

# Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi-Temel Bilgiler: Geleneksel Derleme

## Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders-Basics: Traditional Review

 Emel SARI<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serbest Hekim, İstanbul, Türkiye

**ÖZET** Yeme bozukluklarının altında yatan temel mekanizma, bilişsel aşırı değerlendirme sürecine bağlı olduğu için “bilişsel davranışçı terapi”nin uygun bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmüş ve “geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi” ortaya çıkmıştır. Yeme bozukluklarının hemen hepsinin temelinde yatan psikopatoloji kilo, vücut şekli ve bunları kontrol etmeyi aşırı değerlendirme üzerine kuruludur. Bu patoloji, olguların yeme alışkanlıklarında katı kurallar edinmelerine, yemeyi kısıtlamalarına, aşırı egzersiz yapmalarına ve telafi edici davranışlar geliştirmelerine neden olur. Olguların bir kısmında, gün içinde yemeyi kısıtlama sonrasında aşırı yeme atakları meydana gelir ve bu atakları takip eden kusma, laksatif ve diüretik yanlış kullanımı ya da aşırı egzersiz yapma gibi telafi davranışları görülür. Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi, etkinliği bilimsel araştırmalarla kanıtlanmış, gençler ve erişkinlerde ayaktan ya da yatarak tedavide uygulanabilen, yapılandırılmış bir terapi yöntemidir. Dört aşamadan oluşur. Birinci aşama yoğun bir başlangıç sürecidir ve seanslar haftada 2 kez gerçekleştirilir. Birinci aşamanın hedefleri hastayı tedavi sürecine ve değişime angaje etmek, beraber kişisel bir formülasyon oluşturmak, gerekli eğitimi sağlamak ve 2 güçlü geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi sürecini sunmaktır. Bunlar “seans içinde tartılma” ve “düzenli yeme”dir. İkinci aşamada o zamana kadar geçirilen süreç gözden geçirilir, değişimi engelleyen bariyerler belirlenir. Üçüncü aşama tedavinin ana gövdesini oluşturur. Amaç yeme bozukluğunu sürdüren ana mekanizmaları ele almaktır. Dördüncü aşama tedavinin son aşamasıdır ve 2 hedef vardır. İlki değişimin korunmasından emin olmak, diğeri ise uzun vadede tekrar etme riskini en aza indirmektir. Bu geleneksel derlemede, geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapinin yeme bozukluklarında uygulanması ile ilgili temel bilgiler verilecektir.

**ABSTRACT** Since the underlying mechanism of eating disorders is dependent on the cognitive over-evaluation process, “cognitive behavioral therapy” was thought to be an appropriate treatment method and “enhanced cognitive behavioral therapy” emerged. The psychopathology underlying almost all eating disorders is based on overestimating weight, body shape and controlling them. This pathology causes the cases to adopt strict rules in their eating habits, to restrict eating, to exercise excessively, and to develop compensatory behaviors. In some of the cases, binge eating attacks occur after restricting eating during the day, followed by compensatory behaviors such as vomiting, misuse of laxatives and diuretics, or excessive exercise. Enhanced cognitive behavioral therapy is a structured therapy method whose effectiveness has been proven by scientific research and can be applied in outpatient or inpatient treatment for young people and adults. It consists of 4 stages. The first phase is an intensive initial phase and sessions are held twice a week. The goals of the first phase are to engage the patient in the treatment process and change, together create a personal formulation, provide the necessary training, and present two powerful enhanced cognitive behavioral therapy processes. These are “weighing in session” and “regular eating”. In the second stage, the process until then is reviewed, and the barriers that prevent change are determined. The third stage constitutes the main body of the treatment. The aim is to address the main mechanisms that perpetuate the eating disorder. The fourth stage is the final stage of treatment and has 2 goals. The first is to ensure that change is maintained, and the other is to minimize the risk of recurrence in the long run. In this traditional review, basic information about the application of enhanced cognitive behavioral therapy in eating disorders will be given.

**Anahtar Kelimeler:** Aşırı yeme bozukluğu; anoreksia; bulimia; adolesan; beslenme ve yeme bozuklukları

**Keywords:** Binge-eating disorder; anorexia; bulimia; adolescent; feeding and eating disorder

Yeme bozuklukları, psikiyatrik bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı olan Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve İstatistiksel El Kitabı-V'e göre anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN), tıknırcasına

yeme bozukluğu (TYB) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanıları şeklinde gruplandırılmış olsa da geliştirilmiş-bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) yeme bozukluklarını transdiyagnostik bir

**Correspondence:** Emel SARI  
Serbest Hekim, İstanbul, Türkiye  
**E-mail:** esgokten@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

**Received:** 14 Aug 2022

**Received in revised form:** 24 Oct 2022

**Accepted:** 30 Oct 2022

**Available online:** 08 Nov 2022

2536-4391 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

yaklaşım ile ele alır. Bu ayrı tanı kategorilerinin zaman içerisinde birbirlerine dönüşmeleri ve altta yatan temel mekanizmaların ortak olması nedeniyle G-BDT her birinin tedavisinde spesifik bazı strateji ve prosedürleri yapılandırılmış bir format içerisinde kullanılır.<sup>1</sup>

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.<sup>2,3</sup> Yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları için BDT'nin etkili olduğu ve tıknırçasına yeme, çıkarma sıklığı, depresyon ve anksiyete düzeylerinde düşüş sağladığı saptanmıştır.<sup>4-8</sup> BDT ile tedavi sonunda yeme bozukluğu olgularının %50'sinde iyileşme gözlenmiş, ancak bu oran takipte %37'ye düşmüştür.<sup>9</sup> Yine benzer bir çalışmada, yeme bozukluğunda BDT ile tedavi sonunda tıknırçasına yeme ve çıkarma sıklığında azalma görülmekle birlikte bu etkinin takipte düştüğü görülmüştür.<sup>7</sup> Yine de olguların yaklaşık yarısının uzun süreli iyileşme göstermemesi nedeniyle araştırmacılar terapi yöntemlerini geliştirmeye yönelmiştir.<sup>3</sup> Bu süreçte tedavi için ek mekanizmaların gerekebileceği düşünülerek BDT geliştirilmiş ve G-BDT şeklinde güncellenmiştir. **Tablo 1**'de G-BDT'nin farklı versiyon ve yoğunlukları gösterilmektedir.

Transdiagnostik yaklaşım, yeme bozukluğu psikopatolojisinin ve devam ettiren süreçlerin ortak olması nedeniyle benimsenmektedir. Yeme bozukluklarının hemen hepsi bilişsel bozukluklardır, temelde yatan psikopatoloji kilo, vücut şekli ve bunları kontrol etmeyi aşırı değerlendirme ile ilgilidir. Her ne kadar insanlar kendilerini hayatın birden fazla alanında algıladıkları performanslarına göre (sosyal iliş-

kileri, iş ve akademik performansları, spor ve sanatsal becerileri) değerlendirse de yeme bozukluğu olan olgular için öz değerlerini yansıtan en önemli, hatta bazen tek kavram kilo, vücut şekli ve bunları kontrol etme becerileridir. Bozukluğu devam ettiren, bu temel psikopatoloji nedeniyle oluşan birçok farklı davranıştır. Bu kişiler yoğun bir şekilde kilolarıyla uğraşırlar. Çoğu kendini sık sık tartarken ve tartıdaki önemsiz değişimlerle sürekli meşgul olurken, bir kısmı kilolarıyla sürekli meşgul olmalarına rağmen tartıya çıkmaktan aktif olarak kaçınırlar (kilo kontrolü ya da kaçınması). Aynı davranış vücut şeklinde de görülür. Odaklandıkları vücut bölgelerini sık sık kontrol eden bir grupta, tam tersi şişman ve itici göründüğünü düşünerek kendini görmekten tamamen kaçınan başka bir grup yeme bozukluğu olgusu vardır (şekil kontrolü ya da kaçınması). Sonuç olarak bu sık kontrol ya da kaçınma, kilo ve vücut şekli ile aşırı meşgulliyeti devam ettirir. Bu aşırı meşgulliyet, olguların sosyal işlevselliğini ve yakın ilişkilerini olumsuz etkiler.<sup>10</sup>

Yeme bozukluklarının temel psikopatolojisinin, olguların yeme alışkanlıkları üzerinde önemli etkileri vardır. Besin alımını kısıtlamada kendilerine oldukça katı kurallar koyarlar. Bu kurallar genellikle ne zaman yemeleri gerektiği (akşam 18.00 sonrası yememek), ne kadar yemeleri gerektiği (günde 1.000 kcal'den az) ve ne yemeleri gerektiği ile ilgilidir ki birçoğunun kesin biçimde diyetinden çıkardığı yiyecekler (yemekten kaçınma) de vardır. Bu kuralların sonucu olarak yeme davranışları sınırlandırılır ve oldukça katı bir hâle gelir.<sup>10</sup>

Bazı olgularda yeme alışkanlıklarındaki katı kurallara aşırı egzersiz yapma da eşlik edebilir. Günde birkaç kez spor salonuna gitme, yapılan egzersizlerin tekrar sayılarının çok fazla olması ya da çok

**TABLO 1:** Yeme bozukluklarında G-BDT uygulamasının 2 versiyonu bulunmaktadır.

|   |
|---|
| 1. Odaklanmış versiyon: kilo, vücut şekli ve bunların kontrolü üzerine aşırı değerlendirmeye odaklanır.                   |
| 2. Geniş versiyon: ilişkili sorunlar olan klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz saygı ve kişiler arası güçlükleri de kapsar. |
| İki farklı yoğunlukta uygulanır:  |
| 1. 20 seanslık versiyon: BKİ 17,5'in üzerinde olan olgular için   |
| 2. 40 seanslık versiyon: BKİ 15-17,5 arasında olan olgular için   |

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

yoğun olması, sağlığı açısından zararlı olsa da egzersize devam etme gibi davranışlar görülebilir. Burada da amaç, kilonun ya da vücut şeklinin sıkı bir biçimde kontrol edilmesinin sağlanmasıdır.

Yeme sınırlaması sonucunda genellikle ilk zamanlarda belirgin kilo kaybı görülebilir ve kilo sağlıklı sınırların altına inebilir. Bunun sonucunda hayatı tehdit eden kardiyovasküler etkiler, geri dönüşü zor olan kemikler üzerindeki etkiler, frontal lobun etkilenmesiyle konsantrasyonda azalma ve uyku bozuklukları gibi problemler görülebilir. Kilodaki düşme ayrıca takıntılarda artışa, kararsızlık, sosyal geri çekilme ve depresif belirtilere de neden olabilmektedir.<sup>11</sup>

Yeme bozukluklarında beden kitle indeksi (BKİ) 15'in altına düştüğünde frontal korteks belirgin hasar gördüğü için G-BDT ile tedavi uygun olmaz. Ayaktan G-BDT uygulanabilecek en düşük kilolu grup BKİ 15,0-17,5 aralığında olan olgulardır, bu olgular için çoğunlukla 40 seanslık uzun versiyonun uygulanması gerekir. G-BDT ergen ve erişkinlerde bireysel olarak uygulanır, ancak erişkinlerde ihtiyaç olduğu durumlarda, ergenlerde ise çoğunlukla ailenin terapi sürecine katılımı gerekir.<sup>1</sup> Tablo 2'de G-BDT'nin 4 aşaması ve bu aşamaların içerikleri özetlenmektedir.

**TABLO 2:** G-BDT'nin aşamaları (BKİ>17,5).

| <b>Motivasyon</b>  |
|--|
| Değerlendirme (2 seans)  |
| <b>Aşama 1 (7 seans) (haftada 2 seans)</b>   |
| * Tedaviye katılmayı sağlama   |
| * Bireysel kavramsallaştırma   |
| * Günlük tutmayı öğretme   |
| * Psikoeğitim (düşük kilo/çıkartma davranışının etkileri)                              |
| * Seanslar sırasında tartma  |
| * Düzenli yemek planı sağlama  |
| <b>Aşama 2 (gözden geçirme) (8 ve 9. seanslar)</b>                                     |
| * Gelişimi gözden geçirme  |
| * Kavramsallaştırmayı gözden geçirme   |
| <b>Aşama 3 (10-17. seanslar) (haftada bir)</b>   |
| * Bireysel kavramsallaştırmayı kullanarak sürdüren çekirdek süreçlerin üzerine çalışma |
| <b>Son safha (18-20. seanslar) (14 günde bir)</b>                                      |
| * Nüks önleme  |

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

G-BDT belli bir yeme bozukluğu kategorisine (AN veya BN gibi) değil tamamen yeme bozuklukları psikopatolojine göre düzenlenmiş bir psikoterapi prosedürüdür. Yeme bozukluklarını oluşturan temel psikopatolojiden daha çok sürdüren etmenlere odaklanmıştır. Birinci aşama yoğun bir başlangıç sürecidir ve seanslar haftada 2 kez gerçekleştirilir. Tedavinin ilk birkaç haftasındaki değişimin boyutu, tedavi sonucunun güçlü bir belirleyicisidir. Bu nedenle tedavinin iyi başlaması gerekir.<sup>12,13</sup> Birinci aşamanın hedefleri hastayı tedavi sürecine ve değişime angaje etmek, beraber kişisel bir formülasyon oluşturmak, gerekli eğitimi sağlamak ve 2 güçlü G-BDT sürecini sunmaktır. Bunlar “seans içinde tartılma” ve “düzenli yeme” kurallarıdır. Birinci aşamanın sonunda hastaların tedaviye uyum sağlamış, kilo, tartılma ve kilo alma konularında bilgiye sahip, düzenli öğünler ve ara öğünler tüketen ama bunların arasında yemeyen bir duruma gelmiş olması beklenir.<sup>10</sup>

İkinci aşamada o zamana kadar geçirilen süreç gözden geçirilir, değişimi engelleyen bariyerler belirlenir, ihtiyaç hâlinde kişisel formülasyon değiştirilir ve bundan sonraki 3. aşama planlanır. İkinci aşamanın bir amacı iyi gitmeyen olguları belirlemektir, bu olguların yeniden gözden geçirilmesi ve formüle edilmesi kişiye özel tedavi planı yapabilmek açısından önemlidir.<sup>1</sup>

Üçüncü aşama, tedavinin ana gövdesini oluşturur. Amaç yeme bozukluğunu sürdüren ana mekanizmaları ele almaktır. Bu aşama, olgudan olguya belirgin değişiklik göstermektedir. Yeme bozukluğunu sürdüren çekirdek mekanizmalara bakıldığında;

- Değerlendirmede dar kriterlerin kullanımı,
- Azalmış aktivite düzeyi,
- Şekil kontrolü ve şekil kaçınması,
- Karşılaştırma,
- Şişman hissetme,
- Yeme kuralları sayılabilir.<sup>1</sup>

Dördüncü aşama tedavinin son aşamasıdır ve 2 hedef vardır. İlki değişimin korunmasından emin olmak, diğeri ise uzun vadede tekrar etme riskini en aza indirmektir.<sup>1</sup>

## G-BDT İLE HEDEFLenen KİLO DEĞİŞİMİ

Yeme bozukluklarında altta yatan psikopatoloji ortak olmakla birlikte olguların BKİ değerleri birbirinden oldukça farklı olabilir. Örneğin AN olgularında sıklıkla BKİ değeri 19,0'ın altında iken, BN olgularında genellikle normal sağlıklı aralıktadır. TYB'de ise BKİ 25,0'ın üzerindedir. G-BDT'de uygulanan strateji ve prosedürler ortak olmakla birlikte hedeflenen kilo değişimi olguya göre değişiklik gösterir. BKİ 19,0'ın altında olan olgularda, tedavi sürecinde amaç BKİ değerinin sağlıklı düşük kilo aralığına (19,0-19,9) gelmesidir. BN olgularında BKİ zaten normal aralıktadır için tedavi sürecinde amaç stabilitenin sağlanmasıdır. TYB'ye sahip aşırı kilolu olgularda ise tedavide amaç kilo vermenin sağlanmasıdır.<sup>14</sup>

BKİ 19,0'ın altında olan yeme bozukluğu olgularında, tedavi ile haftada 0,5 kg kilo artış hızı hedeflenir, ancak gerçekçi sınırlara inilmesi gerekirse bu oran haftada 0,2-0,4 kg aralığında olur. Haftada 0,5 kg'lık kilo artışı için günlük fazladan 500 kcal alınması gereklidir. Başlangıçta olguların metabolik hızları düşük olduğu için tedavi sürecinin başında hızlı bir şekilde vücut sıvı oranı ve elektrolit seviyesi değişecek ve daha hızlı bir ağırlık artışı görülecektir. Ancak bu durum, zaman içerisinde yavaşlayacak ve bir dengeye ulaşılacaktır. Ayrıca başlangıçta, kaslardaki güçsüzlük belirgin olduğu ve gastrointestinal sistem yeniden organize olmaya başlayacağı için mide ve karnın dışarı taşması beklenir. Ancak bu da geçici

bir fenomendir. Kilo alma dönemi tamamlandıktan sonra kiloyu sağlıklı sınırlarda sürdürme ile ilgili bir aşamaya geçileceği bilgisini vermek de olgular açısından faydalıdır.<sup>10</sup>

Günlük fazladan 500 kcal değerini sağlamak için olgulardan, düzenli ve sık yeme planı, çıkarma davranışının durdurulması, aşırı egzersizin sonlandırılması, sevdiği yiyeceklerin miktarını artırmaları, enerjiden zengin yiyeceklerin diyetten eklenmesi, gerekirse enerjiden zengin içecekler alınması önerilir. Yeme bozukluğu olmayan bir arkadaşın bu süreçte desteği olgulara iyi gelir.

Enerjiden zengin içeceklerin verilmesi, hedef kilo aralığına ulaşıldıktan sonra yeme planını değiştirmeye çok ihtiyaç kalmadan, kiloyu sabit tutma aşamasında kesilebilmesi nedeniyle avantajlı bir yöntemdir. Ancak yaklaşık 2 hafta sonra, olgunun yeme planı ile kolay kilo alamadığını görmesinden sonra eklenmesi daha uygun olur. Günlük 500 kcal fazla enerjinin 250 kcal'si kahvaltı sonrası, 250 kcal'si akşam yemeği sonrası verilir.<sup>14-16</sup>

Kilo alma süreci devam ederken olguların yavaş yavaş kendilerine özgü bir giyinme tarzına karar vermeleri ve hedef kiloya yakın ölçülerde yeni kıyafetler almaları istenir. Kilo alma sürecine eski kıyafetlerle devam edilmesi durumunda, kıyafetler dar gelmeye başlayacağı için olgunun kaygı seviyesi yükselecektir. BKİ ve yeme bozukluğu olgularında kullanımı **Tablo 3**'te özetlenmiştir.

**TABLO 3:** BKİ ve yeme bozukluğu olan olgularda kullanımı.

| TABLO 3: BKİ ve yeme bozukluğu olan olgularda kullanımı.   |              |
|--|--------------|
| BKİ; boya göre kiloyu belirtmenin uygun bir yoludur. Kilonun (kg), boyun (m) karesine bölünmesiyle elde edilir (kilo/boy <sup>2</sup> ). On sekiz yaşın altındaki olguların BKİ hesaplamaları için yüzdeli BKİ çizelgeleri mevcuttur (www.cdc.gov/growthcharts). |              |
| • Belirgin düşük kilo  | 17,5 ve altı |
| • Düşük kilo   | 17,6-18,9    |
| • Zayıf  | 19,0-19,9    |
| • Sağlıklı kilo  | 20,0-24,9    |
| • Kilolu   | 25,0-29,9    |
| • Obezite  | 30 ve üstü   |
| 17,5 veya daha az BKİ'ye sahip kişiler düşük kiloda olmanın getirdiği belirgin olumsuz fiziksel ve psikososyal etkilere maruz kalırlar.  |              |
| 17,6-18,9 arasında BKİ'ye sahip kişiler düşük kiloda olmanın getirdiği bazı olumsuz fiziksel ve psikososyal etkilere maruz kalırlar.   |              |
| 19,0-19,9 arası BKİ düşüktür, ancak genellikle sağlıksız değildir.   |              |
| Sağlık açısından bakıldığında 20,0-24,9 arasında BKİ değeri optimum görünmektedir.   |              |
| 25,0-29,9 arası BKİ değeri yüksek sağlık riski ile eşleşmektedir.  |              |
| 30,0 ve üzeri BKİ değerleri önemli derecede sağlık riski taşır.  |              |

BKİ: Beden kitle indeksi.

BKİ 17,5'in altında olan olgularda hedef BKİ 19,0-19,9 arasında olmalı, yeme düzeni ve sağlıklı kilo sürdürme hedeflenmeli, tıknıma atakları, çıkartma davranışları ve aşırı egzersiz durdurulmalıdır. Bu olgularda, günlük fazladan kalori alımını sağlamak için enerjiden zengin içecekler kullanılması zorunludur. BKİ 17,5'in üzerinde ancak 19'un altında olan olgularda hedef yine BKİ değerinin 19,0-19,9 aralığına yükselmesi, düzenli yeme, sağlıklı kilo sürdürme, tıknıma ve çıkartma davranışları ile aşırı egzersizi sonlandırmaktır. Bu olgularda, enerjiden zengin içeceklerin verilmesi gerekli değildir. Vücut ağırlığı normal aralıkta olan yeme bozukluğu olgularında ise hedef, mevcut kiloyu sürdürmek, yeme düzenini sağlamak, tıknıma atakları, çıkartma davranışları ve aşırı egzersizi durdurulmasıdır. Vücut ağırlığı normalin üzerinde olan olgularda ise hedef, sağlıklı beslenme düzeni ve düzenli yeme planı ile tıknıma atakları, çıkartma davranışları ve aşırı egzersizleri durdurmak, ikinci sırada ise kilonun azalması olarak sıralanabilir.<sup>1</sup>

G-BDT sürecinde hedeflenen sağlıklı beslenme ve yeme biçimleri **Tablo 4**'te, yemek yemede temel prensipler **Tablo 5**'te verilmiştir.

### TOKLUK HİSSİ

Yemek yedikten sonra tok hissetmek, yeme bozukluğu olan olgular için oldukça zorlayıcı olabilir. Bu durumda, olgulardan tokluk algısına eşlik eden negatif otomatik düşüncelerini belirlemeleri istenmelidir. Genellikle bu tokluk hissini azalmayacağı ve sonunda şişmanlayacaklarına dair negatif otomatik düşüncelere sahip olurlar. Burada olgulara belli bir süre olması gereken sağlıklı kilonun altında olan ya da sağlıklı miktar ve çeşitlilikte beslenmeyen insanların sindirim sistemlerinin yavaşladığı, çalışma sisteminin bozulduğu, bu nedenle çok daha erken ve az miktarda yemek ile tokluk hissettikleri konusunda bilgi verilmelidir. Bu durum, sindirim sistemi yeniden normal çalışmaya başlayınca ortadan kalkacaktır. Negatif otomatik düşünceler, bu durumun tehlike sinyali taşıdığını ve sonunda şişmanlayacaklarını söylediğinde, seçici dikkatin sindirim sistemi ve tokluk algısına daha çok odaklanacağı, daha çok odaklanılan durumun da daha yüksek bir kaygı düzeyi oluşturacağı söylenmelidir. Olgudan bu hissini ne kadar süre-

**TABLO 4:** Yeme bozukluklarında hedeflenen sağlıklı beslenme ve yeme biçimleri.

|  |
|--|
| * Esnek ve rahat biçimde yeme ile sağlıklı bir bedene sahip olmayı sürdürmek                                 |
| * Yeterli miktarda besini alabilmek (belirlenen günlük kalori miktarına bağlı olarak)                        |
| * Geniş çeşitlilikte besini yiyebilmek   |
| * Normal miktar ve çeşitlilikte besin içeren düzenli ana ve ara öğünler yiyebilmek                           |
| * Açlık ve tokluk döngüsüne uygun biçimde beslenmek  |
| * Sevilen ya da istenen yiyecekleri seçme ve suçluluk duymadan yiyebilme                                     |
| * Düzenli ve sağlıklı miktarda abur cuburu suçluluk duymadan tüketebilme                                     |
| * Az şiddette anksiyete ile sosyal ortamlarda yemek yiyebilme  |
| * Aşırı telafi etme davranışlarından kaçınma   |
| * Kültürel olarak uygun olduğu düşünülen bağlamlarda yemek yiyebilme (örneğin doğum günleri, dini bayramlar) |

**TABLO 5:** Yemek yemede temel prensipler (aşama 1).

|  |
|--|
| * Yemek saatlerinin açık bir başlangıcı ve bitişi olmalıdır  |
| * Masada yenmelidir  |
| * Paketten değil, tabaktan yenmelidir  |
| * Yenilenecek uygun miktarda yiyecek hazırlanmalı ve geriye kalanlar dolaba kaldırılmalıdır            |
| * Aşırı yeme davranışı sırasında çokça yenen yiyecekler evde bulundurulmamalıdır                       |
| * Yemek zamanlarında yemeğe odaklanılır, mesajlaşma ve televizyon izlemek uygun değildir               |
| * Öğünler arasında yemek yenmemelidir  |
| * Ne çok hızlı ne de çok yavaş yemek uygundur, ortalama 15 dk'lık bir süre belirlenebilir              |
| * Hızlı yeme gibi bir sorun varsa, yemek sırasında arada kaşık ve çatal masaya bırakılır               |
| * Çok yavaş yeme varsa beslenme durumunun ağırlığına uygun olarak bir süre sınırlaması belirlenmelidir |

ceği ile ilgili bir tahminde bulunması ve her yarım saatte bir tokluk algısındaki değişimi, 0-10 arası bir ölçekte derecelendirip kaydetmesi istenebilir. Böylece zaman içinde tokluk algısındaki değişimi somut biçimde görmüş olur. Bu durumu diğer insanlara sorma ve onların cevaplarını kaydetme şeklinde davranış deneyleri de planlanabilir. Tokluk algısına eşlik eden negatif otomatik düşüncelere, alternatif düşüncelerle karşılık verme ya da bu düşünce ve yarattığı duyguları fark etme ve geçmesine izin verme gibi yöntemler olguya öğretilebilir.<sup>14,17</sup>

## AŞIRI YEME ATAKLARI (TIKINIRCASINA YEME)

Tıkınma, şartlar göz önüne alındığında nesnel olarak büyük miktarda yiyeceğin yendiği ve o süreçte bir kontrol kaybı hissinin eşlik ettiği bir yeme atağıdır. AN olgularında nadir olsa da hemen hemen tüm yeme bozukluğu olgularında görülür. Tıkınircasına yeme haftada 1 ya da 2 defadan günde birkaç kereye kadar ve her atakta yenilen miktar 1.000-2.000 kcal arasında görülebilir. Her ne kadar çıkartmayan olgular olsa da çoğu zaman her tıkınma atağı sonrası kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretik yanlış kullanımı aracılığı ile çıkartma davranışı gerçekleşir.<sup>1</sup>

Gerçek tıkınmalara ek olarak, mevcut koşullar altında yenen miktarın çok olmadığı öznel tıkınmalar da vardır. Öznel tıkınma atakları da gerçek tıkınmalar kadar sıkıntı verici olabilir. Bu ataklar daha çok AN olgularında görülür ve sonrasında çıkartma davranışı eşlik edebilir.<sup>11</sup>

Aşırı yemeyi tetikleyen 2 temel mekanizma vardır. Bunlardan ilki, gün içerisinde yemeyi aşırı biçimde kısıtlamaktır. Uzun süreli kısıtlama akşam saatlerinde fiziksel ve psikolojik olarak aşermeye ve ardından aşırı yemeye neden olur. Yeme eylemi nefes alıp vermek kadar doğal bir yaşam işlevidir. Nefes almayı bir süreliğine kendi çabamızla durdurduğumuzda, aniden çok derin nefes alarak telafi etmeye çalıştığımız gibi gün içinde yetersiz düzeyde beslenme de aşırı yeme ataklarına neden olur. Yemek yemeyi ne kadar şiddetli düzeyde kısıtlarsak o oranda şiddetli aşırı yeme atağı oluşur. İkinci neden ise duygu düzenleme yöntemi olarak aşırı yemeyi kullanmaktır.<sup>18,19</sup> Negatif duygular içerisinde iken aşırı yeme ve kusma davranışları beyinde nörotransmitterlerin değişimine ve sonuçta duygusal bir rahatlama hissine neden olur. Ancak bu his genellikle uzun süreli olmaz ve yerini utanma, iğrenme, mutsuzluk ve kaygı gibi duygulara bırakır.<sup>19,20</sup>

Yemekten sonraki kusmalar, sanıldığı gibi aksine alınan kalori miktarının ancak yarısının dışarı çıkarılmasına neden olur. Bununla birlikte kusma davranışı vücuda birçok zarar verir. Kusmaya bağlı mide asidinin ağız içine gelmesi zaman içinde diş çürüklerine neden olur. Kusmadan sonra ağzın su ile çalkalanması diş hekimlerine göre mine tabakasındaki erozyonu artırır. Kusma davranışı tükürük bezlerinde

şişmeye neden olur. Tükürük salgısı artar. Sıklıkla en büyük tükürük bezi olan parotis bezi büyümesi görülür. Bu durum, dışarıdan yanaklarda dolgunlaşmaya, olgu tarafından şişmanladığı ile ilgili yanlış algılamaya neden olur. Boğaz ağrısı ve ses kısıklığı, yemek borusu zedelenmesine bağlı kanama veya rüptür, kusmayı indüklediği elde nasır oluşumu (Russell belirtisi), kusmayı kimyasal ajanlarla indüklemeye nedeniyle bu ajanların toksik etkilerine maruz kalma görülebilir. Sıvı-elektrolit dengesindeki bozulmaya bağlı olarak baş dönmesi, kol ve bacaklarda ödem oluşumu (şişman hissetmeye neden olur), güçsüzlük, yorgunluk, kaslarda kramp ve spazmlar, şiddetli olgularda epileptik nöbetler ve potasyum düzeyindeki düşmeye bağlı kalpte aritmi görülebilir. Yeme bozukluğu olgularıyla bu bilgileri onları korutacak düzeyde paylaşmak, anksiyetelerinin artmasına ve tedaviden kaçınmalarına neden olabilir, o nedenle rahatsızlıklarını olgu ile konuşmak, onun için en rahatsız edici olan belirtiler üzerinde durmak daha uygun olabilir.<sup>18</sup>

Laksatif veya diüretik kullanımı olan olgularda sıvı-elektrolit dengesinde bozulma ve bunun getirdiği etkiler ile sıvı retansiyonunda dalgalanmalar (şişman hissetmeyi artırır) görülür. Laksatifler bağırsaklara zarar verebilir, bağırsak hareketliliğini değiştirir ve şişkin hissetmeye neden olur. Laksatif ve diüretik kullanımının kalori emilimi üzerinde etkisi minimal ya da hiç yoktur. Sık kullananlarda ilaçları aniden kesmek uygun değildir, haftalık yarı doza azaltılarak kesilmelidir. Kesildikten sonraki ilk haftalarda sıvı retansiyonuna bağlı kiloda artışlar olabileceği olguyla paylaşılmalıdır.<sup>21</sup>

Telafi edici olmayan kusma davranışı olan olgular, aşırı yeme olmasa da kusma ya da yiyeceğin tadına baktıktan sonra tükürme davranışı gösterirler. Burada amaç daha çok düşünce ve duyguyu regüle etme girişimidir.<sup>19</sup> Bu davranışın ne için ve ne zaman yapıldığının anlaşılması önemlidir. Belirli bir duyumu almak için mi (kalori almadan tadına bakma), belirli bir duyguyu hissetmek için mi (sakinlik ve huzur), belirli bir vücut şeklini sürdürmek için mi (düz bir mide) yapıldığı sorulmalıdır.

Telafi edici olmayan kusma da tıpkı laksatif kullanımının yaptığı gibi bağırsak sistemindeki hareket-

liliği, tokluk ve şişkinlik hissini artırır. Telafi edici olmayan kusma davranışı olan olgularda yetersizlik ve sevilme ile ilgili şemaların ve depresyonun bulunma olasılığı fazladır. Kendine zarar verici girişimleri olup olmadığı değerlendirilmelidir. Telafi edici olmayan kusma davranışı kendini cezalandırma yöntemi olarak kullanılıyor olabilir ve düşük öz güven bu olgularda belirgin olabilir.<sup>1</sup>

### **Aşırı Yeme Atağı Gelmek Üzere İse**

1. Adım: Yeme planı gözden geçirilmelidir. En son ne zaman yemek yedi? En son öğünün üzerinden 3-4 saat geçti mi? Son iki gündür yeme planına uydu mu? Yoksa yine yemeyi kısıtladı mı?

2. Adım: Açlık algısı incelenmelidir. Fiziksel bir açlık hissi mi? Yoksa duygusal açlık mı? Bu ikisini ayırt edebiliyor mu?

2a. Fiziksel bir açlık ise 0-10 arası bir ölçekte şiddeti değerlendirilir. Özellikle yemek istediği spesifik bir yiyecek var mı? (sıcak, soğuk, tatlı, baharatlı) Seçtiği yemeği hazırlamak, masada yemek, dikkati yemeğe, tadına, kokusuna, ağzında oluşturduğu hisse odaklanarak yemek önerilir.

2b. Duygusal bir açlık ise bir adım geri atıp, ne olduğunun farkına varması istenir, hangi duygu, düşünce veya olaya bağlı böyle hissediyor? Aklından geçenleri günlüğe yazarak tam olarak onlara odaklanmaya çalışması istenir.

3a. Adım: Bu durumda neler yapılabilir? Benzer bir durumda daha önce neler yardımcı oldu? Yemeği 20 dk ertelemek ve tekrar değerlendirmek uygun olabilir. Başka bir aktiviteye yönelmek (birini ara, bir ödevini yap, sevdiğin bir şey yap) önerilebilir. Sıcak bir içecek hazırlamak, örneğin sıcak bir kahve yapıp, mutfakta değil, başka bir yerde içmesi uygun olabilir.

3b. Adım: Yemek yemekten başka bir seçeneğin olmadığını düşünüyorsa, farkında olarak, ne yiyeceğini, nasıl hazırlayacağını, nerde yiyeceğini seçebilir.

### **Aşırı Yeme Atağı Gerçekleşti İse**

Çıkartmak doğru bir çözüm değildir, tüm dezavantajları yeniden hatırlanmalıdır. Bir adım geri atması ve o gün içinde olanları gözden geçirmesi,

bundan ne öğrenebileceğini düşünmesi önerilir. Ona iyi gelecek neler yapabileceğini düşünmelidir. Çok şefkatli bir kişinin bu durumda neler söyleyebileceği, sağlıklı yeme planına dönmek için nelerin yardımcı olabileceği, destek olabilecek kimden yardım isteyebileceği düşünülmelidir. Klinisyen ve olgu tüm bu faktörleri detaylı biçimde gözden geçirmeli ve seçenekleri belirlemelidir.<sup>1,14</sup>

## **YEME BOZUKLUKLARINDA G-BDT ETKİNLİĞİ İLE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR**

Ayaktan ya da klinikte yatan erişkin yeme bozukluğu olgularında G-BDT'nin etkinliğini, standart tedavi ile karşılaştıran çalışmalarda G-BDT anlamlı düzeyde daha fazla etkinlik göstermiştir.<sup>22-26</sup> 7-18 yaş aralığında obezitesi olan 20 olguda, G-BDT protokolü ile yeme bozukluğu üzerine çalışılmış ve yaşam kalitesi ve kilo kaybı üzerinde G-BDT'nin etkinliği gösterilmiştir.<sup>27</sup>

## **SONUÇ**

G-BDT, yeme bozukluklarını transdiagnostik bir yaklaşımla, sürdürücü etmenlere odaklanarak ele alan yapılandırılmış bir tedavi protokolü olarak etkinliği birçok araştırma ile saptanmıştır. Yeme bozuklukları günümüzde çocuk ve ergenlerde de sıklıkla karşımıza çıkabilen problemler olduğu için tedavi etkinliğinin bu popülasyonda da araştırılmasına ihtiyaç vardır.

### **Finansal Kaynak**

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### **Çıkar Çatışması**

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### **Yazar Katkıları**

*Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. Fairburn CG. Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Illustrated ed. New York: Guilford Press; 2008. p.7-22.
2. Cooper Z, Fairburn CG. The evolution of "enhanced" cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse. *Cogn Behav Pract*. 2011;18(3):394-402. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
3. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):509-28. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Anderson DA, Maloney KC. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(7):971-88. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
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(4):321-36. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
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. *Int J Eat Disord*. 2014;47(1):13-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
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(2):267-74. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
8. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları [From an Aesthetic Concern Path to Disease: Eating Disorders]. *İlk Söz*. 2009;22(4):39-45. [[Link](#)]
9. Waller G, Tatham M, Turner H, Mountford VA, Bennetts A, Bramwell K, et al. A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *Int J Eat Disord*. 2018;51(3):262-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
10. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611-27. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
11. Pezzetta F, Mascitelli L. Risk factors for anorexia nervosa. *Lancet*. 2003;361(9372):1914 author reply 1914. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
12. Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT, Wilson GT, Stice E. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2322-4. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
13. Agras WS, Crow SJ, Halmi KA, Mitchell JE, Wilson GT, Kraemer HC. Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(8):1302-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
14. Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1995.
15. Herrin M, Maria L. *Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders*. 2nd ed. New York: Routledge; 2013. [[Crossref](#)]
16. Lucas AR. *Demystifying Anorexia Nervosa: An Optimistic Guide to Understanding and Healing*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2008.
17. Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1997.
18. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, Schleimer K, eds. *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. 12th ed. New York: Guilford Press; 1993. p.317-60.
19. McManus F, Glenn W. A functional analysis of binge-eating. *Clin Psychol Rev*. 1995;15(8):845-63. [[Crossref](#)]
20. Elran-Barak R, Goldschmidt AB, Crow SJ, Peterson CB, Hill L, Crosby RD, et al. Is laxative misuse associated with binge eating? Examination of laxative misuse among individuals seeking treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1114-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
21. Song YJ, Lee JH, Jung YC. Chewing and spitting out food as a compensatory behavior in patients with eating disorders. *Compr Psychiatry*. 2015;62:147-51. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
22. de Jong M, Korrelboom K, van der Meer I, Deen M, Hoek HW, Spinhoven P. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17(1):573. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
23. van den Berg E, Schlochtermeier D, Koenders J, de Mooij L, Goudriaan A, Blankers M, et al. Implementing cognitive behavioral therapy-enhanced in a routine inpatient and outpatient setting: Comparing effectiveness and treatment costs in two consecutive cohorts. *Int J Eat Disord*. 2020;53(3):461-71. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
24. de Jong M, Spinhoven P, Korrelboom K, Deen M, van der Meer I, Danner UN, et al. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2020;53(5):447-57. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
25. van den Berg E, Schlochtermeier D, Koenders J, de Mooij L, de Jonge M, Goudriaan AE, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy-enhanced compared with treatment-as-usual for anorexia nervosa in an inpatient and outpatient routine setting: a consecutive cohort study. *J Eat Disord*. 2022;10(1):2. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
26. Melisse B, Dekker J, van den Berg E, de Jonge M, van Furth EF, Peen J, et al. Comparing the effectiveness and predictors of cognitive behavioural therapy-enhanced between patients with various eating disorder diagnoses: a naturalistic study. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2022;15. [[Crossref](#)]
27. Chirilă O, Gîrbă E, Bogdan G, Trandafir L, Indrei L, Stârcea M, et al. P367 The efficiency of enhanced cognitive behavioural therapy practice in paediatric obesity management. *Archives of Disease in Childhood*. 2017;102(Suppl 2):A175.1-A175. [[Link](#)]