

Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi- Dört Aşama (Geleneksel Derleme)

Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders-Four Stages (Traditional Review)

Emel Sarı

T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Yeme bozukluklarını trans-diyagnostik bir yaklaşımla ele alan geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT), 4 aşamadan oluşan 20 ya da 40 oturumluk bir protokole sahip tedavi yöntemidir. Yeme bozukluğu tanı kategorilerinin zaman içerisinde birbirlerine dönüşmeleri ve altta yatan temel mekanizmaların ortak olması nedeniyle G-BDT, her birinin tedavisinde özgün bazı plan ve yöntemleri yapılandırılmış bir biçim içerisinde kullanır. G-BDT belli bir yeme bozukluğu kategorisine (anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza gibi) değil tamamen yeme bozuklukları psikopatolojisine göre düzenlenmiş bir psikoterapi yöntemidir. Yeme bozukluklarını oluşturan temel psikopatolojiden daha çok, sürdüren etmenlere odaklanmıştır. Yirmi oturumluk tedavi yöntemi içerisinde ilk iki oturum değerlendirmeye ayrılır. Değerlendirme aşamasında, doğru kavramsallaştırma için gerekli tüm problem alanları gözden geçirilir. Haftada iki oturum şeklinde uygulanan, toplamda yedi oturum sürecek olan aşama 1’de amaç; tedaviye katılımı sağlamak, bireysel kavramsallaştırmayı oluşturmak, günlük tutmayı öğretmek, psiko-egitim, tartılmaların oturum içerisine yerleştirilmesi ve düzenli yeme planının sağlanmasıdır. Haftada bir, iki oturum şeklinde uygulanan aşama 2’de gelişim ve kavramsallaştırma gözden geçirilir. Yine haftada bir, sekiz oturum uygulanan aşama 3’te bireysel kavramsallaştırma kullanılarak sürdüren çekirdek mekanizmalar üzerine çalışılır. Son iki oturum, 2 hafta aralıklarla uygulanır ve gelişmelerin korunması ile nüks önleme üzerine çalışılır. Bu yazıda G-BDT’nin 4 aşaması ve kullanılan temel kavram, plan ve yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verilecektir.

Anahtar Kelimeler: Aşırı yeme bozukluğu, anoreksiya, bulimia, adölesan, beslenme ve yeme bozuklukları

ABSTRACT

Enhanced cognitive behavioral therapy, which deals with eating disorders with a trans-diagnostic approach, is a treatment procedure with a protocol of 20 or 40 sessions consisting of 4 stages. Because the diagnostic categories of eating disorders evolve over time and the underlying mechanisms are common, enhanced cognitive behavioral therapy uses specific strategies and procedures in a structured format in the treatment of each. Enhanced cognitive behavioral therapy is a psychotherapy procedure tailored entirely to the psychopathology of eating disorders and not to a specific category of eating disorders (such as anorexia nervosa or bulimia nervosa). It focuses on the perpetuating factors rather than the basic psychopathology of eating disorders. Within the 20-session treatment protocol, the first 2 sessions are reserved for evaluation. During the evaluation stage, all problem areas necessary for correct conceptualization are reviewed. The purpose of stage 1, which is applied in 2 sessions per week and will last for 7 sessions in total, is to ensure participation in treatment, create individual conceptualization, teach journaling, psychoeducation, placing weighing’s in the session and providing a regular eating plan. In stage 2, which is applied in 2 sessions once a week, development and conceptualization are reviewed. Again, once a week, in stage 3, which is applied 8 sessions, core mechanisms are studied by using individual conceptualization. The last 2 sessions are applied at intervals of 2 weeks and work is done on the preservation of the developments and the prevention of recurrence. This article will provide detailed information about the 4 stages of enhanced cognitive behavioral therapy and the basic concepts, strategies and procedures used.

Keywords: Binge-eating disorder, anorexia, bulimia, adolescent, feeding and eating disorder

Giriş

Yeme bozuklukları, çoğunlukla genç kadınları etkileyen, yüksek sürengelik riski, uzun süreli morbidite ve önemli bir mortalite oranı taşıyan psikiyatrik bozukluklardır.¹ Yeme bozukluklarının altında yatan temel mekanizma, bilişsel aşırı değerlendirme

sürecine bağlı olduğu için, bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi bilişsel değerlendirme ve bu değerlendirmelerin değişimine odaklanmış bir terapi için uygun olduğu düşünülmüştür.^{2,3} Yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları için BDT’nin etkili olduğu ve tıknırcasına yeme, çıkarma sıklığı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde düşüş sağladığı saptanmıştır.⁴⁻⁸ BDT ile

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Prof. Dr. Emel Sarı, T.C. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

E-posta: esgotken@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-3734-7895

Geliş Tarihi/Received: 09.09.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 29.08.2023 **Yayınlanma Tarihi/Publication Date:** 28.03.2025

Atıf/Cite this article as: Sarı E. Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders-four stages (traditional review). Turk J Child Adolesc Ment Health. 2025;32(1):8-14

Copyright © 2025 Yazar. Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



tedavi sonunda yeme bozukluğu olgularının %50,0'sinde iyileşme gözlenmiş, ancak bu oran takipte %37,0'ye düşmüştür.⁹ Yine benzer bir çalışmada yeme bozukluğunda BDT ile tedavi sonunda tıknırcasına yeme ve çıkarma sıklığında azalma görülmekle birlikte bu etkinin takipte düştüğü görülmüştür.⁵ Yine de olguların yaklaşık yarısının uzun süreli iyileşme göstermemesi nedeniyle, araştırmacılar terapi yöntemlerini geliştirmeye yönelmiştir.¹⁰ Bu süreçte tedavi için ek mekanizmaların gerekebileceği düşünülerek BDT geliştirilmiş ve geliştirilmiş BDT (G-BDT) şeklinde güncellenmiştir. Günümüzde, G-BDT, *National Institute for Health and Care Excellence* kılavuzlarında, yetişkinlerde yeme bozukluklarında birinci basamak tedaviler arasında kabul edilmektedir.⁸

Yeme bozuklukları, her ne kadar Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı olan DSM-5'e göre anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanıları şeklinde gruplandırılmış olsa da G-BDT yeme bozukluklarını trans-diyagnostik bir yaklaşımla değerlendirir. Bu ayrı tanı kategorilerinin zaman içerisinde birbirlerine dönüşmeleri ve altta yatan temel mekanizmaların ortak olması nedeniyle G-BDT her birinin tedavisinde özgün bazı plan ve yöntemleri yapılandırılmış bir biçim içerisinde kullanır.

G-BDT belli bir yeme bozukluğu kategorisine (AN veya BN gibi) değil tamamen yeme bozuklukları psikopatolojisine göre düzenlenmiş bir psikoterapi yöntemidir. Yeme bozukluklarını oluşturan temel psikopatolojiden ziyade sürdüren etmenlere odaklanmıştır.¹¹

Bu yazıda G-BDT'nin 4 aşaması ve bu aşamaların içerikleri, ayrıca G-BDT'nin etkinliği ile ilgili güncel yazın hakkında ayrıntılı bilgi verilecektir. Tablo 1'de G-BDT'nin temel aşamaları, içerik ve oturum sayıları verilmiştir.¹²

Değerlendirme (2 Oturum)

Değerlendirme aşamasında, kavramsallaştırmada kullanılan tüm problem alanları hakkında ayrıntılı bilgi elde edilir. Hemen her türlü psikiyatrik değerlendirmede olduğu gibi,

yeme bozukluğu olgularıyla çalışırken de pozitif terapötik bir ilişki kurmak her şeyden daha önemlidir. Bu olgularda psikoterapiye başlama konusundaki ambivalans tutum mutlaka değerlendirilmeli ve yüzleştirici bir tavırdan daha çok işbirlikçi bir tavır sergilenmelidir.^{10,13}

Değerlendirmede yeme bozukluğunun doğası, şiddeti ve bir sonraki adımda yapılması gerekenler belirlenmelidir. Ergen olgularda ebeveynler değerlendirme aşamasında mutlaka görülmelidir. Değerlendirme aşamasında olguların, psikoterapi yolunda giderse nelerin değişeceğini düşünmeleri istenmelidir. Tedaviden beklentileri ve hedefleri öğrenilmelidir.¹¹

Değerlendirilmesi gereken konular:

- Normal/iyi/kötü günde yeme düzeni nasıldır?
- Yemekle ilgili kurallar nelerdir? (İzin verilen ve yasak olan yiyecekler, miktar ve zamanla ilgili kısıtlamalar-saat 5'ten sonra yemek yasak gibi)
- Kuralları bozmanın sonuçları nelerdir? (Telafi etmek için neler yapıyor?)
- Kilo kontrol davranışları nelerdir? (Kusma, laksatif ya da diüretik yanlış kullanımı, aşırı egzersiz)
- Kilo kontrolünü tetikleyenler nelerdir? (Kural bozma, tıknıma atağı)
- Aşırı yeme atakları oluyor mu? (Yenilen yiyeceklerin miktarı ve tipi, nesnel/öznel aşırı yeme mi, kontrol kaybı hissi var mı?)
- Nesnel/öznel aşırı yemenin sıklığı ve tetikleyicileri nelerdir?
- Yeme alışkanlıkları ve ritüelleri nasıldır? (Aşırma, çiğneme ve tükürme, törensel yeme)
- Yemek yeme kararı nasıl verilir? Belli bir plan var mı? Duygusal duruma göre mi yemek yeniyor? (Yemek öncesi veya yemek sonrası aşırı düşünme)
- Sosyal yeme ile ilgili kurallar var mı? Kuralların nedenleri nelerdir? (İnsanlarla birlikteyken yememek, herkesten önce yemeğimi bitirmem gerekir.)
- Kilo ve beden şekli ile ilgili endişeli düşünceler neler ve bu düşüncelere ne şiddette kapılıyor? (Endişeli düşünceler ona neler söylüyor ve ne kadar vaktini alıyor?)
- Şişman hissetme algısını tetikleyenler nelerdir? (Tok hissetme, bacaklarım birbirine sürtünüyorsa)
- Bedeni kontrol etme davranışları nelerdir? (Tartılmak, sık aynaya bakmak, resim çekmek, bir başkasına sormak, belli kıyafetleri deneyerek anlamak)
- Diğerleriyle karşılaştırma yapıyor mu?
- Vücudundan kaçınma davranışları var mı? (Aynaya bakamama, vücuda krem sürememe, yoksa şişman olduğumu anlarım)
- Koruyucu faktörler nelerdir?
- Yeme bozukluğunun iş/akademik yaşam, sosyalleşme, ilişkiler ve aktiviteler üzerine olan etkileri nelerdir?
- Kilo kaybı ya da artışı var mı?

Tablo 1. Terapinin aşamaları (BKİ>17,5)¹²

Motivasyon
Değerlendirme (2 Oturum)
Aşama 1 (7 Oturum) (Haftada 2 Oturum)
* Tedaviye katılmayı sağlamak
* Bireysel kavramsallaştırma
* Günlük tutmayı öğretmek
* Psikoeğitim (düşük kilo/çıkartma davranışının etkileri)
* Oturumlar sırasında tartma
* Düzenli yemek planı sağlama
Aşama 2 (gözden geçirme) (8 ve 9. Oturumlar)
* Gelişimi gözden geçirme
* Kavramsallaştırmayı gözden geçirme
Aşama 3 (10-17. Oturumlar) (Haftada Bir)
* Bireysel kavramsallaştırmayı kullanarak sürdüren çekirdek süreçlerin üzerine çalışma
Son safha (18-20. Oturumlar) (14 Günde Bir)
* Nüks önleme

BKİ: Beden kitle indeksi

- Başka psikiyatrik belirtiler eşlik ediyor mu? (Lokmayı bir dakika çiğnemeliyim şeklinde obsesif-kompulsif davranışlar, frontal korteks hasarına bağlı konsantrasyon kaybı, keyif almanın azalması gibi depresif belirtiler)
- Fiziksel belirtiler eşlik ediyor mu? (Adet döngüsünün bozulması, enerji azalması, çok üşüme, bayılacak gibi olma ya da bayılma, dezoryantasyon, konfüzyon ya da hafıza zayıflaması, kalp ritim problemleri, göğüs ağrısı, nefes darlığı, elektrolit dengesizliklerine bağlı kas seğirmeleri ve kramplar, ayak bileği, kol veya yüzde ödem, merdiven çıkmada zorlanma, sandalyeden kollarla destek almadan kalkamama, kan lekeli kusma, kusmaya bağlı submandibular veya parotis bezinde büyüme, dişlerde çürüme, el sırtında "Russell işareti" denilen kusturmaya bağlı nasır, mor eller, burun ve ayaklar, lanugo tüyleri denilen ince sarı tüylenme)
- Komorbid psikiyatrik bozukluklar (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları, affektif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, bipolar affektif bozukluk, madde bağımlılığı), önceki veya şimdiki tedaviler ve aile öyküsü sorgulanmalıdır.^{4,11,14}

Değerlendirme aşamasında geçmiş kişisel öykünün ayrıntılı alınmasına gerek yoktur, şimdiki durumun ayrıntılı değerlendirilmesi çok daha önemlidir.¹¹

Değerlendirme aşamasında yapılması gereken en önemli işlemlerden biri olgunun terapist eşliğinde tartılması ve beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanmasıdır. Terapist eşliğinde olgu her hafta tartılır. Tartılmak istemeyen olgularda, kilo ve tartılma ile ilgili neler yaşadığı ve neler hissettiğinin önemli olduğu ve bunun terapist ile yapılmasının gerektiği vurgulanmalıdır.³

Yeme bozukluğu olgularında değerlendirme sırasında elektrolit düzeylerini içeren kan testleri istenmeli, gerekli durumlarda elektrokardiyogram veya kemik yoğunluğu ölçümü (özellikle BKİ 17,5'in altında olan olgularda) yapılmalıdır. Çıkartma davranışları yoğun olan olgularda potasyum düzeyindeki düşüklüğü telafi amacıyla potasyum takviyesi yapmak, beslenme kısıtlaması yoğun olan olgularda vitamin desteği ve osteopeni ya da osteoporoz durumunda kalsiyum tedavisi verilmesi gerekli hale gelir.⁵

G-BDT uygulanması açısından riskli durumlar Tablo 2'de, kontrendike durumlar ise Tablo 3'te verilmiştir.¹²

Olguda depresyon eşlik ediyorsa psikoterapiye başlamadan önce depresyonun tedavi edilmesi gerekir. Fluoksetin (40-60 mg/gün) depresyon tedavisi için ve aşırı yeme ataklarını azaltması dolayısıyla en çok önerilen ajandır.^{15,16}

Tablo 2. G-BDT uygulanması açısından riskli durumlar¹²

BKİ'nin 17,5'in altında olması
Tüm gün boyunca yemek ve içecek alımının belirgin düzeyde kısıtlanması
Günde ikiden fazla kendini kusturma davranışı
Sıklıkla laksatif veya diüretik kullanımı
Düşük BKİ düzeyine rağmen ağır egzersiz yapma
Art arda birçok hafta boyunca haftada bir kilogramdan daha fazla kilo kaybı mevcut ise

G-BDT: Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi, BKİ: Beden kitle indeksi

Yatış gerektiren olgularda klinikte ekip halinde 13 hafta yatarak, 7 hafta ayaktan gündüz bakım kliniği şeklinde hizmet verilmesi uygun görülmektedir. Tedavi ekibi içerisinde psikiyatristler, psikologlar, diyetisyen, hemşire, iç hastalıkları ya da pediatri uzmanı bulunmalıdır. Yatış gerektiren olgularda, ayaktan izlenen olgulardan farklı olarak haftada 1 kg ya da daha fazla kilo alımı hedeflenir. En az altı oturum aile görüşmesi, iki kez klinikte birlikte yemek planlanması ve evde yemeyi planlamak üzere taburculuk sonrası diyetisyenin iki kez ev ziyareti yapması uygundur.¹¹

Aşama 1 (7 Oturum) (Haftada 2 Oturum)

Olguların terapiden en iyi şekilde faydalanabilmeleri için motivasyon düzeylerinin yükselmesi çok önemlidir. Yeme bozukluğu olgu için yaşamda birçok zorluğa neden olsa da onu tatmin eden ve iyi gelen tarafları da vardır. Bu nedenle olguların terapi konusunda ambivalan olması anlaşılmalıdır. Bu ambivalan tutum terapiye direnç olarak düşünülmemelidir. Terapistin eleştirel olmayan, meraklı ve öğrenmek isteyen bir tutum göstermesi gerekir. Terapide iş birliği vurgulanmalı, asla olgu ile bir güç savaşına girilmemelidir. Terapist otoriter bir tutum yerine rehberlik eden bir danışan rolü üstlenmelidir. Olgunun farkındalık ve kendini kabul becerileri geliştirmesine destek olunmalıdır. Bu yaklaşım BKİ düzeyi çok düşük olan olgular için geçerli değildir. Motivasyon düzeyini yükseltmek için olgunun yeme bozukluğu nedeniyle yapamadığı, yeme bozukluğu olmasaydı yapacağı şeyler üzerinde konuşulur.^{17,18}

Olgu ile yeme bozukluğunun bireysel kavramsallaştırılması çalışılır. Ortaya çıkan kavramsallaştırmanın ona ne kadar uyduğu olgu ile birlikte kontrol edilir.¹⁹ G-BDT modeline göre bireysel kavramsallaştırma örneği Şekil 1'de verilmiştir.¹²

Günlük tutmanın mantığı olgu ile paylaşılır. Yeme davranışları ve bunlara eşlik eden duygu, düşünce ve duyumların farkına varılması terapiden faydalanabilmek için önemlidir. Günlük tutmanın önemi, yeme bozukluğu olan olguya karanlık bir odaya el feneri ile bakmak ve neler olduğunu anlayabilmek gibi bir metaforla açıklanabilir. Oturumlar sırasında bunlar üzerine çalışabilmek, farkındalığı artırmayı ve zamanla olgunun seçim yapabilme becerisini kazanmasını sağlar. Günlük tutmanın terapide olguya ne yarar sağlayacağı ve amacı iyice anlatılmalıdır. Günlük formlarını yanında taşıması ve yeme ve içmeden sonra mümkün olan en kısa sürede, uygun bir yer bularak kayıt tutması istenmelidir.^{20,21}

Olguların ne kadar sıklıkta kilo ve beden şekillerini kontrol ettiklerini öğrenmek önemlidir. Bu kontrollerin sıklığı ile birlikte, ardından neler yaptıkları ve bu kontrolün neye sebep olduğu konuşulmalıdır. Kiloyu kontrol etmenin, sonuç ne

Tablo 3. G-BDT uygulanması açısından kontrendike durumlar¹²

Özkiyim riski
Şiddetli düzeyde klinik depresyon
Israrcı madde kullanımı
Majör yaşam olayları veya krizler
Terapiye düzenli gelememe durumu

G-BDT: Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi

olursa olsun daha fazla diyet kısıtlaması ve kilo kontrolü ile ilişkili davranışları artıracağı olguyla paylaşılmalıdır.²²

Bu farkındalıktan sonra tartının evden kaldırılması ve olgunun tartımlarının sadece haftada bir kez, terapist eşliğinde yapılacağı konusunda anlaşma sağlanmalıdır. Gün içerisinde defalarca tartılmanın kafa karışıklığı yaratacağı, tartıda görülen sayıyı etkileyen, vücudun ödem tutma durumu, yenilen yiyecek ve içeceklerin ağırlığı, barsak ve mesanenin durumu, menstrüasyon döngüsü, günün hangi saati olduğu, aktivite seviyesi ve vücut homeostazını etkileyen birçok faktör olduğu ile ilgili bilgilendirme önemlidir. Gün içerisinde vücut ağırlığı 1,5 kg yukarı ya da aşağı yönde ilerleyebilir ve bu durum normal ağırlık aralığı olarak değerlendirilir.⁹ Nasıl ki gün içinde belirli zamanlarda yapılan dakikadaki kalp hızı ya da solunum sayısı eşit değilse, kilo ile ilgili ölçümler de sabit değildir. Gün içerisinde sıklıkla kalp hızını ölçen insanlar da aslında önemli olmayan anlık değişimlerden, zaman içinde rahatsız olmaya başlayabilirler.

Aşama 1'deki ilk oturumdan sonra olgulardan birlikte yapılan kavramsallaştırmayı gözden geçirmeleri, günlük tutmaya başlamaları ve evde tartılmamaları istenerek ödev verilir.

Bu aşamada olgu ile hedef kilo aralığı belirlenir. Hedef kilonun sabit bir değer olarak kararlaştırılması önerilmez. BKİ 19,0-19,9 arasında olacak şekilde düşük ancak sağlıklı kilo aralığında olmasının uygun olduğu anlatılır. Günlük kayıt örneği Şekil 2'de gösterilmiştir.¹²

Aşama 2 (8 ve 9. Oturumlar)

Bu aşamada olgunun gelişimi ve kavramsallaştırma gözden geçirilir.

1. Yeme bozukluğu ile ilgili olgunun sahip olduğu inanışların değişip değişmediği kontrol edilir. Bu inanışlar;

- Aşırı yeme atakları kontrol edilemezdir ve kendiliğinden oluşur.
- Aşırı yemeyi kontrol etmenin tek yolu yemeyi kısıtlamaktır.
- Bazı yiyecekler çok kötüdür ve mutlaka tamamen diyetten çıkarılması gerekir.



Şekil 1. G-BDT modeline göre yeme bozukluklarının trans-diyagnostik kavramsallaştırması¹²

G-BDT: Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi

• Aşırı yeme atağından sonra kusma ve/veya laksatif alma tek çözümdür.

• Kusma ve/veya laksatif kullanmak zararsızdır.

2. Kilo ile ilgili değişiklikler gözden geçirilir.

• Kilo da ne gibi değişiklikler gerçekleşti?

• Düşük kilodaki olgularda haftada 0,5 kg'lık artış sağlandı mı? Daha gerçekçi olarak 0,2-0,4 kg'lık artışlar yeterli kabul edilebilir.

• Normal kilodaki olgularda kiloda belirgin bir değişiklik olmaması beklenir.

• Normalin üzerinde kiloya sahip olgularda ise bir miktar düşme beklenmelidir.

3. Olgunun davranışları gözden geçirilmelidir.

• Yeme düzeninde gelişmeler oldu mu?

• Sıkça kilo kontrolü devam ediyor mu?

• Aşırı yeme atakları ve çıkartma davranışları değişti mi?

• Aşırı egzersiz yapma gibi diğer davranışlar değişti mi?

4. Kavramsallaştırmaya eklenecek yeni bilgi veya zorluk var mı? Terapide ele alınması gereken başka bir zorluk var mı?

• Yeme bozukluğuna eşlik eden otizm spektrum özellikleri, obsesif-kompulsif özellikler, anksiyete, dikkat eksikliği ve

Gün:

Tarih:

Zaman	Tüketilen yiyecek- içecek	Mekan	*	K/L	Durum ve yorumlar

İzleme Kaydı

Şekil 2. Yeme bozuklukları günlük kayıt örneği¹²

hiperaktivite belirtileri, duygudurum bozukluğu ya da bipolar bozukluk, madde bağımlılığı ve obezite gibi problemlerin olup olmadığı değerlendirilir.

- Olgunun yeme bozukluğu geliştirmesine yatkınlık sağlayan travmatik deneyimleri ve bu deneyimlere bağlı oluşmuş şemaları saptanmalıdır.

Fairburn'un yaklaşımına göre aşama 2'de olguda düşük öz-saygı, mükemmeliyetçilik ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar olup olmadığı araştırılır. Fairburn'e¹¹ göre yeme bozukluğu olan olguların %40,0'ında bu özellikler bulunur ve bu olgular G-BDT yaklaşımının uzun uyarlamasından daha fazla fayda görürler.

Yeme bozukluğu olan ergenlerle çalışırken ebeveynleri de tedavi sürecine dahil etmek önemlidir. Özellikle ebeveyn rehberliği belli noktalarda oldukça yarar sağlayabilir;

- Ebeveynler olgu ile birlikte yeme bozukluğunun üstesinden gelmede bir ekip rolü üstlenebilir.

- Olgu ve ebeveyn arasındaki çatışmaları çözmek ve iletişimi geliştirmek açısından fayda sağlar.

- Olgunun utanç, suçluluk, öfke ve çaresizlik duygularını ifade etmesine ve yatışmasına yardımcı olabilirler.

- Ebeveynler sorunun nedeni değildir, aksine sürdürücü sebeplerin ortadan kalkmasına yardımcı olduklarında çözüme ulaşmak kolaylaşır. Ebeveynler yeme bozukluğu ile ilgili günlük problemler konusunda bilgilenmeli ve başa çıkma yolları ile ilgili güçlendirilmelidir.

- Yeme ve kilo ile ilgili durum stabilize olduktan sonra, otonomi ve bağımsızlık gibi gelişimsel konularda yönlendirmeler yapılabilir. Yeme üzerindeki otonomi dışında yaşamın diğer hangi alanları ile ilgili olguya ne ölçüde otonomi verilebileceği tartışılmalıdır.^{23,24}

Ebeveynler dışında bazen iyi bir arkadaş, bir öğretmen ya da aileden başka birinin de desteği faydalı olabilir.

Aşama 3 (Çekirdek Mekanizmalar) (10-17. Oturumlar)

Bu aşamada bireysel kavramsallaştırma kullanılarak sürdüren çekirdek mekanizmalar üzerinde çalışılır. Yeme bozukluğunu sürdüren çekirdek mekanizmalara bakıldığında;

- Değerlendirmede dar kriterlerin kullanımı

- Azalmış aktivite düzeyi

- Şekil kontrolü ve şekil kaçınması

- Karşılaştırma

- Şişman hissetme

- Yeme kuralları sayılabilir.¹¹

Değerlendirmede Dar Kriterlerin Kullanımı

Yeme bozukluğu olan olgular yaşamda mutlu hissetmek, özgüven ve özsaygılarını desteklemek için çoğunlukla sadece kilo, vücut şekli ve bunları kontrol etme ile ilgili çabalara önem verirler. Halbuki sağlıklı insanların yaşamda ilgilendikleri, keyif aldıkları, önem verdikleri birçok farklı konu vardır.

Azalmış Aktivite Düzeyi

Olguların yeme bozukluğu belirtilerinden önce neler yaptıkları öğrenilmeli ve bundan sonra da hangilerini yeniden yapabilecekleri ya da yeni aktivite planları yapmaları konusunda destek olunmalıdır. Yeni aktivite planları konusunda endişeli olan olgularda ortaya çıkan olumsuz otomatik düşünceler öğrenilmeli, bunlara ne oranda inandığı belirlenmeli ve bir davranış deneyi ile aktivite sonrası inanışları test edilmelidir.

Şekil Kontrolü ve Şekil Kaçınması

Evrimsel olarak tehlikeye yanıt verirken savaş-kaç-don yanıtını kullanırız. Vücut şekli ile ilgili kaygı duyulduğunda, buna tepki olarak sıkça kontrol etme ya da tamamen kaçınma davranışları gösterilir. Burada kontrol etme savaşıma yanıtı, kaçınma ise kaçma yanıtı ile benzerdir.

Şekil kontrolü aynalar, fotoğraf ve video çekimleri, deri kıvrımlarını ve göbeği elle ölçme, ölçüm için giyilen belli kıyafetler, vücut kısımlarını ölçme, başkalarıyla karşılaştırma ve tartılma ile yapılır. Vücut şeklini sıkça kontrol eden olguların şu soruların cevaplarını düşünmeleri istenir;

- * Kontrol ettikten sonra nasıl hissediyorum?

- * Kontrol etme gerçekten öğrenmek istediğimi öğrenmeme faydalı oluyor mu?

- * Kontrol ettikten sonra ne gibi bir karar alıyorum? Verdiğim karara kontrol etmem sonucunda mı ulaşıyorum, yoksa bu karar zaten var mı?

- * Kontrol etmenin yan etkileri var mı? Kontrol etmemle ilgili hoşuma gitmeyen şeyler var mı?

Kontrol etme davranışı, seçici dikkatin daha fazla vücuda yönelmesine, vücut şeklinin daha fazla odak noktası haline gelmesine ve yeme bozukluğunun sürmesine neden olur. Sık kontrol etme davranışının tam tersi şekilden kaçınma davranışı, aynalara bakmama, aşırı bol kıyafetler giyerek bedeni saklama, vücuduna krem sürememe gibi davranışları içerir. Bu durumun tedavisinde de aşamalı maruz bırakma ve davranış deneyleri ile kaçınmanın azalması üzerine çalışılır.

Karşılaştırma

Yeme bozukluğu olan olgular sıklıkla kendi vücutlarını, diğerlerinin vücutlarıyla karşılaştırırlar. Ancak yaptıkları karşılaştırmalarda yanlı davranırlar. Kendilerini karşılaştırdıkları insanları seçerken ortalamaya göre değil, aralarında en ince olana göre karşılaştırma yaparlar. Kendi vücutlarına bakış açıları ile diğerlerinin vücutlarını görmede bakış açılarının farklı olduğunu anlamazlar.

Şişman Hissetme

Bu gerçek bir algıdan ziyade düşünceye bağlı bir yanılsamadır. Olgunun şişman hissetmesine neden olan düşünce ve hisler öğrenilmelidir. Tokluk hissi, bacakların birbirine sürtünmesi, göbeğin çıkması gibi içsel bir hisle mi yoksa giydiği elbisenin yakışmadığı, çok fazla yediğini düşünme, başkasının onu şişman olarak değerlendirdiği, ya da bir diğerinin daha zayıf olduğu gibi düşünceler mi şişman hissetmeyi artırıyor öğrenilmelidir.

Gerçek kilo ve şişman hissetme arasında bir korelasyon olmadığı olguya tartışılmalıdır. Olgunun şişman hissetmeye neden olan tetikleyicilerin farkında olması, kendini gözlemlemesi, olumsuz otomatik düşüncelerini fark etmesi, bunların birer düşünce olduğunu ve gerçek olmadığını kabul etmesi üzerine çalışılır. Farkındalık egzersizleri öğretilir.

Yeme Kuralları

Yeme bozukluğu olan olgular yemeyle ilgili katı kurallara sahip olurlar. Bu kurallardaki esnemenin her şeyi bozacağına inanırlar. Oysaki normal yaşam döngüsü içerisinde kurallarda esnemelerin ve bazen belirsizliklerin olduğu zamanlar vardır. Katı yeme kurallarına bağlı kalma, kontrolde olma hissi verir. Bu olgular çekici olabilmelerinin tek yolunun kilo ve vücut şekli ile ilgili olduğuna inanır ve çekici olmanın diğer kriterleri üzerinde durmazlar.

Yeme bozukluğu olan olgularda yeme saatleriyle ilgili sert kurallar (sabah kahvaltısı yok), belli yiyeceklere karşı katı kısıtlama (asla çikolata yemem), belli durumlarda sert yeme kuralları (başkaları izlerken ya da yanımda başka biri varken yemem, tatlı yerken kimse beni görmemeli) görülür.

Tedavide yeme ile ilgili düzenlemeler yapılırken adım adım gidilmesi, önce düzenli yeme planı yapılması, zamanla miktarın artırılması, bir sonraki aşamada yasaklı yiyeceklerin yeme planına eklenmesi ve üçüncü adımda farklı yeme durumlarında esneklik kazanılması üzerine çalışılmalıdır.¹⁹

Aşama 4 (18-20. Oturumlar)

Nüks önleme amacı taşır. Psikoterapinin sonlarına doğru olgular adım adım oturum içeriği ve kendine yardım görevleri ile ilgili daha sorumlu hale getirilmelidir. Ebeveynlerle ortak oturumlar yapılıyorsa bu sorumluluk artışından onların da bilgisi olmalıdır. Yeme bozukluğunu nelerin tetiklediği ve erken işaretlerinin neler olduğu olgu tarafından öğrenilmiş olmalıdır. Terapinin sonunda olgular onlara bu süreçte en çok faydası olan beş teknik ya da yöntemi düşünmelidir.¹¹

Psikoterapi süreci genellikle başlangıçta planlandığı biçimde sona erdirilir. Araştırmalar terapi boyunca elde edilen ilerlemelerin, bitiş sonrasında da gelişerek devam ettiğini göstermektedir.²⁵⁻²⁸

Yeme Bozukluklarında G-BDT Etkinliği ile İlgili Araştırmalar

Geç ergen ve yetişkinlerde yeme bozuklukları tedavisinde G-BDT'nin etkinliğini inceleyen bir sistematik gözden geçirmede Haziran 2019 yılına kadar yapılmış 10 randomize kontrollü, 10 kontrol grubu içermeyen araştırma incelenmiş, G-BDT'nin tüm yeme bozuklukları yelpazesi için hem yeme bozukluğuna özgü davranışların hem de çekirdek psikopatolojinin azaltılmasında etkin olduğu saptanmıştır. AN tanılı bireylerde BKİ artışı geniş etki büyüklüğü gösterdi. Bununla birlikte, bu derlemeye dahil edilen randomize çalışmaların çoğu, özellikle uzun vadede, G-BDT'nin karşılaştırılan tedavilerine göre daha üstün olduğunu göstermemiştir.²⁵

Ergenlerde yeme bozukluğu tedavisinde aile terapisinin özel bir biçimi olan aile temelli tedavi ve G-BDT'nin kavramsal bir

karşılaştırmasını veren bir makalede, aile temelli tedavi ve G-BDT'nin, yeme bozukluklarının kavramsallaştırılmasında, ebeveynlerin ve ergenin tedaviye katılımının doğası, dahil olan tedavi ekibi üyelerinin sayısı ve etkinlikte farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen verilerde, aile temelli tedavinin tedaviyi kabul eden ebeveynlerin ve ergenlerin yarısından daha azında etkin olduğu, ancak uygun ebeveynleri olmayanlarda veya bir aile temelli tedavi modelini kabul etmeyen ebeveynleri olanlarda kullanılamayacağını göstermiştir. Bu makalede G-BDT'nin, yaşları 11 ile 19 arasında olan olguların kohort çalışmalarında umut verici sonuçlar gösterdiği ve son zamanlarda yeme bozukluğu olan ergenler için aile temelli tedavi kabul edilemez, kontrendike veya etkisiz olduğunda önerilmiştir.²⁹

Aile temelli tedavi ile G-BDT'nin etkinliğini karşılaştıran bir araştırmada, yeme bozukluğu tanısı olan 12-18 yaş arası olgular (n=97) ve ebeveynleri, aile temelli tedavi ve G-BDT arasında seçim yapmış, değerlendirmeler başlangıçta, tedavi sonunda ve 6. ve 12. ayda takiplerinde yapılmıştır. Tedavinin sonunda kilo alma oranı aile temelli tedavide G-BDT'ye göre önemli ölçüde daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark takiplerde saptanmamıştır. Sonuçlar, düşük kilolu ergenlerde kilo alımını kolaylaştırmada aile temelli tedavinin etkinliğini vurgulamıştır. Aile temelli tedavi ve G-BDT, değerlendirilen diğer alanlarda benzer sonuçlara ulaşmıştır.³⁰

G-BDT'nin etkinliğini, büyük ölçüde BDT ilkelerine dayanan olağan tedavi ile karşılaştıran bir araştırmada, G-BDT veya olağan tedavi alan, toplam 143 yetişkin olgu üzerinde randomize kontrollü bir çalışma yürütülmüş ve tedavinin ilk altı haftasında G-BDT uygulanan grupta yeme bozukluğu psikopatolojisinde daha büyük bir azalma saptanmıştır. Ayrıca, 20 hafta sonunda G-BDT grubunda iyileşme oranı olağan tedavi grubundan (%36,0) önemli ölçüde daha yüksek (%57,7) bulunmuştur. 80. haftada, bu fark artık anlamlılık göstermemiştir. G-BDT'nin olağan tedaviye göre benlik saygısını geliştirmede daha etkin, daha az yoğun ve daha kısa süreli bir tedavi olduğu vurgulanmıştır.³¹

Sonuç

Çeşitli yeme bozukluğu tanısı olan yetişkinler ve ergenler için G-BDT'nin etkili bir tedavi yöntemi olduğunu destekleyen kanıtlar vardır. Gelecekteki araştırmalar, çocuk ve ergenlerdeki yeme bozukluklarında daha geniş örneklem sayılı, randomize kontrollü araştırmalarla, sonuçların tanımında ve ölçümünde tutarlılığın artırılmasıyla ve tedaviyi sürdürme ile ilişkili faktörlerin araştırılmasıyla literatüre çok daha fazla katkı sunacaktır.

Dipnot

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33:521-527.

2. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41:509-528.
3. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician.* 2003;67:297-304.
4. Anderson DA, Kathleen CM. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev.* 2001;21:971-988.
5. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;40:321-336.
6. Waller G, Gray E, Hinrichsen H, Mountford V, Lawson R, Patient E. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *Inter J Eat Disord.* 2014;47:13-17.
7. Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh BT, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70:267.
8. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:611-627.
9. Waller G, Tatham M, Turner H, Mountford VA, Bennetts A, Bramwell K, Dodd J, Ingram L. A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *Inter J Eat Disord.* 2018;51:262-269.
10. Raykos BC, McEvoy PM, Erceg-Hurn D, Byrne SM, Fursland A, Nathan P. Therapeutic alliance in enhanced cognitive behavioural therapy for bulimia nervosa: probably necessary but definitely insufficient. *Behav Res Ther.* 2014;57:65-71.
11. Fairburn CG. Eating disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. In: Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* The Guilford Press, Newyork, USA; 2008:7-22.
12. Fairburn CG. Yeme bozuklukları ve bilişsel davranışçı terapi-değerlendirme ve tedavi. *Psikonet Yayınları;* 2020.
13. Accurso EC, Fitts-Simmons-Craft EE, Ciao A, Cao L, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, Crow SJ, Wonderlich SA, Peterson CB. Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83:637-642.
14. Cooper Z, Fairburn CG. The evolution of "enhanced" cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cogn Behav Pract.* 2011;18:394-402.
15. Couturier J, Isserlin L, Spettigue W, Norris M. Psychotropic medication for children and adolescents with eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin.* 2019;28:583-592.
16. Crow SJ. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin.* 2019;42:253-262.
17. Clausen L, Lübeck M, Jones A. Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2013;46:755-763.
18. Waller G. The myths of motivation: time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders? *Int J Eat Disord.* 2012;45:1-16.
19. Fairburn CG. *Overcoming binge eating.* Guilford Press. 1995.
20. Alexander J. *Using writing as a therapy for eating disorders: the diary healer.* Routledge. 2016.
21. Wilson GT, Vitousek KM. Self-monitoring in the assessment of eating disorders. *Psychol Assess.* 1999;11:480.
22. Shafran R, Fairburn CG, Robinson P, Lask B. Body checking and its avoidance in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2004;35:93-101.
23. Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010;43:1.
24. Gonzalez A, Clarke SD, Kohn MR. Eating disorders in adolescents. *Austr Famil Physic.* 2007;36.
25. Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020;53:311-330.
26. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: a systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eat Disord.* 2019;27:482-502.
27. de Jong M, Schoorl M, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31:436-444.
28. Groff SE. Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *J Evid-Inform Social Work.* 2015;12:272-288.
29. Dalle Grave R, Eckhardt S, Calugi S, Le Grange D. A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2019;7:42.
30. Le Grange D, Eckhardt S, Dalle Grave R, Crosby RD, Peterson CB, Keery H, Lesser J, Martell C. Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: a non-randomized effectiveness trial. *Psychol Med.* 2020;1-11.
31. de Jong M, Spinhoven P, Korrelboom K, Deen M, van der Meer I, Danner UN, van der Schuur S, Schoorl M, Hoek HW. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord.* 2020;53:447-457.