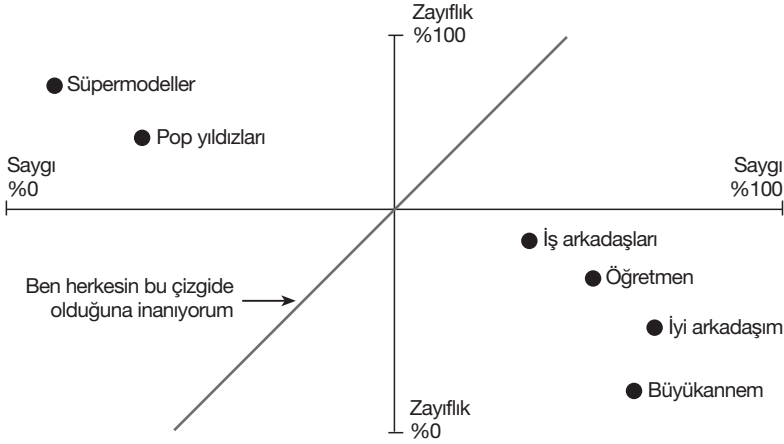
Beden ağırlığının %10'unu kaybetmiş ama ideal kilosundan hâlâ 5 kg uzaktaki bir kadın hasta, kendini şişman ve kilo kaybetme öncesinden farklı değilmiş gibi düşünmeye devam ediyordu. Bu görüş için bahsettiği kanıt kendini şişman olarak görmeyeceği tek kilo olan idealine ulaşmamış olmasıydı. Bu yeni kilosunu kabul etmesine ve kilosunu korumaya hazırlanmasına engel oluyordu. Onun yerine daha çok kilo kaybetmek istedi. Terapist bu meseleyi tartıştı ve (ideal kiloda olmak üzere tanımlanan) zayıflığı

Düşünce/İnanış: Ben şişmanın
Kanıt: İdeal kiloma ulaşamadım
Alternatif düşünce: Zayıfım



temsil eden bir çizgi (bakınız Şekil 7.2) çizdi. Bir ucu %0 veya ideal kiloda değil (şişman) olarak etiketlenmişti ve diğer ucu %100 veya ideal kiloda olarak etiketlenmişti. Hastadan kendisini ve zayıf olan insanları yerleştirmesi istendi. Kendisini %0'a (yani şişmana) ve zayıf insanları %100'e koydu. Sonra terapist ona ideal kilosundan olduğundan daha uzakta olmasının mümkün olup olmadığını ve böyle bir durumda olan birini tanıyıp tanımadığını sordu. Hasta iş arkadaşlarından birinin idealden kendisinin olduğundan daha uzakta olduğunu söyledi ve böylece bu iş arkadaşını yeni, benzer bir çizgide doğru yere koymasını istendi. Terapist ona kendini yakın zamandaki kilo kaybından önce nereye koyacağını sordu ve ayrıca şişman gözükmeyeceğini düşündüğü ama ideal kiloda olmayan bir arkadaşını koyacağı yeri işaretlemesini de önerdi. Hasta ayrıca kilo almadan önce şişman olduğunu düşünmediği yeri de işaretledi. Son olarak terapist kendisini yeni çizgiye yerleştirmesini istedi. Sonra terapist onun yeni bir perspektife ulaşmasına yardım etti. Hasta ideal kilosuna ulaşmamış olmasına rağmen, eskisinden daha az kilolu ve daha zayıftı. Arkadaşını şişman olarak görmediğini söyledi ama arkadaşını idealden kendisi kadar uzaktaydı. Son olarak ideal kilosunda olmayan birini şişman olarak görmeyi çok doğru gözükmeyeceğine karar verdi. Bu, hastanın kilosunu kabul etmeye başlamasına ve kilo korumaya başlamasına yardımcı oldu.

Bir başka kadın hasta zayıf olmadıkça saygı duyulmayacağına ve diğer insanların sadece zayıf insanlara saygı duyduğuna ikna olmuştu. Terapist biri saygı derecelerini gösteren diğeri zayıflığı gösteren iki kişiyi çizgi çekti (bakınız Şekil 7.3). Terapist ve hasta hastanın zayıflık ve saygı arasındaki ilişkiyi lineer (Şekil 7.3'te gösterildiği gibi) olarak gördüğünü



ŞEKİL 7.3 Ortogonal devamlılık

saptadılar ve sonra hasta tarafından saygı duyulan ve saygı duyulmayan birkaç kişiyi bu çizgi üzerine yerleştirdiler. Hasta hem kendisinin ve hem de diğerlerinin insanlara kilolarından farklı sebepler yüzünden saygı duyduklarını görebildi ve bu daha fazla kilo kaybetmeye çalışmak yerine kilo korumaya doğru ilerleme yapmasını sağladı.

Bir başka kadın hastanın beden algısı kontrol listesini gözden geçirirken, bedeni hakkındaki olumsuz düşüncelerinin sorunlarına önemli ölçüde katkıda bulunduğu açığa çıktı. Hasta vücudu hakkındaki düşüncelerini ve duygularını betimledi ve bu tartışmadan terapist ve hasta birçok anahtar düşünceyi çıkarabildiler. Bunları not ettiler ve daha başka nötr alternatifler bulup bulamayacağını görmek için, terapist hastadan bunları ev ödevi olarak değerlendirmesini istedi. Seans bitmeden önce, hastanın bunu nasıl yapabileceğini tartıştılar. Terapist hastanın kendisine şöyle sorular sormasını tavsiye etti: Bu ifade gerçekten doğru mu? Kanıtı nedir? Böyle hissetmiş olan bir arkadaşına ne derdim? Diğer insanların ne düşüneceğini farz ediyor muyum? Böyle şeyler düşünseler bile, gerçekten ne fark ederdi – ve bu durum onlar hakkında ne söylemektedir?

Hasta bütün bunları ev ödevi olarak değerlendirdi ve bir spesifik düşünceler ve alternatif bakış açıları listesiyle geri geldi:

Yememi kontrol edemediğimi düşünecekler.

- Bunu düşünmeyebilirler bile, özellikle de beni yemekle görmezlerse. Ben büyük olasılıkla bir başkası hakkında böyle düşünmezdim.
- Eğer böyle düşünürlerse gerçekten umurumda olur mu?

Fazla yediğimi düşünecekler ve bu iğrenç (yani ben iğrencim).

- Yemek yemek iğrenç değildir – yaşam için gereklidir. İyi yiyorum ve fazla yemiyorum, yani böyle düşünürlerse kendi sorunlarıdır.
- Fazla yesem bile, bu beni iğrenç yapmaz.

Herkesi memnun etmeliymişim gibi hissediyorum.

- Neden? En önemli kişi aslında benim. Başkalarına hoş olmak iyi bir şey, ama daha önemlisi insanın kendisine hoş olması – ve bu kendine işken- ce etmemek anlamına geliyor.

Mükemmel olmadığımı düşünecekler, ve eğer mükemmel olmazsam hiçbir de- ğerim olmaz.

- Evet, bunu düşünebilirler ama hiç kimse mükemmel değildir ve yine de herkesin değeri vardır. Değerli olmak daha önemlidir ve eğer rahat olur ve vücudumu ve kendimi kabul edersem daha değerli olurum.
- İnsanlar herkesin farklı özelliklerin bir karışımına sahip olduğunu ve hiç kimsenin mükemmel olmadığı gerçeğini tolere edebilirler ve ederler. Kusurlarına rağmen insanlar yine de değerlidirler.

Yağlı görecekler ve korkunç gözüktüğünü düşünecekler. Sonra bana saygı duy- mayacaklar (profesyonel olarak).

- İnsanlar yağ hakkında farklı şeyler düşünürler, yani insanların korkunç olduğunu düşündüklerini varsayamam.
- Saygı, yaptığınız şeylerle ve kim olduğunuzla gelir, nasıl görüldüğünüz- le değil. Ben ölçülerine bağlı olmaksızın birisine saygı duyabilirim.

Hasta yeni alternatif düşüncelerine her zaman tamamen inanmadığını bildir- di. Terapist ona bunun normal olduğunu temin etti ve aklına gelen herhan- gi olumsuz veya önyargılı düşüncelerle “cevap vermeye” (yazarak veya ak- lından) devam etmesini istedi. Hasta bunu yaptı ve sonraki 10 haftada bun- da ustalaştı. Bu bilişsel kaymalar ona daha iyi oturan giysiler alıp giymeyi de- nemesine yardım etti, bunlar da beden algısını geliştirmeye yaradı.

Hastalara şartlar altında yardımcı olması en olası stratejileri saptamada yar- dımcı olunmalıdır. Sonra terapist ve hasta birlikte seansta en azından bir veya iki düşüncüyü saptamalı, sorgulamalı ve ele almalıdırlar. Bu süreci beden algısı günlüklerine “alternatif düşünceler” sütununu tam olarak kullanarak yazmak yararlıdır. Bu süreci devam ettirirken alternatif düşüncelerin veya yorumların, hastanın inanmadığı “olumlu düşünme”nin sıradan örneklerinden ziyade has- tanın endişelerini ve gerçek durumu kabul etmesi önemlidir. Örneğin alternatif- ler illa ki “İyi gözükiyorum,” veya belki, “İstedimden fazla gelsem de, yine de tarz sahibi gözükebilirim,” değildir. Düşüncelere bu şekilde meydan okumak birçok arka arkaya seans alır. Terapistler didaktik olmamaya, inançlarını değiş-

tirmek için hastayı ikna etmeye çalışmamaya dikkat etmelidirler, çünkü bu çoğunlukla etkisizdir ve bir savunmadan daha fazlası hâline gelebilir. Daha çok, hastalar alternatifleri kendileri aramaya cesaretlendirilmelidirler.

Hasta alternatife tam olarak inanmasa da, sorunlu düşüncelere alternatif bakışlar bulmakta yarar vardır. Sadece ilk baştaki düşünceyi veya tutumu sorgulama süreci hastalara ondan uzaklaşmalarında ve ona daha az sıkı bağlı kalmalarında yardımcı olur. Ayrıca böyle bilişsel çalışmanın yeni perspektiflerle ve davranışlarla (örneğin farklı giysiler denemek, bir arkadaşın fikrini almak, daha önce kaçınılan bir şeyi denemeye karar vermek) deneme yapmaya götürmesi gerektiğini vurgulamak da önemlidir. Böyle değişimlerin sonuçlarının düşünceler ve tutumlardaki değişiklikleri güçlendirmesi olasıdır.

Hastalardan ayrıca ev ödevi olarak bilişsel çalışmaya devam etmeleri istenmelidir. Ayrıca beden algısı günlüklerine hafta boyunca oluşan bir veya iki örnek yazmaları, onlara meydan okumaya nasıl giriştiklerini ve de sonucun ne olduğunu kaydetmeleri istenmelidir. Bu ev ödevi sonra sonraki seansta detaylıca gözden geçirilmeli ve güçlükler araştırılmalıdır. Terapistler hastaları uygunsa farklı bir perspektif edinmeye her zaman cesaretlendirmeli ve onlara bunda yardım etmelidirler. Böyle ev ödevlerinin genellikle birkaç seans boyunca tekrarlanması gerekir.

Eğer hastalar beden şekilleri ve kiloları hakkındaki stres yüzünden ev ödevlerini seanslar arasında tamamlamakta güçlük çekecek kadar bunalmış gibi gözüklürse, o zaman bu çalışmayı, aşağıda gösterildiği gibi, seansın içinde yapmak tercih edilir.

Beden algısı hakkında çok endişeli olan bir kadın hasta, ev ödevlerini tamamlamakta ciddi ölçüde güçlük çekiyordu. Bu yüzden endişelerini beden algısı günlükleri olmadan ele almak gerekiyordu. Hasta bedeni hakkındaki streten öylesine bunalmış gözüktü ki düşüncelerini odaklamayı güç buldu.

Terapist, “Açıkça görülüyor ki, bütün bu konu sizin için çok stresli. Eğer bedeniniz hakkında kötü hissettiğiniz spesifik bir zaman hakkında düşünürsek en yararlısı olabileceğini düşünüyorum – eğer orada ne olduğunu bulabilirsek, bunu diğer durumlara da aktarabiliriz. Bedeniniz hakkında rahatsızlık hissettiğiniz yakın bir zaman düşünebiliyor musunuz?” dedi. Hasta yeni giysiler almaya çalıştığı yakın zamanlı bir yurtdışı gezisinden bahsetti. Terapist, “Duruma geri dönüp düşünebilir misiniz – belirli bir mağaza hatırlayabilir misiniz? Ne arıyordunuz? Hiç üzerinize denediniz mi? Sonra ne oldu? Mağaza görevlileri sizinle konuştu mu?” diye sordu.

Ne olduğunu tam olarak belirledikten sonra, terapist hastayı o zaman neler hissetmekte olduğunu ve oradan da bu duyguları hangi düşüncelerin yarattığını hatırlamaya yönlendirdi.

Bu süreç terapistte hastanın görevlilerin düşüncelerini tahmin etmekte olduğunu keşfetmesini sağladı. (Kendi fikrine göre) itici olduğundan, görevlilerin kendisini küçük gördüklerini farz etmişti. Ayrıca harcamak için daha az parası olduğunu zannedeceklerine ve kendisine, çekici bir kadına

olacaklarından daha az yardımcı olacaklarına inanmıştı.

Biraz tartışmadan sonra hasta ve terapist bu varsayımların bazıları doğru olsa bile (bir olasılıkla mağaza görevlileri çok harcayacak olduğunu zannettikleri kişileri hedef alabilirler), durumun böyle olduğunu bilmenin bir yolu olmadığı ve böyle varsayımlar yapmanın yararlı olmadığı sonucuna varabildiler. Böyle bir varsayımda bulunmak onun muhtemelen daha fazla kendini aşağılayıcı bir şekilde davranmasına yol açmış, bu da sonuçta görevlilerin ona olan tepkilerini etkilemişti.

Bu hedeflemeli sorgulama orijinal varsayımlarından bazılarını sorgulamaya yardımcı olacak davranışsal bir deney oluşturmaya bir temel sağladı.

Beden Algısı Kaygısı ve Kilodan Bağımsız Hedefler

Beden algılarını ele almada bu noktaya ulaşan çoğu hasta aynı zamanda kilo hedefleri (bakınız Bölüm 8) ve birincil hedefleri (bakınız Bölüm 9) üzerinde de çalışmakta olacaktır. Bu yüzden hastanın kilo kaybından neyi elde etmeyi beklediği açık olmalıdır. Ayrım ayrıca, gerçekten kiloya veya beden şekline bağlı hedefler ile bağlı olmayanlar arasında da yapılmalıdır. Aşağıda bazı örnekler sunulmuştur:

Kiloya/beden şekline bağlı hedefler:

- Bazı giysileri giymek
- Bazı sporları yapmak (örneğin ata binme)

Kilodan/beden şeklinden bağımsız hedefler:

- Sosyal açıdan daha fazla güven duymak
- Daha fazla sosyalleşmek
- Görünüme daha fazla dikkat vermek (örneğin saç stili)
- Yeni giysiler satın almak
- Bazı sporları yapmak (örneğin yüzme)
- İlişkiler kurmak

Bütün hastalar kilodan bağımsız hedeflerini güçlü olarak ele almaya cesaretlendirilmelidirler, çünkü böyle yapmamanın görünümüne ve kilolarına olan olumsuz tutumlarını güçlendirmesi olasıdır (çünkü diğer alanlarda ilerlemelerinin önünde engeller olarak görüleceklerdir). Bölüm 9'da tartışıldığı gibi, hasta ve terapist bu kilodan bağımsız hedeflere erişmenin yollarını planlamalıdır ve hastanın bu açıdan ilerlemesi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

Olumlu Kabullenme

Kabullenme ve değişim kavramları daha önce hastanın kilo hedeflerini ele alırken sunulmuş olabilir (bakınız Bölüm 8). Terapistler ayrıca bu kavramı beden

algısına bağlı olarak sunulmalı ve kabullenmenin olumlu beden algısı deneyimi kaynaklarını saptayarak güçlendirilebileceğini önermelidirler. Ele alınacak noktalar aşağıdaki gibidir:

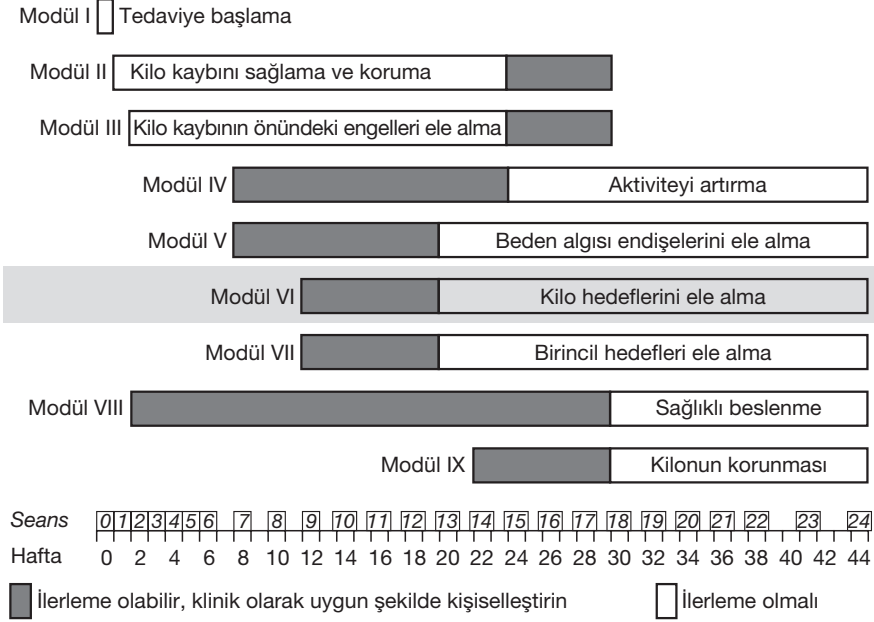
- Hasta kilo kaybetmek için büyük çaba sarf etmektedir ve böylece görünümünü çoktan (çoğu durumda) değiştirmiştir.
- Hasta ayrıca daha öncekinden daha az olumsuz bir beden algısıyla sonuçlanacak başka değişiklikler yapmış olacaktır (örneğin beden kaçınımını, kontrol etmeyi ve olumsuz düşünmeyi ele alarak).
- Bu önemli değişiklikleri yaptıktan sonra, hastanın vücudunu ve kilosunu kabullenmeyi ve ek olarak, daha fazla değişim istese de bunun mümkün olamayabileceği gerçeğini kabul etmeyi öğrenmesi gerekir.
- Buraya kadar kabullenme temel olarak hastaları bedenleri hakkında öncesinden daha az olumsuz olmaya cesaretlendirmeyi içerdi.
- Birçok hasta için zevk ve memnuniyet aldıkları aktiviteleri araştırarak bedenleri hakkında olumlu hissetmek mümkündür (örneğin yürümek veya yüzmek gibi spor aktiviteleri, formda olma, seks, çekici giysiler alma, saç stilini değiştirme vs).

Hasta ve terapist vücuduna daha olumlu tutumları güçlendirebilecek aktiviteleri saptamak için birlikte çalışmalıdırlar. Çoğunlukla hastaların daha önce hoşlandığı (ve belki de iyi oldukları) ama sonra terk edilen aktiviteleri aramak yararlıdır. Böyle aktivitelerle tekrar uğraşmaya cesaretlendirilmelidirler. Bunlar olumlu bir sonuç sağlamak için dikkatlice planlanmalı ve hastanın deneyimi dikkatle gözden geçirilmelidir. Daha önce olduğu gibi, hastalardan sonucu tahmin etmelerini ve sonra gerçek sonucu beklenenle kıyaslamalarını istemek yararlıdır. Böyle aktivitelerin olumlu yönleri her zaman vurgulanmalıdır. Eğer mümkünse, hastalara sonucu olumlu terimlerle yeniden çerçevelemelerinde yardım edilmelidir. Bu sürecin birkaç seansa yayılması olasıdır. (Eğer bu süreç fiziksel aktiviteyi artırmayı içeriyorsa, Bölüm 6'daki kılavuza bakınız).

Önemli ölçüde ama istediği kadar olmayan bir miktarda kilo kaybeden bir kadın hasta, yeni kendisini, kilosunu artık “kalabalıkta göze batmadığı” için kabul ediyor olarak betimledi. Daha başka tartışmalar, artık vücuduna yönelik güçlü olumsuz duyguları olmamasına rağmen çok da olumlu hissetmediğini ve bu yüzden yeni giysiler alma konusunda biraz endişeli olduğunu ortaya çıkardı.

“Başkalarından farklı olmayacağını” bilse de, iyi gözükeceğine güvenmiyordu. Öğrenmeye karar verdi ve üzerinde iyi durduğunu hissettiği bir etek satın aldı. Bu başarı ve aldığı komplimanlar ona başka giysiler alma güvenini verdi.

Modül VI: Kilo Hedeflerini Ele Alma



ŞEKİL 8.1

Bu bilişsel-davranışçı tedavinin altında yatan dayanak noktalarından biri, kilo kaybetmeye çalışırken gerçekçi olmayan bir hedefe sahip olmanın, başarılı bir kilo korumanın önünde büyük bir engel oluşturduğudur. Bölüm 2’de açıklandığı gibi bu, hastanın etkili kilo koruma davranışları edinmesini ve onları kullanmasını baltalar. O yüzden bu modülün amacı, hastaya uygun bir kilo hedefi edinmesi ve onu kabullenmesinde yardımcı olmaktır. Bu hedefe erişmek aşağıdaki spesifik adımları içerir:

1. Kilo hedeflerini saptama
2. Hastanın “arzulanan” kilosunu sorgulama
3. Birincil (yani kiloya bağlı olmayan) hedefleri saptama
4. Kötü kilo korumanın nedenlerini gözden geçirme
5. Orta düzeyde kilo kaybının getirilerini saptama
6. “Kabullenme ve değişim” için gereksinimi vurgulama
7. Kabullenmeyi cesaretlendirme

Terapistin Üslubu Üzerine Bir Not

Bu modül, hastaların kilo hedeflerine yeniden değer biçme ve eğer uygunsa onları ayarlama niyetiyle, yönlendirilmiş bir tartışma şeklini almalıdır. Aynı zamanda, terapistler ve hastalar kilo kaybına erişmek için Bölüm 4'te belirtilmiş olan davranışlara uyum üzerine odaklanmaya devam etmelidirler.

Bu modülü geçmek genellikle en azından üç arka arkaya seans alır ve her seansın sonra uygun ev ödevi gereklidir. İlerlemenin hızı hastadan hastaya önemli ölçüde değişir. Sürecin aceleye getirilmemesi önemlidir.

Modül VI'ya Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme

Bu modüle tedavide çok erken başlanmamalıdır ve kilo kaybı kesinlikle iyi oturmuş olmalıdır. Biz aşağıdaki kılavuzu kullandık (bakınız Şekil 8.1):

- Eğer hasta devamlı kilo kaybetmede başarılı oluyorsa ve kilo hedefleri konusunu açıyorsa 12. haftada başlanabilir.
- Eğer makul bir kilo kaybı döneminden sonra, hastanın kilo kaybı açık bir sebep olmaksızın azalma işaretleri gösteriyorsa başlanmalıdır.
- En geç tedavinin ortasına kadar başlanmalıdır (Bizim uygulamamız bu modüle 20. haftaya kadar her zaman başlamak yönünde olmuştur).

Kilo Hedeflerini Saptama

Terapist, artık kilo kaybı gerçekleşirken hastanın tedavinin sonucu olarak ne elde etmek istediğini detaylı olarak gözden geçirmenin yararlı olacağını söyleyerek, hastanın o anki kilo hedeflerinin tartışılmasını başlatmalıdır. Uygulamada çoğu hastanın, iyi formüle edilmiş veya farklılaştırılmış olmasa da, birkaç kilo hedefi vardır. Terapistin ilk görevi, hastalarını onları açıklığa kavuşturmalarına yardım etmektir. Üç hedef kilo belirlenmelidir, bir ideal (veya “hayalindeki”) kilo, bir arzulanan kilo ve bir hoş görülebilir kilo. Bunlar aşağıdaki gibi tanımlanabilir:

1. *İdeal kilo*. Bu kilo hastaların, hayatlarının bu aşamasında gerçekçi olduklarını takdir ettikleri hayal bir kilo olsa da erişmeyi çok istedikleri kilodur. Erişebilmelerinin teorik olarak mümkün olduğunu düşünseler de bu olasılığın oldukça az olduğunu bildikleri bir kilo olmalıdır. Bu kiloya erişemezlerse tedavinin başarısız olduğunu hissetmemeleri gerekir.
2. *Arzulanan kilo*. Bu kilo hastaların tedavide erişmeleri gereken ve büyük olasılıkla erişecekleri kilodur. Objektif olarak gerçekçi olmayacak kadar düşük de olabilir ama yine de erişmeyi istedikleri hedefdir. Bu kiloya erişemezlerse kendilerinin (veya tedavinin) başarısız olduğunu düşünecekler-

dir.

3. *Hoş görülebilir kilo*. Bu kabullenebileceklerini düşündükleri en yüksek hedef kilodur. Eğer sadece bu kiloya erişirlerse hayal kırıklığına uğrayacaklardır ama hoş görebileceklerini ve sonunda kabullenebileceklerini düşündükleri bir kilodur.

Bu hedef kiloları saptama ve ayırma süreci onları değiştirmeye başlamanın ilk adımıdır. Üzerinde açık olunması gereken en önemlisi arzulanen kilodur. Eğer hasta kilo hedeflerini bunları saptamak üzere seans 0'dan beri değiştirmişse, bu değişimi tartışmak yararlı olabilir. Böyle değişiklikler kilo hedeflerinin keyfi doğasını ve hastanın esnekliğini yansıtabilir.

Bazı hastalar bir hedef kiloları olmadığını ama bir giysi ölçüsü hedefleri olduğunu söylerler. Bu durumda, bütün kilo hedefleri konusu kilodan ziyade giysi ölçüsü cinsinden tartışılabilir. Eğer hastanın kilo veya ölçü cinsinden hiçbir hedefi yoksa ve ne kadar kilo kaybı olursa olsun memnun kalacağını iddia ediyorsa, bu modüldeki çoğu materyalin ele alınmasına gerek yoktur. Ancak, hastanın daha önceki kilo kaybı ve yeniden kazanımı deneyimini tartışmak ve hastayı kilonun çoğunlukla neden yeniden kazanıldığı hakkında eğitmek ve de bu bölümde daha sonra tartışılan “kabullenme ve değişim” prensibini tanıtmak yine de tavsiye edilir.

Öte yandan, eğer hastalar özel hedef kiloları olmadığını ama “mümkün olduğunca çok kilo” kaybetmek istediklerini söylerlerse, daha detaylı tartışmayı sağlamak için, yukarıda betimlendiği şekliyle ideal, arzulanen ve hoş görülebilir kilolarının ne olacağını düşünmeye cesaretlendirilmelidirler. Terapistler hastaların bu hedef kiloları belirlemeyi zor bulabileceklerini kabul etmeli ve kesin sayının önemli olmadığını söylemelidirler. Hastalara bu hedeflere bağlı bırakılmayacakları ve fikirlerini değiştirebilecekleri, ama hedeflerini saptamanın terapistte o anda neyi hedeflediklerine dair kaba bir fikir vereceği de söylenmelidir.

Arzulanan Kiloyu Sorgulama

Hastanın kilo hedeflerini değiştirmede sonraki adım kaynaklarını incelemektir. Bu aralarında ev ödevi olan bir veya daha çok seans alır. Odak noktası hastanın arzulanen kilosu olmalıdır. Bu sürecin onun keyfilğini göstermesi ve de erişilmesinin pek olası olmadığını ileri sürülmeye başlaması olasıdır. Seans aşağıdaki hasta yönelimli tartışma noktaları çerçevesinde şekillenmelidir:

1. *Arzulanan kilonun kaynakları*. Terapist hastanın arzulanen kilosunun kaynaklarını gözden geçirmelidir. Özel bir kilo için olası sebepler doktorların veya kilo kaybı gruplarının önerileri, kilo grafiklerini izleme, daha önceki kilo kaybetme girişimlerinin bir sonucu olarak erişilmiş en düşük kiloyu bir kez daha elde etme, özel bir kilonun birincil bir hedefe erişmek için gerekli olduğu

inancı (sonraki kısma bakınız) veya spesifik bir kiloyu kişisel olarak önemli kı-lacak başka sebeplerin bir karışımı olabilir.

2. *Geçmişteki diğer kilo hedefleri.* Terapist kilo kaybetmek için daha önceki girişimleri, hastanın o zamanlardaki hedeflerini gözden geçirmelidir.

3. *Arzulanan kilonun erişilebilirliği.* Bu kiloyu veya buna yakın bir kiloyu da-ha önce koruma girişimleri gözden geçirilmelidir. Ayrıca hastaya kiloyu koru-mada şu anda güçlükler öngörüp görmediği sorulmalıdır.

4. *Arzulanan kiloya erişmenin önemi.* Arzulanan kiloya ulaşmaya verilen ki-şisel önem (yani, bu kiloya ulaşmanın hasta için ne anlama geldiği) değerlendirilmelidir.

5. *Arzulanan kiloya ulaşmanın sonuçları.* Hastalardan bu kiloya erişirlerse hayatlarının nasıl değişeceğini değerlendirmeleri istenmelidir. Bu kiloya daha önce erişmiş olanlar için, tartışma hayatın hangi açılardan değişmiş olduğuna odaklanmalıdır.

Bu meseleleri değerlendirirken günlük hayatın şu sekiz yönünü değerlendirmek yararlıdır:

- Çekicilik
- Giysi ölçüleri ve seçimi
- Sağlık ve formda oluş
- Boş zaman aktiviteleri (örneğin sporlar)
- İş
- Sosyal hayat
- Kendine güven ve saygı
- Kişisel ilişkiler

Terapist bu işlevsel alanlardan her birini ve hastanın arzulanan kiloya ulaşır-sa oluşacağını düşündüğü değişimleri detaylı olarak gözden geçirmelidir. Eğer uygulanabilirse, hastanın beklentilerinin geçmiş deneyimlerle desteklenip destek-lenmediğini görmek için geçmişte hastanın bu kiloda olduğu zamanlara atıfta bulunmak yararlıdır.

6. *Arzulanan kiloya ulaşmamanın sonuçları.* Terapist hastayı arzulanan ki-loya ulaşmamaya basıl tepki vereceğini düşünmeye cesaretlendirmelidir. Hastanın bu kiloya ulaşmamayı nasıl yorumlayacağını (yani bilişsel tepki) ve bu yo-ruma olası tepkilerini (örneğin kilo kontrolü girişimlerinden vazgeçmek) ölç-mek önemlidir.

Hasta broşürü “Kilo Hedefleriniz”de (Broşür R), hasta için bu meselelerle il-gili birkaç doğrudan soru listeleniyor. Çoğunlukla 1-4. maddeleri seansta ele al-mak ve sonra 5 ve 6’yı sadece özet olarak tartışmak ve ev ödevi olarak (broşür-deki soruları kullanarak) hastalardan onları detaylı olarak değerlendirmelerini ve belki de yanıtlarını yazmalarını istemek uygundur. Tartışmanın sonunda hastanın onlarla hemfikir olup olmadığını görmek için terapist ana noktaları özetlemelidir. Eğer farklılıklar varsa araştırılmalı ve çözümlenmelidir.

Tedavinin yarısından hemen önce, terapist kilo hedefleri konusuna hastaya açtı. Hastaya, tedavinin son üçte birlik kısmını kilo koruma uygulayarak geçireceklerinden, buna kendilerini kilo hedeflerini gözden geçirecek hazırlamalarının önemli olduğunu açıkladı. Hasta ev ödevi olarak “Kilo Hedefleriniz” broşüründeki sorular hakkında düşünmekte hemfikir oldu.

Sonraki seansta hasta bir sonraki seansta kilo korumaya başlamak istediğini ifade etti. Broşürdeki soruları gözden geçirdikten sonra, uzun vadede biraz daha kilo kaybetmek istemesine rağmen, kilosunu korumayı öğrenerek ve daha fazla kilo kaybını gelecekte başka bir zaman değerlendirerek, şu ana kadar elde ettiklerine yatırım yapmayı tercih ettiğine karar verdi. Terapist daha fazla kilo kaybetmeyi düşünmeden önce hastanın en az 9 ay boyunca kilolarını sabit tutmayı uygulamaya cesaretlendirdiklerini açıkladı. Hasta bunu yapmaktan mutlu olduğunu söyledi. Hastanın kilo koruma aşamasına istediği gibi başlayacağına anlaşsalar da, terapist yine de kilo hedefleri hakkındaki uygun soruların tartışılmasını sağladı. Hasta açıkça kilo hedeflerinin esnekliğine dair arzulanana sonuca varmış olsa da, birinci hedeflerini saptamak ve ele almak önemli olarak kaldı ve kilo hedefleri broşüründen bazı sorular bu tartışma için önemli bir başlama noktası oldu.

Birincil Hedefleri Saptama

Hastanın kilo hedeflerinin ve onların kilo kaybı sonucu ne olacakları hakkındaki inançlarının gözden geçirilmesinde, terapistler en azından biraz kilo kaybı olmadan erişilemeyecekler (örneğin giysi ölçüsünde azalma) ile mutlaka kilo kaybı gerektirmeyenler (örneğin sporla uğraşma, daha kendine güvenli hissetme) arasındaki ayırımı açıklamalıdır. Daha sonrakiler “birincil” hedefler olarak betimlenebilir.

Terapistler hastanın birincil hedeflerinin saptanmasına zaman ayırmalıdır. Bunlar fantezi uçuşlarından çok gerçek hedefler olmalıdır. Hastalar hemen erişilebilecek olanların (örneğin yüzmeye, bir akşam sınıfına katılma) peşinde koşmaya cesaretlendirilmelidirler. Daha sonraki seanslarda terapistler rutin olarak hastaların bu hedeflere doğru ilerlemelerini sorgulamalıdır. Kiloya bağlı sorunlar ve erişilmesi zor olanlar o anlığına bir kenara kalsa da, terapistler onların daha sonra ele alınacağını açıklığa kavuşturmalıdırlar. Beden algısıyla ilgili hedefler Bölüm 7’de betimlendiği gibi ele alınmalıdır.

Bir kadın hasta “Kilo Hedefleriniz” broşürüne, arzulanan kilosuna ulaşarak erişeceğini umduğu bir takım hedefleri listeleyerek tepki verdi. Bunlar şunlardı: “yüzmeye gidebilmek; bir başka iş bulabileceğime inanmak (zayıf birine karşı); çekici hissetmek ve kendim ve görünüşüm hakkında itinalı olmaya değeceğini hissetmek.” Hasta ve terapist bu hedeflerin hangilerinin tamamen kiloya bağlı olduğunu saptamak için bu listeyi gözden geçirdiler. Hasta hiçbirinin mutlaka kiloya bağlı olmadığını ve bu hedeflere daha fazla kilo kaybetmeden erişebileceğinin mümkün olabileceğini görebildi. Ayrıca o ana kadarki başarılarını da tartıştılar (örneğin kilo kaybı, öz güvende artış vs.). Hasta, daha fazla kilo kaybetmek istese de, o ana kadar yaptığı değişikliklerin kendi başlarına değerli olduğunu takdir etmeye başladı.

Terapist ayrıca tartışmayı hastanın, kilo hedefine ulaşmamanın işe yaramaz ve başarısız olduğu anlamına geleceği inancına odakladı. Hasta bu düşünme çizgisini hayatının birçok yönünde izledi – örneğin çocuklarından birinin başı polisle derde girdiğinde çok kötü bir ebeveyn olduğuna inması. Terapist onu başarısız olduğunu hissettiği zamanları not etmeye ve bu inançların lehinde ve aleyhinde kanıtları değerlendirmeye cesaretlendirdi. Daha objektif bir bakış açısı elde etmek için “Arkadaşlarımın biri bu durumda olsa ne düşünürdüm?” gibi sorular kullanması tavsiye edildi.

Hasta kilo korumaya başlayacağı zamana kadar, böyle yapmaktan mutlu oldu ve terapist kilo kaybindan başka yollarla birincil hedeflere ulaşma hakkındaki çalışmanın bu aşamada devam etmesini sağladı.

Bir başka kadın hasta kilo korumaya başlayacağı zamana kadar, arzulanan kilosunun 3,2 kg yakınına gelmişti. Terapist bu ekstra kiloyu kaybetse ne kadar şeyin değişeceğini ölçmek için onunla birincil hedeflerini gözden geçirdi. Böyle yaparak, hasta hedeflerinin çoğuna ya tam olarak erişmiş olduğunu ya da onlara doğru ciddi ilerleme kaydetmiş olduğunu saptadı. Daha fazla kilo kaybederek ne kadar fazlasının değişeceğinden şüpheliydi. Örneğin 3,2 kg daha fazlanın önemli bir fark yaratmayacağını düşünecek kadar öz algısını çoktan geliştirmişti. Tedavinin başında saptamış olduğu hedef kiloya gelmesinin ana motivasyonunun, “sonuna dek gitmek” olduğunu saptayabildi. Hedefine ulaşamazsa kendini başarısız olarak görebileceğini hissetti (özellikle de annesi kendisini çocukken “sonuna dek gitmediğinden” eleştirdiği için). Birincil hedeflerinin daha fazla değerlendirmesi böyle keyfi bir hedefin peşinden gitmesinin kendisi için yararlı olma olasılığının olmadığını ve annesinin eleştirel sesini reddetmenin alternatif yollarını bulabileceğini görebilmesini sağladı.

Yetersiz Kilo Korumanın Sebeplerini Gözden Geçirme

Burası, bu bilgiyi güçlendirmek ve öğrenilmesi ve uygulanması gereken bir beceri olduğunu vurgulamak için kilo ayarlamasının prensiplerine (Bölüm 4'te tartışılmıştır) geri dönmek için tedavide uygun bir andır. Verilen bilgi basit ve uygun olmalıdır. Anahtar noktalar Tablo 4.3'te (Broşür E) aktarılmıştır.

Bu tartışmanın amacı hastalara yiyecek alımlarını kısıtlamanın zor bir iş olduğunu ve şimdiki yiyecek kısıtlama düzeylerini belirsiz bir zaman boyunca devam ettirmeye yeltenmelerinin onlardan çok fazla şey istemek olacağını hatırlatmaktır. Gerçekten de, bunu yapmaları kendilerini başarısız olmaya kurmak demek olurdu, çünkü araştırma kanıtları, kişilerin 4-6 aydan sonra, o ana dek ne kadar başarılı olmuş olsalar da, 1200 ile 1500 kalori arası bir sınırı korumayı gittikçe zor bulduklarını göstermektedir (bakınız Wadden, Sarwer ve Berkowitz, 1999; Wilson & Brownell, 2002). Terapistler hastaların kilo kaybetmeye çalışmaya son verip onun yerine yeni kilolarını korumayı öğrenmeye odaklanmalarının daha iyi olduğunu belirgin olacağı bir zamanın geleceğini açıklamalıdır.

Geçmişteki Kilo Koruma Deneyimi

Hastalar hâlâ kilo kaybederlerken, terapistler hastanın daha önceki kilo kaybetme ve kilo yeniden kazanımı deneyimleri hakkında bir tartışmayı başlatmalıdır. Bu tartışmanın amacı, geçmişte kilo korumada başarısızlığa neden olmuş olabilecek kişisel faktörleri belirlemektir. Çoğu hasta geçmişte kilo kaybetmiş ve sonrasında yeniden almış olacaktır. Bu durumlarda terapistler neler olduğunu detaylı bir raporunu elde etmelidirler. Terapistin yakındaki (ve tipik) bir kilo kaybetme ve yeniden alma olayına odaklanarak başlaması en iyisidir. Anahtar noktalar aşağıda sıralanan konular hakkında sorular sorularak ortaya çıkarılabilir. Bu soruların sadece en uygun olanları sorulmalıdır (Bunu geçmişte kilo kaybetmeye teşebbüs etmemiş az sayıda hastayla yapmak mümkün değildir. Onun yerine, olayların yaygın sırası, onları her bir anda çoğunlukla ne olduğunu düşünmeye davet eder bir şekilde kendilerine anlatılmalıdır).

Kilo kaybetme evresi

- Başlangıç kilosu
- Kaybedilen miktar
- Kilo kaybetmek için verilen zaman
- Hedefler ve erişilenler arasındaki uygunluk veya uygunsuzluk
- Hastanın başarı veya onun yokluğu hakkındaki görüşleri

Kilo koruma girişimleri

- Daha başka kilo kaybı girişimlerini durdurmanın sebepleri: Karar veya veya kademeli yavaşlama
- Kiloyu koruma kararları

Daha düşük yeni kilolarını korumaya çalışmaya karar vermişler için

- Hastanın kilosunu nasıl korumaya çalıştığının detayları
- Nasıl kilo korunacağı hakkında bilgi
- Başkalarının herhangi bir yardımı veya öğüdü
- Hastanın yemesinin detayları: Yenilen miktarlar, yiyecek türü vs.
- Eğer varsa, kilo izlemenin detayları

Daha düşük yeni kilolarını korumaya karar vermemişler için

- Korumaya karar vermemenin sebepleri
- Daha önceki kiloyla karşılaştırıldığında yeni kilo hakkındaki görüşler

Sonraki olaylar

- Sonraki kilo kazanımının gidişatı
- Yeniden kilo kazanımına olan tepkiler

Yeniden kilo kazanımına karşı çıkmaya çalışmış olanlar için

- Yeniden kilo kazanımını tersine çevirme girişimlerinin detayları
- Eğer uygunsa, kilo kontrolü çabalarını terk etme sebepleri

Yeniden kilo kazanımına karşı çıkmaya çalışmamış olanlar için

- Yeniden kilo kazanımını tersine çevirmeye çalışmamanın sebepleri
- Daha düşük yeni kilonun kabulü (arzulanandan daha yüksek olsa bile)

Daha düşük yeni kilolarını kabul etmemiş olanlar için

- Daha düşük yeni kiloyu kabul etmemenin sebepleri
- Yeni kiloda algılanan değişiklikler

Bu detaylı sorgulamanın hedefi yetersiz kilo korumadan genellikle sorumlu olan üç mekanizmanın nispi katkılarını belirlemektir.

1. *Gerçekçi olmayan bir kilo hedefine sahip olmak.* Hedeflerine ulaşmada başarısız olmak hastaların sık sık daha düşük yeni kilolarını korumaya girişmeleriyle ya da sadece yarım gönüllü bir şekilde girişmeleriyle sonuçlanır. Çünkü ulaştıkları kilo kaybını önemsiz ve dolayısıyla korunmaya değmez olarak görme eğilimindedirler (bir ikili –ya hep ya hiç- düşünme örneği).

2. *Had safhada diyet sınırlamasını uzun vadede korumak zorunda olmak.* Eğer hasta daha düşük yeni kilosunu korumak için had safhada diyet sınırlama gayreti sarf etme gereksinimi duyarsa yeniden kilo kazanımının ortaya çıkması olasıdır, çünkü yüksek sınırlama seviyelerini süresizce muhafaza etmek çoğu hasta için zordur. Bu hassasiyet sıklıkla kilo kontrolü çabalarının herhangi bir yeniden kilo kazanımı belirtisinde terk edilmesiyle birleştirilir (yine bir ikili düşünme örneği).

3. *Başarılı kilo korumanın neyi gerektirdiğini bilmemek.* Bazı hastalar kilo korumanın kilo istikrarının başarılabilip korunabilmesi için kilodaki değişiklik-

lerle ilişkili olarak yemede (ve aktivite düzeylerinde) yapılan ayarlamalarla birlikte düşünce ve alıştırma gerektiren aktif bir süreç olduğunu kavramazlar.

Terapistler, hastanın geçmişte kaybedilen kiloyu korumakta neden başarısız olduğunu kişiselleştirilmiş bir raporuna (formülasyon) işbirliği yaparak ulaşmak amacı ile, bu mekanizmaların göreceli katkılarını hastayla tartışmalıdır. İki temel faktörün katkısını vurgulayan kilo korumanın bilişsel raporunun basitleştirilmiş bir versiyonunu (Bölüm 2'ye bakınız) kullanmak yararlı olabilir: uygun olmayan kilo hedefleri (bir önceki sayfadaki 1 ve 2 numaralı açıklamaların temeli) ve başarılı uzun vadeli kilo korumanın gerektirdiklerinin takdirinin eksikliği.

Terapistler böylece uygun kilo hedefleri yerleştirmeye yardımcı olarak ve kilo koruma becerilerini edinme ve uygulama fırsatını sağlayarak bu tedavinin nasıl bu yaygın sorunların üstesinden gelmek için tasarlandığını açıklayabilirler. Eğer hasta geçmişte birçok kez yeniden kilo kazandıysa terapistin sonucun bu defa nasıl farklı olabileceğini betimlerken yüreklendirici ve iyimser gözükmesi özellikle önemlidir.

Bir kadın hasta ve terapist hastanın daha önceki kilo kaybı girişimlerini gözden geçirdiler. Hasta arzuladığı kiloya ulaşmış olduğu ama sonra kaybettiği kiloyu kademeli olarak yeniden aldığı son girişimini anlattı. Kilo kaybetme grubuna gitmeye son verdiğinde daha önceki yeme alışkanlıklarına yeniden sürüklendiğini hatırladı. Ayrıca önemli hayat olaylarının ilgi odağını kilo kontrolünden uzağa saptırdığını kaydetti. Terapist ve hasta yeniden kilo kazanımının yeme alışkanlıklarında temel değişiklikler tesis etmemiş olmanın ve kilo korumaya, inisiyatifi ele alacak bir şekilde hayat boyu süren bir çaba gibi yaklaşma gereğinin farkında olmamanın bir sonucu olduğu kararına vardılar.

Bir başka kadın hasta, bir önceki yaz, çok miktarda egzersiz yapmayı ve hafta içi çok sade bir biçimde yemek yemeyi gerektiren çetin bir perhize bağlı kalarak daha düşük bir kiloyu korumuş olduğunu anımsadı. Bu aktiviteleri hafta sonlarında az ya da çok terk ediyordu. Birkaç ay sonra denemekten vazgeçti ve kaybettiği kiloları yeniden aldı. Hasta ve terapist böyle zorlayıcı bir perhize bağlı kalmak zorunda olmanın ve ayrıca kontrolü tamamen kaybetmeden biraz "lüks" katmanın bir yolunu bulmuş olmamanın hastanın düşük yeni kilosunu koruyamamış olmasının sebebi olduğu sonucuna vardılar.

Bir kadın hasta, kendisine daha önceki kilo kaybetme deneyimleri hakkında sorulduğunda, ticari bir kilo kaybetme derneğine katıldığında hedef ki-

losuna ulaşmadığından hevesini yitirmiş olduğunu açıkladı. “Başarısız olduğunu hissettiğinden” tartılmayı kesmişti. Hedefine ulaşmadığından yeni kilosunu korumaya değmeyeceği kanısındaydı ve kaybedilen kiloyu hızlıca geri aldı. Bunun geçmişte yaygın bir seyir olduğunu söyledi. Hedef kilosuna ulaşması durumunda bu kiloyu koruyabilmesi için “açlıktan ölmesi” gerekiyordu. Hasta ve terapist onun gerçekçi olmayan kilo hedefinin ve “ya hep ya hiç” düşünme kalıbının bir çeşit kendisini aç bırakma ve aşırı yeme döngüsüne ve sonra neticede vazgeçip kaybettiği kiloları yeniden almasına katkıda bulunduğunu teşhis ettiler.

Kilo ayarlaması hakkındaki bilgiler ve geçmişte nelerin olduğunun göz önünde tutulması, doğal olarak hastanın o anki arzuladığı kilosunun yeniden bir değerlendirilmesine yol açar. Kilonun nasıl korunacağı sorunu kilo kaybı azalmaya başlayana dek bir kenara konabilir (Bölüm 11’e bakınız).

Bu tartışmaların ışığında, hastanın ev ödevi olarak o anki arzuladığı kilosunun hem kısa hem de uzun vadeli olumlu ve olumsuz yanlarının listesini yapmasını önermek yararlı olabilir. Eğer hastanın bir hedef kilosu yoksa, kendisinden daha fazla kilo kaybetmenin olumlu ve olumsuz yanlarının listesini yapması istenmelidir.

Değerlendirmede, bir kadın hasta, arzuladığı kilonun 70,3 kg olduğunu söyledi. Bu bir yetişkin olarak sahip olmuş olduğu en düşük kiloydu ve bu kiloda istediği her şeyi giyebileceğine inanıyordu. 78 kg olmayı da hoş görebileceğini söyledi.

Tedavinin seyri boyunca durmadan kilo kaybetmeyi başardı. 23. haftada terapist kilo hedefleri sorununu yeniden açtı. Hasta “hayalindeki” kilonun hâlâ 70,3 kg olduğunu ama arzuladığı kilonun 70,3-78,0 kg arasında bir yerde olduğunu söyledi. Bir kilo aralığının kabulü onun ikili düşünme tarzını değiştirmesine bir örnek olarak gözüktü. Artık 78,0 kg’dan “sadece hoş görülebilir” bir kilo olarak bahsetmiyordu, onun yerine böyle bir kilonun kendisi için çok kabul edilebilir olacağını söyledi, çünkü evlendiğinde bu kilodaydı ve o zamanlar rahat hissetmişti ve modaya uygun kıyafetler giyebilmişti. Bu kiloda çok fazla kendinin farkında hissetmeden bikini giyebileceğine ve su sporları yapabileceğine inanıyordu. Artık hoş görebileceği en yüksek kiloyu 82,5 kg olarak düşünüyordu.

Terapist hastadan ev ödevi olarak “Kilo Hedefleriniz” açıklamasından 5 ve 6. soruları tamamlamasını istedi – arzuladığı kilosuna erişmesi durumunda erişmemesi durumuyla karşılaştırıldığında hayatının nasıl farklı olacağını iyice düşünüp taşınması. Ev ödevi sorularına, eriştiği kilo kaybının önemli faydalarını çoktan gördüğünü açıkladığı detaylı yanıtlar üretti. Bu-

nunla birlikte, arzuladığı kiloya ulaşması durumunda “üstünü kapamak” konusunda çok dikkatli olması gerekmeyeceğini, egzersizin daha kolay olacağını, daha hoş kıyafetler alacağını, kocasının kendisini daha çekici bulacağını ve bir başarıma duygusu hissedeceğini düşünüyordu. Kilo hedefine ulaşmazsa, “kaybedebildiğim kadar çok kilo kaybettiğim için memnun hissedirdim, ama arzuladığım kiloya ulaşmak için böyle iyi bir fırsat kaçırdığım için üzülürdüm. Kilo koruma daha zor olabilir. Başarısız olduğumu hissedirdim... 78,0 kg’a ulaşmazsam yeterince ince hissetmezdim.” diye yazdı.

Bir sonraki seansta, terapist hastaya daha önceki kilo kaybetme ve kilo koruma deneyimleri hakkında sorular sordu. Hasta ticari bir kilo kaybetme derneğine katıldığında, belirlemiş olduğu hedef kilosu olan 66,7 kg’a ulaşmadığından ve kaybettiği kiloyu hızlıca geri aldığından “bir başarısızlık hissetmişti”. Tedavinin başında erişmek istediği hedef olan 70,3 kg’a eriştiği tek seferde bu kiloyu korumak için “açlıktan ölmesi” gerekmişti.

Terapist ve hasta kilo hedeflerini tartıştıklarında, hasta umut ettiği kadar düşük bir kiloya ulaşmasa bile kendisinin en önemli hedefinin kaybetmiş olduğu kiloyu korumak olduğu konusunda hemfikir olmaya başladı. Terazideki sayıların “sihirli olmadığı”na karar verdi. Terapist sonra kabullenme ve değişim fikirlerini tanıttı. Hasta 14 kg kaybettiğinden kendisi hakkında çoktan daha iyi hissediyordu ve adımında bir esnekliğin fazlası vardı. “Kavisli” (bir “süper-model”den daha çok) gözükmekten hoşlandığını söyledi. Başlangıçta umduğu kadar düşük olmasa da, muhafaza ettiği kiloyu kabullenebileceği kanısında olduğunu ekledi.

Tedavinin bu dönemi boyunca, daha önceki seanslarda tartışılan “birincil hedefleri”ne ulaşmak için adımlar atmaya devam etti. “Üstünü kapamak” yerine bronzlaşmış karnını gösteren üstlükler giymeye çalıştı ve ailesi ve arkadaşlarından olumlu geribildirim aldı. Yüzmeye ve bisiklete binmeye devam etti.

32. haftada hasta 82,5 kg ile tedavinin kilo koruma aşamasına girdi. Başlangıçta bu kiloyu hoş görülebilir bulmayacağını ifade etmiş olmasına rağmen artık bu kiloyu mutlulukla kabullenebileceğini ve onu korumak için çalışacağını söyledi. Bir başarısızlık hissetmek yerine, bu kadar çok kilo kaybetmekle büyük bir iş gerçekleştirdiğini bildiğini söyledi.

Orta Düzeyde Kilo Kaybının Faydalarını Belirlemek

Terapist orta düzeyde kilo kaybının faydaları konusunu, hasta artık kilo kaybettiğinden böyle bir kilo kaybının getirdiği faydaları düşünüp taşınmasının zamanı geldiğini söyleyerek açmalıdır. Hastalardan daha önce meydana gelmiş olumlu değişimler hakkında dikkatle düşünmeleri istenmelidir. Dikkatleri fay-

dasını görmüş oldukları olası alanlara çekilmelidir – enerji seviyeleri, beden sağlığı hisleri, zindelik, hareketlilik, günlük hayatın kolaylığı, iş performansları gibi. Bunlar bazı detaylarıyla tartışılmalıdır ve eğer gerekirse terapistler hastaların başarılı olmuş olanları daha olumlu terimlerle yeniden dile getirmelerine yardım etmelidirler. Terapistler hastaları, başarılı olmaya devam etmelerinin, başarılarını fark etmeleri vasıtası ile daha olası hâle geldiğini görmeye yöneltmelidirler. Bu çoğunlukla hastanın, geçmişte yaşadığı ve başarısının kendisini artmış bir özgüven ve daha fazla başarı sarmalına, algılanan başarısızlığın ise azalmış bir özgüven ve daha fazla güçlükler sarmalına götürdüğü zamanlardaki deneyimlerine yaklaşılarak yapılabilir.

Terapistler daha önceden elde edilen faydaların gözden geçirilmesine, orta düzeyde kilo kaybının sağlık açısından faydaları hakkında aşağıdaki bilgileri sunarak ilave yapmalıdırlar. %10-15'lik bir kilo kaybının faydaları aşağıdaki-leri içermektedir:

- İyileşmiş görünüş ve bel ölçüsünde (ve dolayısıyla kıyafet ölçüsünde) azalma [Eğer uygunsa, o güne dek bildirilen böyle değişimlerden söz edin].
- Kendini genel olarak iyi hissetme hissinde ve öz güvende artış [Çoğu kişinin kendine olan saygısını kazandığı, daha kendine güvenli olduğu ve yıllardır erteledikleri şeyleri yapmaya başladıkları olgusundan söz edin. Eğer uygunsa, o güne dek bildirilen böyle değişimlerden söz edin].
- Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin (örneğin yüksek kan basıncı, yüksek kan lipidleri, yüksek kan şekeri) çoğunda azalmanın yanı sıra bu sorunların oluşma riskinin azalması [Hastanın o anki fiziksel sağlığıyla ilgili olarak tartışın].
- İyileşmiş beden sağlığı hissi [Kendini daha sağlıklı hisseden – daha fazla enerjiye sahip olma ve kendini fiziksel olarak daha az yorgun hissetme - birçok kişiden ve onların yeni etkinliklere başlamalarından söz edin. Eğer uygunsa, beden sağlığında o güne dek bildirilen artışlardan söz edin].

Çoğunlukla hastalardan ev ödevi olarak o ana dek edindikleri faydaları listelemelerini istemek uygundur. Bu ev ödevini gözden geçirirken, terapistler hastaların elde ettikleri başarıları, önemsiz diye kafalarından çıkarmamalarını sağlamalıdırlar.

Kabullenme ve Değişim Gereksinimlerini Vurgulama

Bir sonraki adım bu tedavi türü için esastır. Hem kabullenmeye hem de değişime olan gereksinimi hastaya ifade etmeyi gerektirir. Obezite sorununun başarılı bir biçimde üstesinden gelmek için, hastaların, uzun vadeli bir perspektifle, değiştirilebilecek şeyleri değiştirmeleri ve değiştirilemeyecek olanları kabullenmeleri gerekir (bakınız Wilson, 1996). Vurgulanacak noktalar (çoğuna daha önce değinilmiştir) aşağıda listelenmiştir. Terapistler her noktayı detaylı bir şe-

kilde tartışmalı ve bilgiyi hastalara Broşür S'yi (“Kabullenme ve Değişim”) vererek güçlendirmelidirler.¹

Bu süreç aceleye getirilmemelidir ve hastanın kendi kişisel deneyimleri ve koşullarından söz edilerek işbirlikçi sorgu dolu bir tarz kullanılmaya devam edilmelidir. Hastalara broşürü götürmeleri için vermek ve onlardan tekrar okumalarını ve soru veya yorumlarını sonraki seansa getirmelerini istemek yararlıdır. Ele alınacak noktalar şöyledir:

- Fazla kilolu olma sorununun bazı yönleri değiştirilebilir; bazıları değiştirilemez.
- İyi bir tedavi kişilerin değiştirilebilecek şeyleri değiştirmelerine ve değiştirilemeyecekleri kabullenmelerine yardım etmelidir. Şeker hastalığıyla (diabetes mellitus) bir benzerlik kurulabilir. Şeker hastası olan hastalar neyi ne zaman yiyebileceklerini ve sağlık sorunlarının oluşumu risklerini azaltmak için ne zaman insülin alacaklarını öğrenirler, ama şeker hastası olduklarını ve tedavinin altta yatan tıbbi durumu ortadan kaldırmadığını kabul etmelilerdir. Aynı şekilde, obeziteye karşı savunmasız olan insanlar da obeziteyi “uzak” tutmak için nasıl yemek yiyeceklerini ve egzersiz yapacaklarını öğrenebilirler, ama altta yatan yatkınlık sürecektir.
- Beden ağırlığı, önemli ölçüde, genetik olarak belirlenir ve bu yüzden sadece kısmi olarak kişinin kontrolü altındadır.
- Enerji alımını şiddetle kısırarak, kiloda oldukça dramatik kısa vadeli değişiklikler yapmak mümkündür, ama büyük miktarda araştırma böyle değişikliklerin uzun vadede nadiren sürdürülebilir olduğunu göstermiştir.
- Şu anda obezite için (gastrointestinal ameliyat dışında) başlangıç beden ağırlığının %10-15'inden daha fazla bir kilo kaybıyla sonuçlanan bir tedavi yoktur ve kaybedilen kilolar genellikle yeniden kazanılmaktadır. Tipik olarak, kaybedilen kilonun üçte biri 1 yıl içinde yeniden kazanılmaktadır ve neredeyse tamamı da 5 yıl içinde yeniden kazanılmaktadır (bakınız Wadden, Sarwer & Berkowitz, 1999; Wilson & Brownell, 2002). Bu, cerrahi olmayan bütün tedaviler (diyet tedavileri, çok düşük kalori diyetleri, davranış modifikasyonu ve iştah kesici ilaçlar) ve de bu tedavilerin kombinasyonları için geçerlidir.
[Terapist %10-15'lik bir kilo kaybının hasta için ne ifade ettiğini ortaya koymalı ve hastayı bilgilendirmelidir].
- Çoğu insanın %10-15 kilo kaybının çok daha altında bir arzulanan kilosu vardır.
[Hastanın arzulanan kilosu %10-15'lik kilo kaybı aralığıyla karşılaştırılmalıdır].
- Sonuç olarak, bundan daha fazla kaybetmeye çalışan kişiler, aslında bu miktarda kilo kaybedip onu korumak gerçekten bir başarı iken, tedaviyi (veya kendilerini) başarısız olmuş olarak görürler.

¹ Başlangıç beden ağırlıklarının %5'inden daha az kaybetmiş hastalar bunun yerine kısmen değiştirilmiş olan Broşür T'yi kullanılmalıdır.

- %10-15'lik bir kilo kaybının birçok yararı vardır.
[Terapist hastayla elde ettikleri yararları sıralamalıdır, örneğin:
 - o daha iyi bir görünüm ve bel ölçüsünde bir azalma (ve dolayısıyla giysi ölçüsünde de),
 - o artmış bir genel iyi hissetme ve kendine güven hissi,
 - o obezitenin sağlık üzerindeki birçok negatif etkisinde ve de bu sorunların oluşma risklerinde azalma ve
 - o artmış bir fiziksel sağlık hissi].
- Kilo kaybıyla aynı anda, tedavi diğer kişisel hedefleri ele alabilir ve genellikle bunun hayat kalitesi üzerinde çok olumlu bir etkisi vardır.
[Terapist hastaların spesifik birincil hedeflerinden söz etmeli, bu husustaki ilerlemeyi vurgulamalı ve onlara bu hedeflerin yakında tedavinin odak noktası haline geleceğini hatırlatmalıdır].

Terapist bu bilgilerin hasta için temel anlamlarını vurgulayarak özet yapmalıdır; yani:

- Hastalar, kilo kaybı arzu ettikleri kadar çok olmayabilse de kilolarını önemli bir dereceye (%10'luk bir kilo kaybı diyelim) kadar değiştirebilirler.
- Diğer önemli (birincil) hedefleri ele alabilirler, ama değiştiremeyecek olanları (kilo aralığı, genel görünüm) kabul etmeleri gereklidir.
- Değiştirilemeyecek olanları kabullenmede başarılı olamazlarsa şu riskleri taşıyacaklardır:
 - o tedavide başarılanları değersiz görme,
 - o kilonun hiç kontrol edilemeyeceğine inanma ve
 - o kaybedilen kiloyu korumaya tamamen bağlı kalmama. Bizim deneyimimize göre, bu yeniden kilo kazanımının temel nedenidir. Eğer uygunsa, bu nokta hastanın daha önceki deneyimleriyle ilişkilendirilerek vurgulanmalıdır.

Uygun ev ödevi, hastalardan o anki arzu ettikleri kiloyu gözden geçirmelerini ve yukarı yönlü ayarlanmasının gerekip gerekmediğini düşünmelerini içerir. Eğer daha yüksek bir arzulanan kiloya sahip olsalar sorunların ne olacağını (veya sorun olup olmayacağını) iyice düşünmelidirler. Kararları daha ılımlı bir kilo hedefini kabullenmelerinin karşısındaki engelleri teşhis etmek amacıyla sonraki seansta gözden geçirilmelidir. Amaç kilo hedeflerinin radikal bir denetlemesine ulaşmak değildir, daha ziyade gerçekçi olmayan ve katıca savunulan hedeflerin pasif bir boyun eğmeyle değil de olumlu bir kabullenmeyle yer değiştirdiği daha esnek ve pragmatik bir tutumu cesaretlendirmektir (Wilson, 1996).

Bir kadın hasta, 6 hafta sonra tedavinin koruma safhasına gireceğini kabul etti ama bunu yapmadan önce bir başka 3,2 kg daha kaybetmeye çalışmak

istediğini belirtti. Yaklaşan bir tatili vardı ve şort ve mayo giymek hususunda daha rahat hissetmek istiyordu. Terapist hastanın tedavide o ana dek (24. hafta) bundan daha az kilo kaybettiğinin ve o yüzden sonraki 6 haftada bu miktarı kaybetmesinin olası olmadığını farkındaydı. Terapist daha fazla kilo kaybetme girişimlerini yıldırmak istemese de, hastanın gerçekçi olmayan hedeflerini güçlendirmeyi istemiyordu.

Terapist şu çizgilerde yanıt verdi: “Eğer biraz daha fazla kilo kaybetmeye hevesli isen, bu harika. Kilonun yeniden aşağı doğru gitmesini sağlamak için tam olarak ne yapman gerekeceği hakkında konuşalım. Öyleyse önümüzdeki birkaç hafta içinde nasıl ilerlediğini görmeye ne dersin? Bildiğin gibi, şu ana kadarki kilo kaybın oldukça yavaş oldu, dolayısıyla kendine tam şimdi çok hırslı bir hedef koyman muhtemelen yararlı olmaz. Kiloyu koruman ve bunun neleri gerektireceği hakkında da düşünmek için biraz zaman harcamamız gerekiyor. Yakın bir zamanda aktif olarak kilo kaybetmeye çalışmaktan aktif olarak şu anki kilonu korumaya dönmen gerekecek.” Böylece, hastaya kilo kaybı hedefinde yardım etmeye ek olarak, terapist kabullenme temasını ele aldı.

Hasta bu miktarda bir kilo kaybetmezse iyi bir tatil geçirip geçirmeyeceği hakkında bazı kuşkularını dile getirdi. Terapist bu inancı sorgulayarak yanıt verdi ve hastanın biraz daha kilo kaybetmesinden bağımsız olarak gezisinden nasıl zevk alabileceği hakkında daha fazla konuşmayı önerdi.

Bu şekilde terapist hastanın daha fazla kilo kaybetme arzusunu bir spesifik hedefler tartışmasının içine düşmeden kabul etti ve kilo korumanın anahtar kavramlarından birini de hastanın o anki endişelerine uygun bir biçimde açıklayabildi.

Kabullenmeyi Cesaretlendirme

Terapistler hastaların daha ılımlı kilo hedeflerini kabullenmeleri önündeki engelleri teşhis etmeye çalışmalıdırlar. Temel engeller genellikle aşağıdaki kategorilere aittir:

- *Kilo hedeflerinin gerçekçi olmayabileceğini kabullenme güçlüğü.* Bu bilişsel kaymanın oluşması biraz zaman alabilir. Genellikle tedavide birkaç ay sonra ortaya çıkan kilo kaybı hızındaki azalmayla desteklenir.
- *Daha ılımlı bir kilo kaybına erişmenin bir “başarı” olduğunu görme güçlüğü.* Bu hususta, hastalara gerçekten neyin başarı olduğunu düşünmelerinde yardımcı olunmalıdır. Koruması zor olan bir kiloya kısaca ulaşıp daha sonra kaybedilen kiloyu yeniden kazanmaya kıyasla hastanın birincil hedeflerinin çaresine bakıldığı daha ılımlı ama korunan bir kilo azalmasının avantaj ve dezavantajlarını düşünmeleri için cesaretlendirilmelidirler.

Hasta kilo kaybetmemiş olsa dahi, kademeli bir kilo artışına bir son vermenin kendisi de bir başarı olarak görülmelidir.

Bir kadın hasta tedaviye hayatında (devam ve ev ödevi olarak) öncelik vermekte güçlük çekiyor olmasına rağmen, kilo hedefleri tartışıldığında, hedeflerinin hâlâ çok fazla hırslı olduğu açığa çıktı. Tedavinin 18 haftasından sonra kilosu başlangıç kilosundan 0,9 kg daha azdı, ama 20 kg kaybetmeyi başaramamanın korkunç bir kişisel başarısızlık olacağı kanısındaydı. Açıkça, tedavinin geri kalan döneminde böyle bir kilo kaybına ulaşması imkânsızdı. Terapist hastanın o anki kilosunu biraz kabullenmedikçe kilo kontrolü girişimlerini tamamen terketme riskiyle karşı karşıya olduğunun farkındaydı – bu da muhtemelen yeniden kilo kazanımıyla sonuçlanacaktı.

Hastanın katılımı yetersiz kalmaya devam etti. Bu tedavinin sonundan önce sadece üç tane seans kaldığı anlamına geliyordu ve elde çok az zaman vardı. Bununla birlikte, hasta bu zaman zarfında, hayatının olağandışı yoğun bir zamanında kilo kaybetmeye çalışıyor olduğu kabul ederek, kilo korumayı daha kabullenir hâle gelmişti. İlimli kilo kaybını daha az kişisel bir başarısızlık ve daha çok koşulların bir sonucu olarak görmeye başladı ve sabit bir kiloyu korumanın hayatının bu noktasında bir başarı ve önemli olduğu fikrine katıldı.

- *Birincil hedeflerin üstesinden gelmede ve beden algısı endişelerinde ilerleme eksikliği.* Her ikisi de önemlidir. Kiloyla ilişkili ve birincil hedefler arasındaki ayırım korunmalıdır. Hastanın birincil hedefleri her seansın (Bölüm 9'a bakınız) bir odak noktası haline gelmelidir. Daha önce tartışıldığı gibi, beden algısı endişeleri Bölüm 7'de ele alınmıştır.

Kilo hedeflerini ele almayla kilo korumaya başlama arasındaki geçiş sırasında, terapist kadın hastadan ilk başta umduğundan daha yüksek bir kiloyu kabullenmesinin önünde (eğer varsa) hangi engellerin kaldığını düşünmesini istedi. Hasta olumsuz beden algısının tek anlamlı sorun olduğuna karar verdi. Hasta ve terapist hastanın beden algısı hakkındaki endişelerini de ele alırken, korumaya da üzerinde anlaşılan zamanda başlamasının yararlı olacağına karar verdiler.

- *Çoğunlukla belirli bir "sibirli" sayının altında olarak tanımlanan spesifik bir hedef kiloya ulaşmayı isteme.* Bazı hastaların erişmeye çalıştıkları sabit bir hedef kiloları (örneğin 80 kg; veya 67,5 kg'dan az) vardır. Böyle sa-

yıların çoğunlukla keyfi bir doğası olduğu belirtilmelidir – örneğin hastanın kilogram cinsinden düşünmesine bağlı olarak, farklı hedefler seçmeleri olasıdır. Terapistler spesifik bir “hedef kilo”ya erişmeye çalışmaktan ziyade çoktan kaybedilen kiloda içerilen başarıyı kabullenmenin önemini belirtmelilerdir.

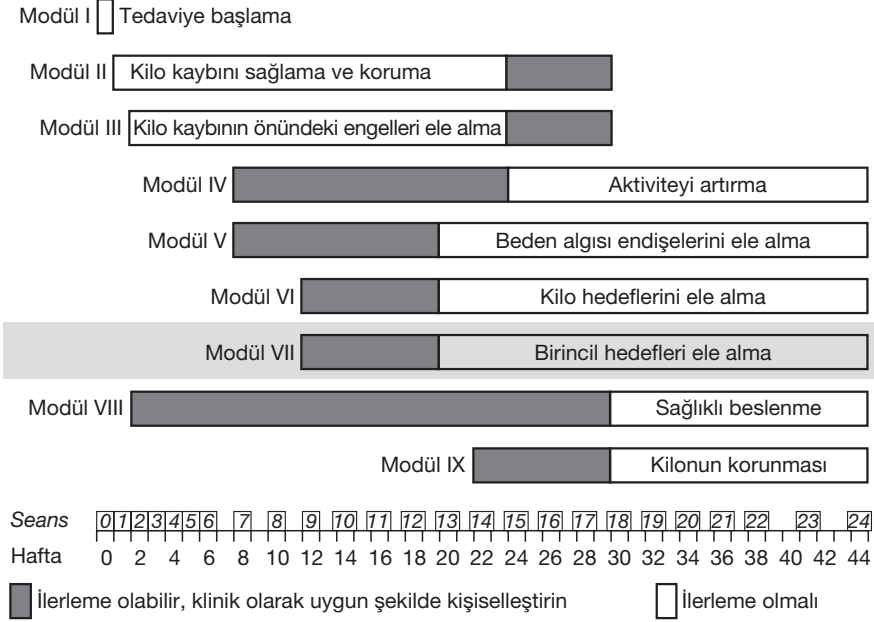
Bir kadın hasta kilo korumaya başlayacağı zamana kadar belirli bir kiloya ulaşma arzusunu ifade etti. Terapist hastayı bunun hakkında daha çok sorguladı. Neden 79,4 kg kabullenilebilirdi ama üstü değildi? Hasta bunun hakkında düşündü ve bunun bir “ya hep ya hiç” tarzı düşünme örneği olduğunu anladı. Biraz tartışmadan sonra hastanın bütün umutlarını spesifik bir kiloya erişmeye ilıştirmemesi gerektiğinde hemfikir olundu. Hasta 79,4 kg’ı kabullenilebilir görüp 79,8 kg’ı berbat görmenin akla yatkın olmadığını görebildi.

Aslında, kilo korumanın başladığı zamana dek, hasta 79,8 kg’a ulaşmıştı. Bunu felaket olarak yorumlamadı ve koruma ilerledikçe kilosunun bir aralık içinde dalgalanacağı fikrine alışır hâle geldi. Onun için önemli olan şey, o anki kilosuna gereğinden çok odaklanmaktan ziyade, kilo kaybından elde ettiği birçok faydanın ve yeni, daha rahat yeme tarzının kıymetini bilmektir.

- *Çoktan ulaşılmış olan kiloyu kabullenmekten çok, kilo kaybetmeye devam etmeyi arzulama.* Bu durumda terapistler hâlâ tedavideyken kilo koruma becerilerini öğrenmenin gerekçesini gözden geçirmelilerdir.

Hastalar kilo korumaya geçmenin gerekçesini anlayabilirler ve o anki kilolarını entelektüel bir anlamda “kabullenmiş” gibi gözükebilirler ama gerçekten ona göre hareket edecek kadar inanmamış olabilirler. Bir vakada bir hasta bunu şöyle ifade etti: “Mantıksal olarak anlayabiliyorum, ama inanmıyorum” (kilo kaybetmeye son vermenin ve onun yerine kiloyu korumaya başlamanın en iyisi olduğuna). Bir başka hasta “Daha fazla kilo kaybetmeyi yeğlerdim, ama şu ana kadar söylediğiniz her şey doğru olduğundan, bunda sizinle birlikte olmaya istekliyim” dedi. Her iki durumda da terapist hastaya ne kadar akla yatkın gözükseler de bu tip yeni bir perspektifle uyum içinde hareket etmek hakkında şüphelerin olmasının normal olduğu güvenini verebildi. Bu durumda, terapist hastalara bu yeni perspektife gerçekten inanıyormuş gibi hareket edip sonuçlarını not ederek onunla deney yapmalarını önermelidir.

Modül VII: Birincil Hedefleri Ele Alma



ŞEKİL 9.1

Birincil hedefler, hastaların, kilo vermenin dışında, kilo vermenin sonucu olarak başarmayı umdukları amaçlarıdır. Çok az hasta sadece kilo vermenin kendisiyle ilgilenir (yani basküldeki rakamla), daha ziyade, kilo vermek diğer amaçlar için bir araçtır. Sözü geçen birincil hedeflerin çoğunun arasında görüntüde değişiklik, artırılmış zindelik, daha iyi sağlık ve daha fazla kendine güven vardır. Bu modülün amaçları sırasıyla şöyledir:

1. Birincil hedefleri belirlemek
2. Bu hedefleri ele almak
3. Hastaların sahip olabileceği daha yaygın birincil hedeflerin bazılarının daha detaylı bir tanımlamasını sağlamak

Hastaların temel hedeflerini ele almak bu bilişsel-davranışçı tedavinin önemli bir parçasıdır. Eğer tedavinin tek hedefi kilo kaybetmekse, önemli ek hedef-

ler başarılı bir şekilde karşılanamayabilir, bu sonuçla birlikte, hedeflenen kiloya erişilse bile, hastanın tedaviyi istemesine yol açan sorunun belirli yönlerinin üstesinden gelinememiş olunabilir. Bu durum hastaları kilo vermek için daha fazla girişim yapmaları riskine sokar ki bu da başarılı kilo kontrolünün baltalanmasına neden olabilir. Aksine, hastaların birincil hedeflerini başarıyla ele almak, başarılı her kilo kaybı ile beraber muhtemelen daha fazla memnuniyet ile sonuçlanır (bu başlangıçta umdukları kadar çok kilo olmasa bile). Daha önce önerildiği gibi, tedavide başarılılandıktan duyulan daha büyük memnuniyet, uzun dönemde muhtemelen daha iyi kilo kontrolüne yol açar.

Bu yüzden, hastaların kilo kaybından bağımsız olarak birçok hedefin üstesinden gelinebileceğinin ve bunların başarılabilceğinin farkına varmaları önemlidir.

Birincil Hedeflerin Üstesinden Gelmek İçin Genel Strateji

Birincil Hedefleri Belirlemek

Hastanın tedavi için çeşitli hedefleri, başlangıç değerlendirme yönteminin bir parçası olarak taslak hâlinde tartışılmış olacaktır (bkz. Bölüm 3). Kilo hedefleri tedavinin odağı olana kadar terapistin hastanın birincil hedeflerinin tüm alanlarını betimlemesine gerek yoktur (bkz. Bölüm 8). Uygulamada, tedavide bazı birincil hedeflerin daha erken ortaya çıkması olağandışı değildir ve eğer hasta kilo kaybını oluşturma ve korumanın önceliğinden alıkonulmuş olmaksızın onları ele almaya başlayabiliyorsa, bu desteklenmelidir. Diğer taraftan hasta eğer kilo vermeyi zor buluyorsa, genellikle terapistin bu gibi ek hedeflerin üstesinden gelmesinin henüz gerekli olmadığını açıklaması en iyisidir (bkz. Şekil 9.1).

Birincil hedefleri ele almanın beden ağırlığını ele alma ile güçlü bir şekilde birleştirilmesi gerekir. İlk adım hastanın çeşitli birincil hedeflerini belirlemek ve ayırt etmektir. Sıklıkla birbiriyle ilişkili birçok hedef vardır; örneğin daha zinde ve sağlıklı olmak. Bazı hedefler kiloya bağlıdır ve bu yüzden kilo kaybı gerektirir (örneğin, giysi bedenini küçültme); fakat diğer birçoğu doğrudan kiloya bağlı değildir (örneğin daha iyi bir sosyal hayata sahip olmak). Bu sonraki hedefin sınıfı kilo kaybından bağımsız olarak ele alınma potansiyeline sahiptir.

Birincil Hedefleri Ele Almak

Hastanın çeşitli birincil hedefleri bir kez belirlendiğinde, onların her biri Bölüm 4'te tasvir edilen sorun çözme yaklaşımı kullanılarak ele alınmalıdır. Bu, en uygun olanları seçerek, onları uygulayarak ve daha sonra seçilen çözümü değerlendirerek, her sorun için geniş bir potansiyel çözümler dizisi belirlemeyi içerir. Bu genellikle hem uzun dönem planı hem de ev ödevi şeklini alacak özellikli kısa dönem görevleri içerecektir. Örneğin daha iyi bir sosyal hayatı olmasını isteyen yalnız bir hasta, bir kısa dönem deneyi olarak bir yürüyüş kulübüne katılmaya karar verebilir. Kulübe katılma ve sonraki toplantılarına katılmalar teda-

vi seanslarının gündeminde düzenli bir öge haline gelecektir. Bu, seansların odağı ve sorun çözmenin konusu hâline gelebilecek diğer sosyal olasılıklara yol açabilir. Fakat dikkat edilmelidir ki, bu birincil hedefler gündemde nadiren ana öge olmalıdırlar ve asla kilo kaybı ve korunması başarısından önce yer almamalıdırlar. Bir başka deyişle, unutulmamalıdırlar.

Hastalar kilolarını ele alırken kilodan bağımsız birincil hedeflerini belirlemek ve onların üstesinden gelmek için cesaretlendirmeye ve desteğe ihtiyaç duyarlar. Gereken kilo kaybı başarılanı kadar kiloya bağımlı diğer hedefler üzerinde çalışma beklemek zorundadır. Sıklıkla, birincil hedeflerin üstesinden gelmedeki ilerleme hem kilo vermede hem de korumadaki çabalara yardımcı olur.

Bir kadın hasta hedef kilosuna ulaştığı ana kadar yüzme dersleri alamayacağına inanıyordu. Fakat tedavinin kilo koruma evresi yakın oluncaya kadar hedef kilosunun hâlâ en az 6,3 kg üzerinde olacağı açıktı. Hastaya hangi hedeflerinin kiloya bağımlı hangilerinin kilodan bağımsız olduğu sorulduğunda hasta yüzme dersleri almanın aslında kiloya bağımlı olmadığından emindi. Bu yüzden terapist ödev olarak hastadan onu yüzmeye gitmesinden alkoyan şeyin ne olmuş olduğunu düşünmesini istedi. Diğer seansta hasta diğerlerinin mayosunun içinde kendisine bakacaklarına ve onu şişman olarak göreceklarine inandığını ve başkalarının onu böyle görecekle olmasın düşünceşinin onu ne kadar rahatsız ettiğini açıkladı. Bunun için bir kanıtının olmadığını itiraf etti. Aslında düşündükten sonra başlangıç sınıfındaki diğerlerinin hemcins öğrencilerin beden şekilleriyle ilgilenmekten çok hayatta kalmaları ile meşgul olduklarının farkına vardı. Buna ek olarak dükkanlarda kendi bedeninden daha geniş olan mayolar görmüş olduğunu hatırladı ve böylece özellikle fark edilebilir olmasının ihtimalinin olmadığını hissetti.

Terapist, hastayı bunu bu şekilde oldukça dikkatli düşündüğü için övdü ve hedefini yerine getirmesi için alanındaki yüzme sınıfları hakkında keşifler yaparak yeni bir adım atmasına cesaret verdi.

Yaygın Birincil Hedefler

Fiziksel Görünümü İyileştirmek

Fiziksel görünümü düzeltme hedefi (örn., bütün bir beden şekli ya da onun bazı yönleri) hastanın kendi iyiliği için daha iyi görünmek istemesi ya da başkalarına fiziksel olarak daha çekici olma isteğiyle motive edilmiş olabilir. Kilo verme genellikle fiziksel görünümünden alınan memnuniyeti artırır, buna rağmen bu her zaman olmaz. Diğer yandan, hastalar kilo vermenin derecesine aldırmadan kendi şekillerini daha fazla kabul eder hâle gelebilirler. Bazı hastalar sorunun kiloları ile o kadar çok ilgili olamadığında mutabıktırlar (tartıdaki sayı), asıl so-

run kiloları hakkında düşündükleridir. Bu yüzden, kilo vermek tek çözüm değildir; bir diğer çözüm ise onların kilolarına olan tutumlarını ele almaktır (bakınız Bölüm 7). Hastalara ayrıca insanlar hangi kiloda olursa olsun kendilerini daha çekici hâle getirebileceklerini hatırlatmak gereklidir ve sadece birinin kilosunu fazla diye o insan mutlaka daha az çekici demek değildir. Hastalar kendi görünüşleri ile ilgili olarak daha iyi hissetmeleri için bir şeyler yapmalarına yardımcı olacak şekilde cesaretlendirilmelidirler (örn. değişik giysiler giymek, saç şekillerini değiştirmek ya da makyaj yapmak; aşağıya bakınız).

Giysi Seçimini Artırmak

Bu yaygın bir hedeftir. Sıklıkla genel olarak daha çekici görünmek arzusundan çıkar. Kilo kaybı, giysilerin tür ve bulunabilirliğini açısından hastanın seçeneklerini artırabilir. Tedavi boyunca, hastaların çoğu daha çok kilo kaybedecekleri ve daha küçük bedende giysilere sığabilecekleri umudu ile giysi almayı erteleme eğilimine sahiptir. Terapistler hastaları kilo verme aşamasında yeni giysiler almaya cesaretlendirerek buna karşı olmalıdırlar. Bu hastaların morali açısından iyidir ve ikincil olumlu etkilere sahip olabilir (örn. başkalarından iltifat almak). Benzer hususlar görünümün diğer yanlarını değiştirmek için geçerlidir (örneğin saç şekli ve makyaj). Bu özellikle tedavinin kilo koruma evresindeki hastaların korumayı öğrendikleri beden için uygun giysilere sahip olmaları için önemlidir - aslında bu onların “kabullenme” derecelerinin iyi bir göstergesidir. Belirli çeşit giysilerden sakınma ile başa çıkmak Bölüm 7’de ele alınmaktadır.

Daha Sağlıklı Olmak

Bu özellikle yüksek tansiyon, Tip 2 diyabet hastaları, ya da kiloyla ilişkili eklem sorunları olan bazı hastalar için çok önemli bir endişedir. Bu ayrıca aile geçmişinde kiloyla ilişkili sağlık sorunları (örneğin kardiyovasküler hastalık) olanlar arasında yaygındır. Esasında bu birincil hedefi doğrudan ele almak gerekmez çünkü tedavinin ayrılmaz bir parçası olan yemek seçiminde değişiklikler, aktivite derecesi ve kilo kaybı sağlık üzerine önemli olumlu etkilere sahiptirler. Hasta gözle görünür bir şekilde fazla kilolu kalmış olsa bile (bakınız Blackburn, 2002), orta derecede kilo kaybının bile (başlangıç beden ağırlığının %5-10’u) önemli sağlık faydaları sağladığı şimdi oldukça iyi bir şekilde ortaya konmuştur. Düzenli bir şekilde kilo alıyor olan hastalar için, kilo kaybı olmasa dahi bu kilo almını durdurmak sağlık risklerini azaltır. Hastalar bununla ilgili olarak daha önce bilgilendirilmiş olmalıdırlar (bakınız Bölümler 3 ve 8) ve gerekirse hatırlatılmalıdırlar.

Daha Zinde Olmak

Bazı hastalar zindelik dereceleri ile ilgili endişelidirler. Bu günlük aktivitelerde (örneğin çocuklarla oynamak, tepelere gezinti, merdiven çıkmak vb.) yer almada zorluk yaşamaktan çıkmış olabilir ya da bir spora veya fiziksel aktif bir uğ-

raşa başlamak arzusundan da oluşmuş olabilir. Tüm hastalar kalıcı bir yaşam biçimi değişiminin parçası olarak fiziksel olarak daha aktif olmaları için cesaretlendirilmelidirler. Bu tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır ve Bölüm 6'da ele alınmıştır. Sıklıkla daha zinde olmak değerli ikincil etkilere sahiptir, örneğin genel olarak kişisel saygıyı ve beden şeklini geliştirir ve başkalarının yer aldığı sporlar durumunda değerli kişiler arası faydalara sahip olabilir.

Daha İyi İlişkilere Sahip Olmak

Daha doyurucu kişiler arası bir hayat oluşturmanın yolları bu tedavinin içeriğinde yalnızca bir derecede ele alınabilir. Uzun süreli kişiler arası açıkların kapsamlı olarak üstesinden gelinmesi bu tedavinin amacının dışında yer alır. Hastalar kesinlikle sosyal olarak daha fazla aktif olmaları için cesaretlendirilmelidirler ve bu hususta çabaları da desteklenmelidir. Yeni giysiler almak gibi, bu alanda da değişiklik yapmak belirli bir kiloya ulaşıncaya kadar geciktirilmemelidir. Hastalar küçük, özgün hedefler koymaya cesaretlendirilmelidirler. Eğer kendi hedeflerine kavuşmayı başaramazlarsa, engelleri belirlemek için sorun çözmeyi kullanmalıdırlar ve gerekirse yeni, daha az hırslı hedefler koymalıdırlar.

Daha Fazla Öz Saygıya ve Öz Güvene Sahip Olmak

Bunlar karmaşık hedeflerdir. Kendine saygı ve kendine güven ile ilgili sorunlar daha önce makul bir öz saygısı olan bir kişide bir derece moral bozukluğundan (belki kilo alımının bir sonucu olarak) kendini değerlendirmede şiddetli, kronik ve genel olumsuzluklara kadar uzanabilir. Tedavi genellikle gelişmiş öz saygı ve kendine öz güvenle sonuçlanır, özellikle de bu alanda daha az şiddetli problemleri olan hastalarda. Özellikle, yemenin üzerindeki geliştirilmiş kontrol (özellikle tıkmırcasına yemeye alışık olanlarda), kilo kaybı, aktivite seviyesinde artış ve beden şekli ve kilonun daha iyi kabul edilmesi şahsi değerlendirmenin geliştirilmesine katkıda bulunur. Buna ek olarak, ikili düşünce ve olumsuz düşünme üzerindeki genel bilişsel çalışma, hastaların kendilerini daha dengeli bir şekilde değerlendirmelerine yardımcı olmada sıklıkla başarılıdır. Diğer yandan, bu gibi değişiklikler ve prosedürler daha şiddetli ve uzun süredir öz saygıları düşük olan hastalarda sınırlı bir etkiye sahip olma eğilimindedirler. Bu hastaların olumsuz kendilik kavramlarını ele almak bu tedavinin amacının ötesindedir.

Tıpkı diğer kilodan bağımsız hedeflerde olduğu gibi, kendine güveni geliştirmek için, kilo vermek isteyen hastalar kendine güveni artırabilmeleri için bundan daha başka yollar olup olmadığını gözden geçirmeleri için cesaretlendirilmelidirler. Bir dizi seçeneği keşfetmek için cesaretlendirilmelidirler ve sonra güvenlerini geliştirmelerine yardımcı olması en olası olduğunu düşündükleri olasılıklarla deneyler yapmak için adımlar atmalıdırlar.

Hayat Değişiklikleri Yapmak

Bazı hastaların kilo verir vermez hayatlarının bazı yönlerini değiştirmek için

planları vardır. Bu değişiklikler kilo kaybı başarılana kadar sıklıkla “bir kenarda” da tutulur. Örnekler iş değişikliğini, yeni bir meşgaleye başlamayı ve başarısız bir ilişkiyi sonlandırmayı kapsar. Genelde terapistler, hastaların kilo kaybı ve korunmasına zarar vermeyecek şekilde bu hedeflere ulaşmak için çabalarına cesaret vermelidirler.

Birincil hedeflerin tartışılması, belirli hedeflerin yalnızca kilo verme ile gerçekleştirilemeyeceğinin farkına varılmasına neden olabilir ve aslında bunlar tedavinin amacının dışında da olabilir.

Kilo vermesinin evliliğini iyileştirebileceğini umut eden bir kadın hasta, kocasının kendisinin kilo vermiş olduğuna -az ya da çok- dikkat etmediğinin ve bu yüzden kilo kaybının ilişkilerini etkilemesinin olası olmadığını farkına vardı. Terapist, kilo kontrolü tedavisinin seyrinde baş edilemeyecek bazı şeyler olduğunu açıkladı ve hastaya “kilo vermen için yapabileceğim her şekilde sana yardım etmekten mutluluk duyuyorum, fakat önemli olarak fark etmemiz gereken şey, kilo kaybetmenin evliliğindeki sorunları düzene sokmayabileceğidir. Bir başka deyişle, kilo vermek kendin için yapabileceğin önemli bir şeydir ve yine de sana kişisel olarak çok iyi faydalar sağlayabilir” dedi.

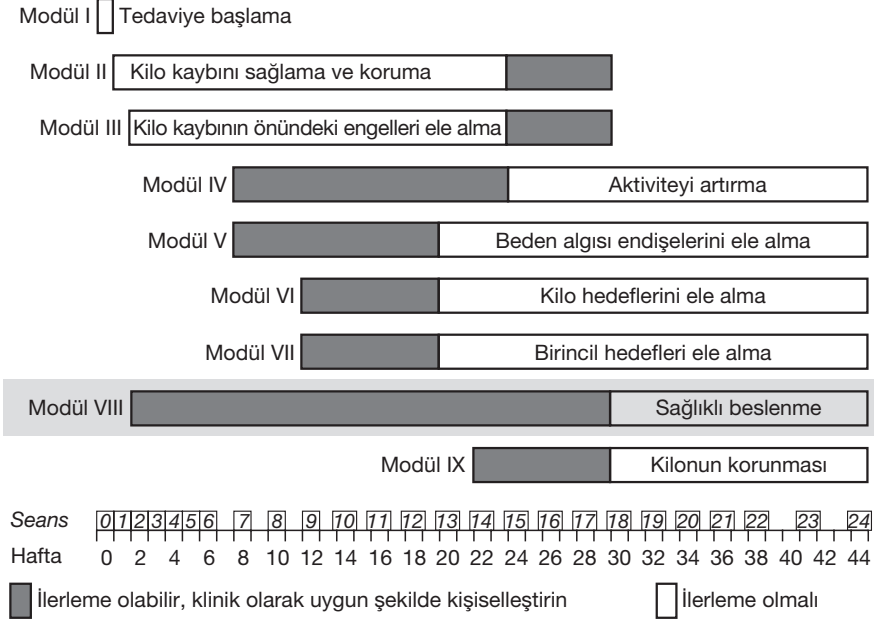
Bazı vakalarda hastalar, hedef kilolarına ulaşmış olduklarında ya da hedefin kilo kaybına bağımlı olmadığını farkına varsalar bile birincil hedeflerini takip etmeyebilirler. Bu hedeflere erişmenin önünde zaman ve para gibi başka engeller olabilir ve bunların üstesinden gelinmemesi tedavide mutlak bir başarısızlık oluşturmaz. En önemli olan, hastaların kendilerini hedeflerine erişmelerinden alıkoyanın sadece kiloları olmadığını fark etmeleridir; çünkü kilonun tek engel olduğuna inanmak, hastaları kiloları ve şekilleri hakkında olumsuz bir bakışa sahip olmaya ve daha fazla kilo vermeye teşebbüs etmeye cesaretlendirme eğilimindedir.

Bir terapist, bir kadın hastasından ödev olarak birincil hedeflerini listelemesini ve bunlardan hangilerinin yalnızca kilo kaybı ile başarılabileceğini ve hangilerinin kilodan bağımsız olduğunu değerlendirmesini istedi.

Hasta birincil hedeflerini listeledi: (1) Giysi seçimini iyileştirmek, (2) Güvende artış sağlamak/dikkat çekicilikle ilişkili olan duygularında azalma yaratmak, (3) Yüzmeye gidebilmek.

Hasta hedeflerinden hiçbirinin kesinlikle kiloya bağımlı olmadığını fark ettiğini bildirdi. Bazı yeni giysi dükkânlarını deneyebileceğine ve ayrıca egzersiz seviyesini artırabileceğine (yüzmeye gitmek dâhil) inandı. Her iki hedef de kendine güvenini artıracaktı. Bundan sonra terapist ve hasta, hastanın egzersiz programının geliştirilmesi için çalışabildiler. Ayrıca hastanın birincil hedeflerine erişmesine yardım edecek başka yollar da araştırabildiler - örneğin özellikle havuzda, dikkat çekiyormuş gibi hissettiren ön yargılı düşünceleri ele almak.

Modül VIII: Sağlıklı Beslenme



ŞEKİL 10.1

Bu modül hastaların sağlıklı beslenmelerine yardımcı olmaya odaklanır. Bütün hastalarla ilgilidir. Tedavide herhangi bir zamanda başlanabilir fakat özellikle yüksek yağlı diyetleri olan hastalar için daha önce başlanmalıdır (bakınız Şekil 10.1). Deneyimlerimize göre, çoğu hasta kilo vermek için aşağıda tanımlanan yönergeleri takip etmek ve kilo verme aşamasında bunlara bağlı olmak zorunda olduklarını zaten bilir. Fakat bir kez kilo verdiklerinde önceki yeme alışkanlıklarına azar azar dönmeye eğilimlidirler. Bu gibi hastalarla bu modül geciktirilebilir ve uzun dönemde kilonun korunması hakkındaki modülle aynı zamanda girilebilir (bakınız Bölüm 11); gerçekten de kilo korumanın bir yönü olarak düşünülebilir. Sağlıklı beslenme üzerine olan bu prensipler tedavide önceden açıklanmış olsalar bile, terapistler hastaların uzun vadede bu ilkelere bağlı kalmalarına ihtiyaç olduğunu anlamaları için kilo koruma safhasında bunlara dönmelidirler.

Bu modül yeme davranışı ve yemek seçimi olmak üzere iki ana konuya odaklanır.

1. *Yeme davranışı* (geçici yeme kalıpları, atıştırma, porsiyon büyüklüğü vb.). Tüm bu konular tedavide daha önceden konuşulmuş olacaktır (bakınız Bölüm 4 ve 5). Bununla beraber terapist ele alınması gereken herhangi bir sorun kalıp kalmadığını gözden geçirmelidir. Eğer varsa daha önceki stratejileri kullanarak üstesinden gelinmelidir.
2. *Yemek seçimi*. Tedavinin bu kısmına kadar yemek seçimine, yalnızca kilo kaybı bağlamında ele alınmıştır. Sağlıklı bir diyetin benimsenmesi, kilo korumanın temel bir parçasıdır ve bu yüzden bu noktada tedavinin bir odak noktası hâline gelmelidir. Az yağlı bir diyet tavsiye edilir, çünkü bu, başarılı uzun dönemli kontrolü kolaylaştırması olası bir diyetdir ve genelde iyi bir sağlık için savunulan bir diyet çeşididir (özellikle koroner kalp hastalığı ve çeşitli kanser türündeki riskleri azaltmak için).

Sağlıklı Beslenmenin Teşvik Edilmesi İçin Genel Strateji

Az yağlı diyetle çoğu hastanın zorunlu olarak yapmasının beklendiği üç anahtar değişiklik sırası ile şöyledir: Yağ tüketimini azaltmak; ekmek, tahıl, pirinç ve makarna gibi yiyeceklerin tüketimini artırmak ve meyve ve sebze tüketimini artırmak. Terapistlerin bu bilgiyi hastalara aktarmaları ve bu yönergeleri takip etmeleri için hastaları cesaretlendirmeleri gereklidir. Kilo vermek için birçok hasta bu yönergeler doğrultusunda bazı değişiklikler yapmış olacaktır, fakat diğer bir kısım hasta göreceli olarak sağlıksız bir diyetle devam etmiş ve sadece daha az miktarlarda yemeyi seçmiş olabilir. Bu nedenle, sunulan bilgi bireylere uyarlanmalıdır.

Hastaların bu değişiklikleri yapmalarına yardım etmek için kullanılan genel kapsamlı strateji aşağıdaki gibidir:

1. *Bu önerilerin nedenlerini açıklayın.* Terapistler hastaların üç diyet önerisinin her birinin nedenlerini kavradıklarından emin olmalıdır. Bunlar kısaca şu şekildedir:

- a. Yağ tüketimini azaltmak:
 - Az yağlı bir diyet uzun dönem kilo koruması için tavsiye edilir. Kilo veren insanlar eğer az yağlı diyet yaparlarsa tekrar kilo almaları daha az olasıdır ve az yağlı diyet yapanlar yapmayanlara göre daha az kiloda olmaya eğilimlidirler.
 - Yağın gram başına içerdiği kalori, protein ve karbonhidrata olandan iki kat daha fazladır (yani yağ, “yoğun enerjili”dir). Bu yüzden, aynı miktarda kalori içeren daha fazla miktarda az yağlı yiyecek yenmesi mümkündür.
 - Az yağlı bir diyet, kandaki kolesterol seviyelerini düşürür ve koroner hastalıkların riskini azaltmaya yardımcı olur.
- b. Ekmek, tahıl, pirinç ve makarna tüketimini artırmak:
 - Bu yiyecekler enerji ve lif sağlar. Doyurucudurlar ama az yağlıdır.

- Bu tür yiyeceklerin daha fazla tüketimi, yağdan gelen kalorilerin azalmasını sağlar.
- c. Meyve ve sebzelerin tüketimini artırmak:
 - Bu yiyecekler lif yönünden zengindir. Doyurucudurlar ama az yağlıdır ve yağdan gelen kalorilerin azalmasını sağlarlar.
 - Daha fazla meyve tüketmek koroner kalp hastalıklarının gelişme riskini azaltmaya yardımcı olur.

2. *O anki alımı değerlendirmek.* Hasta bir kez bu diyet önerilerinin nedenlerini anladığında, değişiklikler yapıp yapılmayacağına karar vermek için hastanın diyetini değerlendirmek gereklidir. Bu, hastanın yemek günlüğündeki son 3 güne odaklanarak ve sırasıyla her üç grubun değerlendirilmesiyle yapılabilir. Terapist bu değerlendirmeyi yürütmeye yön vermesi için güncel besin önerileri şunlardır:

- Enerjinin %35'inden daha fazlası yağdan alınmamalıdır.
- Ekmek, tahıl, pirinç ve makarna grubu yiyeceklerden günde en az 11 porsiyon tüketilmelidir.
- Beş porsiyon meyve ve sebze tüketilmelidir.

Hastalardan yiyor oldukları yağın tam miktarını ya da belirli yiyeceklerin porsiyonlarını hesaplamalarını istemeyi tavsiye etmiyoruz. Bunun yerine, genel anlamda hastanın yemek günlüğünün gözden geçirilmesini, eğer uygunsa hastaların hangi sıklıkta yağ oranı yüksek yiyecekler tükettiğinin ve her durumda yenen miktarların tartışılmasını öneririz. Benzer şekilde ekmek, tahıl, pirinç, makarna, meyve ve sebzeleri içeren tartışmalar da yenen bu yiyeceklerin miktarlarına odaklanarak aynı genel yolla yürütülmelidir. Bize göre hastalardan çeşitli yiyeceklerin kesin porsiyonlarını hesaplamalarını istemek ne yararlıdır ne de pratiktir ve böyle yapmak muhtemelen onlara fazla yük bindirmek ve daha fazla kilo kontrol çabasıyla vazgeçmeleri riskine sokmak olur.

3. *Değişim gereken alanları belirlemek ve bunlarda anlaşmak.* Hastanın o anki alımının değerlendirilmesi tamamlandığında, hasta ve terapistin, diyet değişikliklerinden, eğer varsa, hangilerinin gerekli olduğu ve hastanın hangilerini denemeye hazır olduğu konusunda anlaşmaya varmaları gerekir. Öne sürülen değişiklikler gerçekçi ve başarılabilir olmalıdır, yiyecek tercihlerine, yemek yapabilmek yeteneğine, ailenin beğenilerine ve hoşnutsuzluklarına, bütçeye ve böyle bazı konulara uygun olmalıdır ve uzun vadede sürdürülebilirliklidir.

4. *Açıkça belirtilen değişiklikleri planlamak ve bunlarda anlaşmak.* Hasta ve terapist, et yendiği zaman porsiyonu azaltmak, az yağlı yoğurda geçmek, daha az fast food yiyerek yağ alımını azaltmak gibi belirli ve başarılabilir hedeflerde anlaşmalıdırlar. Bu hedeflerin nasıl başarılacağını planlamak da gerekli olabilir -örneğin meşgul olduğunda fast food yemekten kaçınmak amacı ile kolayca hazırlanabilir hızlı ve kolay az yağlı yiyeceklerin alınması.

Bir kadın hasta, terapisti ile beraber diyetini tedavinin sonuna yakın bir zamanda gözden geçirdi. Kilo korumak için bir uzun dönem stratejisinin par-

çası olarak az yağlı diyetin önemini gözden geçirdiler. Hasta tedavinin başında aldığı her şeyin mümkün olduğunca az yağlı olduğundan emin olmak için ne kadar gayret ediyor olduğunu tarif etti, fakat gerçekte şu anki alımı incelendiğinde birkaç yüksek yağlı yiyecek yemeye başlamış olduğu çıktı. Hasta diyetinde değiştirmek istemediği bazı yanlar olduğuna karar verdi - örneğin bir diyet kuralını bozuyormuş gibi hissetmeden diyete makul bir miktarda çikolatayı nasıl dâhil edeceğini öğrenmişti. Fakat rahatlıkla azaltabileceği ya da diyetinden kaldıracabileceği başka bazı çok yağlı yiyecekler vardı. Örneğin az yağlı peynire dönmenin yemeğinin eğlencesini etkilemeyeceğini hissetti. Ürünlerin en az yağlı olanlarını seçebilmesi için daha önceki yiyecek etiketlerini kontrol etme uygulamasına da yeniden başladı. Buna ek olarak, yağ alımının belirgin bir oranının fast food'dan geldiğinin de farkına vardı. Son günlerde bunlardan daha fazla yemeye başlamıştı. Bazı basit önceden planlamaların bu sorunu çözeceğini kabul etti. Fast food'u haftada birden fazla olmamak üzere yemeye ve meşgul olduğu günlerde hızlı ve kolay yiyeceklerin hazır olması için öğünleri önceden planlamaya karar verdi.

5. *İlerlemenin gözden geçirilmesi ve olabilecek zorlukların ele alınması.* Kabul edilen hedeflere ulaşılmasına yönelik ilerleme her zaman gözden geçirilmeli ve olabilecek zorluklar Bölüm 4'te tanımlanan sorun çözüme yaklaşımı kullanılarak ele alınmalıdır.

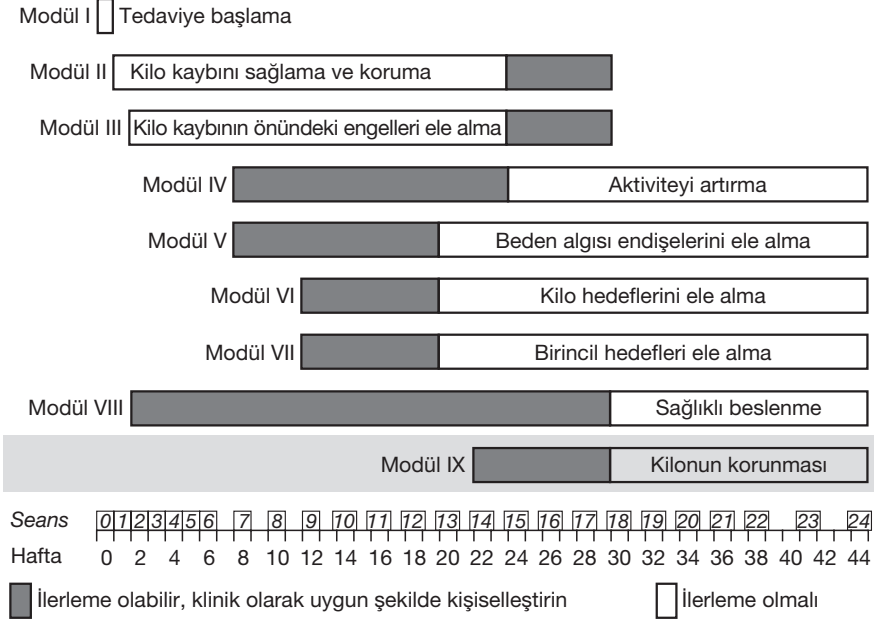
6. *Sağlıklı beslenmeye uzun vadeli bağlılık.* Son olarak, terapistin sağlıklı beslenmenin ilkelerine uzun vadede bağlı kalınmasının önemini vurgulaması gerekir. Daha önce not edildiği gibi hastalar uzun vadede sürdürülebilir gerçekçi değişiklikler yapmaları için cesaretlendirilmelidirler. Hastalar ayrıca yaptıkları değişikliklere bağlı kalmalarını sağlaması için bireysel bir plan tasarlamaya teşvik edilmelidirler.

Bir kadın hasta ekmek, tahıl, makarna ve pirinçten zengin bir diyet yemeyen ve de meyve ve sebze tüketimini artırmanın önemini tartıştıktan sonra, bu yiyeceklerin alımını artırma hedefine erişmek için kendisine yardımcı olacak spesifik değişiklikleri belirleyebildi. Geçmişte kalori alımını kontrol altında tutmanın en iyi yolunun çok az pirinç, makarna ya da patates porsiyonları almak olduğunu düşünüyordu; buna rağmen yağ içeriğine bakmaksızın hazır olan hangi et yemeği olursa olsun yiyordu. Terapisti ile gerçekleştirdiği tartışmayı takiben, katılmış olduğu bir akşam yemeği partisinde her iki sevdiği yiyecek olan makul bir porsiyon pirinç, salata dolu bir tabak ve bir küçük porsiyon et yemeği yedi. Bu yemeği daha fazla tatmin edici buldu; oysa yemek düşük yağ ve kalori içeriyordu. Ayrıca et yemeğinden yememek zorunda kalmadığı için memnun olmuştu, çünkü hem

etin tadına bakmak istemişti hem de yemeğinden hoşnutsuz görünmek istememişti. Bu tip bir değişikliğin uzun vadede bağlı kalabileceği bir şey olduğunu hissetti ve biraz uygulamadan sonra hem evde hem de sosyal ortamlarda düzenli olarak bu şekilde yiyebildi.

Diğer bir kadın hastanın meyve ve sebze alımı gözden geçirildiğinde görüldü ki, hasta bu yiyecekleri yediğinde zevk almasına rağmen, günlük alımı oldukça düşüktü. Bu yiyecekleri sevdiğinden, onları yemek için daha belirgin bir çaba göstermesi gerektiği kanısındaydı. Bir değişiklik olarak, abur cubur niyetine çoğu günlerde yediği çikolata yerine, bazı egzotik meyveler yiyebileceğine karar verdi. Meyveyi kolay ulaşılabilir ve cazip hâle getirerek, onun çoğu zaman iyi bir seçenek olduğunu fark etti ve çikolatayı abur cubur niyetine daha nadir yemeye başladı. Ayrıca her öğünün bir çeşit meyve veya sebzeyi de içermesini sağlamaya çalıştı. Kahvaltıda tahılla birlikte meyve suyu veya kurutulmuş meyve almaya karar verdi; öğle sandviçiyle birlikte yemek için işine bir salata götürmeyi planladı ve hatta eğer buzluktan çıkarıp hazırlanmış bir yemek gibi hızlı bir akşam yemeği yiyecekse, onunla birlikte biraz donmuş sebzeyi pişirmeye veya arkasından bir parça meyve yemeye karar verdi. Bu değişikliklerle öğünlerinin daha memnuniyet verici olduğunu ve çok yağlı yiyeceklerle abur cubur yeme olasılığının da azaldığını fark etti.

Modül IX: Kilonun Korunması



ŞEKİL 11.1

Bu tedavinin en ayırıcı özelliği kilonun korunmasına verdiği önceliktir. Konu başlangıçtan itibaren bir sorun olarak açılır ve kiloyu korumanın önündeki potansiyel engeller teşhis edilip kilo kaybedilirken birçok farklı anda ele alınır – örneğin gerçekçi olmayan kilo hedeflerini ve beden algısı memnuniyetsizliğini ele alırken. Tedavide daha sonra, uzun vadeli kilo koruma birincil hedef haline gelir.

Bu modülün hedefleri hastaya şu konularda yardım etmektedir:

1. Kilo korumaya hazırlanma.
2. Uzun vadede sabit bir kiloyu korumak için gereken becerileri elde etme.
3. Tedavideki ilerlemeyi gözden geçirme.
4. Kendini izlemeyi sonlandırma.
5. Gelecekte kilo değişimi sorununu ele alma.
6. Gelecekteki olası kilo kaybetme girişimlerini en iyi nasıl yöneteceğini ele alma.
7. Kişisel bir kilo koruma planı hazırlama.

Obezite ve Uzun Vadeli Bakım

Bazı otoriteler son zamanlarda obezitenin kronik bir bozukluk olarak görülmesi gerektiğini ve hastaların uzun vadeli bakıma gereksinim duyduklarını ileri sürdüler (Perri & Corsica, 2002). Yeniden kilo kazanımının daha uzun tedavilerle ertelendiğine dair bazı kanıtlar vardır ama tedavi sonunda bittiğinde ne olduğuna dair yeterli kanıt yoktur. Az sayıdaki uzun vadeli destek ile birlikte gerçekleşen başarılı kilo koruma raporlarından biri, bir grup desteğinden gelmektedir (Latner ve ark., 2000). Destek grubuna devam edenler için iyi bir uzun vadeli sonuç olduğu bildirilmiştir. Ancak, tedaviye başlayanların sadece %32'si 3 yıl devam etmiştir ve sadece %22'si 5 yıl devam etmiştir. Buna ek olarak, tedaviye başlayanlar tedavi için seçilebilir olanların oldukça seçkin ve motive olan bir alt grubuydu (%60) ve daha öncesinde sıkı kilo kaybı gereksinimlerine tabi olmuşlardı.

Obezitesi olan hastaların uzun vadede sürekli bakıma gereksinim duydukları iddiası, birçok açıdan inandırıcı görünmektedir. Elbette başarılı kilo koruma, obeziteye yatkın kişilerde uzun vadeli tetikte oluşu gerektirir. Sorun, az sayıda hastanın tedaviye belirsiz bir süre boyunca devam etmeyi istemesidir. Gerçekten de, uzun vadeli tedaviyi yarıda bırakma oranları çok yüksektir ve tedavi uzadıkça artmaktadır. İşte bu sebepten hastalara uzun vadede dıştan bir destek olmaksızın sabit bir kiloyu korumaları için gereken becerileri kazanmalarında yardım etmeye odaklandık. Öte yandan, aşağıda betimlenen prensiplere uymalarında hastalara yardımcı olması için tasarlanmış, açık, uzun vadeli bir kilo koruma grubu sağlamanın değerini anlayabiliyoruz. Bu grubun hedefi kilo kaybı değil kilonun korunmasıdır. Böyle bir grup olsa bile, hastanın “akut” tedavisinin kilo koruma safhasının bitiminde kesin bir sona gelmesiyle, burada betimlenen çizgiler boyunca sağlanmasını öneririz. Ondan sonra hastalar eğer isterlerse açık kilo koruma grubuna ister derhal ister daha sonraki bir aşamada katılabilirler.

Kilonun Korunması Modülüne Ne Zaman Başlanacağına Karar Verme

Kilonun korunması modülüne, tedavinin sonundan çok önce girilmelidir (bakınız Şekil 11.1). Bizim uygulamamız, tedavinin bu safhasına en azından 14 hafta ayırmak yönünde olmuştur. Bunun nedeni, hastalara alıştırtma yapmaları ve kilo koruma becerilerini pekiştirmek için yeterli zaman verebilmektir. Bu becerilerin oluşturulması için daha da uzun zaman ayırabilmek için, modüle bundan daha bile önce girmek tercih edilir. Bunun sinyali aşağıdaki iki durumdan birinde kesin bir şekilde alınır:

1. Eğer hastalar daha fazla kilo kaybetmeyi arzu etmedikleri bir noktaya ulaşırlarsa
2. Eğer kilo kayıpları yavaşladı veya durdu ise, ve tartışma sonucunda, daha fazla kilo kaybetmeye girişmenin “maliyeti” olası faydalardan daha ağır basıyor gibi gözüküyorsa

Kilonun korunması modülüne bir kere girilince, kilo koruma, tedavinin geri kalanı için temel odak noktası olarak kalır.

Modüle Bakış

Hastalar kilo koruma süreci için hazırlanmalıdırlar ve bu hazırlık onlara kilo kaybetmeye son vermelerinin söyleneceği zamandan çok daha önce gerçekleşmelidir. Bu hazırlık işi, “Kilo Korumaya Hazırlanma” kısmında betimlenmiştir. Kilonun korunması safhasına girince, “Bir Hedef Kilo Aralığı Belirleme ve Bir Kilo İzleme Sistemi Oluşturma” ile “Kilodaki Değişiklikleri Yorumlama” kısımları ilk iki seansta hemen ele alınmalıdır. Sonraki seanslarda “Uzun Vadeli Kilo Koruma Becerileri Geliştirme” ve “Kilodaki Değişikliklere Yanıt Verme” kısımlarına geniş bir zaman ayrılır. Bu kısımlar, kilo korumanın prensiplerini ve uygulamasını kapsamaktadır.

Modülün bir noktasında, terapistler hastaların tedaviye başladıklarından itibaren olan ilerlemelerini gözden geçirmelerinde onlara yardım etmelidirler. Amaç hem başarılıları tanımlamak hem de yapılacak nelerin kaldığını değerlendirmektir. Bu konular “Tedaviyi Gözden Geçirme” kısmında tartışılmıştır. Tedavinin sonuna doğru, yiyecek alımının izlenmesi giderek sonlandırılmalıdır (“Kendini İzlemeyi Sonlandırma”). Terapist “Gelecekteki Kilo Değişikliklerini Ele Alma” ve “Gelecekteki Olası Kilo Kaybetme Girişimleri” konularında rehberlik sunmalıdır. Son olarak kişisel bir kilo koruma planı tasarlanmalı ve bir miktar kilo koruma grafiğiyle birlikte hastaya verilmelidir.

Tedavinin kilo koruma safhası boyunca seanslar başlangıç tartılması, ilerlemenin gözden geçirilmesi, gündem oluşturma ve gündem maddelerinin üzerinden sırayla geçmeyi içeren önceki yapının aynısına sahip olmalıdırlar. Birincil hedefler ele alınmaya devam edilecek (Bölüm 9) ve diğer modüller paralel olarak işlenecek (Şekil 11.1’e bakınız) olmasına rağmen, ana vurgu kilo koruma üzerindedir.

Son birkaç seans, terapistlerin hastaların gelecekteki sorunlarla nasıl baş edeceklerine odaklanmalarına yardımcı olmalarıyla giderek daha gelecek yönelimli hâle gelmelidir. Seansların aralarında kümelenen güçlükler de hastaların tedavinin bitiminden sonra ortaya çıkacak benzer sorunların nasıl üstesinden geleceklerini düşünmeye cesaretlendirilmeleriyle bu perspektiften ele alınmalıdır.

Kilo Korumaya Hazırlanma

Kilo korumaya başlamadan önce, terapistler kilo korumaya odaklanma ihtiyacı üzerine bir veya daha fazla hazırlayıcı tartışma yapmalıdırlar. Aşağıdaki noktalar ele alınmalıdır:

- Kilo kaybetmenin birçok farklı yolu vardır, ama şu ana dek hiçbiri uzun vadede kişilere daha düşük yeni kilolarını korumada yardımcı olmayı başaramamıştır. Gerçekten de, çoğu tedavi kilo korumayı çok az ele alır ve ele alırlarsa da bazen daha çok kendi başına tedavinin bir odağından ziyade akla sonradan gelen bir fikirdir. Bu tedavi insanlara sabit bir kiloyu korumalarında gerekli olan becerileri geliştirmeleri, uygulamaları ve sağlam şekilde yerleştirmelerinde yardımcı olmayı amaçlar.
- Kilo kaybeden çoğu insan kilo kaybetmeye girişmekten 6 ay sonra kilo kayıplarının yavaşladığını ve sonra durduğunu fark eder (Wadden ve ark., 1999; Wilson & Brownell, 2002). Bu yüzden, insanları bu noktada kilo kaybetmeye çalışmaya son vermeye ve onun yerine çabalarını, kaybettikleri kiloyu yeniden kazanma riskini en aza indirmeyi nasıl öğreneceklerine yoğunlaştırmaya cesaretlendiririz.
- Kilo koruma becerilerini geliştirmek, uygulamak ve oluşturmak için, bu konuya önemli bir süre ayrılmalıdır. *Bunu yaparken daha fazla kilo kaybetme girişimlerinin terk edilmesi gereklidir çünkü bunlar yeni sabit bir kiloyu korumayı öğrenmekle uyumlu değildir.*
- Bizim görüşümüze göre, kilo koruma becerilerini öğrenme süresini, sabit bir kiloyu korumada en az bir 6 ay daha uygulamanın takip etmesi akla yatkındır.

Bazı hastalar kilo koruma safhasına gönülsüzce girerler çünkü hâlâ istediklerinden daha fazla kiloludurlar (yani, “kabullenme” bir sorun olarak devam eder; Bölüm 8’e bakınız). Böyle hastalar daha fazla kilo kaybetme girişimlerini kesmek için özel yardıma ihtiyaç duyarlar. Onlar için, kilolarını sabit tutmayı öğrenmenin önemi vurgulanmalıdır. 9 ay sonra (yani, 3 ay denetlenen kilo koruma eğitimi ve sonrasında 6 ay kendi başına uygulama) daha fazla kilo kaybetme girişimi seçeneğinden bahsedilmelidir. Buna rağmen, kilo kaybetme girişimlerini 9 ay kadar uzun bir süre ertelemeye istekli olmayan bazı hastalar vardır. Terapist böyle hastaları kilo kaybetme girişimlerini ertelemenin olumlu ve olumsuz yanlarını iyice düşünmeye cesaretlendirmelidir. Hastalar bunları listelemeye ve terapistle detaylıca tartışmaya cesaretlendirilmelidirler. Terapist hastaya bu avantaj ve dezavantajları değerlendirmede objektif ve tarafsız bir şekilde, hem kısa hem de uzun vadeli perspektiften bakarak yardım etmelidir.

Bu hazırlayıcı noktalar ilk kilo koruma seansında yeniden ifade edilmelilerdir. Ek olarak, kilo koruma “eğitim”inde bulunan adımların taslağı çıkarılmalıdır. Bunlar şöyledir:

1. Korunması gereken kilo aralığının belirlenmesi
2. Uzun vadede kullanmak için uygulanabilir bir kilo izleme sisteminin oluşturulması
3. Kilo değişikliklerinin nasıl yorumlanacağını öğrenme
4. Sabit bir kiloyu koruma
5. Gerilemelerle nasıl baş edileceğini öğrenme

Uzun vadeli kilo korumada var olan güçlükler ve kilo kaybetme ile kilo koruma arasındaki fark hakkında her zaman bir tartışma olmalıdır. Kilo korumanın kilo kaybetmeden daha az destek görmesinin dört sebebi bulunduğunu kabullenmek özellikle önemlidir:

1. Hedef kilo kaybından ziyade kilo değişimi olmamasıdır.
2. Daha önce nahoş olarak görülen bir kilonun (veya şeklin) kabullenilmesi gerekebilir.
3. Bu süreç zaman içinde sınırlı olmaktan çok belirsiz bir süre içindir.
4. Hastalar diğer insanlardan az cesaretlendirme görebilirler.

Terapistin hedefi hastaların kilo korumanın, onlara zorla sunulan bir şeyden ziyade tedavide bir sonraki doğal adım olduğunun farkına varmalarına yardımcı olmaktır. Umut edilen, aktif kilo korumanın bir çabadan çok bir alışkanlık hâline gelmesidir.

Kilo koruma fikrine olumsuz yanıt verilmesi nadir değildir. Bu kilonun (ve daha önemlisi beden şeklinin) kabullenilmesi eksikliğinden; kilo koruma becerileri geliştirme gereksiniminden doğan gücenme; ve bunu daima yapma fikri yüzünden cesaretin kırılmasından kaynaklanabilir. Bu olumsuz tepkiler seanslara devamda zayıflık veya hatta yarıda kesme, terapist veya tedaviye yöneltilen düşmanlık, veya diyet sınırlamasının terk edilmesi olarak ifade edilebilir. Terapistler böyle tepkilere karşı dikkatli olmalıdırlar. Hastalara kilo koruma hakkındaki hislerini açığa vurma fırsatını hem bu modüle girmeden önce hem de modülü işlerken farklı aşamalarda sağlamalıdırlar.

Bazı hastalar ayrıca tedaviyi bitirme olasılığı hakkında da endişelidirler. Sürekli desteğin yokluğunda başa çıkabilme becerileri hakkında da endişeli olabilirler ve motive kalabilmeleri için kendisine rapor verecek birilerine ihtiyaç duyduklarını düşünebilirler. Böyle durumlarda bizim stratejimiz bu endişeleri görmezden gelmekten ziyade bunları tartışmak olmuştur. Bunların erkenden fark edilmeleri, ele almak için yeterli zaman olması açısından en iyisidir. Eğer konu hâlâ açılmadıysa, terapist tedavinin bitiminden en az dört seans önce bitirme sorununu aktif olarak açmalıdır ve yeterli zaman ayırarak hastaya bunun hakkında ne düşündüğünü sormalıdır. Sonraki her seansta terapist kaç seansın kaldığını hastaya hatırlatmalıdır ve tedavinin bitimiyle ilişkili süregelen sorunları ele almalıdır. Ek olarak, terapist hastalara tedavi boyunca başarmış olduklarını fark etmelerine yardımcı olmak için çok çabalamalıdır ve bu başarılar hastanın kendi çabalarına atfedilmelidir. Becerilerinin bütün kanıtları vurgulanmalıdır.

Terapist bir kadın hastaya tedaviyi bitirme konusunda ne hissettiğini sordu. Hasta bu olasılık hakkında kaygılı olduğunu ve kendi kendine başa çıkma becerisi hakkında endişeli olduğunu açıkladı. Tedavide özellikle ailesin-

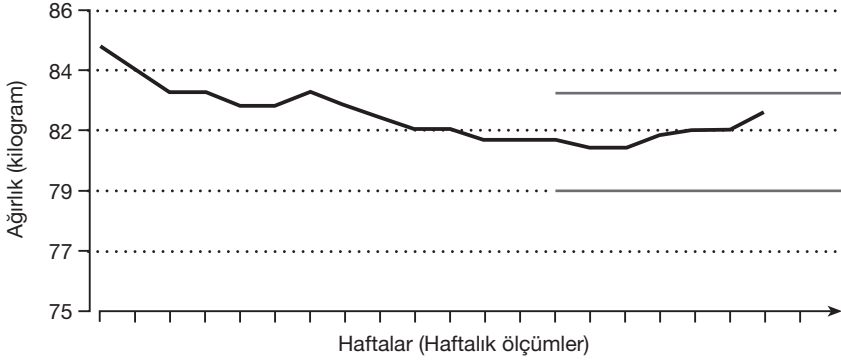
de birçok sorun olduğundan ve bunların kilosunu başarılı bir biçimde yönetmesini engelleyeceğinden endişe ettiğinden, bazı zamanlarda mücadele vermişti. Terapist hastanın geliştirdiği becerilere ve onları gelecekte nasıl kullanabileceğine odaklanarak, hastanın başardığı her şeyi fark etmesine yardımcı olarak yanıt verdi. Terapist ve hasta, gelecekte zor durumlarda kullanabileceği somut bir rehberi olsun diye koruma planını yapmada birlikte çalıştılar. Ayrıca başka nasıl destek alabileceğini de tartıştılar. Hasta ve terapist aile sorunlarını ele almaya odaklanmamış olsalar da, hasta seanslarda hislerini ifade edebildi ve bunu yararlı buldu. Bu yüzden arkadaşlardan danışmanlık veya terapiye uzanan alternatif destek biçimlerini tartıştılar. Hasta tedaviyi bitirme konusunda tedirgin kaldı, ama kilosunu yönetmesi için ihtiyaç duyduğu becerilerinin ve zor zamanlarla başa çıkmasına yardımcı olacak bir koruma planının olduğunu takdir edebildi. Ayrıca hayatındaki diğer sorunlarla başa çıkmak için nasıl yardım alacağını da bilmekteydi.

Tedavinin sonuna doğru bir başka kadın hastaya tedaviyi bitirme hakkında nasıl hissettiği soruldu. Hasta, eski alışkanlıklarına dönmekten ve tekrar kilo almaktan korktuğu için tedirgin hissettiğini açıkladı. Terapist ondan ne olabileceğine dair tahminini olabildiğince açık betimlemesini istedi. Hangi durumlarda işlerin zorlaşacağını düşünüyordu? Kendisini nasıl yanıt verirken görüyordu? Sonuçlar onun için ne olabilirdi?

Terapist ve hasta bu senaryoları detaylıca inceleyip her biri için olası başa çıkma stratejileri düşündüler. Zor durumlarda baş etmenin pratik yollarını ve ayrıca hastanın böyle olayları yorumlamasını tartıştılar. Hasta ve terapist neticede oluşabilecek bütün güçlüklerle başa çıkabileceği stratejilerinin hazırda olduğunu hissetmesi için hastanın “en kötü durum senaryosu” vizyonunu içeren bir olası durumlar dizisine uygun yanıtları prova ettiler.

Bir Hedef Kilo Aralığı Belirleme ve Bir Kilo İzleme Sistemi Oluşturma

Hastalara vurgulanacak ilk nokta, kilolarını spesifik bir kiloda tutmaktan ziyade bir kilo aralığı içinde korumaları gerektiğidir. Bu doğal günlük ve haftalık dalgalanmalara izin vermek içindir. Bizim deneyimimiz bu kilo aralığının 4 kg genişliğinde olması gerektiğini ve çoğu durumda bu aralığın orta noktasının, hastanın kilo korumaya başlamadan önceki 3 hafta içindeki ortalama kilosu ol-



ŞEKİL 11.2 Örnek grafik A

ması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu kuralın belirli durumlarda değiştirilmesi gerekir. Örneğin bazı hastalar kilo kaybetme çabalarını olabildiğince düşük bir kiloya ulaşmak amacıyla kilo korumadan önceki haftalarda şiddetlendirirler. Bu uygun olmayacak kadar düşük bir kilo aralığı seçimiyle sonuçlanabilir; yani, korumak için çok fazla çaba gerektiren bir aralıkla. Bu sorunla başa çıkmanın en iyi yolu, önceden tartışarak önce davranıp engellemektir, ama yine de hafifçe daha yüksek bir kilo aralığı seçmek gerekebilir.

Terapistler kilo aralığının seçimine her zaman dikkat vermelidirler ve hastalar kararda aktif olarak yer almalıdırlar. Aralık seçilince, terapist üst ve alt kilo sınırlarını (biz buna “tramvay hattı” diyoruz) grafikte uygun yerde vurgulamalı ve bu hatları tedavinin sonuna doğru uzatmalıdır. Hastalara kullanmaları için üzerinde kiloları işaretlenmiş yeni bir koruma grafiği sağlanmalıdır ve tramvay hatlarını bu grafik üzerinde çizmeleri istenmelidir (bakınız Şekil 11.2).

Başarılı kilo koruma için hastanın uygun bir kilo izleme sistemi oluşturmaya ihtiyacı vardır.¹ Bu sistem anlamlı değişiklikleri saptayabilmelidir ama belirsiz bir süre kullanılacağından pratik de olmalıdır. Pratikte şu anlaşma işe yarar gibi gözükmektedir. Hastalar haftada bir kendi seçtikleri bir sabah tartılmalıdırlar. (En elverişli olması olası bir gün seçmeleri tavsiye edilmelidir veya hatırlamaları en olası olanı – örneğin eğer tartılmayı “çalışma haftasına başlama” rutininin bir parçasıyla ilişkilendiriyorlarsa pazartesi). Bu rutin tartılma onların hafta için “resmî” kilolarını sağlar. Hasta tarihi ve kilosunu özel ama göze çarpan bir yerde – örneğin bir dolap kapısının içinde - tutulması gereken uzun vadeli bir kilo koruma grafiğine kaydetmelidir (Tedavinin sonuna kadar, hastaların her randevuya getirmeleri gerekeceğinden grafik taşınabilir olmalıdır). Hastalar eyleme geçmeleri gerekip gerekmediğine karar vermek için anlamlı kilo de-

¹ Tedavinin bu aşamasına kadar hastaların tartılmayla ilgili güçlükleri ele alınmış olacaktır (bakınız Bölüm 3 ve 7). Bunlar tartılmadan aktif olarak kaçınma, çok sık tartılma ve tartılmanın etrafındaki uygunsuz ritüellerdir.

ğişiklikleri işaretleri aramak amacıyla grafiklerine her hafta bakmalıdırlar (aşağıya bakınız).

Kilo izlemenin prensiplerini açıklamada terapistlerin hastalara kilolarını belirsiz bir süre izlemeleri gerekeceğini mutlaka açık hâle getirmeleri gereklidir. Bu devam eden yeniden kilo kazanımı riski yüzündendir.

Tramvay hatları bir kez çizilince hastanın amacının kilosunu bunların içinde tutması olduğu açıklanmalıdır. Bu daha fazla kilo kaybetmeye çalışmamaya karar vermeyi gerektirir. Gerçekten de, bu aşamadan sonra kilo kaybı kilo kazancı kadar istenmeyen bir şeydir (tedavinin perspektifinden) çünkü hastaların kilolarını nasıl sabit tutacaklarını öğrenmelerine izin vermez.

Çoğu hasta kilo koruma için uygun kalori alımını belirlemek hakkında tedirgindir. İlginçtir ki, bu görüldüğü kadar sorunlu değildir. Kilo kaybetmesi durmuş olan çoğu hasta arasında enerji alımında bir değişikliğe gerek yoktur (kayıtlarından ne kadar düşük gözükse de). Kilo kaybetmeye devam eden hastalar arasında diyet sınırlamalarından hafif bir gevşeme önerilmelidir. Bazı hastalar daha spesifik rehberlik isterler. Ne yazık ki, birinin günlük hayattaki kesin enerji gereksinimlerini belirtmek imkânsızdır ve tedavinin bu aşamasında hastaların kayıtları nadiren mutlak bir kesinlikte olduğundan, böyle yapmanın yararlı olması zaten olası değildir. Kesin olmayan kayıtlar ve bireysel farklılıklar yüzünden popülasyon ortalamalarından alıntı yapmak nadiren yararlıdır. Bazen hastanın kendi deneyimi rehberlik edebilir. Tedavi boyunca tutulan kiloların kayıtları, hastanın kilo kaybetmekten ziyade koruduğu bir zaman (bir tatil zamanı gibi) var mı diye gözden geçirilebilir. Eski yeme günlüklerine bu zamandaki kalori alımının doğrusunu bulmak için başvurulabilir. Bütün hastalara fiziksel aktivite düzeylerini azaltmamaları tavsiye edilmelidir.

Eğer enerji alımında bir değişiklik beliriyor gibi gözükürse terapist hastaya küçük değişiklikler yapmada rehberlik etmelidir (örneğin yavaşça kilo kaybetmeye devam ettilerse kalori hedefini günde 100 kalori yükseltmek) ve kiloları üzerindeki etkileri izleyerek deneysel bir yaklaşımda bulunmalıdır. Örneğin günde belirgin bir 1500 kalorilik alımı olan başarılı bir şekilde kilo kaybeden bir hasta günde 1600 kalori kadarı için cesaretlendirilebilir ve 2-3 hafta boyunca değişiklikler değerlendirilebilir. Minimum olarak, başka değişiklikler yapılmadan önce en azından 2 haftalık bir süre geçmelidir.

Diyet kontrollerini gevşetme gereksinimi – ama terk etme değil – dikkatli bir tartışmayı hak eder. Bu yaygın olan, kişinin bir kez kilo kaybetmeyi bitirdiğinde eski yeme alışkanlıklarına geri dönebileceği inancına karşı koymak içindir. Terapistin hastaların o anki kilolarını korumak için tedaviden önce yediklerinden daha az yemeleri gerekeceğini açıklaması gerekir. Bu kısmen tedaviye başlamadan önce kilo kazanıyor olabileceklerinden (yani, pozitif enerji dengesindeydiler) ve kısmen de şimdi eskisinden daha zayıftırlar ve bu yüzden günlük enerji gereksinimleri daha az olduğundandır. Pratikte hastaların yiyecek alımlarını artırmaları ve biraz kilo almaları nadir değildir. Bunun olma ihtimali onları eğer kalori alımlarını çok küçük bir miktardan daha fazla artırırlarsa (örneğin günde fazladan bir muz değerinde) kilolarının biraz artmasının olası ol-

duğunu söyleyerek önceden uyarmakla azaltılabilir. Bazen hastalar yiyecek alımlarını kilolarını sabitlemek için ayarlarken bir deneme ve yanılma dönemi olur.

Kilo korumanın bu ilk seansının sonundaki ev ödevi şunları yapmak olmalıdır:

1. Kiloyu betimlendiği şekilde izlemek;
2. Kilo grafiklerini bir sonraki seansa getirmek;
3. Daha fazla kilo kaybetmeye girişmeye son vermek ve eğer gerekirse kalori alımını sabit bir kiloyu korumak için ayarlamak.

Kilo korumanın ilk 2 haftadan sonra bir kadın hasta kiloda hafif bir artış göstermişti ve kalori alımı kendisi için koyduğu geçici hedefinden daha fazlaydı. Terapiste günlüklerinde rehberlik yaparken kilo kaybı hedefinin zorla kabul ettirdiği sınırlamadan “kurtulmuş” olmanın heyecanıyla geçici bir kontrol kaybı yaşadığını açıkladı. Ancak kilo korumanın, kontrolü terk etmeyle bir tutulamayacağına hızla farkına varmıştı – sadece kilo kaybediyorken mümkün olanın ötesinde bir esneklik derecesi sunuyordu. Daha sonra yemesini kilo korumayla uyumlu bir seyir oluşturmak için hafifletti.

Bir başka kadın hasta kilo korumanın ilk 2 haftasından sonra (bunda çok başarılı olmuştu) kilosunu korumak için gerekiyor gözükürken düşük kalori düzeyinden hayal kırıklığına uğramış olduğu yorumunu yaptı. 2 haftalık bir süre boyunca ortalama 1600 kalorilik günlük alım kaydetmişti ve bundan önce günde 1500 kaloriyle kilo kaybetmekteydi. Hasta son 2 hafta boyunca yiyeceklerinden zevk almış olduğunu ve kalorideki hafif artışın el vermesiyle oluşan fazladan esnekliği fark etmiş olduğunu açıkladı. Daha fazla meyve yiyebilmişti ve sosyal ortamlarda yerken alımını yönetmeyi daha kolay bulmuştu. Ancak, “eğer hayatımın sonuna dek günde sadece 1600 kalori yiyebileceksem bu iç karartıcı. Hâlâ kısıtlanmış hissediyorum. Kalorilerimi daha yüksek günlere ayırmak için diğer günlerde kısarak dengeleyebilirim, sanırım, ama bir türlü makulmüş gözüküyor. 1500 kaloriyle kilo kaybettim ve günde sadece 100 kalori artırmakla şimdi kilomu muhafaza ediyorum. Neden böyle küçük bir artış olması gerekiyor?” diye yorum yaptı.

Terapist birkaç noktayla yanıt verdi. İlk önce, hasta tüketiyor olduğu kalori miktarından memnuniyetsiz hissetmesine rağmen yiyeceklerin kendilerinden zevk alıyor gibi gözüküyordu. Diğer bir deyişle onu sıkın şey tabaktaki asıl yemek miktarı değil bunun yeterli olmadığı düşüncesi gibi gözüküyordu. Terapist ayrıca son 2 hafta boyunca hasta birçok kez dışarıda

yemek yemiş olduğundan bu günlerdeki kalori toplamının tahminen “en iyi tahminler” olup rakamları daha az güvenilir hâle getirdiği yorumunu yaptı. Terapist ayrıca kalori sayımında kesin olmak için elinden gelenin en iyisini yapmasına rağmen hastanın, çoğu kişinin kalori alımlarını olduğundan düşük olarak tahmin ettiğini hatırlaması gerektiğini ve günde 1600 kalori-den daha fazla yiyor olabileceğini kaydetti. Terapist eğer kendisine “izin verilen” kesin kalori rakamı hakkında kaygılanmaktan ziyade dışarıda yemek yerken iyi yemiş olduğu ve zevk almış olduğu gerçeğine odaklanırsa hastanın daha mutlu hissedebileceğini belirtti.

Bu bağlamda terapistin tartışmaya değer bulduğu başka birçok sorun vardı:

- Bunun kilo korumada uygun bir uzun vadeli kalori hedefi olup olmadığından emin olmak için çok erkendi. Daha fazla deneyim gerekiyordu.
- Fiziksel aktivitedeki bir artış (eğer daha gerçekleşmediyse) kalori alımında hafif bir artışa izin verebilir ve koruma boyunca amaçlanmaya değer bir hedef olabilir. Öte yandan, buna temel bir strateji olarak güvenilemezdi çünkü fiziksel aktiviteden elde edilen ek enerji harcaması orta düzeylidir.
- Düşük yağlı yiyecek seçimi kalori içeriğini artırmadan yenebilecek yiyecek miktarını büyük ölçüde artırır. Terapist birçok iyi düşük kalorili yemek kitabı önerdi.
- Hastanın enerji koruma gerekliliklerinin asla kilo kaybından önceki kadar yüksek olmayacağı gerçeğine alışması gerekecekti. Yeniden kilo kazanmaktan kaçınmak istiyorsa asla daha önceki yeme şekline dönmeyi ummamalıydı.
- “Normal” kilolu insanlar bile kilo alımlarının farkında olmalı ve bir ölçüye kadar bunu kontrol etmelidirler. Bir çeşit “sınırlama” derecesi bu yüzden kaçınılmazdır.

Sonraki seansta terapist bunun hastanın yiyecek alımını izlemeyi sonlandırmaya başlaması için (aşağıya bakınız) uygun bir zaman olabileceğini belirtti. Hasta bu yüzden sonraki 2 hafta için yiyecek kayıtları tuttu ama kalori saymayı bıraktı. Kilosunu tramvay hattı içinde tutmada başarılı olmaya devam etti ve sonraki seanstan itibaren yiyecek alımını kaydetmeyi tamamen kesti. Bu süreç boyunca hasta yediği kalorilerin sayısı hakkında düşünmenin yararlı olmadığını öğrenmeye başladı. Daha ziyade, yediği yiyeceğe ve artık sahip olduğu esnekliğe (kilo kaybederken olduğuyla kıyaslanınca) odaklanmak yediklerinden memnun kalmasına yardımcı oldu.

Kilodaki Değişiklikleri Yorumlama

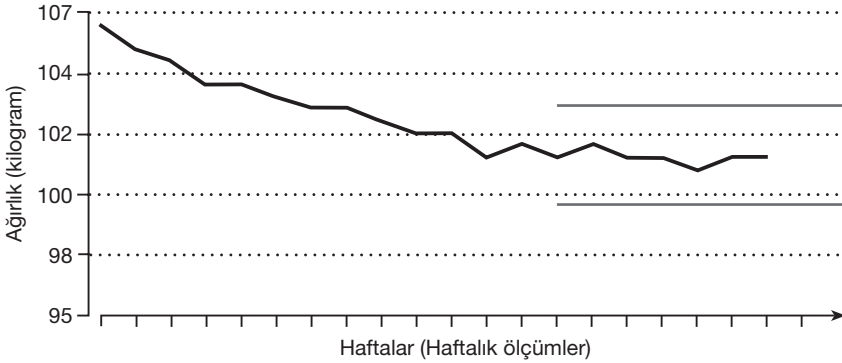
Hastaların kilolarındaki anlamlı değişiklikleri önemsiz kilo dalgalanmalarından ayırmayı öğrenmeleri gereklidir. Bu fikirle, hastalara aşağıdaki üç fenomenen herhangi biri için tetikte olmaları öğretilmelidir:

1. *Kilolarının tramvay hattı dışına çıkması.* Bu olursa hastanın hesap yapması gerekir (aşağıya bakınız).

2. *Yeniden kilo kazanımı düşündüren bir kilo seyri.* Buradaki mesele, bir seyri kilodaki arka plan dalgalanmalarından ayırmaktır. Tramvay hattının içindeki haftalık dalgalanmalar pek dikkat istemez; ancak, eğer genişlikleri artarsa, bu hastanın yemesindeki değişkenliği düşündürür (bu onu tekrar kilo kazanımı riskine sokar). Yeniden kilo kazanımını düşündüren bir seyri teşhis etmek için hasta, sadece son kayıttan sonra kilosunun nasıl değiştiğine değil, aynı zamanda geçen 4 hafta boyunca nasıl değiştiğine odaklanmalıdır. Hastalara bu yüzden son dört ölçümlerine konsantre olmaları ve yeniden kilo kazanımı kanıtlarını açığa vurup vurmadıklarını izlemeleri tavsiye edilmelidir.² Örnek kilo grafikleri Şekil 11.2, 11.3 ve 11.4'te gösterilmiştir.

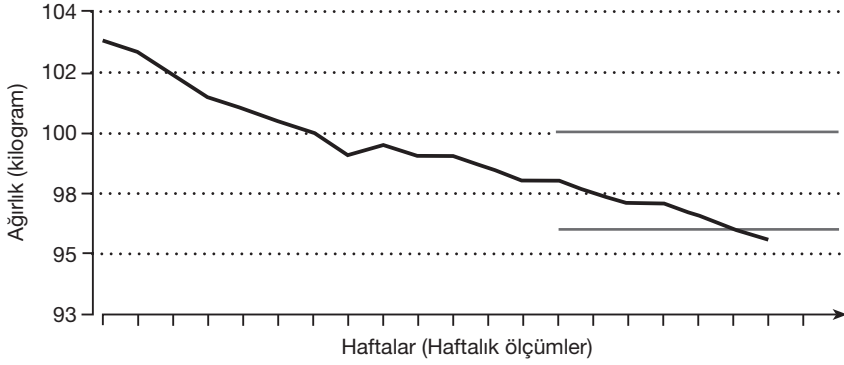
Şekil 11.2 ele alınması gereken yeniden kilo kazanımına doğru bir seyri göstermektedir; Şekil 11.3 başarılı kilo korumayı resmetmektedir (son dört ölçüm boyunca ne yukarıya ne de aşağıya doğru bir seyir); Şekil 11.4 ise ele alınması gereken devam eden kilo kaybını resmetmektedir, çünkü hastanın sabit bir kiloyu nasıl koruyacağını öğrenmesini engelleyecektir.

3. *Kiloda ani bir değişim.* Ani değişimlerde düşünülmeli ve gerekirse harekete geçilmelidir. Örneğin akut bir hastalık sonrası kilo kaybı eylem gerektirirse de izlenmelidir. Bundan farklı olarak, tıknırcasına yemenin yeniden başlaması yüzünden oluşan kilodaki ani artma acil dikkat gerektirir. 2 kg veya üstü



ŞEKİL 11.3 Örnek grafik B

² Bazı kadın hastalar âdet öncesinde anlamlı derecede kilo kazanımı yaşarlar. Eğer bu seyir açık ve tutarlı ise kilo dalgalanmalarını yorumlarken hesaba katılmalıdır. Bu terapistle tartışmayı ve tedavinin bu son safhasında uygulama yapmayı gerektirecektir.



ŞEKİL 11.4 Örnek grafik C

her kilo değişimi (iki arka arkaya ölçüm boyunca) endişe kaynağıdır.

Her kilo koruma seansının başında terapistler hastalardan en son ölçümlerin anlamı hakkında yorum yapmalarını istemelidirler. Bu, kilolarını kişisel kilo grafikleri üzerine işaretlemelerini (terapist de aynısını yaparken) ve yukarıda bahsedilen üç fenomenden birini aramalarını gerektirir. Bu şekilde terapist anlamlı değişimleri fark etme becerileri geliştirmede hastaya yardımcı olur. Hastanın ayrıca her seans arası tartılma sonrasında aynısını yapması gerekir.

Uzun Vadeli Kilo Koruma Becerileri Geliştirme

Terapistler uzun vadeli kilo koruma prensipleri tartışmasına önemli ölçüde zaman ayırmalıdır. Bunlar aşağıdaki gibidir:

- *Başarılı kilo koruma, enerji alımını enerji harcamasıyla dengelemeyi gerektirir.* Enerji alımını kontrol etmek bu ikisi içinde daha önemli olandır çünkü yeniden kilo kazanımı üzerinde daha büyük etkisi vardır; buna rağmen fiziksel aktivite ihmal edilmemelidir çünkü klinik deneyimler ve araştırmalar aktif bir yaşam tarzını koruyan insanların kilo korumada en iyi olduklarını düşündürmektedir.
- *Hastaların kilolarını korumayı bir dizi koşullar altında uygulamaları gerekir.* Bunlar arasında tatiller, stresli zamanlar ve sağlıksız dönemler veya kaçınılmaz hareketsizlik dönemleri bulunur. Bu koşulların bazıları tahmin edilebilir (örneğin tatiller) ve bu yüzden önceden planlamaya uygundur. Diğerleri tahmin edilemez ve sadece ancak olaydan sonra düzeltici eyleme açık olabilirler.
- *Kilo daha önce betimlenen şekilde düzenli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.* Bunun belirsiz bir süre yapılması gerekecektir.
- *Kilodaki değişiklikler hemen hemen her zaman enerji alımında veya aktivite düzeyinde veya her ikisindeki bir değişiklik yüzündendir.* İstisnalar hamilelik

- ve bazı hastalıkların etkileri (örneğin tiroid hastalığı, şeker hastalığı, kanser) ve ilaçlardır (örneğin steroidler, bazı antidepresan ve antipsikotik ilaçlar).
- *Kilodaki değişiklikleri düzeltmek ya enerji alımında ya harcamasında ya da her ikisinde bir değişimi gerektirir.* Enerji alımını değiştirmek bu iki yöntemden daha güçlü olanıdır.
 - *Aktif bir yaşam tarzı olan insanların kilo korumada en başarılı olduğuna dair kanıt vardır.* İkisi arasındaki bağın doğası oluşturulmamış olsa da, bu bulgu hastaları aktif bir yaşam tarzı edinmeye cesaretlendirmeyi haklı çıkarmak için yeterlidir.
 - *Anlamlı kilo değişimi ayırt edilmeli ve zamanında ele alınmalıdır.* Gerek-tikçe düzeltilen küçük kilo kazanımlarına izin vermeye kıyasla hedef ara-lığın merkezinde sabit bir kilo korumanın görelî yararları hakkında aşağı-daki tartışmaya bakınız.
 - *Bir kez kilo hedef aralığa dönünce, yeni kiloyu korumak için başka bir enerji alımı veya harcaması (veya her ikisi) düzeltilmesine gereksinim var-dır.* Bu, kilonun dikkatle sürekli izlenme ihtiyacını daha çok güçlendirir.

Ek olarak, bütün hastalardan aşağıdaki soruları düşünmeleri istenmelidir:

- *Kilonun üst tramvay hattına ulaşana dek artmasına izin verip sonra gerek-li düzeltmeleri yapmakla kıyaslandığında bir kiloyu tramvay hatlarının merke-zi etrafında korumak için çaba göstermenin görelî yararları nedir?* Hastalar bu iki farklı stratejinin olumlu ve olumsuz yanlarını sıralamaya cesaretlendirilme-lidirler. Bazı hastalar daha rahat olmayı ve kiloları üst tramvay hattına ulaşana dek istedikleri her şeyi yemeyi tercih edeceklerini düşünürler; bu noktada kalori alımlarını yeniden kaydetmeye başlayacak ve kiloları tramvay hatlarının merke-zine geri dönünceye dek yiyecek alımlarını azaltacaklardır. Ancak düşündük-ten sonra, çoğu hasta böyle bir stratejinin güç olacağını kabul etmeye başlar çünkü bu, cesaret kırıcı olabilecek, art arda kısıtlayıcı bir diyetle girmelerini ge-rektirecektir. Ayrıca, çoğu önceki deneyimlerinden bilecektir ki bu çeşit bir ki-lo kazanımı öyle cesaret kırıcı olabilir ki sonunda kendilerini kilo kontrolü ça-balarını tamamen terk etme riskine sokması olasıdır. Bunun hastalar hâlâ ikili (“ya hep ya hiç”) terimlerle düşünme eğilimindeyseler bir risk olması özellikle olasıdır. Kabaca aynı miktarda yemek yemeye alışmak genellikle daha kolaydır, böylece seçimler bir yeme şablonundan bir diğerine sallanmaktan ziyade alış-kanlık hâline gelir. Hastanın yararlı olmuş ve olmamış geçmiş stratejiler dene-yimine atıfta bulunmak yararlı olabilir.

- *Ileriyi düşünmeye değer mi?* Hastalar artan bir yeniden kilo kazanımı ris-ki olan zamanlar için tetikte olmaya cesaretlendirilmelidirler (örneğin tatiller ve bayramlar). Bu zamanlarda kilo kazanımının oluşmasına izin verip sonra bunu telafi etmek zorunda kalmaya karşı kilo kazanımından kaçınmanın (ama yine de iyi zaman geçirmenin) görelî faydalarını düşünmeleri istenmelidir.

- *Hastanın davranış veya tutumlarının onu özel bir yeniden kilo kazanımı ris-kine sokan yanları var mı?* Bunlar stres altında yüksek yağlı abur cuburları yeme-

ye doğru kötü bir meyli, kışın daha az aktif olma eğilimini, tatilde kişinin her isteğini yiyebilmesi gerektiği görüşünü, dışarıda yerken aşırı yeme eğilimini ve bunların benzerlerini içerebilir. Hastalardan bu hassasiyetlerin uzun vadede kilo koruma için olan sonuçlarını iyice düşünmeleri istenmelidir. Hastanın düşünmesi gereken değişiklikler var mıdır? Yararlı olarak uygulayabilecekleri bir şey var mıdır?

Bir kadın hasta tedavinin ilk 6 ayında başlangıç beden ağırlığının %13'ünü kaybetmişti. Bu noktada, kilo koruma sorunu ortaya çıktı. Hasta kilo koruma safhasından tedavinin başlangıcından beri haberdar olmasına karşın kilo kaybetmeyi durdurmak zorunda olma fikrinden rahatsız oldu. Bu noktadan sonra kilo kaybı yavaşlamaya başladı ve hasta sonuçta tedaviyi bitirme görünümünü hakkında umutsuzluğa kapılmış gibi gözüktü. Yeterince kilo kaybetmemiş ve “yeterince değişmemiş” olduğu kanısındaydı. Tedavide bu sorunu ele alma girişimlerine rağmen kötü bir beden algısına sahip olmaya devam etti.

Hasta kilo korumaya başlamaya gönülsüzce razı oldu. Kilosunu 2 hafta korudu ama sonraki birkaç hafta kademeli olarak yeniden kilo aldı. Kendini izlemeye yeniden başlamak (bunu sonlandırmaya başlamıştı) ve kalori alımını 1500 kaloriyle sınırlamak dâhil kendisine derhal eyleme geçmesi tavsiye edildi. Bu hedeflere ulaşmak için mücadele etti.

Kilonun korunmasıyla ilgili sorunlarının birkaç sebebi var gibiydi. Birincisi, o anki kilo ve görünüşünden çok mutsuz olmaya devam ediyordu ve daha çok kilo kaybıyla karşılaştırıldığında kilo koruma fikrine dirençliydi. İkincisi, kendisini “diyetle” veya “diyetle değil” gibi düşünmeye devam ediyordu ve düzenli, sağlıklı bir yeme şablonunu izleme deneyimi azdı. Buna ilişkin olarak yiyecek seçimini değiştirmeye olan gönülsüzlüğü vardı: yüksek kalorili yiyeceklere olan güçlü tercihini yitirmemişti. Üçüncüsü, birincil hedeflerini ele almayı zor bulmuştu – sosyal ilişkilerini artırmaya çalışmak konusunda, daha fazla kilo kaybedene dek gönülsüzdü çünkü insanların kendisiyle dalga geçeceği kanısındaydı. Tehlikeli bir çemberde “kapanma” kısılmıştı.

Bir başka kadın hasta sosyal yemenin kendisinin kalori hedefine bağlı kalmasını zorlaştırdığını fark etti. Sık olarak arkadaşlarını evde ağırlıyordu veya onların evinde veya restoranlarda yemek yiyordu. Arkadaşlarıyla diyet sınırlamalarını tartışmaya gönülsüzdü çünkü kilo kontrolü çabalarını özel tutmayı tercih ediyordu. Terapist onu bir arkadaşı kendisinden diyet gereksinimlerini karşılayacak bir yemek sunmasını istese nasıl hissedeceği hakkında sorguladı. Böyle isteklere cevap vermeye hevesli olacağını ve arkadaşı kendisinden bunu istemese rahatsız bile olacağını söyleyerek yanıtladı. Ancak, hâlâ başkalarından menülerini kendisinin gereksinimleri doğ-

rultusunda planlamalarını istemenin uygulayabileceği bir strateji olduğu konusunda değildi. Terapistiyle alternatif olasılıkları tartıştı; örneğin küçük porsiyonlar alma, ikinci tabakları reddetme ve restoranlarda dikkatli seçimler yapma. İlk başta bu stratejileri uygulamada gönülsüz gibi gözüktü. Sosyal yeme hayatının öyle önemli bir yönüydü ki değişim zor olacak gibiydi. Terapist onu bu teknikleri denemesi için cesaretlendirmeye devam etti ve sosyal ortamlarda yerken kalori hedefine bağlı kalma girişimleri için onu övdü. Zaman geçtikçe, hasta sosyal yemeyle baş etmede daha iyi hâle geldi. İlk önemli gelişmesi düşük kalorili lezzetli akşam yemeği partisi yemekleri pişirebildiğini keşfetmesiydi, böylece en azından kendisi diğerlerini ağırlarken her zaman uygun bir seçiminin olmasını sağlayabilecekti. Ayrıca krema ve sosları ayrı ayrı servis etmede ustalaştı ve böylece eğer isterse onlardan kaçınıbiliyordu. Arkadaşlarıyla yerken daha küçük porsiyonlar istemeyi ve ikinci tabakları reddetmeyi daha kolay bulmaya başladı. Ayrıca restoran menülerindeki hangi yemeklerin kendisi için iyi seçimler olduğunu öğrendi ve kendisine daha çok esneklik vermesi için özel yemeklerin her iki tarafında “kalori toplama”ya alıştı.

• *Kiloda bir değişikliğe hastanın olası tepkisi nedir ve işleri daha kötü yapması olası mıdır?* Örneğin hastalar kilolarını izlemeye son vermek yönünde ayarlanabilip ayarlanamayacaklarını (yani, göz yummak); sorunun kendi kendine yoluna gireceğini ummaya eğilimli olup olmayacaklarını (yani, istekleri doğrultusunda düşünme); kilo kontrolü girişimlerinden bütünüyle vazgeçip vazgeçmeyeceklerini (yani, ya hep ya hiç düşünme) düşünmelidirler. Terapistler hastalardan bütün bu olasılıkları ve nasıl yararlı bir şekilde ele alınabileceklerini düşünmelerini istemelidir.

Kilodaki Değişikliklere Yanıt Verme

Daha sonra hastaların kilodaki gözle görülür değişikliklere yanıt vermede gereken adımları öğrenmeleri gerekir. Bunlar terapistin hastayla çalışması gereken “Kilodaki Değişikliklere Yanıt Verme”de (Broşür U) detaylı bir şekilde tartışılmış ve aşağıda özetlenmiştir. Gözden geçirilecek ana noktaları şunlardır:

1. Kilodaki herhangi bir değişikliği belirleme ve değerlendirme

- Ani bir sıçrayış mı yoksa aşamalı bir eğilim mi söz konusu?
- Kilo şu an tramvay hatlarının dışında mı?

2. *Kilodaki herhangi bir değişikliğin açıklamasının saptanması (enerji alımı ve harcanması açısından).* Değişikliğin nedenlerini düşünün:

- Yemede değişiklik
- Aktivitede değişiklik
- Hastalık, hamilelik, ilaç tedavisi

Kilo almanın yaygın nedenleri arasında, porsiyon boyutlarında (sıklıkla farkına varılmayan) sinsi bir artış, yemek atıştırma, yemek seçiminde bir değişiklik (yoğun enerjili yiyeceklerin artırılmış alımıyla birlikte) ve stresle bağıntılı yeme bulunur. Hem yaşam biçimindeki değişiklikler hem de daha fazla düzenli egzersiz dikkate alınmalıdır.

3. *Herhangi bir davranış değişikliğinin arkasındaki nedenleri belirlemek:*

- Değişiklik için aşikâr bir açıklama var mı?
- Alışkanlıklardaki bir değişikliğe mi bağlı?

4. *Kilo alımını ele almak için bir plan tasarlamak ve uygulamak.* Hastalar kilo alımını düzeltmek için bir plan tasarlamaya cesaretlendirilmelidirler. İki aşama olması gerekecektir: İlk, kiloyu tramvay hatlarının ortasına geri getirmek için bir enerji açığı oluşturulmalıdır. Bu çoğunlukla birkaç hafta boyunca yiyecek alımını kısıtlamayı gerektirecektir (örneğin 1500 kaloriye). İlerleme dikkatlice takip edilmelidir (örneğin her 3 ya da 7 günde bir) ve strateji buna göre ayarlanmalıdır. İkinci olarak, kilo değişimi düzeltildiğinde, kilonun dengelenmesi için daha ileri ayarlamalar gerekli olacaktır. Genellikle bunlar, sağlanmış olan kılavuzları takip ederek hem enerji alımında hem de fiziksel aktivitede değişiklikleri içerecektir. Yiyecek alımını izleme sonlandırılmak zorunda olacaktır, fakat kilonun düzenli izlenmesi devam ettirilmelidir.

5. *Davranışlardaki değişikliğin arkasındaki neden(ler)le başa çıkmak için bir plan tasarlamak ve uygulamak:* Hastaların kilo alımının arkasındaki nedenleri de ele almaları gerekir. Bu en iyi resmî sorun çözme yaklaşımı ile yapılır (bakınız Bölüm 4). Yeme ve aktivitedeki değişikliklerde olduğu gibi, ilerleme düzenli olarak değerlendirilmeli ve planlar da buna göre ayarlanmalıdır.

Tedavinin bitiminden bir yıl sonra bir kadın hastanın kilosu sinsi artmaya başladı. Hasta başlangıçta nedeni belirlemede zorlandı. Detaylı kendini izleme sonucunda şimdi daha büyük porsiyonlar yiyor olduğunu, akşamları yiyecek atıştırdığını ve 6 ay öncesinde olduğundan daha az aktif olduğunu belirtti. Bunun birkaç nedeni var gibi görüldü. Bir tanesi şu an kış olmasıydı ve bahçede vakit geçirmek ya da akşam yürüyüşlerine çıkmak yerine evde kalıyordu. Bir diğer nedeni, televizyon izlerken atıştırmaktan hoşlanan yeni bir partneri olmasıydı. Ayrıca partneri, hastanın porsiyonlarının büyüklüğünde artışa neden olmuş olabilecek şekilde büyük öğünler yiyordu.

Tedavi boyunca ya hep ya hiç düşünme tarzıyla mücadele eden bir başka kadın hasta, bir kilo koruma seansına 1,8 kg almış olarak katıldı. Bu onu tramvay çizgilerinin en tepesinin yakınına götürdü. Bu noktaya kadar hasta kilosunu neredeyse dalgalanmaksızın korumuştur. Kilo alması ile ilgili olarak endişeliydi. Moral bozukluğu ile çakışan bir hastalık döneminden sonra kilosu artmaya başlamıştı. Bu dönemin haftalık ilk gözden geçirme-

sinde çaresiz, ümitsiz ve hasta hissettiğini belirledi, fakat yiyeceği ile ilgili olarak iddialı olması gerektiğini ve ılımlı bir şekilde yiyip de yine de “kendine karşı nazık” olabileceğini kendine hatırlattı. Birkaç gün sonra, kalori alımını dikkatlice değerlendirmeye karar verdiği bir “mini gözden geçirme” sonrasında yiyecek alımını kayıt altına almaya devam etti. Tartıldı ve kilo almaya devam etmesine rağmen bu bilgiyi yapıcı bir şekilde kendini motive etmek için kullandı. Kendini gerçekte küçük bir kusur olanla harap etmemesinin önemli olduğunu farkındaydı. Kilo değişimleri ile başa çıkmayı öğrenmenin kiloyu korumanın önemli bir parçası olduğunu takdir etmeye başlamıştı ve böyle olunca bu olumlu bir deneyimdi. Âdet öncesi dönemi kilo alımının kendi kilosunun artmasında sorumlu olduğunu kabul etmesine rağmen, aşırı yemek yiyordu ve bununla savaşılabilesi için uygun şekilde harekete geçmesi gerekiyordu. Bu yüzden kararı, kayıt almayı sürdürmek oldu. İkinci kararı paniğe kapılmak ya da dramatik bir düzeltme hareketine başvurmaya çalışmaktansa beklemektir. Ayrıca kendine, kilo almanın onu herhangi bir şekilde “kötü birey” yapmayacağını ya da “başarısızlık” anlamına gelmeyeceğini hatırlattı.

Terapist hastayı tüm bunları başardığı için kutladı ve mevcut deneyimi bir öğrenme fırsatı olarak görmüş olmanın ne kadar önemli olduğunu altını çizdi. Ayrıca terapist onu kilo dalgalanmalarını kişisel başarısızlık kanıtı yerine tarafsızca (yani, enerji alımında ya da harcanmasındaki bir değişimin ve/veya başka fiziksel değişimlerin sonucu olarak) yorumlamaya cesaretlendirdi. Hasta kilosunu tramvay hatlarının ortasına doğru azaltabildi ve kilosundaki ufak dalgalanmaları daha kabullenir hâle gelmeye devam etti.

Tedaviyi Gözden Geçirme

Tedavinin bu son evresi boyunca bir noktada hastaların genel gelişimlerini gözden geçirmelerine yardım etmek iyi bir uygulamadır. Bunda iki amaç vardır. Birincisi sıklıkla unutulana, neyin başarılı olmuş olduğunu belirlemektir. İkinci ise, tedaviden önce veya sonra, yapılması gereken nelerin kaldığını tayin etmek. Bazen eski izleme kayıtlarına, anketlere ve kontrol listelerine göz atmak yararlıdır. Göze çarpan konular (örneğin aktivite ya da beden algısı ile ilgili) olduğunda eğer zaman elverirse, terapist tedavide bunları ele almayı denemelidir. Aksi hâlde terapist bunları gelecekte ele almak üzere plan oluşturmaları için hastalara yardım etmelidir.

Kendini İzlemeyi Sonlandırma

Tedavinin sonuna doğru, hastaların yeme takibini sonlandırmaları gerekir. Onlardan takibe süresizce devam etmelerini beklemek gerçek dışıdır. En iyisi, hastaların yeme takibini, nüks riskinin artması muhtemel olan tedavi sonunda (ya da gelecekte aşırı külfetli olmaya başladığı zaman) aniden kesmeleri yerine, tedavi-

nin içinde bitirmeleridir. Bu durum hastaların halen terapistten yardım alırlarken değişikliğe uyum göstermelerine yardımcı olur. Hastalara yiyecek alımlarını izlemelikleri sürede kilo koruma uygulamaları yaptırmak da ayrıca değerlidir.

Takibin sonlandırılmasının adım adım yapılmasını öneriyoruz. Bizim uygulamamız, ilk adıma tedavinin sonundan en az altı seans önce ve ikinci adıma bir sonraki seansta başlanmasıdır.

Adım 1. Hastalardan kalori alımlarını kaydetmeye son vermelerini fakat tüketiyor oldukları yiyeceği yazmaya devam etmelerini isteyin. Onlardan, bunu yapmalarının muhtemel sonuçlarını tahmin etmelerini ve sonuç olarak oluşacak muhtemel zorluklarla baş edebilmeleri için bir plan hazırlamalarını isteyin.

Adım 2. Bu değişimin yemedeği ve kilodaki etkisini gözden geçirin. Çok ciddi bir sıkıntı olmadıkça (örneğin hızlı bir kilo artışı), hastalardan yedikleri her şeyi takip etmeyi tamamiyle bırakmalarını isteyin. Onlardan bunu yapmalarının muhtemel sonuçlarını tahmin etmelerini ve sonuç olarak ortaya çıkabilecek muhtemel zorluklarla baş edebilmeleri için bir plan hazırlamalarını isteyin. (Eğer Adım 1’de bazı sıkıntılar olmuşsa, bunlar sorun çözme yaklaşımı (bakınız Bölüm 4) kullanılarak ele alınmalı, Adım 2 ise sonraki seansa kadar ertelenmelidir.)

Adım 3. Kaydetmeyi tamamen durdurmanın yeme ve kilo üzerindeki etkisini gözden geçirin.

Hastalar kaydetmenin sonlandırılması fikrine verdikleri yanıtlarda farklılıklar gösterirler. Bir kadın hasta karmaşık duygular hissediyordu. Kayıt tutmamanın alımını kontrol etmeyi zorlaştıracağından kaygı duymuştu, fakat takibin sınırsız devam etmesinin gerçekçi olmadığına da farkındaydı. Kaydetmeyi sonlandırmanın tedavinin daha sonrasında ziyade daha erken yapılmasına ilişkin hastanın endişelerini ve bunların olumlu ve olumsuz yanlarını terapist ve hasta tartıştılar. Hasta yapması gereken en iyi şeyin, kontrolü ele almak ve kayıtlar olmadan işlerin nasıl gideceğini denemek olduğunu hissetti. Hasta 1 hafta boyunca kalorileri kaydetmeyi durdurmaya, haftalık gözden geçirmesinde durumunu yeniden değerlendirmeye ve eğer rahat hissederse bu durumda kaydetmeyi tümünden sonlandırmaya karar verdi. Bunları yaptı ve ilk hafta sonunda kaydetmeyi hiç aramadığının farkına vardı - 9 ay boyunca bunu nasıl devam ettirmiş olduğunu merak etmeye başladı! Kaydetmeyi durdurur durdurmaz kilosunun roket gibi fırlayacağını gözünün önüne getirmişti ama kilosu sabit kaldığı için memnun oldu. Bazı durumlarda aşırı yemiş olduğunu hissetmiş olmasına rağmen, birkaç hafta boyunca toplamış olduğu kanıtlara dayanarak kilosunun artmadığı ve belki de gözle görülür bir şekilde aşırı yememiş olabileceği sonucuna vardı. Bu deneyimle cesareti arttı ve kayıtları sadece kontrolü tekrar ele almaya ihtiyaç duyduğunu hissettiğinde ara sıra kullanarak, kilo korumada iyi bir ilerleme kaydetti.

Diğer bir kadın hasta kilo korumanın başlangıcından birkaç hafta öncesinde kayıt tutmayı durdurdu. Hasta ve terapist kilo koruma için uygun olan bir kalori alımını oturtmak amacı ile geçici olarak kayıt tutmayı sürdürmenin görece değerlerini tartıştılar. Hasta bunun yararlı olacağını görebilmesine rağmen, alımını kalorinin miktarından çok, tüketilen yiyeceğin miktarı ve türü temelinde ayarlamayı zaten öğrendiğini düşündüğünden kayıt tutmayı sürdürmek için isteksizdi. Hasta ve terapist, hastanın deneysel bir temelde, kaydetme olmadan devam etmesinde mutabık oldular. Eğer kilosunu korumayı zor bulursa kaydetme yeniden gündeme gelebilirdi. Kilo koruma evresi, hastanın sadece kilosunda hafif bir artış yaşadığı bir durumda kayıt tutmasıyla gayet iyi gitti.

Üçüncü bir kadın hasta kaydetmeyi bırakma fikri yüzünden oldukça stresliydi. Konudan bahsedildiğinde ağlamaklı hâle gelmişti. Kayıt tutmayı bırakmanın, kontrolünü tamamen kaybetmesi ile sonuçlanacağından korkuyordu. Terapist bunu daha sonra denemektense daha önce denemenin daha iyi olacağı gerekçesiyle hastayı bunu denemeye cesaretlendirdi. Bu yolla, yanlış giden bir şey olduğunda, tedavi esnasında işleri yoluna koymak için fazlaca zaman olacaktı. Hasta ilk başta kalori saymayı durdurmayı denedi. Çok fazla kalori ve yağ içeren gıda çeşitleri yemiş olduğunu hissettiğinde diğer gün daha az yiyerek bu durumu telafi etmek için katı bir “dengeleyici sistem” oluşturdu. Bir sonraki seansta terapist hastaya bu dengeleyici sistem hakkında sorular sordu ve hasta “dengeleme”nin prensipte iyi bir fikir olmasına rağmen, böyle katı ve aşırı uçta olmanın kendisini bir “inip-çıkma” modeli olan aşırı yeme ve daha sonra da çok az yeme riskine soktuğunu görmeye başladı. Endişelerine rağmen kontrolü kaybetmemişti. Terapist daha sonra kayıt tutmayı tamamen sonlandırmasını önerdi. Hasta endişeli olmaya devam etti. Yiyecekler üzerindeki besin etiketlerine bakmadan ve kalori içeriklerinde hesaplama yapmadan alımını kontrol etmeyi oldukça zor bulacağını açıkladı. Terapist fikrin, gıdaların enerji içeriğindekiyle ilgilenmekten tamamıyla vazgeçmek olmadığını fakat basit bir şekilde detaylı yazılı kayıtlar tutmayı durdurmak olduğunu açıkladı. Terapist birçok hastanın, sağlıklarının bilincinde olmayı sürdürmelerinin bir parçası olarak, “gözlerini” yemek tüketimlerinin “üstünden” ayırmadıklarını yeniden hatırlattı. Hasta buna yeniden ikna oldu ve kaydetmeye son vermeyi kabul etti. Resmî kayıt tutmadan daha farklı bir yolla alımını izleyebileceğini fark etti. Kontrol kaybetme ile ilgili korkuları olmasına rağmen kilosu sabit kaldı.

Gelecekteki Kilo Değişikliğini Ele Alma

Tedavinin sonuna doğru hastalardan, gelecekteki bazı spesifik zorluklarla nasıl baş edebileceklerini göz önüne almaları istenmelidir. Kilodaki değişikliklere yanıt vermede yer alan adımları prensipte zaten daha önce öğrenmiş olacaktırlar. Bu aşamadaki odak noktası, hastaların kilo değişikliklerine nasıl cevap vereceklerini tam olarak planlamalarına yardım etmek olmalıdır. Tartışma ile ilgili senaryolar aşağıdakileri içerir:

- *Hasta 2 haftalık bir tatilden 2 kg almış olarak döner ve o an tramvay hattının üstünde olduğunu fark eder.* Bu durumda tartışacak iki konu vardır: Birincisi bu kilo alımını engelleme tercih edilebilir olup olmadığıdır ve ikincisi eğer hasta bu durumu yaşarsa, o zaman ne yapılması gerektiğidir. Terapist hastadan, tatil deyken kilo kontrolünü tamamen bırakmasının yararlı bir strateji olup olmadığını düşünmesini istemelidir. Terapist hastanın tatil esnasında kilo için tetikte olmamasının uzun vadedeki etkilerini dikkatle düşünmesini sağlamalıdır (yani bunun, tersine döndürülmesi aylar sürecektir dikkatsiz bir kilo alımına katkıda bulunabileceğini ve hastanın moralinin bozulması ve tümüyle kilo kontrol çabasını bırakması ile sonuçlanabileceğini). Terapist Broşür H'deki ("Tatiller İçin Planlama") prensipleri takip ederek hastanın tatil için önceden planlar yapmak gibi alternatif stratejiler düşünmesine yardımcı olmalıdır.

Eğer hastalar tatil deyken kilolarının üst tramvay hattına (ya da üstüne) yükseldiğini keşfederlerse (bu beklenen bir şey olsa da olmasa da) aldıkları kilo ile başa çıkabilmek için çoktan tartışılmış olan ilkeleri takip etmeye yönlendirilmelidirler. Hastalar kiloları tramvay hattının merkezine dönünceye kadar gıda alımlarını yeniden kaydetmeye başlamalı ve uygun bir kalori hedefine (örneğin günde 1500 kalori) bağlı kalmalıdır.

- *Hasta rutin tartılmalarında kilosunun sinsice yükseliyor olduğunu fark eder.* Hastalar tedavide öğrenilen ve Broşür U'da ("Kilodaki Değişikliklere Yanıt Verme") özetlenen stratejileri takip etmek için cesaretlendirilmelidirler. Eğer kilo tramvay hattının üstünü geçerse, hastalar kalori alımını kaydetmeye ve uygun kalori hedefini korumayı sürdürmeye cesaretlendirilmelidirler. Eğer kiloları önceki birkaç hafta boyunca sinsice artıyorsa fakat yine de tramvay hatları içerisindeyse buna neden olabilecek neyin değişmiş olabileceğini tekrar ele almalıdırlar (kalori alımlarında ya da aktivitelerinde) ve bu seyri tersine çevirmek için uygun eyleme geçmelidirler.

- *Hasta bacağı kırar ve haftalarca hareketsiz kalır. Kırılan bacak alçıdadır ve bunun sonucu olarak hasta kendini tartamaz.* Hastalar böyle ya da buna benzer durumlarda ortaya çıkan riskleri ve kilolarında denetimi nasıl sağlamaya devam edebileceklerini değerlendirmek için cesaretlendirilmelidirler. Değerlendirilmesi gereken konular şunları kapsar: Her zaman olduğundan çok daha fazla yiyeceklerle ilişkide olabilirler; sıkılmış ya da bıkmış hissedebilirler, bu yüzden daha çok yemeğe meyilli olurlar; insanlar onlara çikolata ya da benzeri şeyler ikram edebilirler ve aktivite seviyeleri de olasılıkla çok düşük olur. Değerlendirilmesi

gereken bir başka nokta da şudur, hasta alçı çıkarıldığında kas zayıflamasından dolayı beklediğinden daha hafif olabilir, fakat kas yeniden güçlendirildiğinde bu kilo yeniden kazanılacaktır. Hastalar bu olası sonuçlar için sorun çözme yeteneklerini kullanarak bir plan hazırlamaya cesaretlendirilmelidirler. Örneğin bu durumda alçılıken tartılarak yeni bir sınır kilosu belirlemek ve daha sonra yeni değişiklikleri görmek için her hafta yeniden tartılmak mümkün müdür?

- *Hasta rahatsız ya da streslidir (örneğin ailedeki bir hastalığa, işteki problemlere, maddi sıkıntılara bağlı olarak) ve hastanın kilosu alt tramvay hattının altına düşer.* Hastalara bu durumda kilo kaybının yararlı olup olmadığını değerlendirmek için yardımcı olunmalıdır. Özellikle göz önüne alınması gereken önemli konu bu aşamadaki kilo kaybının sabit bir kilonun korunması için gereken becerileri kazanma ve uygulamayla karışıp karışmayacağıdır. Ayrıca hastaların kilolarındaki bir düşüşün nedenlerini ve acele bir tepkinin (kaybedilen kiloyu geri kazanmak için aşırı yemeğe kalkışmak biçiminde) gerekli olup olmayacağını düşünmeleri gerekir. Stres ve rahatsızlıktan sonra hastalar genellikle kilonun kasıtlı bir çaba olmaksızın yeniden kazanıldığını fark ederler. Terapist bu dönemde kasıtlı bir biçimde kilo kaybetmeye girişmenin yararlı olmayacağı sonucuna varmasında hastaya yardımcı olmalıdır.

Tedavinin kilo koruma evresinde olan bir kadın hasta bir süredir rahatsızdı. İyileştiği zaman kilosunun alt tramvay hattının aşağısına düştüğünü fark etti. Bu durumu terapisti ile tartıştı; tramvay hattının merkezine dönmek için bilinçli şekilde kilo almaya kalkışıp kalkışmaması gerektiğinde kararsızdı. Tartışmanın sonucunda kilo koruma düzeyinde yemeye ve aniden bir şeyi değiştirmekten çok kilosunu izlemeye devam etmeye karar verdi. Rahatsızlık döneminin hızlı bir kilo kaybına nasıl yol açtığını, fakat kişi yeniden normal yemeye ve içmeye başladığında bu kilonun sıklıkla hızlı bir şekilde geri kazanıldığını tartıştılar. Gerçekten de hasta kilosunda ufak bir artış fark etti, fakat 2 hafta boyunca kendi her zamanki koruma kalıbına uygun yediğinde kilosunun sadece alt tramvay hattının alt çizgisinin üstüne daha yeni çıktığını fark etti. Hasta ve terapist durumu gözden geçirdiler ve eğer hastanın kilosu sabitse ve rahatsızlığının olduğu dönem öncesinde (bu zaman kilosunu tramvay hattının merkezinin yakınlarında koruduğu dönemdir) yediği miktar ile aynı miktarda yer ise, sadece daha önceki konumuna dönmek için kilo almaya çalışmanın yararlı olmayacağına karar verdiler. Bunun yerine, hastanın kilosunu korumaya tramvay hattının altında devam etmeyi hedeflemesinin onun için daha mantıklı olacağına anlaştılar.

- *Hasta doğum yapar ve hamileliğinden önce olduğundan gözle görülür şekilde daha kiloludur.* Hamilelik boyunca hasta sağlıklı beslenme konusunda tavsiyeler aramaya cesaretlendirilmelidir. Hasta hamile kadınların “iki kişilik yemesi” gerektiğine dair popüler söylentinin bir efsane olduğunun ve hamilelik boyunca gerekli olan enerji tüketimi artışının oldukça küçük olduğunun ve bu-

nun sadece hamileliğin geç aşamalarında geçerli olduğunun (bakınız Rössner, 2002) farkında olmalıdır. Hasta doğumdan sonra, tedavinin kilo koruma döneminde oluşturmuş olduğu beslenme alışkanlıklarına kademeli olarak dönme-ye çalışma amacı ile durumunu gözden geçirmek için cesaretlendirilmelidir. Hastalar bu strateji ile çakışabilecek yaşam biçimi değişikliklerini (örneğin evin dışında olmaktansa evde bebekle beraber olmak) ele almak için sorun çözme yeteneklerini kullanmak yönünde cesaretlendirilmelidirler. Hastalar kendileri için mantıklı bir aktivite düzeyinin ne olduğunu ve bunun sürdürülebilir temelde nasıl başarılabileceğini ve kilolarını denetlemeyi en iyi nasıl sürdüreceklerini değerlendirmeye yönlendirilmelidirler. Emzirmenin büyük kilo kaybına yol açacağı şeklindeki genel kanı kesinlikle doğru değildir.

Hasta ödev olarak, kendisini kilo alma riskine atacak deneyimleri yaşayabileceği diğer durumları ve bunlarla nasıl başa çıkabileceğini düşünmeye cesaretlendirilmelidir. Tartışılabilir diğer senaryolar şunlardır: Sigarayı bırakmak³, emekli olmak ya da kariyer değişikliği, aile içi bir kriz, işsiz kalmak, evde genç çocuklara bakmak, hastanede bir süre zaman geçirmek ve kadınlar için menopoza girmek ve hormon tedavisine başlamak. Her durum için stratejiler tartışılmalı ve özgül planlar geliştirilmelidir. Özellikle ilişkili senaryolar kilo koruma planında (aşağıya bakınız) yer almalıdır.

Gelecekteki Olası Kilo Verme Girişimlerini Ele Alma

Bazı hastalar gelecekte daha fazla kilo kaybetmeyi deneyeceklerdir. Daha fazla kilo vermeyi denemek ters sonuçlara yol açabileceğinden bu olasılığın ele alınması gereklidir. Eğer hastalar kendilerine başarılması olasılık dışı olan bir kilo hedefi koyarlarsa bu hedefi başaramadıklarında başarısız olmuş hissetmeleri tehlikesi vardır. Ayrıca neleri başarmış olduklarını da küçümseme riskindedirler. Sonuç olarak yeni kilolarını korumak için herhangi bir çabadan vazgeçebilir ya da en azından onu gönülsüz bir şekilde korumak için girişimde bulunabilirler, çünkü kilolarını buna değecek kadar kontrol ettiklerine inanmazlar. Hastalar memnun oldukları kiloya erişseler bile, eğer bu kiloyu korumak için ola-

³ Sigara içmek, sağlık açısından şişmanlık gibi çok önemli bir risktir. Hastalar bazen sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri yaptıklarından sigarayı da bırakmayı arzu ettiklerine karar verirler. Bu sağlık açısından olumlu bir adımdır ve hoş karşılanmalıdır. Sigarayı bırakıp bırakmamak gerektiğini soran hastalara, terapistlerin şunları açıklamasını öneriyoruz:

- Sigarayı bırakmanın kesin sağlık faydaları vardır ve iyi bir fikirdir;
- Tedavinin erken aşamalarında (ilk 6 hafta) sigarayı bırakmaya yeltenmek iyi bir fikir olmayabilir, çünkü zaten oldukça büyük bir yaşam değişikliğine girişmişlerdir ve aynı anda çok fazla değişiklik yapmak zor olabilir;
- Sigaranın bırakılması genelde biraz kilo alımı ile sonuçlanır, fakat eğer hastalar tedavi esnasında anlatılan kilo yönetimi tekniklerine bağlı kalırlarsa bunun olasılığı düşüktür;
- Daha fazla yardım isterlerse, hekimleriyle ya da sigarayı bıraktırma konusunda uzmanlaşmış organizasyonlarla ilişkiye girmelidirler.

ğan dışı diyet kısıtlamaları yapmaya ihtiyaç duyarlarsa, uzun vadede bunu devam ettirmede başarılı olamama tehlikesi vardır. Klinik deneyimimiz, bir kez biraz kilo alımı olduğunda ve arzu edilen düşük kilonun korunmasının imkânsız hale geldiği açık olduğunda, çoğu hastanın tüm kilo kontrolü girişimlerinden (çok zor olduğunu ve arzulanan faydaları getirmediğini düşünerek) vazgeçtiğini göstermiştir.

Daha fazla kilo verme arzusu ele alındığında, hastalar neden kilo vermek istediklerini ve kilo vermenin istediklerini başarmalarına yardım edip etmeyeceğini düşünmeye yönlendirilmelidirler. Kilo verme arzusu ile “birincil hedefleri” (örneğin daha fazla arkadaş ya da eş bulmak) birbirine karıştırıyor olabilirler ve daha işe yarar bir şekilde yapabilecekleri başka bir şey olabilir. Hastalar daha fazla kilo kaybının faydalarının, kilo vermenin gerektirdiği ciddi çabalardan gerçekten daha fazla olup olmadığını değerlendirmelidirler.

Bu konuları tartışırken, hastalara erken kilo verme çabalarının kilo koruma becerilerinin kazanımı ile karışıp karışmayacağını düşünmeleri hatırlatılmalıdır. Deneyimize göre, daha fazla kilo verme girişimini tedavinin sonundan sonra en az 6 ay için ertelemenin en iyisi olduğu hastalara anlatılmalıdır.

Eğer hastalar daha fazla kilo vermekte kararlı iseler, terapist onların bunu nasıl yapmayı planladıklarını onlarla beraber gözden geçirmelidir. Eğer belirli bir planları varsa olası zorlukları ele alma amacı ile bu planlar tartışılmalıdır. Üstünde mutabık kalınan stratejiler kilo koruma planında (aşağıya bakınız) yer almalıdır. Genellikle tedavide kullanılan yöntemleri önermek en iyisidir (örneğin tüketilen kalorileri kaydetme, tedavide kullandıkları aynı kalori hedefini kullanma, sağlıklı beslenme hakkındaki prensipleri takip etme vb.).

Son olarak, hastalara yeni kilolarına “kilitlenebilmeleri” için kilo verme girişimlerini bir kilo koruma döneminin takip etmesinin değeri hatırlatılmalıdır. Bu nokta kişisel kilo koruma planlarında yer almalıdır (aşağıya bakınız).

Kilo hedeflerini (bakınız Bölüm 8) tartışırken, bir kadın hasta hedefinin 60,3 kg'a (BKİ 22,4) erişmek olduğunu açıkladı. Tedavinin bu aşamasında (28. hafta) hasta 10,9 kilo kaybetmiş ve 76,2 kg'lık bir ağırlığa (BKİ 28,3) erişmişti. Hasta tedavinin kilo koruma evresine girmekten mutluysa, fakat uzun vadede nihai hedefine doğru ilerlemekte istekli kaldı. Terapist bunun gerçekçi bir hedef olmadığından endişe duyuyordu, çünkü hastanın bu kadar düşük bir kiloyu koruma yönündeki daha önceki tek deneyimi çok az yiyor, ağır egzersiz yapıyor ve kilo verme hapları alıyor olduğu bir zamanda olmuştu. O zaman bile, hasta bu kiloyu uzun süre koruyamamıştı.

Hastanın koruma planının hazırlığı sırasında terapist bu konuyu açtı. Daha önceki tekrarlayan yeniden kilo alımı tecrübelerine rağmen, hasta uzun vadede bu hedefi amaçlama konusundaki katı niyetini ifade etmeye devam etti. Hastanın hedefini yeniden gözden geçirmeyeceği kesinleştiği için terapist pragmatik bir yaklaşım ele almak zorunda kaldı. Bu, hastayı sadece şu durumlarda daha fazla kilo verme girişimlerine kalkışmasının

önemi konusunda eğitimi içeriyordu: (1) kilo koruma becerilerini en az 9 ay pekiştirdikten sonra; (2) belirli bir dönem boyunca ve sonrasında yeniden kilo korumaya “kilitlenme” şartıyla ve (3) eğer, yapılan bir değerlendirilmeye göre, kişisel hedeflerini gerçekleştirmenin daha uygun başka bir yolu yoksa. Terapist, hastanın bu yolla nihai hedefine doğru adım adım ve kilo koruma yeteneklerini hiçbir şekilde kaybetmeden ilerleyebileceğini umdu. Hasta ve terapist bu notları koruma planında bulundurdular ve tedavinin sonuna dek, hasta sonuç olarak daha fazla kilo vermeye niyet etmiş olduğunu ama kilo koruma yeteneklerini pekiştirmesinin önemini takdir ettiğini ifade etti. Yaklaşık 6 aylık bir süre sonunda seçeneklerini gözden geçirmeyi planladı.

Kişisel Bir Kilo Koruma Planı Hazırlama

Tedavinin sonuna doğru, terapist ve hasta beraber kişisel bir kilo koruma planı hazırlamalıdır. Bu genellikle üç seans sürer ve en geç bitimden önceki üç seansta başlanmalıdır. Aşağıdaki adımların her biri bir seansta (bir sonrakinden önce tamamlanacak ödevle birlikte) incelenebilir.

Adım 1

İlk olarak, terapist gelecekteki kilo kontrolü hakkında detaylı kılavuzluk sağlayacak, açık ve yazılı bir plana (“kilo koruma planı”) sahip olunmasının değerini tartışmalıdır. Vurgulanması gereken iki ana nokta, bu planın kilo koruma ile ilgili nelerin öğrenilmiş olduğunun yararlı bir hatırlatıcısı olarak rol oynayabileceği ve eğer hastanın kilosu gelecekte bir noktada artma işaretleri gösterirse ne yapılması gerektiği hakkında detaylı, kişisel olarak geçerli bir kılavuz olacaktır. Hastalara, bu zamanlar asla geri gelmeyecek diye ummak yerine, önceden hazırlanmanın en iyisi olduğunu da açıklamak gerekir. Hastalara, o anda kendilerine yardım etmiş olan şeylerin çok farkında olmalarına rağmen, eğer kiloları 5 yıl sonra artmaya başlarsa, unutmuş veya ihmal etmiş oldukları öğeleri yeniden ortaya çıkarabilirler diye yararlı buldukları stratejileri ve prosedürleri anımsatıcı detaylı bir pusulaya sahip olmaktan çok memnun olabilecekleri hatırlatılmalıdır.

Hastalardan ev ödevi olarak, yazılı kilo koruma planlarının işe yarar neleri içerebileceği hakkında düşünceleri istenmelidir. “Doğru cevap”ların olmadığı ve önemli şeyin kendileri için nelerin en yararlı olacağını düşünceleri olduğu iyice açıklanmalıdır. “Koruma Planı Taslağı” açıklaması (Tablo 11.1; Broşür V) hastaların konu hakkında düşüncelerine yardımcı olmak için yaygın olarak kullanılan başlıkları sağlar.

Ayrıca terapistler hastaların tedavinin çeşitli bileşenlerini düşüncelerini ve hangilerinin en iyi işe yaradığını not etmelerini istemelidirler. Yardımcı olmamış öğeler konusunda ise, hastalar bunların etkisiz mi, uygunsuz mu yoksa yan-

TABLO 11.1

Koruma Planı Taslağı**KORUMA PLANI TASLAĞI**

Aşağıdaki başlıklar altına bazı notlar alınız.

1. Yeniden kilo kazanmak istememe sebeplerim:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
2. Devam edilecek iyi alışkanlıklar (yeme):
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
3. Devam edilecek iyi alışkanlıklar (aktivite):
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
4. Farkında olunması gereken tehlikeli alanlar:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.

liş uygulanmış olduklarından mı bu sonucu ortaya çıkardıklarını düşünmelidirler. Eğer bu öğeler şimdi veya ileride bir noktada yararlı olabilecek iseler, o zaman ayrıca not edilmelidirler.

Son olarak, hastalar hangi durumların kendilerini gelecekte kilo kazanımına götürmelerinin olası olabileceğini ve bunlarla baş etmeyi nasıl akıllarında canlandırmaları gerektiğini not etmeye cesaretlendirilmelidirler.

Adım 2

Hastanın tamamlanmış ev ödevini bir başlangıç noktası olarak kullanarak, terapist ve hasta birlikte bir kilo koruma planı taslağı oluşturmalıdırlar ve son seanstan önce terapist, hastanın saklaması için yazılı bir versiyonunu hazırlamalıdır. Örnek bir plan Tablo 11.2’de gösterilmiştir.

Adım 3

Terapistler hastalara yazılı kilo koruma planını vermeli ve onlarla birlikte gözden geçirmelidirler. Hastalardan ekleme ve değişiklikler önermeleri istenmeli ve sonrasında kendilerine koruma planının tamamlanmış bir versiyonu gönderilmelidir (veya orada verilmelidir).

TABLO 11.2

Örnek Bir Koruma Planı**KİLO KORUMA PLANIM**

Bu doküman önemlidir. Her zaman kilo almaya meyilli olacağım. Bu bana sorunu en aza indirmede yardımcı olacak. Düzenli aralıklarla yeniden okumam gerekiyor. Her seferinde, günlüğüme bu planı yeniden okumam gereken bir sonraki zaman hakkında hatırlatıcı bir not yazacağım.

Yeniden kilo almak istemememin sebepleri

Neden yeniden kilo almak istemediğimi hatırlamak önemli:

- Artık çok daha zinde hissediyorum.
- Daha fazla enerjim var.
- Kilom yüzünden artık bazı şeylerden dışlanmıyorum. Merdivenleri kolaylıkla çıkabiliyorum ve diğer insanlara yetişebiliyorum.
- Kıyafetler eskiden oldukları gibi sorun değil artık.
- Boyutlarım yüzünden diğer insanların arasında artık sırtımadığımı hissediyorum.
- Artık “diğer insanların yapabildiklerini yapamam” diye düşünmüyorum.

Kilonun korunması**1. Hedef kilo aralığım**

Hedef kilo aralığım 90-94 kg arası. Kilomu koruma alıştırmaları yapmam gerektiğinden önümüzdeki 6 ay boyunca tramvay hatlarının arasında kalmaya çalışacağım. Bundan sonra, daha fazla kilo kaybetmeye çalışmayı düşünürsem, ilk önce kendime neden kilo kaybetmek istediğimi soracağım. Gerçekçi olduğumdan emin olacağım. Daha düşük bir kiloyu korumanın daha zor olduğunu hatırlamaya tutarak, bunun olumlu ve olumsuz yanları hakkında düşünmeyeceğim. Birkaç kilo daha kaybetmeye çalışıp yeniden kilo almayı riske etmekten se bu kiloyu başarılı bir biçimde korumayı öğrenmenin benim için çok daha iyi olduğunu kendi kendime hatırlatacağım. Kilo kaybetmeye çalışmak için iyi bir zaman olup olmadığı hakkında düşünmeyeceğim.

Eğer daha fazla kilo kaybetmeye karar verirsem, bu tedaviyle tutarlı bir şekilde yapacağım (“geçici diyet”leri denemekten ziyade). Kilo kaybetmek için kendime açıkça belirlenmiş bir zaman koyacağım (örneğin 3 ay) ve ilerlememi aylık aralıklarla gözden geçireceğim. 3 ay sonra (veya yapabileceğim ya da istediğim kadarına erişmişsem daha az bir zamanda), yeni kiloma “kilitlenmek” için kilo korumayı sürdüreceğim.

2. İyi alışkanlıklar (yeme)

Şu iyi alışkanlıkları devam ettirmek istiyorum:

- Ne yediğimin farkında olmayı sürdürme
- Günde üç öğün yeme
- Çok fazla yememek (örneğin ikincileri almamak)
- Çok hızlı yememek (özellikle stresliyken)
- Çok sık yememek (örneğin çok fazla abur cubur yememek)
- Ama çok uzun bir yeme arası da vermemek
- Önceden planlamak ve öğle yemeğini işe götürmek
- İçtiğim alkol miktarını sınırlamak (örneğin alkolsüz günler yapmak) ve çok fazla alkol içmediğim zamanlar daha iyi olduğumu kendime hatırlatmak
- Yiyeceklerin düşük kalorili olanlarını seçmek
- Çokça meyve ve sebze yemek (günde en azından beş porsiyon hedeflemek)
- Her öğünde ekmek, tahıl, pilav veya makarna yemek
- Yiyeceği doğrudan paketten yememek
- Eğer arabadayken bir şey çiğnemek istersem şekersiz çiklet çiğnemek
- Eğer emin değilsem yeni yiyeceklerin kalorilerini kontrol etmek ve alışveriş yaparken markaları karşılaştırmak

TABLO 11.2

(devamı)

- Kalanları atmak veya bir arkadaşa vermek
- Dışarıda yerken tabakta biraz yemek bırakmak
- Bir gün daha fazla yemişsem diğer günlerde daha az yiyerek telafi etmek
- Ara sıra yiyecekleri tartmak, porsiyonlarının daha büyük hâle gelip gelmediğini kontrol etmek
- “Yasak yiyecekleri” olmamak, onun yerine bir şeyi istersem çok fazla yememeye dikkat ederek ondan küçük bir miktar almama izin vermek
- Gerçekten aç değilken yemeye ayartıldığımda “dürtü sörfü yapmak”

3. İyi alışkanlıklar (aktivite)

Kendimi şu şekilde aktif tutmak istiyorum:

- Aktif olmanın faydalarını kendime hatırlatmak
- Bisiklete binmek
- Olabildiğince yürümek

4. Tehlike alanları

1. Stres altındayken yiyeceğe başvurmaya meyilliyim. Bu benim kilo alma riskimi artırıyor ve stresi azaltmıyor. Benim uzun vadede daha iyi hissetmeme yardımcı olacak, sorunlarla başa çıkmak için başka yollar kullanmaya çalışmalıyım. Ayrıca sorunlarla yüzleşeceğim ve çözümler bulmak için sorun çözme-yi kullanacağım.
2. Başarılarımı ihmal etme eğilimim var. Ayrıca “kötü hissetmek” ile “şişman hissetmeyi” birbirine karıştırmamaya çalışacağım.
3. Bazen yorgun hissettiğim için fazla yedim. Kendime bakmaya ve kendimden geçmiş hissetmeyeyim diye rahatlamak ve dinlenmek için yeterli zaman ayırmayı sağlamaya çalışacağım.
4. Geçmişte “ya hep ya hiç” şeklinde düşünme eğilimim oldu. Artık hiçbir yiyeceğin “yasaklı” olmadığını biliyorum. Fazla yemiş veya biraz kilo almışsam, güçlükleri yenebilir ve derhal kendimi rayına sokabilirim.
5. Bir başka tehlike alanı başka insanlara yemek yaparken oluşabilir. Diğer insanlar için yüksek kalorili yiyecek hazırlamak zorunda olmadığımı hatırlamalıyım. İstemediğim sürece insanları yemeğe davet etmek zorunda olmadığımı da öğrendim! Eğer insanları davet edecek olursam, ortamdaki bir bütün olarak zevk almaya ve aşırı yememeye çalışacağım.

5. Kilo izleme ve gözden geçirme

Belirsiz bir süre tartılmaya devam etmem gerekecek çünkü her zaman kilo alma riskim olacak. Sorunun olmadığını düşünmektense onu kabul etmek daha iyi. Tartılmamaktan kaçınmalıyım. Her cuma sabahı tartılacağı ve bu kiloyu kilo değişimi işaretleri aramak için kilo grafiğime işaretleyeceğim.

6. Eylem zamanı

Şunlardan biri oluşursa eyleme geçmeliyim:

1. Eğer kilom tramvay hatlarını geçerse (90-94 kg aralığı dışına çıkarsa)
2. 4 hafta boyunca istikrarlı kilo alımı kanıtı varsa
3. Kilomda ani bir değişim varsa (1,8 kg veya daha fazla)

Eğer kilom yükseliyor idiyse ama hâlâ tramvay hatlarının içindeyse, yediklerim hakkında özellikle dikkatli olmak için ciddi bir çaba sarf edeceğim. Bunu yapmam önemli çünkü sorunu tomurcukken kısırmak daha çok arttıktan sonra kilo kaybetmekten çok daha kolaydır. Eğer kilom tramvay hatlarının üzerine çıkmışsa, aşağıdaki konuları ele almam gerekecek:

TABLO 11.2

(devamı)

Gerilemelerle başa çıkmak**1. Kilodaki değişimi değerlendirme**

- Ani bir fırlama mı yoksa artan bir seyir mi?

2. Sebeplerini teşhis etme

Üç potansiyel sebep vardır:

1. Yiyecek alımında bir değişim – en olası olanı
2. Aktivitede bir değişim
3. Sağlığın bozulması

Kilo alımına neyin sebep olduğunu anlamak için bilgi toplayacağım ve izlemeye devam edeceğim. Bu kalori sayımını gerektirecek (ve dolayısıyla yiyecekleri tartmayı). Kilo alımımın olası sebeplerinin porsiyon boyutlarında bir artış, kötü yiyecek seçimi ve strese bağlı yeme olduğunu öğrendim. Ayrıca aktivite düzeyim hakkında da düşüneceğim. Oturarak çok fazla mı zaman geçiriyorum? Hâlâ gün boyunca aktif miyim ve spora gidiyor muyum?

3. Arka plandaki sebepleri fark etme

Beni kilo alımına götürebilecek başka nelerin olup bittiği hakkında düşünmem gerekecek. Son birkaç aydaki hayatım hakkında düşünmem gerekecek. İlişkili değişiklikler olmuş mu? Stres altında mıyım? Yoksa sadece alışkanlıklarım mı bozulmuş?

4. Kilodaki değişimle başa çıkmak için bir plan tasarlamak

- Aşama 1. Kilomu tramvay hatlarının ortasına doğru geri getirmek için bir enerji açığı oluşturmam gerekecek. Bu genellikle yiyecek alımını birkaç haftalığına kısmayı gerektirecek (örneğin 1500 kaloriye). İlerlememi düzenli olarak değerlendirmem (3 günde bir civarında) ve planlarımı ona göre ayarlamam gerekecek.
- Aşama 2. Bir kez kilom doğru olunca, kilomu sabitlemek için başka ayarlamalar yapmam gerekecek. Ayrıca kilo alımına yol açan beslenmemdeki ve aktivitemdeki değişikliklerin de üstesinden gelmem gerekecek. Bir noktada yiyecek alımımı kaydetmeye son vermem gerekecek.

5. Arka plandaki sebeplerle başa çıkmak için bir plan tasarlama

Eğer arka planda bir sorun varsa, bunun üstesinden gelmek için sorun çözme yaklaşımını kullanmam gerekecek. İlerlememi düzenli olarak gözden geçirmem gerekecek.

Tedaviyi Bitirme

Son tedavi seansında, terapistler hastaları başarılarından dolayı kutlamalıdır ve tedavi ve tedavinin bir sona geldiği gerçeği hakkında bir bütün olarak nasıl hissettiklerini sormalıdır. Kalan bütün sorunlar yeniden ele alınmalıdır. Hastalar özellikle kiloları yükselme belirtileri gösteriyorsa kilo koruma planını ara sıra yeniden okumaya cesaretlendirilmelidirler. Ayrıca haftada bir tartılmaya devam etmeleri ve kilolarını grafiklerinde işaretlemeleri hatırlatılmalıdır. Bizim uygulamamız 20 adet boş kilo grafiğini onları doldurmaya devam etmelerinin

beklendiğinin somut bir işareti olarak hastalara vermektir. En üstteki kopya hastanın başlangıç kilosu vurgulanarak (eğer hasta önemli bir miktarda kilo kaybetmişse) ve üzerinde anlaşılan tramvay hatları işaretlenerek her hastaya göre ayarlanmalıdır.

Terapistler, hastanın tedavide yararlı olduğu görülmüş olan prensipleri izlemeye devam edeceği beklentisini kendisine aktararak, tedavinin her zaman olumlu bir şekilde sona ermesini sağlamak için ellerinden gelenin en iyisini yapmalıdırlar. Hastalara kilo kazanımıyla etkili bir biçimde nasıl baş edebileceklerini öğrendikleri ve eğer bu prensipleri izlerlerse, kaybettikleri kiloları yeniden kazanmaya karşı korunacakları hatırlatılmalıdır.

Hastalara tedavinin bitiminden sonra birkaç takip seansı randevusu sunmak iyi bir uygulamadır.⁴ Bunların yaklaşık 2 aylık aralıklarla olmasını öneriyoruz. Bunlar hastalara gelip oluşabilecek sorunları tartışabilecekleri bir fırsatın sunulduğu “itici seanslar” olarak görülebilir.

⁴ Bu bizim genel önerimiz olmasına rağmen, Oxford çalışmasındaki uygulamamız böyle değildi. Bunun sebebi amacımızın tedavinin tek başına, sonradan destek olmadan, geleneksel kilo kontrolü yöntemlerinden daha üstün olup olmadığını anlamaktı.

E K I

Hasta Broşürleri

YEDİKLERİNİZİ KAYDETMEK

Kaydetmenin öneminin üzerinde çok fazla durulamaz. Eğer tedavi başarılı olarsa bu can alıcıdır. Kaydetmek size davranışınızın tam olarak hangi yönlerini değiştirmeniz gerektiğini saptamada yardımcı olacaktır, ve size bu değişiklikleri yapmada yardım edecektir.

Bu aşamada yediğiniz ve içtiğiniz her şeyi kaydetmeniz gereklidir. Basit bir betimleme işe yarayacaktır. Bunu yapmak için, kayıtlarınızı beraberinizde taşımanız gerekecek. Aşağıdaki talimatlar kayıtları tamamlamada size yardımcı olmaları içindir.

- Sütun 1 ilgili maddeleri yediğiniz veya içtiğiniz günün tam zamanını not etmek içindir. Her şeyi hemen sonrasında olabildiğince çabuk yazmalısınız.
- Sütun 2 yenilen ve içilenlerin basit bir tarifini yapmak içindir. Tüketilen her şeyi mutlaka kaydetmelisiniz. Lütfen öğünleri ayrıçlarla belirtiniz.
- Sütun 3 o anda nerede olduğunuzu not etmek içindir. Eğer evdeyseniz lütfen odayı not ediniz.
- Aşırı olduğunu düşündüğünüz yediğiniz her şeyin yanına Sütun 4'e bir yıldız işareti konmalıdır. Bu diğer insanların değil sizin görüşünüz olmalıdır.
- Sütun 5 kalorileri not etmek içindir.
- Sütun 6 diğer ilişkili noktaları not etmek içindir (örneğin düşünce ve duygularınız, şartlar ve yemenin olduğu bağlam). Bu kolona ayrıca her tartıldığınızda kilonuzu da not etmelisiniz.

Lütfen kayıtlarınızı her tedavi seansına getirmeyi unutmayınız.

BROŞÜR B

ÖRNEK YİYECEK GÜNLÜĞÜ

GÜN Çarşamba

TARİH 7 Ekim

Zaman	Tüketilen Yiyecek ve İçecek	Yer	*	Kalori	Yorumlar
8:45	2 dilim siyah ekme 14 g tereyağı 14 g yer fıstığı ezmesi su	mutfak	*	160	Gerçekten yemek istemedim
			*	102	Düşünmeden yeme.
			*	87	
				0	
8.55					Kilo 103 kg. Çok fazla
10:50	Diyet kola	İş			
12:50	Otomattan çikolata	İş	*	255	Pakette yazan kalori. Kantine gitmeyi planlamıştım ama tanıdığım 4 kişi oradaydı ve beni yerken görmelerini istemedim.
13:00	Karidesli mayonezli sandviç (az yağlı) Diyet kola Parça çikolata	Şehirde	*	283	Pakette yazan kalori
				0	
			*	255	İstemiyordum, neden yediğimi bilmiyorum.
15:00	Diyet kola	İş		0	
18:05	1 cin ve tonik	Bar		85	İş arkadaşlarımla çıktım. Zevk almadım – yeme sorunlarımı düşünüyordum
19:40	Yarım somun ekme (yani 400 g) Tereyağı Yer fıstığı ezmesi 4 bardak kırmızı şarap	Yemek odası	*	880	Tartmadığımdan kalorileri tahmin ettim.
			*	510	Kötü hissediyorum.
			*	435	Bunu tekrar yaptığıma inanamıyorum.
			*	340	
		TOPLAM		3392	Yatmaya gidiyorum.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

BROŞÜR C

ÖRNEK YİYECEK GÜNLÜĞÜ

GÜN Pazar

TARİH 15 Ağustos

Zaman	Tüketilen Yiyecek ve İçecek	Yer	*	Kalori	Yorumlar
10:00	2 dilim tost Krem peynir (diyet) Siyah kahve	Ön oda		158 25 0	
11:40	10 Pringles	Ön oda		110	Görünce dayanamadım!
Öğle	Nektarin	Mutfak		80	Sanırım sadece sıkılmışım.
13:40	2 dilim tost Krem peynir (diyet) Diyet kola	Ön oda		158 25 0	
18:30	Tavuk (250 g) Fırında patates (115 g) Havuç (225 g) Karnabahar (250 g)	Ön oda		306 172 80 90	Çok memnun edici yemek
19:20	Büyük portakal (370 g)	Mutfak		91	
21:00	Orta boy muz	Arkada- şımın evi		114	Bunları tartamadım dolayısıyla kaloriler bir tahmin
21:40	Bardak şarap (orta boy, beyaz)	Arkada- şımın evi		95	
		TOPLAM		---	Bugünden memnunum
				1504	

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

BROŞÜR D

BOŞ İZLEME KAYIT FORMU

GÜN

TARİH

Zaman	Tüketilen Yiyecek ve İçecek	Yer	*	Kalori	Yorumlar

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

ENERJİ DENGESİ

Anahtar noktalar

- Dengeli bir kilo için, enerji alımınız (yiyecek olarak ne yediğiniz ve içtiğiniz) yaktığınız enerjiye (beden süreçlerinizi ayakta tutmak ve fiziksel aktivite için gereken) eşit olmalıdır.
- Enerji alımınız (kaloriler) yaktığınız enerjiden belirli bir süre boyunca aşarsa kilo sorunları oluşur.
- Bu pozitif enerji dengesi (fazladan enerji) bedende temelde yağ olarak depolanır.
- Fazla kilo (yağ), sadece vücudunuz enerji (yağ) deposundan almaya başlasın diye negatif bir enerji dengesi yarattığınızda kaybolur.
- Kilo kaybı sağlamak için enerji alımınızda (yiyecek ve içecek olarak) sürekli bir azalma gerekir.
- Prensipte kilo kaybı oranınız fiziksel bir aktivite sonucu yaktığınız enerjinin artırılmasıyla hızlandırılabilir ama pratikte ek getiriler çok fazla değildir. Öte yandan, düzenli fiziksel aktivite kilonun korunmasına yardımcı eder.
- Hedef kilo aralığınıza bir kez ulaştığınızda, kilonuzu sabitlemek için, yeme ve aktivite düzeyinizi ayarlamak gereğini duyacaksınız. Bu üzerinde çalışmayı gerektiren önemli bir beceridir.

Neden bazı insanların kilo sorunları vardır?

- İki temel neden vardır ve genellikle her ikisi de geçerlidir:
 - Çok fazla yemek (enerji alımının çok yüksek olması)
 - Yeterince hareketli olmamak (yeterince enerji yakmamak)
- İnsanların bedenlerinin çalışması için gerekli olan enerji miktarları değişmesine rağmen, metabolik, hormonal veya diğer tıbbi sorunlar nadiren konuyla ilgilidir.
- Kilo sorunları ailelerde oluşmaya meyillidir. Bu, aile çevresi veya genetik faktörler veya her ikisine de bağlı olabilir.
- Genlerin beden ağırlığı üzerine belirli bir etkisi vardır, yani çoğu bireyin önemli kilo sorunları yaşadığı bir aileden geliyorsanız, benzer sorunlara genetik olarak yatkın olmanız olasıdır.
- Psikolojik faktörler bazı insanların yemesine yol açar. Bazı insanlar strese tepki olarak, mutsuz olduklarında veya sıkıldıklarında fazla yerlerken diğerleri iştahlarının azaldığını hissederler. Aşırı diyet de fazla yemeyi cesaretlendirir.
- Kötü yeme alışkanlıkları da öğrenilebilir (evde, işte, okulda veya başka durumlara bağlı olarak). Bugün toplumumuzdaki özel bir sorun, çoğu insanın kolay erişilebilir ve lezzetli olmaları yüzünden çok fazla yüksek yağlı yiyecekler yemesidir.
- Toplum olarak aynı zamanda eskiden olduğumuzdan çok daha az hareketliyiz. Çoğu insanın az hareket gerektiren işleri var ve evde de daha az hareketliler.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford Press. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

GÖZDEN GEÇİRME SEANSLARI

Randevularınız artık 2 haftalık aralarla olacağından, kendinizle haftalık ara seanslar, randevular yapmanız önemli. Bu tuhaf gibi gelebilir, ama çok işe yarar. Bu gözden geçirme seanslarının amacı, sizin, ilerlemeniz ve olabilecek sorunlarınız konusunda uyanık kalmanızı sağlamaktır. Aynı zamanda seanslarımız arasında hızı korumanıza da yardım edecektir.

Bu gözden geçirme seansları önemlidir ve öncelik verilmelidir. Önceden bir tedavi randevusuymuş gibi planlamak en iyisidir. Her seansın aşağıdaki gibi bir yapısının olması yardımcıdır:

- İlerlemenizi en son izleme kayıtlarına ve kilonuzdaki herhangi bir değişime dayanarak gözden geçirin. Bunu yaparak son seansta üzerinde uzlaşılan “ev ödevi”nin bir değerlendirmesini yapmalısınız.
- Son hafta boyunca başardığınız her şeyi saptayın. Kendi başarılarınıza inanmanız önemlidir.
- Gelecek hafta için kendinize bir veya iki özel hedef koyun.

Haftalık aralarla tartılmaya ve kilonuzu grafiğe kaydetmeye devam etmeniz de çok önemlidir.

Her randevuda gözden geçirmede ne yaptığınızı ve kendiniz için koyduğunuz hedefleri tartışacağız.

İlerlemenizi bu şekilde değerlendirmeyi bir alışkanlık haline getirmek, sizi geleceğe, artık tedavi için gelmeyeceğiniz zamana hazırlayacaktır.

SOSYAL YEME

Kalori alımınızı kontrol etmeye çalışırken dışarıda veya başka insanlarla yeme ek güçlükler doğurabilir. Önceden planlamak önemlidir. Özellikle hem sosyal yemeyle ilgili pratik meselelerle hem de kalori sınırınıza bağlı kalma tutumunuzla nasıl başa çıkacağınız hakkında düşünmüş olduğunuzdan emin olmak yararlıdır. Eğer onlarla başa çıkmak için bir planınız varsa, çoğu durumların başarılı bir biçimde üstesinden gelinebilir. Öte yandan, eğer hazırlıksız yakalandıysanız, daha büyük sorun yaşama riskiniz vardır.

İşte dışarıda yemeyle başa çıkmak için bazı özgül tavsiyeler.

B. Pratik Stratejiler

Genel

- Yeterince önceden planlayın, çünkü yemenizi kalorileri “depolayacağınız” olaydan önceki (ve/veya sonraki) günlerde ayarlamak isteyebilirsiniz. Çoğunlukla aynı zamanda özel durumla baş etmek için bir strateji planlamanız da gerekecek (aşağıya bakınız).
- Karşılaşacağınız güçlükler hakkında düşünün. Aşağıdakileri değerlendirin:
 - Sunulacak yiyecek miktarı ve tipleri
 - Yeme yönündeki sosyal baskılar
 - “Ekstra”ların erişilebilirliği (örneğin öğün öncesi iştah açıcılar, yemek sonrası çikolataları)
 - Alkol
- Geçmişte benzer durumlarla nasıl başa çıkmış olduğunuz hakkında düşünmek faydalı olabilir.

Aşağıda bahsedilen bütün durumlarda önceden planlamak yararlıdır. Bu size, oluşabilecek güçlükleri önceden tahmin etmek ve onlarla başa çıkmak için zaman verir. İşte yardımcı olabilecek bazı pratik öğütler. Hepsinin size uymayacağını unutmayın.

Restoranlar

- Mümkünse restoranın seçimine katılın; menüye önceden bakın veya mümkünse restorana telefon ederek düşük yağlı veya düşük kalorili yemeklerin olup olmadığını sorun.
- Mümkünse, yemeğin ekstra tereyağı olmadan ve sosların ayrı sunulmasını isteyin ki böylece aldığınız miktarı kontrol edebilirsiniz. Ana yemeğin ekstra sebze veya salatayla birlikte daha küçük bir porsiyonunu istemeyi düşünün.
- Set menülere dikkat edin. Kilo kaybetmeye çalışan kişiler için pek iyi olmayan seçimleri olan yemekler içerebilirler ama aynı zamanda ödemeyi yaptıktan sonra diyenmesi de zor olabilir.
- Tatlı olarak taze meyve istemeyi deneyin veya tatlıyı bir başkasıyla paylaşın.

devamı

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

Açık Büfeler

- Tabahınıza bir şey koymadan önce nelerin bulunduğuna dikkatle bakın. Gerçekten hoşlanacağınız birkaç yiyeceği saptayın (her şeyden birazcık denemekten ziyade) ve salata veya pilav gibi sizi doyuracak düşük kalorili opsiyonlar seçin.
- Tam boyutlu bir yemek tabağı yerine tatlı tabağı kullanmaya çalışın.
- Oturarak yediğiniz bir yemekmiş gibi davranın. Açık büfeyi sadece bir kez ziyaret edin ve sonra yedikten sonra tabağınızdan mümkün olduğunca erken kurtulun.
- Alternatif olarak, bir başkasından size biraz yiyecek getirmesini isteyin ve ona neleri istediğinizi söyleyin.

Kendi Evinizde Davet Verirken

- Yüksek yağlı, yüksek kalorili bir yemek sunmak zorunda olup olmadığını değerlendirin. Çoğu insan ya kilolarına veya sağlık sebeplerinden dolayı diyetlerine dikkat ediyordur. Düşük yağlı bir öğünün aynı şekilde misafirlerin hoşuna gitmesi olasıdır ve kesinlikle kötü bir ev sahibi olduğunuzu göstermez.
- Tek parça tavuk gibi tek porsiyon yiyecekler çoğunlukla daha kolay idare edilir ve geriye kalanların cazibesinden kaçınmanızı sağlarlar.
- Eğer kalmış yiyecek varsa, ya misafirlere yanlarında götürmeleri için verin ya da hemen dondurun.
- Yemek hazırlarken ağzınıza atma eğilimindeyseniz, kullanılmış tabak ve malzemeleri hemen sabunlu suya batırmayı deneyin veya yemeği hazırlarken sakız çiğneyin.

Bir Başkasının Evinde Yerken

- Eğer mümkünse, önceden ne servis edileceğini öğrenmeye çalışın. Ev sahibini/sahibesini iyi tanıyorsanız, iletişime geçip durumunuzu açıklamayı ve yardım etmesinin mümkün olup olmadığını sormayı düşünün. Belki ne servis etmeyi planladığını öğrenebilir, böylece ne yiyeceğinize önceden karar verebilir ve gününüzü ona göre planlayabilirsiniz.
- Yanınızda yemek götürmeyi önermek mümkün olabilir, böylece en azından bir tane düşük kalorili opsiyon olacağını bilirsiniz.
- Servis yapmak için yardım teklif edin böylece porsiyon miktarınızı kontrol edebilirsiniz, veya küçük bir porsiyon isteyin.
- Tabağınızı salata veya sebzelerle doldurun ve yüksek kalorili tabaklardan sadece ufak miktarlarda alın. Bu kalorileri kontrol etmenize yardım eder ve kilo kontrolü çabalarınıza dikkat çekmekten kaçınır.
- Tükettiğiniz kalorileri hesaplamak için tarif sormak yemeğin içinde ne olduğunu öğrenmek açısından iyi (ve sosyal olarak kabul edilebilir) bir yol olabilir.

devami

B. Diğer Meseleler

Yeme Yönündeki Baskı

Planladığınızdan daha fazla yeme baskısı altında kaldığınızı hissetme eğiliminde iseniz, tam olarak neyin size böyle hissettirdiğini anlayın. Size sunulan her şeyi yemezseniz insanları gücendireceğinizden mi endişe ediyorsunuz? Eğer sorunun ne olduğunu tam olarak anlayabilirseniz, başa çıkma yolları düşünmek daha kolay olacaktır. Örneğin eğer çok yemezseniz ev sahibinin güceneceğini düşünüyorsanız, nazik ama kararlıca “Hayır” deme çalışması yapmanın yararlı olacağı kararına varabilirsiniz. Nazikçe yiyecekleri geri çevirmenin gücendirme yaratmasının olası olup olmadığını test edebilirsiniz. Bunu siz ev sahibi olsaydınız ve birisi yiyecekleri bu şekilde geri çevirseydi neler hissetmiş olacağınız hakkında düşünerek veya başkalarının her zaman var olan her şeyden büyük porsiyonlar yiyip yemediklerini ve eğer yemezlerse başka herkesin nasıl tepki verdiğini görmek için dikkatle bakarak yapabilirsiniz. Eğer başka herkesin yaptığını yapmayarak dikkati kendinize çekeceğinizden endişe ediyorsanız, örneğin muhtemelen araba kullanacakları için veya sadece tercihleri öyle olduğu için alkol içmeyen kişilere diğerlerinin tepkilerini gözlemleyebilirsiniz. Böyle durumlara olumsuz tepki vermenin akla yatkın olduğunu düşünüp düşünmediğinizi ve sizin böyle yapıp yapmayacağınızı kendinize sorun.

Yoksun Hissetmek

Kalorilerinizden en üst seviyede faydalanmak için önceden planlamak yararlı olsa da, sosyal olayların tamamen yüksek kalorili yiyecek ve içecekler etrafında döndüğünü hissetmek ve istediğiniz her şeyi yiyip içmemenin bu olayları daha az keyifli hâle getirdiğini düşünmek nadir değildir. Yiyecek ve alkolü sınırladığınızda ortamlardan daha az zevk almadığınızı görmek için bu görüşü test edebilirsiniz. Ayrıca sosyal olayların onları zevkli yapan bütün o yiyecek dışı yönlerine (örneğin arkadaşlarla konuşmak, rahatlamak için zamana sahip olmak, bulaşıkları yıkamak zorunda olmamak) odaklanmaya çalışabilirsiniz, böylece yiyecek ve içecekler sosyal olayların daha az önemli yönleri haline gelir.

Beklenmeyen Durumlarla Başa Çıkmak

Bazen yemek için davet beklenmedik şekilde gelir – biri uğrar ve öğle yemeği yemeyi önerir veya arkadaşlar yemekle çıkagelirler veya biri sinemadan sonra yemeğe gitmeyi önerir. Durumu nasıl ele alacağınız hakkında açıkça düşünmek için birkaç dakika ayırmak yararlıdır. Yemeğe katılıp kalorileri sonra gün içinde ve bir sonraki gün kısmaya karar verebilirsiniz. Alternatif olarak, eğer çoktan yemek yediyseniz veya ne yiyeceğinizi önceden planladıysanız, daha farklı yanıt vermeniz gerekebilir: Belki birlikte yemek yiyebileceğiniz bir başka zaman önererek veya çoktan yemiş olduğunuz için sadece az miktarda yiyeceğinizi açıklayarak. Farklı olasılıkları denemeyi ve hangisinin sizin için en iyi işlediğini bulmayı isteyebilirsiniz.

TATİLLER İÇİN PLANLAMA

Kalori alımınızı kontrol etmeye çalışırken tatiller ek güçlükler doğurabilir. Yiyecek seçiminin evdekinden oldukça farklı olabileceği tanıdık olmayan bir çevrede olabilirsiniz ve yiyeceklerin hazırlanması üzerinde her zamankinden daha az kontrolünüz olabilir.

Önceden planlamak önemlidir. Özellikle, hem yemeye ilgili pratik meselelerle hem de bir kalori sınırına bağlı kalmak hakkında nasıl hissedebileceğinizle başa çıkmak hakkında düşünmüş olduğunuzdan emin olmak yararlıdır. Çoğu durumların, eğer onlarla başa çıkmak için bir planınız varsa, başarıyla üstesinden gelinebilir. Öte yandan, eğer hazırlıksız yakalanırsanız sorunlarla karşılaşma riskiniz büyüktür.

Genel

Tatiller bir rahatlama ve keyif zamanıdır ve bazen insanlar bunu yiyecek ve içecek tüketimlerini kısıtlamalarıyla bağdaşmaz görürler. Tatilinizden en iyi şekilde yararlanırken kilo kaybına verdiğiniz büyük emeği yok etmemeyi de göz önünde bulundurmak yararlı olacaktır. İlk adım, tatil boyunca hedefiniz hakkında karar vermektir. Kilo kaybetmeye mi devam etmek istiyorsunuz yoksa şu anki kilonuzu mu korumak istiyorsunuz? Kilo kaybetmeye devam etme gayesiyle kalori hedefinize bağlı kalmak istiyorsanız, bu hedefe nasıl erişeceğiniz hakkında açık ve gerçekçi olun. Kalori hedefinize bağlı kalmamanın gerçekçi olmadığını düşünüyorsanız, kilonuzu korumak gayesiyle, tatil süresi için terapistinizle hafifçe daha yüksek bir kalori limiti kararlaştırmanız en iyisi olabilir.

Hedefleriniz hakkında kararlar verirken, uzakta geçireceğiniz zaman zarfında serbestçe yemek ve içmenin yanı sıra neyin zevkli olacağını düşünüp taşınmak yararlı olabilir. Bir tatil öğrenmiş olduğunuz yeni alışkanlıkları uygulamak ve yiyecek ile alkol alımınızı sınırlarken bile iyi bir zaman geçirebilme olanağınızı denemek için iyi bir fırsat sağlayabilir.

İşte önceden planlarken göz önüne alınması gereken bazı belirli pratik meseleler.

Yiyecek ve Kiloyu İzlemek

- Uzaktayken yiyecek ve kilonuzu izleyecek misiniz? Eğer öyleyse, nasıl? Yiyecekleri tartmak ve kilonuzu kontrol etmek için tartılar mevcut olacak mı?
- Haftalık gözden geçirmelerinizi ne zaman yapacaksınız? Kendinize bir zaman ayırabilir misiniz? Siz uzaktayken haftalık gözden geçirmelerinizi terapistinize göndermek (faks veya e-posta) yararlı olur muydu?

devamı

Yolculuk Hazırlıkları

- Kapıdan çıkmanızdan geri dönmenize dek seyahatiniz ne kadar sürecek? Bu zaman boyunca normalde hangi yemekleri yerdiniz? Bir gecelik mi yoksa uzun süreli bir uçuş mu olacak? Eğer öyleyse, bu yeme kalibınızı nasıl etkileyebilir?
- Ne yiyecekler mevcut olacak? Ne yediğiniz üzerinde kontrolünüzün olmasını garantilemek için kendi yemeğinizi götürmeye değer mi? Benzin istasyonları, hava alanları veya trenlerdeki abur cubur erişilebilirliği tarafından baştan çıkarılmanız olası mı? Yemek seçiminiz koşullar (örneğin uçaktaki yemekler) tarafından mı belirlenecek? Eğer öyleyse, özel bir yemek söylemeye değer mi?
- Gideceğiniz yere (ve dönüş yolculuğunuzda eve) vardığınızda saat kaç olacak? Uygun yiyeceklerin mevcut olmasını (örneğin evde bir yemeği dondurucuda bırakarak) ayarlayabilecek misiniz?
- Yolculuk yaptığınız süre boyunca izlemeyi nasıl kolaylaştırabilirsiniz? Çoğu insan bir aradan sonra izlemeye devam etmeyi zor bulur, bu yüzden alışılmadık durumlarda izleme yapmayı başarmak önemlidir. İzleme kâğıtlarınızın el altında olmasını sağlamak önemlidir ve yanınıza aldığınız her şeyi önceden hesaplamak yolculuk boyunca izleme yapmayı daha kolay hâle getirebilir.

Evden Uzaktayken Genel Ayarlamalar

- Yemek sağlanacak mı? Dışarıda mı yiyor olacaksınız, kendi yemeğinizi mi hazırlıyor olacaksınız veya bu ikisinin bir karışımı mı? Özel ayarlamalarla nasıl başa çıkacaksınız? Güçlükleri önceden sezinliyor musunuz? Bu durumlarda önceden planlamanın yararlı olması olasıdır.
- Gereksinimleriniz ekibin geri kalanına nasıl ayak uyduracak?
- Ne tür yiyecekler mevcut olacak?

Alkol

- Alkol alımınız tatildeyken artma eğiliminde midir? Bunu nasıl idare etmeyi tasarlıyorsunuz?

ÖZEL DURUMLAR

Kalori alımınızı özel durumlarda (partiler, doğum günleri, düğünler ve diğer kutlamalar gibi) kontrol etmeye çalışmak zor olabilir. Böyle durumlar, öğrendiğiniz yeni alışkanlıkları uygulamak ve çok fazla yemeden iyi zaman geçirme olanağını test etmek için iyi bir fırsat sunar. Bu broşür, özel durumlarla başa çıkmak için önerdiğimiz stratejilerin birçoğunu özetler. Aynı zamanda özel durumlarda yiyeceğin rolü üzerinde düşünmek için yeni ve farklı yollar önerir.

Hedefler

Genellikle haftalık kalori hedefinize (haftanın bir ortalaması olarak) bağlı kalmak en iyisidir. Buna nasıl erişeceğiniz hakkında açık ve gerçekçi olun. Bir partiyi önceden sezinleyerek bütün gün boyunca hiçbir şey yememek büyük olasılıkla daha sonra aşırı yemeye götürür. Bunun yerine bir gün önce veya sonra hafifçe yemek daha iyi bir plan olabilir. Hoşlandığınız yiyeceklerden bütünüyle kaçınmak da bir hata olabilir. Böyle yiyecekleri yemeyi planlamak ve gününüzün yeme planına dâhil etmek çoğunlukla iyi bir fikirdir.

Önceden Planlayın

Herhangi bir özel durumla başa çıkmak için tek en önemli strateji önceden planlamaktır. Eğer birkaç günlük bir süre boyunca etrafta ekstra yiyecek ve birden fazla öğün veya parti olacaksa bu özellikle önemlidir. Yüksek kalorili yiyecekler ve alkollü içecekler çoğunlukla bu olayların gerekli bir parçası gibi gelirler, bu yüzden bu zorluklarla başa çıkmak için planlar yapmanız özellikle önemlidir. Her bir gün için plan yapmak genellikle yararlıdır ve kutlamalar birkaç gün boyunca süreceksa birkaç gün önceden plan yapmanız gerekebilir.

İzleme

İzlemeye devam etmek çok önemlidir. Bu sizi stratejilerinizin nasıl işe yaradığı hakkında bilgilendirecek ve planlarınızı mümkün oldukça uyarlamana yardım edecektir. Aynı zamanda hedeflerinize odaklı kalmanıza da yardım edeceklerdir.

Alkol

Alkole başa çıkmak için bir planın olması özellikle önemlidir; sadece kalori eklemekle kalmaz, orta ölçüde yeme azmini de zayıflatma eğilimindedir.

Özel Durumların Diğer Keyif Verici Yönlerine Odaklanma

Çoğu sosyal olay yüksek yağlı yiyecek ve alkol merkezinde gibi gözüksede, bunları çok miktarlarda tüketmeden kutlamanın mümkün olup olmadığını değerlendirin. Kutlama-

devamı

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

ları yeme (en azından büyük miktarlarda yiyecek) içirmeden ve bunları denemeden mümkün kılacak yollar üzerinde düşünmek yararlıdır. Sosyal durumların onları zevkli kılan özelliklerine özellikle dikkat etmeye çalışın. Bu sizi orta miktarlarda yemek yemenin keyfinizi berbat etmediği sonucuna varmaya götürebilir. Hatta bazı insanlar daha az yiyip içtiklerinde ortamdaki daha çok zevk aldıklarını bile keşfedebilirler.

Yeme Yönündeki Baskıyla Başa Çıkma

Planladığınızdan daha fazla yeme baskısı altında kaldığınızı hissedebilirsiniz. Bu birçok sebepten olabilir: Sırf yiyecek bolluğu sizi çekebilir; çok yemezseniz insanların güceneceğini hissedebilirsiniz; veya her sunulana yiyip içmede diğerlerine katılmazsanız 'göze bakan tuhaf kişi' olacağınızı hissedebilirsiniz. Eğer önceden bir plan yaptıysanız böyle durumlarla başa çıkmak daima daha kolaydır. Ayrıca yiyecekleri nazikçe ama kararlı şekilde reddetme alıştırmaları yapmak da yararlıdır. Başkalarını memnun etmek için yemek zorunda değilsiniz ve insanlar ne yiyip içtiğinizi nadiren fark ederler.

Yiyecek Hediyeleri

Özel ortamlarda insanlar sizin için çikolata, tatlı, kek veya diğer yiyeceklerden alabilirler. Eğer bu olası ise, onlardan başka bir şey almalarını istemek uygun olur muydu? Bunu istemeyeceğinizi hissediyorsanız belki eşiniz veya bir yakınınız veya arkadaşınız başkalarına size yiyecek alınmamasını tercih ettiğinizi dikkatlice bildirebilir. Ayrıca böyle bir yiyeceği beklenmedik bir şekilde alırsanız nasıl üstesinden geleceğinizi düşünüp taşınmanız da yararlı olurdu. Başka birine verebilir miydiniz?

Abur Cuburlar

Özel ortamlarda bazen her nevi abur cubur sergilenir. Kâseler dolusu kabuklu yemişler, çikolatalar ve diğer yüksek kalorili abur cuburların çoğu insanın dayanmasının ötesinde bir baştan çıkarıcı olmaları olasıdır, bu yüzden bu durumun üstesinden en iyi nasıl geleceğinizi planlayın. Böyle durumlar kontrolünüz altındayken, her şeyi farklı yapmaya karar verebilirsiniz.

Eğer abur cuburu siz sağlamak zorundaysanız:

- Alışverişi dikkatlice planlayın ve alınan ekstra yiyeceği sınırlandırın.
- Abur cuburları kilitli kaplarda tutun ve özel ortamlar için sadece ufak miktarlarda çıkarın.
- Az kalorili çiğ sebze, meyve, sade (tatlandırılmamış veya yağlanmamış) patlamış mısır ve çubuk kraker gibi alternatif, daha az kalorili abur cuburlar alın.
- Broşür G'de sosyal yeme üzerine önerilen stratejiler de çoğu özel ortam için geçerlidir.

SORUN ÇÖZME

Seansta da tartışıldığı gibi, etkili sorun çözmeye, son bir gözden geçirme adımıyla birlikte şu altı sağduyulu adımı izler:

Adım 1. Sorunu mümkün olduğunca çabuk saptayın.

Adım 2. Sorunu kesin bir şekilde belirtin.

Adım 3. Sorunla başa çıkmak için mümkün olduğunca çok yol düşünün.

Adım 4. Her çözümün olası etkilerini düşünün.

Adım 5. En iyi çözüm veya çözümler kombinasyonunu seçin.

Adım 6. Çözüm için harekete geçin.

Daha sonra bütün sorun çözmeye sürecini değerlendirin ve daha iyisini yapmış olabilir miydiniz, onu değerlendirin. Uygulama yaptıkça daha da iyileşeceksiniz.

KİLO KAYBININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER KONTROL LİSTESİ

Aşağıda kilo kaybında yaygınca karşılaşılan engellerin bir listesi bulunmaktadır. Lütfen hangilerinin (eğer varsa) sizin için geçerli olduğunu değerlendirin.

	Hayır	Bir ölçüde	Evet
Kaydetme doğruluğu:			
Her şey mutlaka yazılıyor mu?	_____	_____	_____
Porsiyonlarınızı doğru ölçüyor musunuz?	_____	_____	_____
Kalorileri dikkatlice hesaplıyor musunuz?	_____	_____	_____
Tartılma ve haftalık gözden geçirmeler:			
Haftada bir kez tartılıyor musunuz?	_____	_____	_____
Haftalık gözden geçirme seansları yapıyor musunuz?	_____	_____	_____
Yeme kalibınız (yani ne zaman yediğiniz):			
Yeme alışkanlıklarınız günden güne büyük ölçüde değişiyor mu?	_____	_____	_____
Gün boyunca düzenli öğün ve öğün araları yiyor musunuz?	_____	_____	_____
Hiç öğün atlar mısınız?	_____	_____	_____
Hiç yemediğiniz uzun süreler oluyor mu?	_____	_____	_____
Yemeklerden ufak parçalar atıştırdığınız olur mu?	_____	_____	_____
Günün aşırı yemeye eğilimli olduğunuz zamanları (veya özel günler) var mı?	_____	_____	_____
“Tıkınma”larınız var mı (büyük veya küçük)?	_____	_____	_____
Porsiyon boyutlarınız:			
Porsiyon boyutlarınız büyük mü?	_____	_____	_____
İkinci tabağı alır mısınız?	_____	_____	_____
Her zaman “tabağınızı sıyrır mısınız”?	_____	_____	_____
Artakalanları yer misiniz?	_____	_____	_____
Yiyecek ve içki seçimleriniz:			
Yüksek enerjili (yani fazla yağlı) yiyecekler yemeye eğilimli misiniz?	_____	_____	_____
Aktif olarak bazı yiyeceklerden kaçınıyor musunuz?	_____	_____	_____

devamı

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

BROŞÜR K (DEVAMI)

	Hayır	Bir ölçüde	Evet
Nasıl yediğiniz:			
Çok hızlı yiyen biri misiniz?			
Mutfak veya yemek odasından başka yerlerde yer misiniz?			
Televizyon izlerken yer misiniz?			
Araba kullanırken veya başka aktiviteler yaparken yer misiniz?			
Yemeniz önceden planlı mıdır?			
Doğrudan paket veya kutudan yer misiniz?			
Kilo kaybının önündeki diğer engeller:			
Kilo kaybetme motivasyonunuzu kaybettiniz mi?			
Strese bağlı yeme eğiliminiz var mı?			
Sıkıldığınızda yeme eğiliminiz var mı?			
Ya hep ya hiç şeklinde düşünmek kilo kaybetme girişimlerinizi baltıyor mu?			
Başka kilo kaybı engelleri yaşıyor musunuz?			

AKTİVİTE DÜZEYİNİZİ İZLEME

Fiziksel aktivite düzeyinizi artırmada ilk adım, şu anda ne kadar aktif olduğunuzu ölçmektir. Bunu yapmak için tedavide ele alınan üç aktivite şeklini ölçmeniz gerekir.

Hareketsizlik

Her günün sonunda oturarak veya uzanarak ne kadar saat geçirdiğinizi olabildiğince doğru olarak hatırlayın. Bunu günün geri kalanındaki birkaç saat için ileri doğru iz düşerek 24 saatlik bir periyot (gece yarısından gece yarısına dek) için yapın. Sonra sayıyı günün izleme kaydının arkasında çizilen bir “aktivite kutusu” içine kaydedin (aşağıya bakınız). Eğer iş yerinde oturuyorsanız, oturularak geçirilen zamanın bir toplamını izleme kaydınızın 6. sütununda tutmak en iyisidir.

Yaşam Biçimi Aktivitesi

Bu terim günlük hayatın parçası olan rastlantısal fiziksel aktiviteler demektir. Yürüme, ayakta durma, merdiven çıkma, ev işleri yapma, hafif bahçe işleriyle uğraşma, olağan bisiklete binme ve yavaş yüzme içerir.

Bisiklete binme ve yüzme dışında, bu aktivitelerin bir pedometre kullanarak uygun bir biçimde (atılan adımların sayısı cinsinden) sayısallaştırılmasını tavsiye ederiz.

Eğer bir pedometreniz varsa, pedometreyi yatak ve planlı egzersiz dışında (aşağıya bakınız) her zaman takmalısınız. Sabah ilk iş olarak onu takmalısınız. Bunu yapmayı hatırlamak için, onu sabah ilk kullandığınız bir şeye (örneğin bir tarak veya saç fırçası) iliş­tirin ve “sıfırla” düğmesine basarak göstergeyi sıfıra getirin. Pedometreyi kalçalarınızın kenarında bir kemer veya giysinizin bir parçasına iliş­tirin. Sonra, gece en son iş olarak, kaydedilen adım sayısını günün aktivite kutusuna not edin. Lütfen pedometrenizle gelebilecek bütün kalori tablolarını görmezden gelmeniz gerektiğine dikkat edin çünkü böyle rakamlar genellikle yanıltıcıdır.

Planlı Egzersiz

Her günün sonunda planlı egzersizle geçen dakika sayısını da aktivite kutusuna kaydetmelisiniz. Planlı egzersiz olarak sınıflanabilmesi için, egzersiz kalp atışlarınız ve nefes alıp verme hızınız artana dek güç sarf etmeyi içermelidir. Böyle egzersiz koşu, orta ve hızlı yüzme, hızlı yürüme ve hızlı bisiklete binmeyi içerir.

devamı

Aktivite Kutusu

Aktivite kutusu sizin geçen 24 saatlik aktivite düzeyinizi özetler. Günün izleme kaydının arkasına çizilmeli ve gün sonunda tamamlanmalıdır. Şöyle görünmelidir:

Hareketsizlik (saat)	<i>Yatakta 8 saat, 3 saat oturma</i>
Yaşam biçimi aktivitesi (adımlar)	<i>3860 adım</i>
Planlı egzersiz (dakikalar ve tip)	<i>Bugün yok</i>

BEDEN ALGISI KONTROL LİSTESİ

Yönerge: Lütfen aşağıdaki soruları GEÇEN 4 HAFTA boyunca sizin için geçerli olacak şekilde cevaplayın. Lütfen doğru sütuna bir işaret koyunuz.

Geçen 4 hafta boyunca...	Hiçbir şekilde	Bazen	Sık sık	Duruma uygun değil
<i>Kaçınma üzerine sorular:</i>	_____	_____	_____	_____
Kendinizi aynada görmekten kaçındınız mı (veya cam yansımalarında)?	_____	_____	_____	_____
Tartılmaktan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Görünüştünüzü gizleyecek bir şekilde giyindiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Beden şeklinizin başkaları tarafından görülmesinden kaçındınız mı (örneğin yüzme havuzları, genel giyinme odaları, vs.)?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden fiziksel aktivitelerde yer almaktan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Giyecek alışverişinden kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Evde çıplak görünmekten kaçındınız mı (örneğin soyunurken veya banyo yaparken)?	_____	_____	_____	_____
Vücudunuzun şeklini gösteren giysiler giymekten kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
Şeklinizden hoşlanmadığınız için yakın fiziksel ilişkiden kaçındınız (veya sınırladınız) mı (örneğin el sıkma, cinsel temas, sarılma, öpüşme)?	_____	_____	_____	_____
Derinizi gösteren giysiler giymekten kaçındınız mı (örneğin kısa kollu tişörtler, şortlar)?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden sosyal ortamlardan kaçındınız mı?	_____	_____	_____	_____
<i>Kontrol etme üzerine sorular:</i>				
Genel görünüştünüzü aynada incelediniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin kısımlarını aynada incelediniz mi?	_____	_____	_____	_____
Tartıldınız mı?	_____	_____	_____	_____

devamı

BROŞÜR M (DEVAMI)

Geçen 4 hafta boyunca...	Hiçbir şekilde	Bazen	Sık sık	Duruma uygun değil
Beden kısımlarınızı ölçtünüz mü?	_____	_____	_____	_____
Beden ölçünüzü başka yollarla değerlendirdiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Ne kadar yağ olduğunu görmek için kendinizi çimdiklediniz mi?	_____	_____	_____	_____
<i>Genel sorular:</i>				
Beden şekliniz yüzünden mutsuz oldunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin belli kısımlarının ölçüsünden endişelendiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin sallanmasından endişe duydunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizden toplum içinde utanç duydunuz mu?	_____	_____	_____	_____
Diğer insanların beden şeklinizi fark ettiğini hissettiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Bedeninizin iğrenç olduğunu hissettiniz mi?	_____	_____	_____	_____
Beden şekliniz yüzünden diğer insanların size eleştirel yaklaştığını düşündünüz mü?	_____	_____	_____	_____
Çok fazla yer kapladığınızı hissettiniz mi (örneğin bir kanepede veya otobüs koltuğunda otururken)?	_____	_____	_____	_____
Beden şeklinizin düşündüğünüz kadar kötü olmadığına dair teselli aradınız mı?	_____	_____	_____	_____
İnsanlar beden şekliniz veya görünüşünüz hakkında eleştirel yorumlar yaptılar mı?	_____	_____	_____	_____

BROŞÜR N

BOŞ BEDEN ALGISI GÜNLÜĞÜ FORMU

Beden algısı günlüğüne şu zamanları kaydedin: Bedeniniz hakkında olumsuz düşünüyorsunuz; Bedeniniz hakkında hissettiklerinizden dolayı bazı durumlardan kaçındınız; bedeninizi uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

TAMAMLANMIŞ BİR BEDEN ALGISI GÜNLÜĞÜ – ÖRNEK I : KAÇINMA

Beden algısı günlüğüne şu zamanları kaydedin: Bedeniniz hakkında olumsuz düşünüyorunuz; Bedeniniz hakkında hissettiklerinizden dolayı bazı durumlardan kaçındınız; bedeninizi uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
Çocuğum tarafından ona bir bisiklet gezisinde eşlik etmem istenmesi	Ne söyleyeceğim hakkında heyecan, durum hakkında üzgün ve berbat	Bütün cadde beni bisiklet üzerinde şapşal gibi görecektir. Sallanacağım. Vücudum daha iyi görünene dek bisikletimi kullanmamam. Bu, görünüşüm yüzünden yapamaya-çağım bir başka şey.	Oğluma gide-meyeceğimi söyledim. Bir bahane uydurdum (yalan söyledim).	Oğlumla bir şeyler yapamama, her şeyi daha zayıf olana dek erteleme.	Şapşal ve iğrenç görüneceğimi düşünen benim, ben herkesin böyle düşüneceğini farz ediyorum; başkalarının ne düşündüğünü gerçekten bilmiyorum. Geçmişte insanların her zaman düşüncüklerini sandığım şeyleri düşünmediğine şaşır-dım – bu durumda belki de anlayabilirim. Eğer bisiklete binen bir fazla kilolu görsem şapşal göründüğünü düşünmezdim – sağlıklı bir egzersiz olduğuna düşündü-rdüm. Öyleyse neden kilo kaybedene dek beklemek zorundayım? Benden daha ağır diğer insanlar bile yapıyorlar gibi geliyor. Ayrıca, bisiklete binmekten zevk alırdım ve iyi bir egzersiz. Yapamayacağımı söyleyerek, beni daha iyi hissettirebilecek bir egzersiz yapma fırsatından kendimi mahrum edeceğim.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

TAMAMLANMIŞ BİR BEDEN ALGISI GÜNLÜĞÜ – ÖRNEK 2: YİNELENEN KONTROL ETME

Bedен algısı günlüğüne şu zamanları kaydedin: Bedeniniz hakkında olumsuz düşünüyordunuz; Bedeniniz hakkında hissettiklerinizden dolayı bazı durumlardan kaçındınız; bedeninizi uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
Sabahleyin giyinme	Gerçekten berbat, kendimden öğrenen ve kendime kızgın bir hâldeyim.	Kalçalar ve popom öylesine büyükler ki, bu kıyafete hoş değilim – aslında hiçbir şey üzerimde iyi görünmüyor. Her zaman korkunç görünüyorum.	Kalçalarım ve arkamı saklarlar diye birçok takım deniyordum. Daha iyi gözüktüp gözükmediğimi görmek için kendimi aynada birçok kez ve bütün ağırlardan kontrol ediyordum. Sonunda biraz daha iyi ama çok da iyi olmayan bir takım seçiyordum.	Bir kez daha işe geç kaldım çünkü giyinmek öylesine uzun zaman alıyor ki ve hâlâ bütün günü nasıl gözüktüğüm hakkında endişelenerek geçiriyordum. Tekrar tekrar tuvalete, kendimi aynada kontrol etmeye gidiyordum – yine gördüklerimden hoşlanmıyorum. Giysi alırken sadece kalçalarımı ve popomu saklayıp saklamayacaklarını düşünüyordum – başka bir şeyi düşünmeye kalkmıyorum.	Mantıklı olarak, bir gecede şeklimin fark edilir derecede değişmeyeceğini biliyorum. Dün işte iyi hissettim, yani bugün kötü hissetmemin sebebi daha şişman olmam değil, başka bir şey yüzünden kötü hissetmem. İş arkadaşlarım benim bir gecede şeklimin değişip değişmediğini izlemeyecekler, ama işe geç kaldığımın farkında olacağız. Kendimi ayna karşısında inceleyen herkesin, görünüşü hakkında değiştirmek isteyeceği şeyler bulabileceğini biliyorum. Devamlı kendimi aynada incelemek sadece beni daha kötü hissettiriyor, özellikle de sadece nefret ettiğim yerlere baktığımdan – gayet iyi olan saçlarım ve gözlerimle ilgilenmiyorum. Bunu kesmeyi deneyeceğim. Kendim için işe yarayacak şeyleri yapıyorum – istediğimden daha yavaş olsa da çoktan biraz kilo kaybettim. Şimdi şu anda bulunduğum yerdeki en iyisini yapacağım. Kendimi içinde gerçekten iyi hissedeceğim yeni kıyafetler almayı deneyeceğim.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

TAMAMLANMIŞ BİR BEDEN ALGISI GÜNLÜĞÜ – ÖRNEK 3: OLUMSUZ DÜŞÜNCELER

Beden algısı günlüğüne şu zamanları kaydedin: Bedeniniz hakkında olumsuz düşünüyorsunuz; bedeniniz hakkında hissettiklerinizden dolayı bazı durumlardan kaçınıyorsunuz; bedeninizi uygun olmayan bir şekilde kontrol ediyordunuz.

Durum	Duygular	Düşünceler	Davranış	Sonuçlar	Alternatif düşünceler
<p>Dişinin bekleme odasında bir moda dergisindeki giysilere bakarken</p>	<p>Harika kıyafetler içinde iyi görünen modelleri kışkırtıyorum, berbat ve vücudumdan iğreniyor hissediyorum.</p>	<p>Giysiler içinde asla iyi görünmüyorum. Makul kıyafetlerin içine zaten uymuyorum. Adil değil, dergi-deki kadınlar öylesine zayıf ve çelikleler ki ve vücudum öylesine şişman ve çirkin ki.</p>	<p>Çok kötü hissettim ve eve giderken kendimi teselli etmek için bir parça çikolata aldım.</p>	<p>Daha sonra daha da kötü hissettim çünkü çikolata beni daha da şişman yapacak ve durumu daha kötü yapacak.</p>	<p>Sadece bir manken kadar zayıf ve mükemmel olmamam itici olduğum anlamına gelmez. Çekici olarak değerlendirdiğim insanlar var ve manken gibi görünmüyorlar. Kendimi kimsenin erişemeyeceği bir idealle kıyaslıyorum – mankenlerin fotoğrafları kusurları gidermek için değiştiriliyorlar.</p> <p>Kendimi daima benden daha az çekici değil de daha çok çekici olduğumu düşünüyordum insanlarla kıyaslıyorum. Eğer bir başkası böyle yapmayı haksızlık yaptıklarını düşünürdüm. Belki de kendime karşı gereğinden çok katıyım çünkü asla iyi olduğum şeyleri düşünmüyordum. Toplumun şekil ideallerinin dar olduğunu biliyorum ve bunlardan çok etkilenmeyen insanlar takdir ediyorum. Benimki gibi düşünmek yararlı değil, çünkü işleri sadece daha kötü yapan yanlış şeyler yeme-me yol açıyor.</p> <p>İstedikimden daha fazla kilom olsa da bu tamamen itici olduğum veya tarz sahibi görünemeyeceğim anlamına gelmez.</p>

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

KİLO HEDEFLERİNİZ

Kilo hedeflerinizi tartışmaya başladık. “Ev ödevi” olarak aşağıda listelenen meseleleri değerlendirmek için bir sonraki seanstan önce biraz zaman ayırmak istiyoruz. Cevaplarınızı yazmanızı (not şeklinde mesela) öneriyoruz.

“Arzuladığınız”, erişmek zorunda olduğunuzu düşündüğünüz kilonuzu tartıştığımızı hatırlayacaksınız. Lütfen aşağıdaki soruları arzuladığınız kilonuza atıfta bulunarak cevaplayınız. Lütfen bu sırada cevaplayınız.

1. Arzuladığınız kilonuzun kökenleri:
 - Neden tam bu kiloda olmak istiyorsunuz?
 - Bu kilo hakkında özel olan bir şey mi var?
2. Geçmişteki diğer kilo hedefleriniz:
 - Geçmişte başka kilo hedefleriniz oldu mu?
 - Şu anki hedefinizden neden farklıydılar?
3. Arzuladığınız kilonuzun erişilebilirliği:
 - En son ne zaman arzuladığınız kilonuzdaydınız?
 - Bu kiloda kalmanızın ne kadar güç olacağını düşünüyorsunuz?
4. Arzuladığınız kiloya erişmenin önemi:
 - Arzuladığınız kiloya ulaşmak sizin için ne kadar önemli?
 - Eğer önemliyse, neden önemli?
5. Arzuladığınız kilonuza erişmenin sonuçları:
 - Arzuladığınız kiloya ulaşırdınız hayat nasıl değişirdi?
 - Şu an yapamadığınız neyi yapabiliirdiniz?

Veya, eğer önceden bu kiloda oldu iseniz, bu kilodayken hayatınız nasıl farklıydı?

Beşinci sorunun iki kısmını cevaplarırken günlük yaşantınızın aşağıdaki sekiz yönünü değerlendirin:

Çekicilik (kendinize ve başkalarınıza)	Giysi ölçüleri ve seçimleri
Boş zaman aktiviteleri (örneğin spor)	Sağlık ve zindelik
İş	Sosyal hayat
Kendine saygı ve kendine güven	Kişisel ilişkiler

6. Arzuladığınız kiloya ulaşmamanın sonuçları:
 - Arzuladığınız kiloya ulaşmasaydınız nasıl hissederdiniz?
 - Günlük yaşantınız üzerinde ne etkisi olurdu?

LÜTFEN CEVAPLARINIZI SONRAKİ SEANSA GETİRMEYİ UNUTMAYINIZ.

KABULLENME VE DEĞİŞİM – VERSİYON I

- Fazla kilolu olma sorununun bazı yönleri değiştirilebilir; bazıları değiştirilemez.
- İyi bir tedavi insanlara değiştirilebilecek şeyleri değiştirmelerinde ve değiştirilemeyecekleri kabullenmelerinde yardım etmelidir.
- Beden ağırlığı, önemli ölçüde, genetik olarak belirlenir ve o yüzden sadece kısmen kişinin kontrolü altındadır.
- Yiyecek alımını şiddetli bir şekilde kıyarak kiloda kısa vadeli dramatik değişiklikler yapmak mümkündür, ama bir çok araştırma, böyle değişikliklerin uzun vadede sürdürülemediğini göstermiştir.
- Şu anda fazla kiloya karşı başlangıç kilo ağırlığının %10-15'inden daha fazla bir kilo kaybıyla sonuçlanan bir tedavi yoktur (gastrointestinal ameliyattan başka) ve kaybedilen kilo genellikle yeniden kazanılmaktadır. Tipik olarak kaybedilen kilonun üçte biri 1 yıl içinde ve hemen hemen tamamı 5 yıl içinde yeniden kazanılmaktadır. Bu, ameliyat harici bütün tedaviler (örneğin diyet tedavileri, çok düşük kalorili diyetler, davranış modifikasyonu ve iştah kesici ilaçlar) ve bunların kombinasyonları için doğrudur.

Eğer başlangıç kilonuzun %10-15'ini kaybetseydiniz, kilonuz _____ olurdu.

- Çoğu insan için, arzulanan kiloları, %10-15 kayıpla erişeceklerinden çok daha azdır. Sonuç olarak bu miktarda bir kilo kaybetmek ve bunu korumak gerçekten bir başarı iken, tedaviyi (ve/veya kendilerini) başarısız olmuş gibi görürler.
- %10-15 kilo kaybının getirileri aşağıdakileri içerebilir:
 - Daha iyi görünüm ve bel ölçüsünde azalma (ve dolayısıyla giysi ölçüsünde)
 - Güçlenmiş bir genel iyi olma hâli ve kendine güven
 - Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin çoğunda ve bu sorunların oluşması riskinde azalma
 - Fiziksel iyi olma hâlinde düzelme
- Aynı anda tedavi diğer kişisel hedefleri ele alabilir ve genellikle bunun yaşam kalitesi üzerinde çok olumlu bir etkisi vardır.

Sizin İçin Sonuçları

- Kilo kaybı arzuladığınız kadar çok olmasa da, kilonuzu önemli bir ölçüde (%10-15 kilo kaybı) değiştirebilirsiniz.
- Doğrudan diğer kişisel hedefleri ele alabilirsiniz, ama değiştirilemeyecek olanları (kilo aralığınız, genel beden şekliniz) kabullenmeniz gereklidir.

devamı

BROŞÜR 5 (DEVAMI)

- Eğer değiştirilemeyecekleri kabullenmede başarılı olmazsanız aşağıdaki risklere maruz kalacaksınız:
 - Tedavide eriştiklerinizi küçümseme
 - Kilonuzu hiç kontrol edemeyeğinize inanma
 - Kaybettiğiniz kiloyu korumaya tam olarak bağlı kalmama, ki bu, yeniden kilo kazanımının temel sebeplerinden biridir.

HEM KABULLENME HEM DE DEğIşİM BAşARILI KİLO KONTROLÜ İÇİN GEREK-LİDİR.

KABULLENME VE DEĞİŞİM – VERSİYON 2

- Fazla kilolu olma sorununun bazı yönleri değiştirilebilir; bazıları değiştirilemez.
- İyi bir tedavi insanlara değiştirilebilecek şeyleri değiştirmelerinde ve değiştirilemeyecekleri kabullenmelerinde yardım etmelidir.
- Beden ağırlığı, önemli ölçüde, genetik olarak belirlenir ve o yüzden sadece kısmen kişinin kontrolü altındadır.
- Yiyecek alımını şiddetli bir şekilde kısararak kiloda kısa vadeli dramatik değişiklikler yapmak mümkündür, ama bir çok araştırma, böyle değişikliklerin uzun vadede sürdürülemediğini göstermiştir.
- Şu anda fazla kiloya karşı başlangıç kilo ağırlığının %10-15'inden daha fazla bir kilo kaybıyla sonuçlanan bir tedavi yoktur (gastrointestinal ameliyattan başka) ve kaybedilen kilo genellikle yeniden kazanılmaktadır. Tipik olarak kaybedilen kilonun üçte biri 1 yıl içinde ve hemen hemen tamamı 5 yıl içinde yeniden kazanılmaktadır. Bu, ameliyat harici bütün tedaviler (örneğin diyet tedavileri, çok düşük kalorili diyetler, davranış modifikasyonu ve iştah kesici ilaçlar) ve bunların kombinasyonları için doğrudur.
- Çoğu insan için, arzulanan kiloları, %10-15 kayıpla erişeceklerinden çok daha azdır. Sonuç olarak bu miktarda bir kilo kaybetmek ve bunu korumak gerçekten bir başarı iken, tedaviyi (ve/veya kendilerini) başarısız olmuş gibi görürler. Kilo almakta olan insanlar için, kilo almayı durdurmak başlı başına bir başarıdır.
- %10-15 kilo kaybının getirileri aşağıdakileri içerebilir:
 - Daha iyi görünüm ve bel ölçüsünde azalma (ve dolayısıyla giysi ölçüsünde)
 - Güçlenmiş bir genel iyi olma hâli ve kendine güven
 - Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin (örneğin yüksek kan basıncı, yüksek kan yağı, yüksek kan şekeri) çoğunda ve bu sorunların oluşması riskinde azalma
 - Fiziksel iyi olma hâlinde gelişme
- Aynı anda tedavi diğer kişisel hedefleri ele alabilir ve genellikle bunun yaşam kalitesi üzerinde çok olumlu bir etkisi vardır

Sizin İçin Sonuçları

- Kilo kaybı arzuladığınız kadar çok olmasa da, kilonuzu önemli bir ölçüde (%10-15 kilo kaybı) değiştirebilirsiniz.

devamı

BROŞÜR T (DEVAMI)

- Doğrudan diğer kişisel hedefleri ele alabilirsiniz, ama değiştiremeyecek olanları (kilo aralığınız, genel beden şekliniz) kabullenmeniz gereklidir.
- Eğer değiştiremeyecekleri kabullenmede başarılı olmazsanız aşağıdaki risklere maruz kalacaksınız:
 - Tedavide eriştiklerinizi küçümseme
 - Kilonuzu hiç kontrol edemeyeceğinize inanma
 - Kaybettiğiniz kiloyu korumaya tam olarak bağlı kalmama, ki bu, yeniden kilo kazanımının temel sebeplerinden biridir.

HEM KABULLENME HEM DE DEĞİŞİM, BAŞARILI KİLO KONTROLÜ İÇİN GEREKLİDİR.

KİLODAKİ DEĞİŞİKLİKLERE YANIT VERME

Her hafta kilo koruma grafiğinizi, son 4 haftanın değerlerine odaklanarak, incelemelisiniz. Bu haftalık gözden geçirmenizi oluşturacaktır. Bu gözden geçirme şunları kapsar:

- Tartılmanız,
- En son kilonuzu kilo koruma grafiğinize işaretleme ve
- Dikkatle verilere değer biçmek.

Eğer kilonuzda bir değişiklik olduysa, aşağıdakini yapmanız gerekecektir.

1. Kilonuzdaki değişimi saptayın ve değerlendirin.

Sorulacak sorular:

- Birdenbire bir atlama mı yoksa kademeli bir seyir mi?
- Beden ağırlığınız şimdi “tramvay hatlarının” dışında mı?

Yapılacak eylem:

- Son dört değere odaklanarak, kilo grafiğinizi inceleyin.

2. Kilonuzdaki herhangi bir değişim için açıklamayı saptayın (enerji alımı ve harcaması cinsinden).

Sorulacak sorular:

- Yemedeki bir değişimden dolayı mı?
- Aktivitede bir değişimden mi?
- Kötü sağlık durumu, hamilelik veya ilaçların bir katkısı söz konusu mu?

Yapılacak eylem:

- Bilgi toplamak için, enerji alımınızı (yiyecek ve içecek) dikkatle izlemelisiniz. Çoğunlukla bir süre kalori saymaya (ve dolayısıyla yiyecekleri tartmaya) devam etmek akıllıca olur. Kilo kazanımının yaygın sebepleri porsiyon ölçüsündeki sinsi bir artışı, yemek aşırımı, yiyecek seçiminde bir değişimi (yoğun enerjili yiyeceklerin artan alımı) ve strese bağlı yemeyi içerir.
- Ayrıca fiziksel aktivitenin olası rolünü de değerlendirmelisiniz. Bazı yaşam tarzı aktivitelerini (örneğin yürüyüşe çıkma, spor yapma, yüzmeye gitme) bıraktınız mı?

3. Davranışlardaki herhangi bir değişimin arka plandaki sebeplerini saptayın.

Sorulacak sorular:

- Değişim için bariz bir açıklama var mı?
- “Kötü alışkanlık”lara kaymadan dolayı mı?

devamı

Yapılacak eylem:

- Hayatınızdaki hangi faktörlerin davranışlarınıza katkıda bulunduğunu değerlendir-melisiniz. Eğer bir değişiklik olmuşsa, bunlar genelde kolayca saptanırlar. Daha ka-demeli değişimleri belirlemek daha zor olabilir.

4. Kilo almayı ele almak için bir plan tasarlayın ve uygulayın.

Kilo almayı engellemek için bir plan tasarlamalısınız. Aşamalar olması gerekecektir.

- Birincisi, kilonuzu çizgilerin ortasına geri getirmek için bir enerji açığı oluşturma-nız gerekecektir. Bu genellikle bazı haftalarda yiyeceğinizi (diyelim ki 1500 kaloriyle) sınırlamayı kapsar. Kilonuzu yakından izlemeniz (örneğin 3 veya 7 günde bir) ve stratejinizi ona göre ayarlamanız gerekecektir.
- İkincisi, bir kez artış düzeltildi mi, kilonuzu sabitlemek için başka ayarlamalar yap-manız gerekecektir. Genellikle bunlar enerji alımında ve fiziksel aktivitede sunulan ana hatları takip eden değişiklikleri kapsar. Ayrıca yiyecek alımınızı izlemenizi kes-meniz gerekecektir. Kilonuzu düzenli olarak izlemeye devam etmeniz gerekecek-tir.

5. Davranışlardaki değişimin arka plandaki sebepleriyle başa çıkmak için bir plan tasar-lama ve uygulama.

Ayrıca arka plandaki sebebi de ele almanız gerekecektir. Bu en iyi, sorun çözme yak-laşımını kullanarak yapılır. Yemede ve aktivitedeki değişikliklerle birlikte, ilerlemenizi düzenli olarak değerlendirmeniz ve planlarınızı ona göre ayarlamanız gerekecektir.

KORUMA PLANI TASLAĞI

Aşağıdaki başlıklar altına bazı notlar alınız.

1. Yeniden kilo kazanmak istememe sebeplerim:

a.

b.

c.

d.

2. Devam edilecek iyi alışkanlıklar (yeme):

a.

b.

c.

d.

3. Devam edilecek iyi alışkanlıklar (aktivite):

a.

b.

c.

d.

4. Farkında olunması gereken tehlikeli alanlar:

a.

b.

c.

d.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2003)'dan alınmıştır. Telif hakkı The Guilford res. Bu broşürün çoğaltılması hakkı, yalnızca bu kitabı satın alanlara ve kişisel kullanım amacıyla verilmiştir.

Yararlı İnternet Adresleri

Aşağıdaki tablo, Fairburn ve Brownell'de (2002) K. R. Fontaine ve D. B. Allison tarafından yazılmış olan "Obezite ve İnternet" adlı bir bölümde yayınlanmış olan benzer bir tablodan uyarlanmıştır.

Web sitesi	Açıklama
Amerikan Diyetisyenler Derneği (www.eatright.org)	Beslenme ve kilo kontrolü hakkında bilgi sunmaktadır.
Amerikan Obezite Topluluğu (www.obesity.org)	Halka ve sağlık profesyonellerine eğitim sağlamakta ve obez kişilerin haklarını savunmaktadır.
Uluslararası Obezite Çalışma Grubu (www.iotf.org)	Obezitenin dünya genelinde bir salgın olarak görülmesi için eğitim ve görüş sunmaktadır.
Ulusal Şişmanlığın Kabulünü İlerletme Derneği (www.naafa.org)	Obez kişilerin adına yaşam kalitelerini artırmayı ve ayrımcılığı azaltmayı savunmaktadır.
Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (www.nhlbi.nih.gov)	Halk ve sağlık profesyonelleri için kaynak sunmaktadır.
Ulusal Diyabet ve Sindirim Yolları ve Böbrek Hastalıkları Derneği (www.niddk.nih.gov)	Halk ve sağlık profesyonelleri için kilo kaybı ve kontrolü hakkında bilgi sunmaktadır. Fazla kilolu kişiler için fiziksel aktivite hakkında bilgi içermektedir.
Kuzey Amerika Obezite Araştırma Derneği (www.naaso.org)	Obezite alanında bilgi geliştiren, genişleten ve yayan disiplinler arası bir dernek.
Amerika'yı Forma Sok! (www.shapeup.org)	Kilo kontrolü ve fiziksel aktivite hakkında genel bilgi sunmaktadır.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Aronne, L. J. (2002). Current pharmacological treatments for obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 551-556). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Bjorvell, H., & Rössner, S. (1992). A ten-year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a combined behavioural modification program. *International Journal of Obesity*, 16, 623-625.
- Blackburn, G. L. (2002). Weight loss and risk factors. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 484-489). New York: Guilford.
- Blair, S. N., & Holder, S. (2002). Exercise in the management of obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 518-523). New York: Guilford.
- Blundell, J. E. (2002). A psychobiological system approach to appetite and weight control. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 43-49). New York: Guilford.
- Boutelle, K. N., & Kirschenbaum, D. S. (1998). Further support for consistent self-monitoring as a vital component of successful weight control. *Obesity Research*, 6, 219-224.
- Carter, J. C., & Fairburn, C. G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- Cash, T. F. (1994). Body image and weight changes in a multisite comprehensive very-low-calorie diet program. *Behavior Therapy*, 25, 239-254.
- Cash, T. F. (1996). The treatment of body image disturbances. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 83-107). Washington, DC: American Psychological Association.

- Cash, T. F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Cash, T. F., Counts, B., & Huffine, C. E. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors, *Journal of Psychopathology*, 12, 157-167.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Collins, J. K., McCabe, M. M., Jupp, J. J., & Sutton, J. E. (1983). Body percept change in obese females after weight reduction therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 507-511.
- Connolly, H. M., Crary, J. L., McGoon, M. D., Hensrud, D. D., Edwards, B. S., Edwards, W. D., & Schaff, H. V. (1997). Valvular heart disease associated with fenfluramine-phentermine. *New England Journal of Medicine*, 337, 581-588.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499-511.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Cognitive-behavioral treatment of obesity. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 465-479). New York: Guilford.
- DeLucia, J. L., & Kalodner, C. R. (1990). An individualized cognitive intervention: Does it increase the efficacy of behavioral interventions for obesity? *Addictive Behaviors*, 15, 473-479.
- Devlin, M. J. (2002). Pharmacological treatment of binge eating disorder. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 354-357). New York: Guilford.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & Van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160-192). New York: Guilford.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.). (2002). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford.
- Fontaine, K. R., & Allison, D. B. (2002). Obesity and the Internet. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 609-612). New York: Guilford.
- Foreyt, J. P., & Poston, W. S. C. (1998). What is the role of cognitive-behavior therapy in patient management? *Obesity Research*, 6(Suppl. 1), 18S-22S.
- Foster, G. D., & Wadden, T. A. (2002). Social and psychological effects of weight loss. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 500-506). New York: Guilford.

- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A., & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss?: Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 79-85.
- Garrow, J. S., James, W. P. T., & Ralph, A. (Eds.). (2000). *Human nutrition and dietetics* (10th ed.). London: Harcourt.
- Goldfried, M. R., & Goldfried, A. P. (1975). Cognitive change methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 89-116). New York: Pergamon.
- Goldstein, D. J. (1992). Beneficial health effects of modest weight loss. *International Journal of Obesity*, 16, 397-415.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 178-182). New York: Guilford.
- Jeffery, R. W., Drewnowski, A., Epsrein, L. H., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 19, 5-16.
- Kalodner, C. R., & DeLucia, J. L. (1991). The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition education as additions to a behavior modification program for weight loss. *Addictive Behaviors*, 16, 255-263.
- Kanders, B. S., & Blackburn, G. L. (1992). Reducing primary risk factors by therapeutic weight loss. In T. A. Wadden & T. B. Vanlalthe (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 213-230). New York: Guilford.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirostein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Lamer, J. D., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., Jackson, M. L., Zeiitch, D. S., & Labouvie, E. (2000). Effective long-term treatment of obesity: A continuing care model. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 893-898.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Gilbert, J. S., Labouvie, E. (2000). Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 259-272.
- Manson, J. E., Skerrett, P. J., & Willett, W. C. (2002). Epidemiology of health risks associated with obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 422-428). New York: Guilford.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Perri, M. G. (1998). The maintenance of treatment effects in the long-term management of obesity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 526-543.
- Perri, M. G., (2002)- Improving maintenance in behavioral treatment. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 593-598). New York: Guilford.
- Perri, M. G., & Corsica, J. A. (2002). Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 357-379). New York: Guilford.

- Perri, M. G., McKelvey, W. E., Renjilian, D. A., Nezu, A. M., Shermer, R. L., & Viegner, B. J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 722-726.
- Pi-Sunyer, F. X. (2002). Medical complications of obesity in adults. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 467-472). New York: Guilford.
- Rapoport, L., Clark, M., & Wardle, J. (2000). Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *International journal of Obesity, 24*, 1726-1737.
- Rodin, J., Silberstem, L. R., & Striegel-Moore, R. H. (1984). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Psychology and gender* (Vol. 32, pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188-201). New York: Guilford.
- Rosen, J. C. (2002). Obesity and body image. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 399-402). New York: Guilford.
- Rosen, J. C., Orasan, P., & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy, 26*, 25-42.
- Rossner, S. (2002). Pregnancy and weight gain. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 445-448). New York: Guilford.
- Ryan, D. H., Bray, G. A., Helmcke, E., Sander, G., Volaufova, J., Greenway, E., Subramaniam, P., & Glancy, D. L. (1999). Serial echocardiographic and clinical evaluation of valvular regurgitation before, during, and after treatment with fenfluramine or dexfenfluramine and mazindol or phentermine. *Obesity Research, 7*, 313-322.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M., & Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 260-266.
- Seidell, J. C., & Tijhuis, M. A. R. (2002). Obesity and quality of life. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 388-392). New York: Guilford.
- Shafran, R. (2002). Rating disorders and the Internet. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 362-366). New York: Guilford.
- Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 325-339.
- Teasdale, I. D. (1997). The relationship between cognition and emotions: The mind-m-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford University Press.

- Tremblay, A., Doucet, E., Imbeault, P., Mauriege, P., Despres, J.-P., & Richard, D. (1999). Metabolic fitness in active reduced-obese individuals. *Obesity Research*, 7, 556-563.
- U.S. Department of Agriculture. (1995). *Report of the dietary guidelines advisory committee on the dietary guidelines for Americans*. Washington, DC: Author.
- Wadden, T. A. (1995). Characteristics of successful weight loss maintainers. In D. B. Allison & F. X. Pi-Sunyer (Eds.), *Obesity treatment: Establishing goals, improving outcomes and reviewing the research agenda* (pp. 103-111). New York: Plenum.
- Wadden, T. A., & Berkowitz, R. I. (2002). Very-low-calorie-diets. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 534-538). New York: Guilford.
- Wadden, T. A., & Osei, S. (2002). The treatment of obesity: An overview. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 229-248). New York: Guilford.
- Wadden, T. A., Sarwer, D. B., & Berkowitz, R. I. (1999). Behavioural treatment of the overweight patient. *Ballière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 13, 93-107.
- Wardle, J., & Rapoport, L. (1998). Cognitive-behavioural treatment of obesity. In P. G. Kopelman & M. J. Stock (Eds.), *Clinical obesity* (pp. 409-428). Oxford: Blackwell.
- Wilfley, D. E. (2002). Psychological treatment of binge eating disorder. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 350-353). New York: Guilford.
- Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, E. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417-439.
- Wilson, G. T., & Brownell, K. D. (2002). Behavioral treatment for obesity. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 524-528). New York: Guilford.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York: Guilford.
- Wing, R. R. (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In G. A. Bray, C. Bouchard, & W. P. T. James (Eds.), *Handbook of obesity* (pp. 855-873). New York: Dekker.
- Wing, R. R. (2002). Behavioral weight control. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 301-316). New York: Guilford.

- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1995). Effect of modest weight loss on changes in cardiovascular risk factors: Are there differences between men and women or between weight loss and maintenance? *International Journal of Obesity*, 19, 67-73.
- Wing, R. R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight maintainers. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 588-592). New York: Guilford.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138.
- Ziegler, E. E., & Filer, L. J. (Eds.). (1996). *Present knowledge in nutrition* (7th ed). Washington, DC: International Life Sciences Foundation.

Dizin

A

Abur cubur, 46, 56, 169, 201
Açık büfeler, 52, 196
Açlık, 72-73. Ayrıca bakınız İştah
Âdet öncesi dönemi, 167, 173
Aktivite. Bakınız Fiziksel aktivite
Alkol alımı, 54, 84, 198, 199
Aşırı genelleme. Bakınız Önyargı
Ayna. Bakınız Beden algısı
Az yağlı diyet, 153, 155

B

Beden algısı endişeleri, 97-106, 111, 113,
116, 118, 120, 121
Beden kitle endeksi (BKİ), 1, 11, 62
Beslenme prensipleri, 12
Bilişsel-davranışçı terapi
özellikleri, 2-3
davranış terapisiyle karşılaştırılması,
2-4, 8-11
ve obezite, 3
Bilişsel yeniden yapılandırma, 117-127
Birincil hedefler, 6, 12, 51, 127, 129
133-134, 142-144, 146-151, 179

Ç

Çifte standartlar. Bakınız Önyargı

Çok düşük kalori diyetleri, 68, 98, 141,
214, 216

D

Davranış terapisi. Bakınız Bilişsel
davranışçı terapi
Davranışçı kilo kaybı programları.
Bakınız Davranış terapisi, 10
Değerlendirme kontrol listesi, 18-19
Devamlılık, 122-124
Diüretikler, 18, 35
Diyet kuralları, 77, 84-85
Dürtü sörfü, 75, 86
Düzenli yeme. Bakınız Zamansal
yeme kalıbı

E

Egzersiz. Bakınız Zindelik, Fiziksel
aktivite
Emzirme, 178
Enerji dengesi, 48-49, 164, 168, 193
Enerji sınırlaması, 45, 135. Ayrıca
bakınız Kalori hedefi
E-posta, 20
Ev ödevi, 36, 38, 39, 67, 132, 138, 140,
142, 165, 180. Ayrıca bakınız
İzleme

F

Fenfluramin, 5
 Fiziksel aktivite. Ayrıca bakınız Zindelik
 Fiziksel görünüm, 148-149. Ayrıca
 bakınız Beden algısı
 Formülasyon, 17, 137

G

Genetik faktörler, 48, 141, 193, 214,
 216
 Giysi seçimi, 109, 119, 132, 149, 211
 Grup psikoterapisi, 4, 10, 158
 Gözden geçirme seansları. Bakınız
 Haftalık gözden geçirme
 Gündem belirleme, 34, 38, 42
 Günlükler. Bakınız İzleme

H

Haftalık gözden geçirmeler, 49-50, 54,
 194, 198
 Hamilelik, 168, 171, 177
 Hedef kilo aralığı, 48, 159, 162, 182, 193
 Hedefler. Bakınız Birincil hedefler, Kilo
 hedefleri
 Hipertansiyon. Bakınız Sağlık riskleri
 Hipotez testi, 118

İ

İkili düşünme, 136, 138
 İlaç tedavisi, 4, 5, 141, 214, 216
 İşbirliği, 16, 38, 42-43, 141
 İşlevsiz inançlar, 105-107
 İştah, 91. Ayrıca bakınız Açlık
 İtici seanslar, 185
 İzleme
 Beden algısı kaygısı, 107-110,
 125-126, 209-212
 Yiyecek ve içecek, 22-27, 54, 55,
 69-70, 172, 198, 200
 Kalite, 23, 31-33, 61, 73-74
 Sonlandırma, 166, 173-175

Değerlendirme seansı, 31-34, 41-42,
 64, 111
 Kilo, 27-28, 30, 31, 39, 54, 163-164,
 168, 172, 176-177, 183, 198

K

Kabullenme, 129, 131, 139, 140-143,
 149, 160, 214, 216
 Kaçınma, 2, 75, 78, 80, 101, 104, 105,
 108, 111-113, 207
 Kalori hedefi
 Kilo kaybı, 9, 27, 35-36, 44-45, 62,
 84, 85
 Kilo korunması, 164-166, 172, 176
 Kalori rehberi, 27
 Kalori sayma, 27, 33, 53, 197. Ayrıca
 bakınız Kalori hedefi
 Kalori sınırlaması, 4, 16, 27, 31, 35, 39
 Kardiyovasküler hastalık, 149. Ayrıca
 bakınız Sağlık riskleri
 Kaybedilen kilonun korunması. Bakınız
 Kilonun korunması
 Kayıt tutma. Bakınız İzleme
 Kendini kabullenme. Bakınız Kabullenme
 Kendine güven, 150
 Kendine saygı, 150
 Kendini izleme. Bakınız İzleme
 Kendisinin başlattığı kusmalar, 18, 34
 Kilo dalgalanmaları, 28, 39, 40, 162,
 167, 173
 Kilo değişikliğini ele alma, 176
 Kilo grafiği, 27, 29, 30, 39, 41, 163,
 184-185
 Kilo hedefleri, 11, 12, 129-145, 162
 165, 213
 Kilo izleme. Bakınız İzleme
 Kilo kaybı
 -nın faydaları, 139-140, 142, 214, 216
 -nın önündeki engeller, 10, 60, 63-87
 Kilo kontrolünün sağlıksız yöntemleri.
 Bakınız Diüretikler; Laksatifler;

Kendisinin başlattığı kusmalar
 Kilo koruma
 Kilo koruma planı, 13, 178, 180-184
 Kilodan bağımsız hedefler. Bakınız
 Birincil hedefler
 Kilonun korunması, 7, 12-13, 17, 61,
 90, 135-139, 152, 157-185
 Kusma. Bakınız Kendisinin başlattığı
 kusmalar

L

Laksatifler, 18, 35

M

Metabolizma, 44, 48, 193
 Meyve, 153-154
 Motivasyon, 21-22, 30, 33. Ayrıca
 bakınız Tedaviye uyum

O

Obezite
 Beden kitle endeksi (BKİ), 1, 11, 62
 Bilişsel-davranışçı terapi, 3-4, 6-13
 Davranışçı tedavi, 3-4, 141, 214, 216
 Enerji dengesi, 48-49, 164, 168, 193
 Fiziksel komplikasyonlar, 34-35, 47,
 71, 90, 149, 153, 214, 216
 İlaç tedavisi, 4, 5, 141, 214, 216
 Tıknırcasına yeme, 4, 10, 16, 32, 42,
 46, 74-79, 81, 150, 167
 Olumsuz ruh hâlleri, 10, 75, 77

Ö

Önceden planlama, 44, 55, 83, 168, 200
 Önyargı. Bakınız İşlevsiz inançlar
 Övme, 42, 51
 Özel durumlar, 38, 51, 55-56, 200-201

P

Porsiyon, 32-33, 64, 79, 171, 172, 184

R

Restoranlar. Bakınız Sosyal yeme

S

Sağlıklı beslenme, 12, 47, 152, 153, 155,
 177, 179
 Sağlık riskleri, 34, 47, 90, 149
 Sebze, 12, 52, 53, 56, 80, 153-156, 182,
 195, 196
 Seçici dikkat. Bakınız Önyargı
 Sınırlı kilo kaybı, 60-61
 Sigara içme, 178
 Sorun çözme, 57-61, 147
 Sosyal baskılar, 71, 103, 104, 115, 195
 Sosyal yeme, 49, 51-53, 170-171,
 195-197
 Söz verme. Bakınız Tedaviye uyum

Ş

Şeker alımı. Bakınız Yapay tatlandırıcılar
 Şekil. Bakınız Beden algısı

T

Tartılma
 Tedaviden sonra, 163-164, 168
 Tedavi süresince, 27-31, 39
 Yiyecekleri tartma, 27, 32-33
 Tatiller için planlama, 51, 54, 176,
 198-199
 Tedavi için gerekçe, 17-19
 Tedavide erken devamsızlığı ele alma, 22
 Tedavinin yapısı, 20
 Tedaviye karşı genel direnç, 65
 Tedaviye uyum, 20, 22, 33-34, 35, 39,
 41, 42, 44, 60, 62, 65, 67, 68-72,
 82, 107, 161.
 Tedaviyi bitirme, 161-162, 184
 Tedaviyi gözden geçirme, 173
 Tıbbi komplikasyonlar. Bakınız Sağlık
 riskleri

Tıkınırcasına yeme, 4, 10, 16, 32, 42,
46, 74-79, 81, 150, 167
Tıkınırcasına yeme bozukluğu, 10
Tramvay hatları, 163-164, 169, 171,
176, 177, 183

U

Uyarana bağımlı yeme, 64
Uyku apnesi, 34

Y

Ya hep ya hiç düşünme, 171, 172
Yağ alımı, 46-47, 79-80, 153-155, 166.
Ayrıca bakınız Sağlıklı beslenme.
Yapay tatlandırıcılar, 45
Yaşam tarzı aktivitesi. Bakınız Fiziksel
aktivite

Yeme hızı, 83
Yeme tarzı, 47, 82-84
Yemeden kaçınma, 46, 80-82
Yemenin bilişsel yönleri, 47
Yeniden kilo kazanımı, 4-5, 6, 12, 19,
135-139, 141, 142, 158, 167, 172,
185, 214, 215
Yiyecek seçimi, 47, 79-80. Ayrıca
bakınız Sağlıklı beslenme
Yoksunluk, 46, 53, 77, 197
Yürüme, 90, 91, 93, 95, 128, 183, 205

Z

Zamansal yeme kalıbı, 46, 74
Zindelik, 132, 149-150. Ayrıca bakınız
Fiziksel aktivite

