



Yeme Bozukluğu Olan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin Kullanılması Üzerine Bir Derleme

Yaşar Zilifli

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2774-5056>, zilifliy77@hotmail.com

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science

<https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu çalışmanın amacı derleme yöntemi ile bilişsel davranışçı terapinin yeme bozukluğu üzerindeki etkinliği hakkında alan yazım taraması ile inceleme yapmaktır. Bu sistematik derlemede BDT'nin yapılan bu çalışmada sistematik derleme kullanılmış ve herhangi bir saha çalışması ya da ölçek kullanılmamıştır. Bu sistematik derlemede hem Türkçe hem de İngilizce makaleler ele alınmıştır. Bu araştırma yetişkin grubunda olan bireyleri kapsamaktadır. Bu çalışma Eylül, 2022 ve Ocak 2023 olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Yeme Bozukluğu üzerindeki etkilerini inceleyen makalelerin yılları dikkate alınmamakla beraber incelenmiş; dışlama ve dahil etme kriterlerine uyan 3 makale gözden geçirilmiştir. Bu çalışmaların 1 tanesi sistematik derleme, 2 tanesi olgu sunumudur. Bu çalışmaların 3 tanesi de Türkiye'de yayımlanmıştır. İncelenen 3 makalede bilişsel davranışçı terapinin yeme bozukluğu üzerindeki etkinliğe değinmiştir. Yeme bozukluğu olan bireylerde uygulanan bilişsel davranışçı terapinin, bireyde olan semptomları azalmasına büyük ölçüde yardımcı olmaktadır. Yeme bozukluğunu kişilerdeki temel odaklı sadece yemek ve beden ilişkisi olarak değil de aynı zamanda fiziksel, psikososyal ve ekonomik etmenleri de peşinden getirebilecek bireyin yaşam kalitesini negatife doğru sürükleyebilecek ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak görebiliriz. Yeme bozukluklarında kişinin hastalığa tekrardan yakalanma oranı bir hayli fazla olduğundan tedavide kullanılacak yöntemler önemlidir. Psikoterapi açısından en etkili yöntem olarak da BDT'yi en ön saflardan görebiliriz. Bilişsel Davranışçı Terapinin zihindeki reddedici fikirleri irdelemesi, bu fikirleri tekrardan şekillendirilmesini ve tutuma yönelik teknikler ile de iyileşmeyi desteklemesinin belirtilerin iyileşmesine yararlı bir sonucunun olacağı gözlenmektedir. Yeme Bozukluğunda temel nokta psikopatoloji kognitif nitelikte olup bireyin benlik önemini, vücut ağırlığı ve vücudun biçimi ile anlamlandırılmasından kaynak bulmakta bu sebeplerden dolayı bireyde ödün verecek tutumlar ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozukluğu, BDT, Derleme

A Review of the Use of Cognitive Behavioral Therapy in Individuals with Eating Disorder

Abstract

The aim of this study is to examine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on eating disorder with systematic review method by using field spelling screening. In this systematic review, a systematic review was used in this study of the CIS, and no field studies or scales were used. Turkish English and Turkish articles have been discussed in this

systematic review. This research includes individuals who are in the adult group. January September 2022 and January 2023, this study has been carried out in two stages. Although the years of the articles examining the effects on Eating Disorders were not taken into account, they were examined; 3 articles that fit the exclusion and inclusion criteria were reviewed. Of these studies, 1 is a systematic review and 2 is a case report. 3 of these studies have also been published in Turkey. In the 3 articles examined, the effectiveness of cognitive behavioral therapy on eating disorder was mentioned. Cognitive behavioral therapy applied in individuals with eating disorders greatly helps to reduce the symptoms of the individual. We can see eating disorder as a serious psychiatric illness that can lead to a negative quality of life of the individual, which can bring physical, psychosocial and economic factors that are not only focused on food and body relationship in people, but also bring physical, psychosocial and economic factors. Since the rate of re-infection of a person with eating disorders is quite high, the methods to be used in treatment are important. We can also see CBT from the front lines as the most effective method in terms of psychotherapy. It is observed that Cognitive Behavioral Therapy's examination of the rejecting ideas in the mind, shaping these ideas again and supporting healing with attitude-oriented techniques will have a beneficial effect on the improvement of symptoms. The main point of psychopathology in Eating Disorder is cognitive and finding the sources of self-importance of the individual by making sense of body weight and body shape, compromising attitudes arise in the individual for these reasons.

Keywords: Eating disorder, CBT, Review

1.Giriş

Yeme bozukluğunu kişilerdeki temel odaklı sadece yemek ve beden ilişkisi olarak değil de aynı zamanda fiziksel, psikososyal ve ekonomik etmenleri de peşinden getirebilecek bireyin yaşam kalitesini negatife doğru sürükleyebilecek ciddi bir psikiyatrik hastalık olarak görebiliriz. Kişilerin uygunsuz bir şekilde yeme hallerini, bireyin kendi fikirlerini ve dışı vuramadığı içselleştirdiği davranışlarını içeren bir bozukluk şeklinde onay görmektedir. Günümüz zamanlarına çoğunluğu buluş çağı, çocukluktan gençliğe adım ve erginlik dönemlerinde çoğalma halinde olan yeme bozuklukları umumiyetle bayanların yakalandığı bir psikopatolojidir (Goldschmidt ve diğerleri, 2008). Vefat oranlarındaki yükseklik nedeniyle oldukça ciddi bir bozukluktur. Hastalığın temelinde, düşüncelerini rahatsız edecek şekilde sıklıkla kilo almaya yönelik korku ve beslenme davranışlarında görülen aşırı bir işlevsellik hali yatmaktadır. Yeme bozukluğunun görülmesinde genetik faktörlerin yanı sıra günümüzün değişen dünyasındaki televizyon, sosyal medya, kalıplaşmış güzellik anlayışı ve çevre etkisi olarak değerlendirilebiliriz.

Yeme Bozukluğunda temel nokta psikopatoloji kognitif nitelikte olup bireyin benlik önemini, vücut ağırlığı ve vücudun biçimi ile anlamlandırılmasından kaynak bulmakta bu sebeplerden dolayı bireyde ödün verecek tutumlar (rejim, istifra, laksatif – diüretik kullanma, gereğinden fazla spor yapma, kişinin vücudunu yiyeceklerden yoksun bırakması gibi) ortaya çıkmaktadır (Fairburn, 2008). Bireylerin kendi algılarındaki yağsız kuru bir vücuda sahip olma ve vücudundaki kilolardan

kurtulma isteği gerekçesiyle danışanların çoğu zaman rejim yaptıkları, günlük öğünlerini almadıklarını kafalarında kendilerince belirledikleri besinleri tüketmekten sakınma, bilinçlerinin vücutlarındaki ağırlık boyutuna ve gövde şekilleriyle lüzumsuz kaçacak seviyede yoğun olduğu anlatılmaktadır. Kişilerin vücut şeklinde çöküş, bedenlerindeki memnuniyetsizlikleri, vücudun negatif bir şekilde idrak edilmesi, bedeni hakimiyet tutumları rahatsızlığın etiyojisinde ön plana çıkmakta bununla birlikte tedavilerde gözlemlenmiştir (Fairburn ve Cooper, 1989; Fairburn ve ark., 2015). Vakalardaki kusursuzluk, uyarmlar, saplantılı düşünceler, var ya da yokluk tarzında düşünceler benzeri kognitif ile çoğu kez karşı karşıyayız.

Yeme bozukluklarında kişinin hastalığa tekrardan yakalanma oranı bir hayli fazla olduğundan tedavide kullanılacak yöntemler önemlidir. Psikoterapi açısından en etkili yöntem olarak da BDT'yi en ön saflardan görebiliriz. Bilişsel Davranışçı Terapinin zihindeki reddedici fikirleri irdelemesi, bu fikirleri tekrardan şekillendirilmesini ve tutuma yönelik teknikler ile de iyileşmeyi desteklemesinin belirtilerin iyileşmesine yararlı bir sonucunun olacağı gözlenmektedir (Mineka ve Hooley, 2013). Bu çalışmada yeme bozukluğu üzerine tanı alan hastaların tedavi ve tedavi noktasında BDT'nin etkinliği üzerine bilgiler verilmiştir.

1.1 Yeme Bozuklukları

Yeme Bozukluğu kişilerdeki yeme düzeni ve vücut merkezli psikopatolojiyle birlikte olan çoğu kez farklı psikiyatrik ve sağlıksal bozuklukların da beraberinde seyrettiği sıkıntılı tıbbi sıkıntılardır. Hayati tehlikeyi de kapsamında ciddi rol oynayan bozukluklara günümüze dek insanlarca öğrenilmekte, bu bozukluklarla ilgili ortaya koyulan araştırmalar da gittikçe geniş kitleler de görülmeye başlandığını ortaya çıkarmaktadır. Vücudun hemen hemen her sistemini etkilemekte açlık durumu ve ödün verici tutumlardan kökenli bir hayli klinik netice ortaya türemektedir (Yücel, 2009). Karşılaşılan bu husus kişilerdeki ömür keyfiyetini ve işlevsellik seviyelerini azaltmakta, kişilerin kendi aralarında kurdukları yanı başındaki bağlantılarına negatif yönde dokunabilir. Yeme bozukluğu tipik olarak ergenlik dönemlerinde baş gösterir, çoğunlukla bayanlarda görülür, diğer psikiyatrik sorunlar ve medikal problemler de sık sık hastalıkla birebir eşlik eder. Bundan ötürü klinik görünüm bir hayli karmaşıktır. Yeme Bozukluğu tanısı yaşayan

hastaların bellek; vücut şekilleri, kilolarıyla bir hayli yoğundur. Kişinin kendisine duyduğu hürmeti de bu neticede değerlendirilir, bireydeki vücut şekli ve vücudundaki fazla ağırlığı irade altında tutmak amacıyla farklı davranışlarda bulunur. Hastalığı yaşanan kişilerin çoğunda psikososyal işlevsellik zayıftır. Yeme bozukluğu etiyojisi günümüzde hala kesintisiz bir şekilde anlaşılmamış olmasıyla birlikte, kişilerdeki kalıtsal eğilim, nörobiyolojik farklılıklar ve değişimler, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin görev aldığı çok etmenli biçimden kökenini bulmaktadır. Yeme Bozukluklarının anksiyete, majör depresyon, uyuşturucu madde temini ve karakter bozuklukları ile aynı zamanda bununla birlikte hayat boyu aşırı bir çoğunlukla hissedilebildiği de bilinir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı olarak kabul edilen DSM-IV-TR’de Yeme bozuklukları Anoreksiya Nevroza, Bulimiya Nervosa ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları şeklinde 3 farklı alanda açıklamıştır. DSM-5-TR’de belirtilen kısım “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” altında çalışılmış, bununla birlikte anlamı da bir hayli yayılmıştır (Köroğlu, 2013). DSM- 5 Beslenme ve yeme bozukluklarının açıklamasında: Pika, istifra bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervosa (AN), bulimiya nervosa (BN), tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB), tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer yeme bozukluğu adı altında tanımlanmaktadır.(APA 2013).

Yeme Bozukluğunun Tarihçesi

Yeme bozuklukları günümüze dek son 50 yılda giderek artış göstermektedir. Özellikle son yıllarda kişilerde görülme sıklığı da artmıştır ve önemi daha gözle görülebilir hale hale gelmiştir. Milattan sonra 5. Yüzyılda “Theodore Prisciani” şuan zamandaki tanımıyla “Bulimia Nervosa Hastalığı” ile alakalı dokümanlar bildirilmiştir (Russel GF, 1995) . Geçmiş kayıtlarda Galen’in abartılmış açlık işaretlerinin normalin dışında mide asidi ile ilişkili olduğunu bildirdiği görülmektedir (Bruch H, 1973).

18. ve 19.yüzyıllarda “Cynorexia” adı verilen aşırı tıkanma ve daha sonrasında kusma hareketinin olduğu bir durum olarak açıklanmıştır. O dönem gerçekleştirilen başka bir araştırmada “Hyperexia” yani bayılma durumunu engellemek için çok az miktarda gıda tüketimini açıklayan bir sözcük bildirmişlerdir (Uğur M., 2008).

90 sene öncesine bakarsak Freud, yeme bozuklukları üzerine psikanalitik açıklamalar yapmış ve kişideki beslenme dürtüsünün bozulması ve cinsellik konusu üzerinde özellikle durmuştur (Pirim B., 2004).

Son 50 yılı tekrar gidersek 1976 yılında aşırı yeme nöbetleri ve sıkı diyetler 'Blumiaarexia' olarak açıklanmış ve bireyin özgüven kaybıyla, patolojik beden algısı ve kişinin başlarıyla olan ilişkisindeki başarısızlık korkusu ile ilişkilendirilmiş ve mükemmeliyetçilik isteği fazla olan bireylerde daha sık görüldüğü açıklanmıştır (Boskind-Lodahl M., 1976).

1900'lü senelerin ikinci çeyreğinden sonra anoreksiya ve bilimia gibi beslenme bozukluklarının önemi fazlasıyla anlaşılmaya başlanmış ve bu vakaların koyulma sıklığı bir hayli artmıştır (Uğur M., 2008).

Yeme Bozukluğunda Etiyoloji

Yeme Bozukluğunun etiyojisi hala net bir şekilde anlaşılmamış ve bunla beraber, kalımsal eğilim nörobiyolojik değişmeler, bireylerin içerisinde oldukları psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin rol aldığı oldukça fazla değişmenli komplike bir şemadan temel bulmaktadır (Bakalar ve ark., 2015). Yeme Bozukluğunun etiyojisinde birden çok faktör rol almaktadır. Biyolojik çalışmalar sonucu açıklamalar da kişinin genetik yatkınlığı birtakım nörotransmitter disregülasyonlarının önemini vurgulamaktadır (Gordon ve ark. 2005). Böylece Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza'nın genetikliği açısından farklı oluşları sergilendiği hali de günümüzde gözlenmektedir (Hinney ve Volckmar 2013). Öte taraftan psikodinamik açıklamalar önceden yaşanmış çarpışmalar nedeniyle egonun etkisindeki verimsizliği aile bağlantılarındaki sorunlara, bayanlığın yadsıması ile özellikle belirmesiyle bu sonuçta gelişen araştırmaların bir hayli fazlası Anoreksiya Nervoza genelinde kümelenendiği belirtilmiştir (Zerbe 2001).

Biyolojik Açıklamalar

Yeme bozukluğunda genetik faktörün bir hayli önemli yeri vardır. Yapılan araştırmalarda Yeme Bozukluğu olan vakaların sülalesi ve aile fertlerinde Yeme Bozukluğuyla rastlanma yatkınlığına yönelik olduğu görülmüştür (Bulik ve Tozzi, 2013). Biyolojik yönünden sunulan açıklamalar kişideki kalımsal yönelime ve birtakım nörotransmitter disregülasyonlarına bir hayli vurgu yapmaktadır (Gordon ve ark. 2005). Yapılan diğer çalışmalarda Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza teşhisi konulan vakaların öz kendi sülalelerinde de bu bozuklukların izlenme olasılığının daha çok görüldüğü açıklanmıştır. Bununla birlikte Yeme Bozukluğu teşhisi alan hastaların çekirdek aile fertlerinde anksiyete, karakter bozukları, maddeyi zarara kullanım, duygu durum

bozukluklarının anormal olmayan bir nüfusa kıyasla şimdiye kadar fazla izlenmesi de kalıtsal bir yatkınlığa olduğunu desteklemektedir (Kuruoğlu- Çepik, 2000).

Vücudun ihtiyacı olan mutluluk sağlayan serotonin yolaklarının duygudurum, beslenme ve dürtü denetimi ile fazlaca ilişkisinin var olduğu sunulmuştur. Böylece alan da serotonin nörotransmitteri üzerinde fazlaca kalınmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Hipotalamik-hipofizer gonadal ekseninde ise Anoreksiya Nervoza vakalarında kişilerde ergenlik çağı öncesi döneme dair bir geriye dönüş rastlanmaktadır. Laboratuvarda ve klinikteki çalışmalarda ‘hipotalamik hipogonadizm ise bireylerde gözlemlenmektedir. Fakat hastalığın yeniden nüksetmesi, vücuttaki kilonun ortalama seviyeye gelmesiyle bir nebze olsa hastalığın düzelmesi gözlenmektedir (Yücel, 2009).

Psikolojik Açıklamalar

Yeme bozukluğunun ilerlemesinde kişiye has bir hayli etmen görülmektedir. Görülen etmenlerden birtakımı bireyin benlik özelliği, kendisine olan hürmetinin az olması gibi bireyde sürekli görülebilen olaylar sebebiyle neden olacağı üzere bireysel kazanımlar veyahut kişinin çevresiyle ilişkilerinden köken alabilmektedir(Polivy ve Herman, 2002).

Kişideki erken dönemde görülen çatışmalar sebebiyle ego gücündeki zayıflığa, bireyin ebeveynleriyle olan ilişkilerindeki problemler görülmektedir (Hinney ve Volckmar 2013).

Kişide görülen olumsuz duygulanım, beden hoşnutsuzluğu, stresli gündelik yaşam, depresif davranışlar, gitgide değerini yitiren özsaygı aile ve çevreden gelen kilo veya zayıflığa yönelik dalga geçici söylemler kişinin psikolojik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Yücel 2009).

Sosyokültürel Açıklamalar

Sosyokültürel açıklama, kişinin sosyal çevresi ve medyada oluşturulan benlik saygısı, vücut memnuniyetsizliği üzerinden kişideki yeme sorunlarına etki ettiğini vurgulamaktadır (Garner 2002, Lamoureux ve Bottorff 2005, Weaver ve ark. 2005).

Kişideki ideal kilo imgesi sıklıkla çağdan çağa farklılık ifade etmektedir. Yaşadıkları coğrafyalarda aç olma durumunun, kılığın aşırı görüldüğü halklarda dairesel şekilli, etine dolgun beden şekilleri seçilirken, yeme sorunlarının yaşanmadığı, her çeşit yemeğe erişimin kolay olduğu sosyoekonomik seviyenin üst olduğu halklarda ise incelik saplantısı ilk tercihte tutulduğu kişilerin zihinlerinde inceliğin fazlaca hoş algılandığı ve daha çok tercih edildiği görülmektedir.

Sosyokültürün yeme bozukluğu üzerindeki etkisi bu durumda etkili olduğu düşünülmektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Kişinin ergenlik çağı, fiziksel ve hormonal yönde meydana gelen değişimler sebebiyle yeme bozukluğu davranışları için ciddiyle tartışılmaz kritik bir dönemdir Yeme Bozuklukları günümüzde cinsiyet tarafından bakıldığında bayanlarda daha sık görülmektedir. Fakat günümüzde genç erkeklerde de rastlanma sıklığı da gitgide artış eğilimindedir.

Bireyin yaşadığı farklı psikiyatrik sorunlar ve sağlık problemleri hastalığa eşlik etmektedir. Bu sebepten ötürü vakalardaki klinik görünüm karmaşıktır. Hastaların birçoğunda psikosoyal işlevsellik bir hayli zayıftır (Fairburn ve Cooper 1989).

Anoreksiya Nervozaya bakıldığında ilk epidemiyolojik bulgular kültüre dayalı bir bozukluk olarak batı insanında daha fazla görüldüğü ortaya koyarken, kişilerdeki ekonomik ve kültürel açıdan hızlanma farklılaşan toplumlarda Anoreksiya Nervozanın sıklığının fazla bir şekilde hızla artması bu bulguların tartışılmasına neden olmuştur.

Yeme Bozuklukları Türleri

Anoreksiya Nervoz (AN)

Anoreksiya Nervozaya yaklaşık 150 – 200 sene öncesine gittiğimizde o dönemlerde de görülen rahatsızlık olmasıyla literatüre kavram namına ilk kez Prens Viktorya'nın başhekimisi Sir William Gull aracılığıyla günümüzden yaklaşık 150 sene önce 'sinirsel istek- iştahsızlık manasına denk olacak biçimde ' anoreksiya nervozaya' adı altında adlandırılmıştır. 1874 senesinde yapılan çalışmaların ışığında sağlık alanında kaynaklık rolünü kazanmıştır (Silverman, 1964; Yücel, 2009). Anoreksiya Nervozaya, vücuda sinerji toplamanın azaltılması sonrasında meydana gelen enerji yükü olan kilo azalması, vücut ağırlığına yönelik alım ve tombullaşma yönünde fazla endişe, beden endamı, vücudundaki ağırlığın anlaşılmasındaki bozukluk olan yapıyla karakterize haldedir (Apa, 2013). Klinik hastalık adı altında görülen ilk kez bir noktada yer edinmesi Lasegue aracılığıyla 1873' de yayımlanan "De l' Anorexia Hysterique" adıyla yayımladığı makalesinde

çalışmasını yayınlamış ve bu makaleye dayanmaktadır. Laseque, iştah ile histeri sözcüklerini birlikte kullanarak uygulamaya geçirilen hastalık hakkında histeri anoreksiya nervoza anlamına gelen tasvirini çalışmasında açıklamış, hastalığın temeline dayanan etmenleri duygulu etmenlere, vakayla aile çerçevesine ilişkilendirilmiştir. William Gull yaklaşık on iki ay aranın ardından 1874 senesinde ‘ Anoreksiya Nervoza’ kelimesini bilhassa biraz fazla buluş dönemindeki bayanlarda görülebilen, zaman alan aç kalma, vücutta oluşan besin açıklığı namına metabolizma görevlerde bir takım bozulmalara sebep olan psikiyatrik hastalıklara yol açan tablo şeklinde açıklamış ve vakalarla iyileşme konusunda iş birliği içerisinde olmanın ne kadar zorlu bir süreç olduğunu adlandırmıştır (Silverman, 1964). Tarafsız süreçte birbirinden farklı iki bildiriyle beraber açıklanarak sağlık kaynaklarında konumunu kazanmıştır, oldukça fazla senelerce de kaynaklarda 1873 senesinde tarif edildiği ilk şekliyle öfkesel isteksizlik anlamında adı korunmuştur (Yücel, 2009). Anoreksiyanın gelişmesinde genellikle psikodinamik beyanlar kişinin önceki seneler de hayatları nedeniyle ego etkinliğinin inceliği sebebiyle hüviyet oluşumunda sorun oluşmasından, bundan dolayı bireyin ailesinde, kendi arasında kurduğu farklı bağlantılarına dert niteliğini vurgulamaktadır. Gerçekleşen bu nokta Anoreksiya Nervoza hastalarıyla yapılan takım psikoterapisinin grupta oluşan dinamikler açısından kişinin hüviyet yönünden ilerleme ve toplumsal tutumun oluşması aracılığıyla tedaviler olunabileceği düşüncesi ön sezilebilir niteliktedir (Izydorczyk ve Niziołek 2010). Son yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere Anoreksiya Nervoza hastalığı yaşayanlar için iştahsızlık kelimesinin bu durumu tam olarak karşılayamadığı gösterilmiştir. Çoğunlukla on iki – on sekiz yaşları civarlarıyla başlangıcı olan rahatsızlıkla birey ince olmak uğruna besin yüklemesini önemli kılacak seviyede, vücudu için önemli oranda ağırlık azalınca dek azaltmaya devam eder ve kimlikle oluşan nitelikli birisi olan bu insanlar obeziteye yönelik ya da vücuda ağırlık yükleme yönünde fazla bir derece kaygı, panik durumu halindedirler. Bununla birlikte ince vücuda sahip olma karşın ancak fazla ağırlığa sahip olmalarına yönelik kendilerince aksi kişilik yönünden idrak etmeleri de vardır (Morrison, 2016). İlave bir şekilde vücut ağırlığını artırma şeklinde istenilen fazla bir şekilde endişeye karşıt kendi kendilerine yarattıkları hayallerindeki zayıflığa ulaşmak için yemek yemeyi erteleyebilir ve yemek tutumunu telafisiyle oluşabilecek biçimde kendini istifra ettirme, laksatif-diüretik vücuda alımı, fazla bir şekilde sporla uğraşma tarzında birden çok olumsuz tutumlara yönelerek vücutlarına kilo almalarını tedbirli bir şekilde gözlemlemeye ve kontrollü tutmaya çalışırlar (Bruch, 1982). Yapılan ilk araştırmalardan çıkan sonuçlarsa bireylerin yaşları bir hayli önemli olduğunu göstermektedir.

Vaka tanımı için başta gelecek ilk nedenlerden biri yaş olmakla beraber özellikle genç bayanlarda daha sık rastlanmaktadır. Fakat bir süre sonra yapılan araştırmalarda 28 yaş üstü bireylerde bile görülme olasılığı ve Anoreksiya Nervoz hastalığından yaş faktörü çıkarılmıştır (Halmi ve diğerleri, 2005). Bu nedenle emareler çoğunlukla ergenlik dönemlerinde baş göstermektedir. Ergenlikten önceki sürede ve yetişkinlik sürecinde bireyleri tanı yönünden özellikle dikkat edilmelidir(Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Bulimiya Nervoz

Doymasına rağmen yemek yemeye devam etmek bulimiya nervozanın en çok bilinen tanısıdır. BN doymasına rağmen yemek yediğinde bireyin yinelenen kusma, laksatif / diüretik kullanımı, yemek yememe veya çok fazla spor yapma davranışları vardır. Düzeltici davranışları olmasına istinaden, Bulimiya Nervozası olan bireylerde çok az kilolulardır. Laksatif ilaç kullanımı genellikle 18-30 yaş arasındaki bireylerde yaygındır (Kendir & Karabudak, 2019).

Bulimiya Nervoz vakalarında kilolu olma korkusu vardır. Eylem bozukluklarının özünde bu vardır. Doymasına rağmen yemeye devam etme nöbetleri bu rahatsızlığın başta gelen emarelerindedir. Kişi nöbet geçirdikten sonra kendine kızma ve kendini suçlu hissetmektedir. Bulimiya Nervoz vakaları Anoreksiya Nervoz vakalarından ayıran özellik ise bireyde olan ağırlıktır. Anoreksiya Nervoz vakalarının normal seviyelerde olan kiloları olması iken Bulimiya Nervoz vakalarında normal durumun biraz daha üzerindeki ağırlıktan ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte Bulimiya Nervoz, anoreksiya nervozaya göre daha sık ortaya çıkmıştır ve erkek bireylerde kadın bireylere göre daha az görülmektedir ve bu durum ergin kadın bireylerin %1-2'sini etkisi altına almaktadır (Şentürk, 2020).

Kişilerde görülen müzmin boğaz iltihabı ve boğazın ağrı yaratacak düzeyde şişkin oluşu kişinin bademcik, sırt ağrısı ve boyun, ağzın aşağısındaki tükürük bezelerinde kabarmalar ve şişlikler görülmesi, müzmin bir şekilde öksürme, yıpranmış diş mineleri ve karında oluşan gastrik asitle karşı karşıya gelmeden sonuçlanan git gide fazlalaşırçasına hassas duruma gelen ve yıpranmış dişler, reflü hastalığı gibi gastrointestinal sorunlar, kuvvetli dehidrasyon, ilaç alımı sonrasında intestinal problemler, kardiyak problemi, aralıklarla nöbet ve vefatla konumlandırılan elektrolit uyumsuzluklar Bulimiya Nervozanın semptomları arasındadır (Kendir & Karabudak, 2019).

Bulimiya Nervozada hastalığında depresif belirtiler, anksiyete, maddeyi kötü amaçlar için kullanımı da eşlik edebilir (Kelly ve ark. 2014). Başka yeme bozukluklarına bakarsak kişinin kendisine zarar verici davranışlarıyla Bulimiya Nervozada arasında daha güçlü ilişki olduğu görülmüştür ve ergen kişilerdeki Bulimiya Nervozada vakalı olguların intihar düşüncesi, planları ve girişimi sık sık görülebilir (Swanson ve ark. 2011). Abartılı aşırı diyet, kusma yemek ve yeme ile ilgili kişinin zihnindeki düşüncedeki uğraşlar, kişinin beden şekline ve ağırlığı yönünde fazla hassasiyet, her gün ağırlık ölçümü, ağırlığını bilmekten kaçma Bulimiya Nervozada'nın vaka olarak görülmesinde önemlidir (Fairburn 1985, Wilson ve Fairburn 1993).

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu çoğu bireyin kendi vücutlarına oranla yiyebileceklerinden bir hayli ekstra yemeği biraz daha az zamanda tüketme ve tüketirken kendi öz denetimini yitirme anları ile kişi baş başadır. Tıkanırcasına besin alımı zamanlarında; alışkanlığın dışında hızlı bir şekilde besini tüketme, hastalık boyutuna ulaşacak seviyesinden tok olma durumu seviyesine gelinceye dek besin tüketme, kişinin açlık hissi duymuyorken fazla miktarlarda yeme, bireyin çevresine karşı ne ölçüde yemek tükettiğinden utanç duyduğu için kendi yalnız başınayken besin tüketme, tüketimin ardından bireyin kendisinden iğrenmesi veya pişmanlık hissetmesinden minimum üç tanesi veya daha fazlası izlenmektedir (Güven,özlü,kenger,tümer&ergün 2020)

Kilo artışı yaşam bulgularında düzelmesi için önem taşımakta olup buradaki kazanım sadece kilo kazanımı değildir. Rahatsızlığın tekrarının önlenmesi için yeterli kilo alımının sağlanmasının ardından psikoterapiye devam ettirilmelidir.

Tıkanırcasına yeme bozukluğu yeme atakları ile baş gösterir. Bulimiya Nervozadaki gibi fazla miktarda alınan kaynakların ağırlık etkisini gidermek için başvurulan telafi edecek davranışları yoktur (Grilo 2002). Tıkanırcasına yeme bozukluğu hastalığı olan olgular seviyelerine göre gözlenen beden kilosunun üzerindedir ve genelde obezite hastalığı tanısı da alırlar. Kişide görülen yeme atakları süresince kontrol kaybı hissi yaşarlar ve yeme hareketlerini durduramazlar, kısa süre sarfında fazla miktarda besini tüketirler. Yedikleri yemeklerden haz alırlar (Campbell ve Peebles 2014).

Pika

Kişiler için günlük alınan, yenilebilir özelliği bulunmayan cisimlerin (kömür,toprak), etiyojisi üzerine bilgi bulunmayan sebepler ile tüketildiği araştırma metinlerinde açıklanmıştır. Kişideki tüketilmeyecek maddeleri tüketme isteği, lezzet duygusundaki değişim sonrasında gerçekleşen, gıda niteliği özelliğine sahip veya sahip olmayan cisimlere karşı aşırı kuvvetli arzu veyahut çok aşırı seviyelerde tüketme yatkınlığı olarak ifade edilen yemek tüketme davranışı bozukluğu “pika”adı altında açıklanmıştır. Genellikle gebelik halinde olan ve küçük çocuk yaşta nitelendirdiğimiz kişilerde gözlenebilen tutum neticesinde gıda zehirlenmesi, cisimlerin üzerlerinde olan mikropları tüketip sindirmek, bazı enfeksiyon ve mide rahatsızlıkları gibi bazı yan etkiler görüldüğü açıklanmış ve çoğu zaman vücuttaki demir vitamininin az ve eksik oluşuyla ilgisinin olduğu düşünölmüştür (Morrison, 2016). Bilişsel ve gelişimsel anomalite oluşturabilen ve sağlığı bozucu komplikasyonlara sebep olabilen pikanın erken teşhis durumu, hayati bir nitelikte olup önemlidir. Çünkü kolayca tedavi olunabilen bir rahatsızlık olmasına rağmen terminal dönemde ölüm ile noktalanabilmektedir.

Yeme Bozukluğunun DSM V Tanım Ölçütleri

Ruhsal Bozukluların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı olan DSM-5 TR’ye göre Yeme Bozukluklarının DSM-5 Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2013).

Anoreksiya Nervoza Kriterleri

A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama tutumu, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin derecede düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin derecede düşük bir vücut ağırlığı, olağan en düşüküğün altında veya çocuklar ve gençler için beklenen en düşüküğün altında olarak ifade edilir.

B. Kilo almaktan veya şişmanlamaktan aşırı derecede korkma veya belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran sürekli davranışlarda bulunma.

C. Bireyin vücut ağırlığını veya biçimini nasıl algıladığı ile alakalı bir bozukluk mevcuttur ve birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığına ve biçimine gereksiz bir önem atfeder veya o sırada sahip olduğu düşük vücut ağırlığının ciddiyetini hiçbir zaman kavrayamaz.

Alt Tipleri;

Kısıtlayıcı tür: Bireyin son üç ay içerisinde tekrarlayan tıknırcasına yeme veya çıkarma (örn. kendi kendini kusturma veya laksatif ilaçların, diüretik ilaçların veya lavmanın yanlış kullanılması) davranışları olmamıştır. Bu tip genelde diyet 7 yaparak, yeme davranışını neredeyse sıfırlayarak ve/veya aşırı derecede spor yaparak kilo kaybedilen durumları ifade eder

Bulimiya Nervoza

A. Tekrarlayıcı tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi için aşağıdakilerin her ikisi de belirleyicidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede birçok kişinin yiyebileceği miktardan daha çok yemeyi, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik zaman diliminde) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yeme ile alakalı denetiminin kalkması durumunun olması.

B. Kilo almaktan korunmak için kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretik ilaçları veya diğer ilaçları yanlış yere kullanma, yiyecek alımını çok aza veya sıfıra indirmeye ya da aşırı spor yapma gibi tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışları ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama 3 ay içerisinde en az haftada bir kez görülmektedir.

D. Benlik algısı, vücut biçiminden ve kilosundan yersiz bir şekilde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk yalnızca AN dönemleri sırasında görülmemektedir.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

A. Tekrarlayıcı tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi için aşağıdakilerin her ikisi de belirleyicidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede birçok kişinin yiyebileceği miktardan daha çok yemeyi, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik zaman diliminde) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yeme ile alakalı denetiminin kalkması durumunun olması.

B. Tıknırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden en az üçü eşlik etmektedir:

1. Normalden çok daha hızlı yeme.
 2. Rahatsızlık verecek kadar tokluk hissi duyuna dek yeme.
 3. Fizyolojik bir açlık hissetmemesine rağmen aşırı miktarda yeme.
 4. Yediği miktardan utandığı için kendi başına yeme.
 5. Tıkınırcasına yeme davranışının ardından kendinden tikslenme, huzursuzluk veya büyük bir suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme davranışı ile ilgili belirgin bir sıkıntı hissedilir.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları ortalama 3 ay içerisinde en az haftada bir kere kendini göstermektedir.
- E. Tıkınırcasına yemeye bulimiya nervozada görülen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca AN veya BN tanılarının gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

Pika

- A. En az bir ay süreyle devamlı bir şekilde besleyiciliği ve besin olmayan maddeleri yeme.
- B. Besleyiciliği olmayan ve besin olmayan maddeleri yeme davranışı bireyin gelişimsel düzeyine uygun değildir.
- C. Bu yeme tutumu kültürel öğelerle açıklanamaz ve toplumsal olarak normal kabul görececek bir durum değildir.
- D. Bu yeme tutumu başka bir psikiyatrik bozukluk kapsamında ortaya çıkıyorsa (örn. otizm, şizofreni veya anlıksal yetiyitimi) ayrıca klinik değerlendirmeye ihtiyaç duyulacak kadar ağırdır.

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel ve davranışsal pek fazla yöntemden faydalanılan bilişsel terapi, vakaların yanlış kavramlaştırmalarını, uyuma yönelik dışı varsayımlarını göz önüne çıkarmayı ve bunu test etmeyi amaçlar. Devamlı bir şekilde hasta olan kişiyle etkin ve her türlü etkileşimi amaçlar. Hastaya uygun terapi yapılandırılırken hastaların katılımı ve işbirliği içerisinde olunmalıdır. “Şimdi ve burada” bilişsel yaklaşımın temelini oluşturur ve asıl müdahale vakanın düşünme ve kendi duygularını açığa çıkarmaya, araştırmaya yöneliktir (Akara, 1992). Bilişsel kuramın teknik açıdan zengin

oluşu davranışçı geçmişinin önemli bir etkisi vardır. Kişilere uygulanan teknik uygulamaların zengin oluşu psikoterapinin ilişki temelli özelliğini de ihmal etmeyen bilişsel terapilerin gelişme ve yeniliğe uygun yapısı bulunmaktadır. Aaron Beck'in yeni sonuçlara ve deneysel gözlemlere verdiği önem birden fazla kuramda gözlemlenen katılma ve donmanın bilişsel terapi de meydana gelmemesi sağlanmıştır (Türkçapar & Sargın, 2011).

Bilişsel Davranışçı Terapi Tarihçesi

Günümüzden yaklaşık 50 sene öncesine gidecek olursak Albert Elis ile Aaron Temkin Beck birbirlerinden bihaber şekilde yaptıkları araştırmaları neticesinde bilişsel davranışçı terapini ilk adımlarını atmışlardır. ABD'nin New York eyaletinde yetişen bir ruh bilimci olan Albert Elis organizatörlüğünü üstlendiği Akılcı Duygusal Terapiyle bireyin ruhsal sorunlarının genelde realist ve akıl dışı inançlardan ortaya çıktığını belirtti (Türkçapar, 2018). Mesleğini ruh doktorluğu olarak yapan Aaron Temkin Beck, çökkün durumda olan vakalarının fikirlerinde açık biçimde negatif peşin hükümlerin varlığını, kişilerin kendi dünya alemleri, gelecekleriyle alakalı devamlı kendiliğinden meydana gelen negatif yönlü inanışlarının olduğunu açıkladı ve bunların birlikte bilişsel davranışçı terapinin ilk temelleri de atılmış oldu (Beck, 1991). 1980'li yıllarda davranışçı yaklaşımçıların da bu kuramın üzerinde durup kabul etmeleriyle birlikte Bilişsel Davranışçı Terapi var olmuştur (Türkçapar, 2018).

Yeme Bozukluğu Yaşayanlarda Bilişsel Davranışçı Terapi

Yeme Bozukluklarının tedavisi vücudumuzda oluşan diğer hastalıklara kıyasla iyileşme ve hastalığın yarattığı etkiyi de göz önünde bulundurunca sürecin daha zor olduğu kabul edilmektedir. Fakat psikoterapilere göz atıldığında Bilişsel Davranışçı Terapi, diğerlerine oranla sınırlılıkları olsa da diğerlerine göre daha etkilidir (Wilson ve Fairburn 1993). Bilişsel Davranışçı Terapi, vakaların diyet yönünden kısıtlamalarına müdahil olarak, kişinin yeme alışkanlığını bir rutine sokmayı kazandırmaya çalışmaktadır. Bu sayede hastada oluşabilecek yeme atakları ve bununla birlikte başvurduğu telafi edici tutumların azaldığı gözlenmektedir. Bundan sonra hastanın aşırı bir yeme halini ve temizlenmesini etkileyen hallere aykırı üstesinden gelme planları üzerinde izlenerek bu durumun bir hayli kuvvetlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bunla birlikte ise kişinin içinde bulundurduğu özgül yeterliliğinin fazlaştığı belirtilmektedir. Kişide yarattığı negatif bilişler üzerine çalışılarak ve bu durumları değiştirerek vakanın üzerindeki stresin baskının azalması sağlanmaktadır. Bundan dolayı ise hastalığın tekrardan nüksünü engellemektedir(

Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993; Wilson ve diğerleri, 2002; Wilson ve Fairburn, 1993). Bilişsel Davranışçı Terapi, Yeme Bozukluğu yaşıyan hastaların davranışlarının işlevselliğini belirtmeyi, bu davranışı incelemeyi, öncesine göre daha sıhhatli bir yaşam veya fonksiyonel duruma geçirmeyi hedefler. Fakat kişinin eylemleri odaklı olması nedeniyle hasta için zorlu bir süreç söz konusu olabilmektedir. Yapılan iyileşme sürecini yarıda kesme ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde görülen büyük bir sorundur çünkü kişiler yeme bozukluğu hastalığı olduklarını öğrendikten sonra sonra değişimlerinden kararsızlık duymaktadır (Mahon, 2000).

Konuyla İlgili Yapılan Çalışmalar

YB tedavisinde uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi yönelik yapılan araştırmaların sayısı, başvuruyu yapan hastaların sayısı, tedavilerine olan başvuru oranlarındaki düşüklük, iyileşme sürecine girdikten itibaren yarıda kesme yüzdelerinin de fazlalığı nedeniyle fazla değildir ve genelde ufak bir örnekleme sahip araştırmalardır. Agras ve arkadaşlarının ortaya koyduğu bir çalışmada 200 BN tanılı hastanın, 5 aylık bir süre boyunca bireyse olarak BDT' ye rastgele seçilerek bir sene süresince gözlemleri kayıt altına alınmıştır. Kişilerin iyileşme hallerine bakacak olursak tıkanırcasına tüketme, istifra ve rejim denetimlerinin giderek azalmasında bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğu görülmüştür. Pike ve arkadaşlarının ortaya koyduğu bir çalışmada ise hastanede yatış durumunda olan AN tanısına sahip 33 hasta bilişsel davranışçı terapiye veyahut yeme koçları tedaviye dahil olmuşlardır. Tedavinin neticesinde yeme koçluğu desteğine başvuran kişilerde yüzde elli üç BDT alan gruba yüzde yirmi ikilik bir kıyasla daha çabuk ve diğerlerine göre daha büyük yüzdede hastalığın tekrardan nüksü söz konusu olduğu bildirilmiştir. Tedavilerindeki başarısızlık oranı, nüks ve kişiye uygulanan tedaviyi bırakma da dahil olmakla birlikte bilişsel davranışçı terapi alan hastalar üzerinde yüzde yirmi iki, yeme koçluğu alan hastalar yüzde yetmiş üç oranda neticelendiği sonucuna ulaşılmıştır. Tedavilerin başarıma oranları karşılaştırıldığında yeme koçluğu alan hastalara yüzde yedi, bilişsel davranışçı terapi alan hastalara ise yüzde kırk dört bandında açıklanmıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı derleme yöntemi ile bilişsel davranışçı terapinin yeme bozukluğu üzerindeki etkinliği hakkında alan yazım taraması ile inceleme yapılmıştır.

İncelemelerde bulunulan makalele çalışmalarının ilkinde Sadece BDT yöntemi uygulanarak ortaya koyulan randomize denetimli 2 araştırmada kişilerde görülen yemek yeme bozukluğu semptomları, içe dönük depresyon ve kaygı sonuç boyutu şeklinde açıklayıcı ve pozitif bir şekilde yol kat etmeler izlenmektedir (Knott ve ark., 2015; Ohara ve ark., 2020). Ohara ve ark.'nın yaptıkları araştırmada bu yol kat etmeler izlenim ölçmelerinde incelenmiştir. Randomize kontrol dışı araştırmalarda, iyileşmeye çabuk bir cevap oluşumunun bilişsel davranış terapide remisyon üzerinde pozitif tesiri dokunduğuna, açığa çıkaran araştırmalar gözlenmektedir (Raykos ve ark., 2013; Thompson-Brenner, Shingleton, Sauer-Zavala, Richards ve Pratt, 2015). Yapılan araştırmalarda ayrıyeten bilişsel davranış terapiyle yemek yeme bozukluğu semptomlarında, yaygın depresyon, kaygıyla bağlantılı negatif duygulanımda pozitif gelişmelere rastlanmıştır.

Vakaya yapılan BDE testi neticesi sonucunda otuz iki geçerli notuna ulaşmıştır. Bundan ötürü vakanın önemli seviyede depresyon semptomlarının var olduğuna kanaat getirilmiştir(Hisli, 1989). Buna benzeyen biçimde CTT testinde “ileri yaşam bana kasvetli ve ışsızlığa yol alınıyor” yanıtında ise bu depresiflik izlenebilmektedir.

Yapılan BAÖ neticesine bakıldığında vaka otuz üç geçerli nota ulaşmıştır. Ortaya çıkan neticeye göre vakanın önemli seviyede anksiyeteye sahip olduğuna kanaat getirilmiştir. CTT yanıtlarında çoğunlukla bedeni, vücudundaki ağırlığı arttırmasıyla alakalı olumsuz endişelerinin var olduğu saptanmıştır. “İçten içe korku duyduğum durum vücut ağırlığımı arttırmaktır, bedenim sağlık yönünden problemlidir, bare bedenimi kontrolümde zorluk yaşamamam” tarzında yanıtladığı soruların cevapları bunları tasdiklemektedir.

Vakaya uygulanan MMPI sonucuna bakıldığında uygulanan testteki cevapların mantıklı oluşu, hastanın dertlerini açıklamada kapalı bir davranış sergilemeyip açık oluşu gözlemlenmiştir. Klinik alt deneme testleri incelendiğinde vakanın oldukça fazla fiziksel fonksiyonlar ile faal durumda olduğu, bu durumların çok fazla kaygı yaşanan dönemlerde ortaya çıktığı verisine varılmıştır. MMPI sonucuna göre vakanın gözle görülebilen yapısal düzeyde hastalık taşımadığı, fakat hiç yok denmeyecek kadar da fiziki sorunlarını büyütme çabası içerisinde olduğu farz edilmiştir.

Hastalığın etiyolojini incelendiğinde ise net bir nedenin var oluşundan bahsedilememektedir fakat kalıtsal faktörlerin, kişisel faktörlere, çekirdek aile, sosyal ve kültürel faktörler rahatsızlığın kökeninde fazlaca tesirli bir hali şeklinde gözlemlenmektedir (Yücel, 2009). Bilhassa danışanların yaşam hikayelerinde birbirlerine yakın sorunların gözlenmesi, çoğunlukla çarpışmalı, koruma iç

güdü, baskıya maruz kalma veya ilgi yoksunluğu, özgürlük kazandırılmasından bir hayli uzak ailelerinin farklı oluşu gözlemlenmiştir(Holtom-Viesel ve Allan, 2014). Benzer biçimde bu rahatsızlığı yaşayan bireylerde birçok kez karşı karşıya kalınan bir faktörse kusursuz, denetim merkezli, öz benliği az, sorunların üstesinden gelme taktikleri eksik kişilerdir(Polivy ve Herman, 2002). Bilhassa inceliğin mükemmeliyetçi bir şekilde kabul edildiği ve sosyal medyayla destek gördüğü topluluklarda, kişisel değişkenler bundan dolayı ise hastalığı çok görmekteyiz (Yücel, 2009). Bu sebeple çoğunlukla danışanlar yaşamsal tehlike boyutunda görüldüğü zaman, sosyal ortamlarının baskılarına dayanamayıp iyileşme sürecine girmektedirler.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı sistematik derleme yöntemi ile bilişsel davranışçı terapinin ve yeme bozukluğu üzerindeki etkinliği hakkındaki alan yazım taraması ile inceleme yapmaktır. Bu sistematik derlemede BDT'nin yeme bozukluğu üzerindeki etkilerini inceleyen makalelerin yılları dikkate alınmamakla beraber incelenmiş; dışlama ve dahil etme kriterlerine uyan üç makale gözden geçirilmiştir. Bu çalışmaların birisi sistematik derleme diğeri ikisi ise olgu sunumudur. Bu çalışmaların üçü de Türkiye'de yayınlanmıştır.

Yeme bozukluğunun iyileşme sürecinde kökenini BDT'ye dayanan teorisi ve tek başına farklı terapi yöntemleriyle karşılaştırıldığında etkinliğini hali hazırda olan literatürde olan araştırmaları inceleme yöntemiyle sergilemektedir. Yeme bozukluğu iyileşmesinde uygulanan BDT, hastaların yarısının remisyona boyutuna geçmesi, tedavi vücutta oluşacak değişmelere engel oluşturabilecek ilave sistemlerin incelenmesi zorunluluğu görülmüştür. BDT, kazanılan pozitif netice sonuçlarının seans sonrasında, ayrıntılı bir şekilde uzunca bir vakit geçmesinin ardından takipli çalışmalarda incelenmesi BDT'nin epey bir vakit gerektiren etkisine, hastaların iyileşme yönünde elde ettikleri kazançları günlük hayatta sürdürdüklerine yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışma gözlemlerinde BDT'nin kendinden başka psikoterapi tekniklerinden bir hayli çabuk bir şekilde netice oluşturduğu, ayrıntılı bir süreç içinde de gözlemlenen etkilerine zarar görülmeyle sakındığı açıklanmaktadır. Yeme Bozukluklarının tedavisinde BDT ile daha hızlı kazanımların alındığı görülmüştür Oluşan olay maddiyat ve zaman açısından BDT'yi seçenekler arasında en çok tercih edilebilir kılmaktadır. Sonuç olarak BDT kullanılarak yürütülen araştırmalar umut verici sonuçların ortaya koyulduğu görülmüştür. Psikoterapiler açısından BDT ve kişide görülen yeme bozukluğu tanısından birbirinden özgür bir şekilde başka neticeler açısından diğeri psikoterapilere

göre daha erken evrelerde daha etkili neticeler elde edilmiştir (Oğur & Taşkale, 2021). Bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanarak planlanan randomize bir şekilde planlı iki araştırmada kişide oluşan ve olumsuz yönde etkileyen yeme bozukluğu semptomları, depresyon ve anksiyete tarzında neticeler sonuçları tarafından ifadedi, pozitif bir şekilde gelişmeler izlenmektedir (Knott ve ark., 2015; Ohara ve ark., 2020). Yeme bozukluğu tedavisindeki en etkili yöntem psikoterapilerdir. Terapi yaklaşımlarında ise kanıtı esas alan BDT diğer terapilere karşın daha tercih edilebilir durumdadır. Yeme bozuklukları, kişilerin hayatlarını tüm yönüyle olumsuz yönde etkisi altına alan, negatif yönlü bir yeme tutumları ile devam eden, yemek yemeye özgü tutum bu buna ait düşünceleri içeren bir bozulmalar bütünüdür. Vücudumuzda meydana gelen kilo vermeye yönelik değişimler, yeme bozuklukları, kişideki görülen klinik belirtiler, etiyoloji, tehlike içeren risk etmenleri ve tedavi yönünden müşterek ortak konular üzerinde durulmaktadır. Rahatsızlığın altında duran vücuttaki ağırlık ortalamasının arttırmaya yönelik gerginlik hali ve kaygılar, yeme tutumuna göre işlevi olmayan inanışlar yeme bozukluğunun müşterek noktaları olarak adlandırabiliriz. Yeme bozukluğunun epidemiyolojisine yönelik araştırmaların çoğunlukla psikiyatrik veriler, hastane tutanaklarının incelenmesi, rahatsızlığın temelinde yatan gerçek, danışanların iyileşme yöntemlerine yönelik arayışlarını az miktarlarda yetersiz olması, uygulanan iyileşmeyi yarıda kesme yüzdelerinin fazla görülmesi nedeniyle halk arasındaki yaygınlığı net bir şekilde bilinmemektedir. Hastalığın etiyolojisine baktığımız zaman ise genetik etkenlerin, bireysel etkenlerin ve kişinin içinde bulunduğu ailevi yapısı, sosyokültürel nedenler hastalığın var olmasında etkili olduğu söylenebilir. Hastaların negatif inançlarının kafalarında çok katı bir şekilde olması hastalığın tedavisinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. BDT' yi kullanarak semptomların iyileşmesi ve hastalığın nüksünün engellenmesi, diğer terapilere nazaran BDT'yi daha kullanışlı hale getirir. Fakat bunlara rağmen kişideki iyilik durumu hali çoğu kez olasılık dışındadır ve vakaların çoğunda iyileşmeyi yarıda kesme ve hastalığın nüksü izlenmektedir. Ortaya koyulan bu araştırmada ise Yeme bozukluğu tanısı olan hastaların Bilişsel Davranışçı Terapi tekniğiyle argeler oluşturmak hedefiyle oluşturulmuştur. Yapılan çalışma sonucunda yeni bir netice ortaya çıkarılmamış, daha önceki oluşturulan literatürlerde hali hazırda olan verilerin toparlanmasıyla ile ortaya çıkmıştır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmüş ve bir sonraki çalışmalara ışık olabileceği düşünülmüştür

Kaynaklar

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Akara, S. (1992). *Bilişsel davranışçı terapiye giriş*. İstanbul: Psikoterapi Yayınları.

Bakalar, J. L., Shank, L. M., Collings, P. J., & Field, A. E. (2015). Etiology of eating disorders: A complex interplay of genetic, neurobiological, and sociocultural factors. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 1–9.

Beck, A. T. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Penguin Books.

Boskind-Lodahl, M. (1976). Perfect daughters: Anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychology*, 34(4), 553–560.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York, NY: Basic Books.

Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and philosophy. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531–1538.

Bulik, C. M., & Tozzi, F. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 479–485.

Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582–592.

Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. *The British Journal of Psychiatry*, 146(6), 618–624.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1989). Eating disorders and clinical management. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 209–246). New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 357–370.

- Garner, D. M. (2002). *Eating disorder inventory-2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gordon, C. M., Dougherty, D. D., & Rauch, S. L. (2005). Neurobiology of eating disorders. *Nature Neuroscience Reviews*, 6(2), 133–148.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 178–182). New York, NY: Guilford Press.
- Güven, M., Özlü, N., Kenger, A., Tümer, A., & Ergün, M. (2020). Tıkanırcasına yeme bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(2), 123–135.
- Hinney, A., & Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders: An update. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), 95–103.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, R. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29–43.
- Kelly, N. R., Cotter, E. W., & Mazzeo, S. E. (2014). Eating disorders and self-injury among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 336–342.
- Kendir, F., & Karabudak, E. (2019). Bulimiya nervoza ve semptomları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 22(4), 45–52.
- Knott, S., Woodward, D., Hooley, M., & Richards, L. (2015). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 273–286.
- Köroğlu, E. (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri el kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lamoureux, S. A., & Bortorff, J. L. (2005). Becoming the real me: Recovering from anorexia nervosa. *Health Care for Women International*, 26(2), 170–188.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from treatment for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8(3), 198–203.
- Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Abnormal psychology*. Boston: Pearson.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York, NY: Guilford Press.

Oğur, R., & Taşkale, M. (2021). Yeme bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı terapi. *Türk Psikoterapi Dergisi*, 9(1), 45–63.

Ohara, T., Shingleton, R. M., Sauer-Zavala, S., & Thompson-Brenner, H. (2020). Early response in cognitive-behavioral therapy predicts remission in eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 379–391.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213.

Silverman, J. A. (1964). Anorexia nervosa: A historical perspective. *Psychiatric Quarterly*, 38(1), 124–134.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714–723.

Türkçapar, H., & Sargın, E. (2011). *Bilişsel davranışçı terapilerde yenilikler*. Ankara: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.

Türkçapar, H. (2018). *Bilişsel davranışçı terapiye giriş*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.

Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2005). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in women. *Psychology of Women Quarterly*, 29(4), 381–390.

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 114(3), 539–555.

Yücel, B. (2009). Yeme bozukluklarının klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 255–266.