

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.8077925>

Accepted: 19.06.2023

Bulimiya Nervosa ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Derleme: Bir Olgu Sunumu

A Review on Bulimia Nervosa and Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report

Simge ÜNAL

Yakın Doğu Üniversitesi

simgeunall192@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5932-0082>

Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi

meryem.karaaziz@neu.edu.tr, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Yeme bozuklukları kişileri hem psikolojik olarak hem de fiziksel olarak etkileyen bir bozukluk grubudur. Alt türleri ise; anoreksiya nervosa (AN), bulimiya nervosa (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (BED), pika, geri çıkarma bozukluğu ve kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bulimiya nervosa; yineleyen tıknırcasına yeme ataklarıyla ve kontrol hissinin kaybedilmesiyle aynı zamanda da kilo almaktan korkulduğu için yedikten sonra telafi edici davranışlara yönelme ile karakterize bir yeme bozukluğu alt tipidir. Bulimiya nervozanın yaygınlığına bakıldığında özellikle genç kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir bunun nedeni ise kadınların bedenleriyle daha fazla ilgilenmeleri ve ideal beden algısı düşüncesiyle kısıtlayıcı diyetler uygulamalarından dolayı düzenli beslenmenin göz ardı edilmesi ve bunun sonucunda da tıknırma atakları yaşaması şeklinde açıklanabilmektedir. Tedavisinde ise pek çok tedavi yaklaşımının yanı sıra kişinin düşüncelerinin davranışlarına neden olduğunu savunan bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkili olduğu bilinmektedir. Bu olgu çalışmasında bulimiya nervosa belirtileri gösteren 22 yaşındaki kadın danışana uygulanan bilişsel davranışçı terapi teknikleri ile sürdürülen tedavi süreci aktarılmıştır. Üniversiteye hazırlandığı dönemde kilo alması ile kısıtlayıcı bir diyetle başladığını ve bunun sonucunda da tıknırcasına yeme atakları yaşayarak telafi edici davranışlara yöneldiğini aktaran danışan için 13 seans süren bir bilişsel davranışçı tedavi planı uygulanmıştır. Danışanın bozulan yeme davranışının düzenlenmesi ve işlevsel olmayan düşüncelerinin değiştirilmesi hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bulimiya Nervosa, Bilişsel Davranışçı Terapi, Yeme Bozukluğu.

Abstract

Eating disorders are a group of disorders that affect people both psychologically and physically. The subspecies are; It is classified as anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), binge eating disorder (BED), pica, withdrawal disorder and restricted food intake disorder. Bulimia nervosa; It is a subtype of eating disorder characterized by recurrent episodes of binge eating and loss of sense of control, as well as compensatory behaviors after eating due to fear of gaining weight. When we look at the prevalence of bulimia nervosa, it is known that it is more common especially in young women. It is known that cognitive behavioral therapy (CBT), which argues that one's thoughts cause behaviors, is effective in its treatment, as well as many treatment approaches. In this case study, the treatment process with cognitive behavioral therapy techniques applied to a 22-year-old female client with bulimia nervosa symptoms was explained. A cognitive-behavioral treatment plan lasting 13 sessions was applied to the client, who stated that she started a restrictive diet with weight gain while she was preparing for university, and as a result, she experienced binge eating attacks and tended to compensatory behaviors. It is aimed to regulate the deteriorated eating behavior of the client and to change their dysfunctional thoughts.

Keywords: Bulimia Nervosa, Cognitive Behavioral Therapy, Eating Disorder

1. GİRİŞ

Yeme bozuklukları, kişilerin yemek yeme davranışlarının hasar görmesiyle fiziksel ve psikolojik fonksiyonlarının ciddi şekilde etkilenmesi ve yaşamlarını tehdit eden bir boyuta ulaşarak psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan bir bozukluk grubudur (Yalnızoğlu Çaka vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “önemli tıbbi durum” olarak adlandırılan yeme bozuklukları son yıllarda oldukça artış göstermekte ve kişilerin beden algılarının bozulmasına sebebiyet vererek riskli davranışlar sergilenmesine yol açmaktadır (Ünalın vd., 2009).

Yeme bozuklukları tarihsel açıdan incelendiğinde 1930’larda Freud’un açıklamaları ile psikanalitik yönden ele alınarak bozulmuş yeme işlevi ve kusma üzerine yoğunlaşmış ve “bozulmuş beslenme dürtüsü” ile “cinselliğin kontrolü” üzerinden açıklamalar getirilmiştir (Pirim ve Tunaboşlu İkiz, 2004).

Görülme sıklığı gün geçtikçe artan yeme bozuklukları çok ciddi boyutlara ulaşabilen ve ölümcül sonuçlara sebebiyet verebilen bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir ve sebep olan etmenlerin genetik, sosyokültürel baskılar, aile ve akran çevresi, sosyal medya gibi pek çok faktörden etkilenebileceği düşünülmektedir (Yalnızoğlu Çaka vd., 2018).

DSM-V (2013) yeme bozukluklarını;

1. Anoreksiya nervoza (AN)
2. Bulimiya nervoza (BN)
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (Binge eating disorder- BED)
4. Pika
5. Geri çıkarma bozukluğu

6. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olarak sınıflandırmaktadır.

Bulimiya Nervoza (BN); yineleyen tıknırcasına yeme nöbetleriyle ve kontrol hissini kaybedilmesiyle aynı zamanda da kilo almaktan korkulduğu için yedikten sonra telafi edici davranışlara yönelme ile karakterize bir yeme bozukluğu alt tipidir (Adan ve Kaye 2011; Maner ve Aydın, 2007).

Bulimiya nervoza hastalığına sahip kişiler normal veya normalin biraz üstünde kilo görünümüne sahiptirler ve anoreksiya nervozadan farklı olarak kendilerini bilerek aç bırakmaktan ziyade kontrol hissini kaybederek yedikten sonra kilo almaktan korktukları için telafi edici davranışlara yönelip kendilerini aç bırakabilirler (Aytaç ve Hocoğlu, 2016).

Bulimia nervoza genellikle kendini kilolu bulan genç kadınların diyet yaparak zayıflamaya başlamasıyla meydana gelir. İlk etapta başarılı olduğu hissine kapılan kadınlar daha fazla yeme davranışı sergilerler ve kontrolü kaybederek sergiledikleri bu davranışı kilo almaktan korktukları için kusma veya müshil ile telafi etmeye çalışırlar. Bazı uyarılardan sonra (depresyon, anksiyete ve aşırı yeme hissi gibi), tıknırcasına yeme olaylarının sıklığı ve parça boyutu artmaya başlar. Sık sık alışkanlıklarından utanırlar, onlar tarafından rahatsız edici olarak deneyimlenen bu davranış nedeniyle diyetlerini kontrol edemedikleri için hayal kırıklığına uğurlar (Sönmez, 2017).

2013'te yayınlanan DSM-V'de bulimiya nervoza tanı kriterleri Aşağıda görüldüğü gibi sıralanmaktadır (APA,2013).

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme epizotlarının olması. Bu tıknırcasına yeme epizotları aşağıdakilerin her ikisini de kapsamaktadır:

1. Aynı koşullarda ve aynı sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden daha çok miktarda yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir süre içerisinde) yeme.

2. Bu epizod anında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı ne yediğini kontrol edemediği duygusu).

B. Kilo artışının olmaması için, kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.

C. Tıknıma ve telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuş olmalıdır.

D. Kendini değerlendirmesi, vücut ağırlığı ve şeklinden anlamsız bir biçimde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk, anoreksiya nervoza epizotları anında çıkmamalıdır.

1.1. BULİMİYA NERVOZA EPİDEMİYOLOJİSİ

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza son yıllarda oldukça artış göstermektedir. Çalışmalara göre bulimiya nervoza için kadınlar daha fazla risk altında ve yaygınlığı %3- %10 arasında değişerek çoğunluğu 15-29 yaş arasındaki bireylerin oluşturduğu görülmektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Yüz yüze yapılan çalışmalarda bulimiya nervozanın kadınlarda daha yaygın olduğunu ve ömür boyu yaygınlığın %1-%2,8 arasında değiştiğini göstermektedir (Kjelsas vd., 2004).

Batılı toplumlarda ise bulimiya nervozanın %2 ila 4 arasında olduğu ve kadınlarda daha sık görüldüğü, başlangıç yaşının ise kadınlarda 15-18 yaş olarak erkeklerinkine kıyasla daha erken olduğu bildirilmektedir (Aytaç ve Hocaoglu, 2016).

Ergenler arasında bulimiya nervozanın görülme sıklığı %2,1 ve daha yaygın olduğu, genç yetişkinlikte %1,9 olduğu ve kadınlarda kronikleşme ve tekrarlama eğilimlerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Steinhausen, 2009).

1.2. BULİMİYA NERVOZA ETİYOLOJİSİ

Yeme bozukluklarının genel olarak nedenlerine bakıldığında pek çok etmenin rol oynadığı görülmektedir (Striegel-Moore ve Bulik, 2007). Tek bir nedenden kaynaklanmadığı, pek çok farklı faktörün etkili olabileceği görülmektedir. Bunlar arasında risk faktörü olarak sayılabilecek, çocukluk çağı istismarlar, duygudurum bozuklukları, ebeveyn etkileşiminde yetersizlikler gibi faktörler sayılabilmektedir (Yücel, 2009).

Yeme bozukluklarında genetik faktörlerin anlaşılmasının güç olduğu ancak kişilerdeki genotip etkileşimlerinin rol oynayabileceği ve buna göre çevresel olaylara karşı farklı duyarlılık geliştirmenin genotip tarafından belirlendiği ve yeme bozukluklarında etkisinin olabileceği bildirilmektedir (Striegel-Moore ve Bulik, 2007).

Genetik faktörlerin yanı sıra bilişsel ve psikolojik etkilerin yeme bozuklukları üzerinde daha çok etkisinin olduğu bildirilmektedir. Kültürel olarak zayıflığın ön planda olduğu toplumlarda ve ideal vücut algısının olduğu kültürlerde yeme bozukluğunun görülme sıklığı daha fazladır (Polivy ve Hermen, 2002).

Yapılan ikiz çalışmalarında bulimiya nervozada genetik bir etkinin olmadığı görülmektedir (Bulik vd., 2003).

Bireysel risk faktörlerinden kişilik özellikleri, benlik saygısı eksiklikleri, yaşanan deneyimler, taciz gibi travmatik anlarında yeme bozukluğu geliştirmede bir risk faktörü olduğu görülmektedir (Polivy ve Hermen, 2002; Steinhausen, 2009):

Batı kültürlerindeki kadın zayıflığı saplantılarının, kadın cinsiyet kalıp yargılarının ve medyanın etkisi, akran aile baskısı gibi unsurların da etiyojide yeri olduğu belirtilmektedir (Striegel-Moore ve Bulik, 2007).

1.3. TEDAVİ

Tedavisinin psikiyatrist, psikolog, diyetisyen, diş hekimi vb. uzmanlardan oluşan bir ekip çalışması ile yürütülmesinin hastalığın seyri açısından daha olumlu olabileceği bildirilmektedir (Yücel, 2009).

Steinhausen (2009) bulimiya nervozanın prognoz faktörlerinin net olmadığını ve başlangıç yaşının, tedavi öncesi hastalık durumunun, alkol kullanım öyküsünün, bozukluğun şiddet ve süresinin tedavide rol oynadığını söylemektedir.

Tedavisinde ise pek çok farklı yöntem kullanılabilir. Farmakolojik tedavisinde serotonin ile ilişkili antidepresanların etkisi bilinirken, tek başına ilaç kullanımı tam fayda sağlamamaktadır. Bunun yanı sıra bulimiya nervozada en etkili yöntem olarak bilişsel davranışçı terapi (BDT) olduğu ve yapılan araştırmalarda açıkça ilaçla tedaviye göre daha üstün ve etkili olduğu görülmüştür (Gürdal, 1999).

Yeme bozukluklarında oldukça etkili olan bilişsel davranışçı terapi (BDT) kişinin yeme davranışını düzene sokarak, kendileri ve bedenleriyle ilgili yanlış inançların önüne geçilmesi amacıyla ödevlerle ve düzeltmelerle desteklenen bir tedavi yöntemidir (Özyurt vd., 2017).

Bilişsel davranışçı terapi, hastalarla iş birliği içerisinde işlevsel olmayan otomatik inançlara odaklanarak bu düşünceleri değiştirmeyi ve eski davranış örüntüsünün yerine hastalığın seyrini düzeltebilecek yeni davranışlar kazandırılmasını amaçlamaktadır (Turan vd., 2014).

2. OLGU

Y. 22 yaşında, tek çocuk, bekâr, üniversite öğrencisi kadın hasta. Kendi isteği üzerine son dönemlerde aşırı yeme atakları geçirme ve sürekli kendisini kusturduğu şikâyetleriyle ve bundan dolayı da hayattan keyif alamadığını, yaşama sevincinin kalmadığını belirterek kliniğe başvurmuştur. İlk söylediği şey “lütfen beni bu deritten kurtarın, sürekli bunu yaşamaktan bıktım” olmuştur.

Danışanın ilk şikâyetleri 18 yaşındayken üniversiteye ilk başladığı zamanda yurt odasında yalnızken kantinden bir poşet paketli ve özellikle de tatlı gıdalar alarak odaya dönüp hepsini bir oturuşta ve kontrol hissini kaybederek çok kısa bir sürede yedikten sonra bu yiyeceklerin ona kilo olarak döneceğini düşünüp kendisini zorla kusturma eylemine girmesiyle başlamıştır.

Danışanın bu sürece girmesine neden olan hikâyesi sorulduğunda; çocukluk zamanlarında normalin üstünde bir kiloda olduğunu ve arkadaşlarının sürekli kendisiyle dalga geçtiğini ve bundan dolayı da zayıfladığını bildirmiştir. Lise son sınıfa kadar normal bir kiloda olduğunu ancak üniversiteye hazırlanırken çok fazla stres yaptığından dolayı kendisini yemek yemeye verdiğini ve bundan dolayı da verdiği tüm kiloları fazlasıyla aldığını belirtmiştir. Kendisi için dış görünümünün ve fiziğinin güzel olmasının çok önemli olduğunu ve kilo aldığı dönemde çevresindeki herkesin kendisine çok fazla kilo aldığını söylediğini ve yakışmadığını belirttiklerini bundan dolayı aldığı kiloları vermek istediğini ancak sınavın onun için daha önemli olduğunu ve sınav bitene kadar kendisine izin verdiğini söylemiştir. Y. Başarılı geçen sınavının ardından üniversiteyi kazanmış ve farklı bir şehre yerleşmiştir, burada yurttan kalmaya başlamıştır ailenin tek çocuğu olduğundan dolayı farklı bir şehirde farklı bir ortam ona zor gelmiştir. İlk senesinde kilo verme düşünceleri olsa da bunun için diyet veya spor yapmamıştır ancak hep diyet videoları izleyerek ve sağlıklı sağlıksız yiyecek ayrımı yaparak kendisini diyet sürecine hazırlamaya çalışmıştır. İlk senenin sonunda tekrar memleketine döndüğünde diyet yapmaya karar vermiş ve bunun için herhangi bir diyetisyen desteği olmadan tamamen kafasına göre kalori kısıtlaması yaparak ve hayatından tamamen karbonhidratı çıkartıp, özellikle tatlı çok seviyorken kendisine tatlı yemeyi de yasaklamıştır. Bir spor salonuna da yazılmış ve çok ağır şekilde haftanın altı günü iki saati geçecek şekilde spor yapmaya başlamıştır. Bir ayın sonunda tartıldığında üç kilo verdiğini görmüş ve doğru yaptığını düşünerek bu sürece bu şekilde devam etmiştir. Evde yemekleri kendisi ayrı olarak hazırlayıp, ailesinin yediği şeylerden yemediğini ve eğer dışarıya çıkılacaksa mutlaka yemeğini evde yiyerek dışarda hiçbir şey yemeyerek arkadaşları da buluşmak istediğinde çekinip eğer buluşacaklarsa

yiyeceği veya içeceği şeylerin kalorilerini önceden araştırarak kalorisi az olan yiyecek ve içeceklerle yöneldiğini, eğer yemeğini kendi hazırlamadan yerse çok rahatsız hissettiğini ve dışarıda yediği günler için en az iki gün daha çok kalori kısıtlaması yaparak evde yemeye çalıştığını belirtmiştir. En çok sevdiği şey çikolata olmasına rağmen hayatından tamamen çıkarttığı için bazen kendisini çok kötü hissedip, hayatın bu şekilde geçmeyeceğini ve neden kilo vermek zorunda olduğunu, kafasına bu kadar taktığını sorguladığını fakat şu an için tek hedefi kilo vermek ve kendisini aynada daha güzel görmek olduğu için kendisine işkence gibi gelen diyet sürecini ve gitmekten hiç keyif almadığı ve zorla gittiği spor rutinini aksatmayarak aksine daha da çok bunlara yöneldiğini ifade etmiştir. Kendisine her zaman istediği kiloya ulaştığında istediklerini yiyebileceğini hatırlatıp, her hafta verdiği kiloyu not ederek gözle görülür bir kilo kaybı yaşadığını ve etrafından övgü dolu sözler duyduğunu belirtmiştir. Okul başlayınca tekrar yurt ortamına geri dönerek, spor salonuna yazıldığını ancak diyet yapma konusunda artık çok sıkıldığını fark ettiğini ve kendisine yasakladığı yiyecekleri artık yiyebileceğini çünkü istediği kiloya düştüğünü söylemesine rağmen yine de kilo verme isteği tam olarak bitmediğini ve hala daha da çok kilo vermek ve daha da ince görünmek istediğini dile getirmiştir. Tekrar verdiği kiloları almaktan çok korktuğu için kendisine yemek için izin verdiği çikolata, kek veya sağlıksız olarak nitelendirdiği her şeyi yemek istese de yine de kendisini tuttuğunu çünkü eğer kilo alırsa tekrar bu süreci yaşamının ona çok zor geleceğini söyleyerek tamamen sağlıklı olarak nitelendirdiği şekilde beslenmeye devam etmiştir. Fakat bir süre sonra artık bu şekilde sürekli sağlıklı beslenmeye çalışmaktan çok yorulduğunu, erkek arkadaşı bir yerlere gitmek istediğinde dahi dışarda yemenin çok kötü olacağını düşündüğünden dolayı gitmediğini, yemek yeme düşüncesinin ciddi anlamda kafasını yorduğunu ve bu şekilde devam etmek istemediğini düşünerek, kendi kendisine yasakladığı yiyeceklerden bir6 tane izin vererek yediğini fakat sonrasında zaten o günün çöpe gittiğini ve ertesi gün hiçbir şey yemem diye düşünerek yediği 1 yiyecek kalmayıp markete giderek canı ne isterse bir poşeti yiyeceklerle doldurarak yurda dönüp bunların hepsini bir oturuşta, çok kısa bir süre içerisinde tükettiğini dile getirmiştir. Odasında tek başına olduğu zamanlarda yiyebildiğini ve aşırı yemekten midesi rahatsız olsa dahi kendisini durdurmadığını ve hepsini yedikten sonra ağlayarak lavaboya gidip hepsini çıkarttığını ifade etmiştir. Ertesi gün de ya hiçbir şey yemeyerek ya da sadece bir adet yumurta yiyip akşam da sadece birkaç kaşık çorba içip günü bitirdiğini ve kilo aldığını görmekten korktuğu için o hafta hiç tartılmadığını, bir hafta çok az beslenerek daha sonra tartıldığını söylemektedir. Bu şekilde kilo almadığını gördüğünde “demek ki bir gün istediğimi yiyip sonraki günler çok az beslenirsem vücuduma bir zararı olmuyor” diye düşünerek bu döngüyü bir süre daha devam ettirdiğini, haftanın 1 günü bir sürü yiyecek alıp hepsini tek seferde yediğini ve tekrar çıkarttığını ancak daha sonrasında tıkinma günlerinin arttığını ve bunu kendisini planlamadan bir anda gelen ataklara engel olmayarak önüne gelen her şeyi yediğini, normalde yemeyeceği ve sevmediği yiyecekleri bile kendisine hâkim olamadan yiyerek her gün ağlaya ağlaya kusturmaya çalıştığını ve arkadaşları sorduğunda ise midesini üşüttüğünü ve bir sorun olmadığını söylediğini belirtmiştir. Bu sürecin kilo alarak devam ettiğini ve kendi memleketine döndüğünde de annesi ve babası çalıştığı için evde tek başına olduğunu ve tıkinma nöbetleri geçirip daha sonra kustuğunu dile getirmiştir. Özellikle annesi eve gelmeden bunu yaptığını çünkü anne ve babasının bu durumun farkına varmasını istemediğini söyleyerek giderek artan yeme atakları nedeniyle artık hiçbir şeyden keyif alamadığını ve en sonunda annesi ile paylaşmaya karar vererek annesiyle paylaştığında annesi gayet soğukkanlı bir şekilde karşıladığını ve kızını bir psikolojik yardım alması konusunda cesaretlendirerek psikiyatriste götürdüğünü ifade etmiştir. Psikiyatristin bulimiya nervoza tanısı ile danışan kliniğimize yönlendirilmiştir.

2.1. PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME VE TERAPİ SÜRECİ

Y. başvurduğu esnada anlatma ve bir sonuca ulaşma hevesi çok yüksekti, aynı zamanda iç görüsünün fazla olması da tedavinin başlatılması ve devamı açısından olumlu olarak değerlendirilmiştir. Danışanın aktardığı yakınmaları ve süreç içerisindeki gözlemler neticesinde DSM-V kriterlerine göre bulimiya nervoza tanısı olabileceği düşünülmüş ve psikiyatristinin de bu tanı ile yönlendirmesinden dolayı bulimiya nervoza tedavisi için etkili olduğu bilinen bilişsel davranışçı terapi uygulaması uygun görülmüştür. Tedavinin ana hedefi danışanın bozulmuş yeme davranışını düzenleyerek işlevsel olmayan düşüncelerini değiştirip bilişsel çarpıtmalarından kurtulmasını sağlamaktır. Süreç psikiyatristinin yazdığı ilaç ile hem medikal hem psikolojik olarak ilerletilmiştir.

İlk seans ve devamı niteliğinde ikinci seansta danışanın öyküsü dinlenerek bulimiya nervozanın genellikle depresyonla birlikte görüldüğü bilindiğinden dolayı, bunun için danışana Beck Depresyon Envanteri (BDE) uygulanarak eşlik eden depresyon belirtilerinin olup olmadığına bakılmıştır ve buna göre danışanın 27 puan ile orta düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği görülmüştür. Daha sonra Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) danışana tanıtılarak ABC formülasyonu yapıp olayın tıknırcasına yemek olduğunu daha sonra bunun kilo alırım düşüncesiyle kaygı uyandırdığını ve en sonunda da davranış olarak kusma veya kendini kısıtlama davranışına yöneldiği anlatılarak düşüncelerinin işlevleri ve davranış değişikliği hedefleri ele alınıp danışanla beraber bir tedavi planı oluşturulmuştur.

İlk 2 seansta gerekli bilgiler alındıktan sonra üçüncü ve dördüncü seanslarda hastanın yeme problemlerine farkındalığının artırılması ve yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi hedeflenmiştir. Danışan kendi kendine diyet uyguladığı için ve yeterli miktarda besin tüketmediğini belirttiği için ilk önce düzenli beslenmenin önemi anlatılarak ev ödevi olarak 1 gün içerisinde her yediğini kaydetmesi için ödev verilmiştir. Bir sonraki seansta geldiğinde yediği yiyeceklerin kayıtları incelenerek yetersiz beslendiği ve tıknıma ataklarının vücudun besin yetersizliğinden kısıtlanmış hissedileceği düşünüldüğü için danışan bir diyetisyene yönlendirilmiş ve diyetisyen kontrolü ile düzenli bir yeme programı oluşturulmuştur ve özellikle kaçındığı, kısıtladığı yiyeceklere odaklanıp bunları yemenin kendisine ödül olarak ifade etmesinin önüne geçilmesi adına her seanstan sonra kaçındığı bir yiyeceği belirleyerek o hafta içerisinde bunları da tüketmesi ve suçluluk hissetmesinin engellenmesi hedeflenmiştir.

Beş, altı ve yedinci seanslarda kendini izleme kayıtları ödevi verilerek kendini izlemenin farkındalık için esas olduğunu ve bu farkındalığın kendini kontrol etmenin ilk basamağı olduğu vurgulanarak saat-yiyecek ve içecek-yer-kendini izleme (değişiklikler)-yorum tablosu oluşturulup her tıknıma atağı yaşayacağını düşündüğü anda veya yaşadıkten sonra bu formun doldurulup sonraki seanslarda tıknımaya neden olan olayların ve düşüncelerin anlaşılacak tetikleyicileri bulmak hedeflenmiştir. Bu kayıtlara bakıldığında özellikle evde yalnız olduğunda ve yapacak bir işi olmadığında sürekli yemek yeme isteğinin geldiği ve evde eğer çikolata, reçel gibi tatlı şeyler varsa onlara yönelerek kontrolsüzce tıknıma atağı yaşadığı görülmüştür. Bunun için de sürekli evde durması engellenerek yürüyüşe çıkması, hafif sporlar yapması, arkadaşlarıyla dışarı çıkması söylenerek evde yalnız kalması engellenmeye çalışılmıştır.

Sekiz, dokuz ve onuncu seanslarda, danışanın bedenine aşırı takıntılı olduğu için ve aynada sürekli olarak kendini izlediğini ve kilo aldığını düşündüğü için evdeki pek çok aynanın kaldırılması

söylenmiş ve kendi kendisine sürekli tartılması yasaklanmıştır. Bu şekilde stres altına girmesinin engellenmesi hedeflenmiştir. Danışanla birlikte hedef kilo belirlenerek tedavi süreci bitene kadar kiloya takılmaması ve hayatını olumsuz etkileyen tıknırcasına yeme davranışına yönelmemesi kararlaştırılarak bu doğrultuda işlevsel olmayan otomatik düşüncelerine odaklanılmıştır. Danışanın “ya kilo alırsam ve beni kimse beğenmezse” otomatik düşüncesi ele alınarak olabilecek ihtimaller üzerinden alternatif düşünceler geliştirilmiş ve danışanın deyişiyle “kendimi beğendiğim sürece daha mutluyum” düşüncesi yerleştirilmiştir.

Zararlı ve kilo aldırıcı olarak nitelendirdiği tatlı yiyecekleri yedikten sonra kendisini şişman hissettiğini söylediği için ilk olarak şişman hissetme pikleri saptanmaya çalışılıp en çok ne zaman olduğu ne yaparken olduğu sorulup 2. olarak şişman hissetmenin tetikleyicilerini saptamak adına atak anındayken son 1 saatte veya o anda neler olduğunu aklında tutması istenmiş, 3. olarak tetikleyiciyle direkt olarak başa çıkması için tetikleyiciyi saptadığı anda bu durumu değiştirecek ve yeniden değerlendirmesi adına davranış değişikliğine gidilmesi hedeflenmiştir. Danışanın “en sevdiğim çikolatayı yersen kilo alacağım ve mutsuz olacağım” düşüncesi ele alınarak çifte standart yöntemi ile bir arkadaşının sana en sevdiği yiyeceği yemesinin ona kilo aldıracağını söylese ne yaparsın diye sorulmuş ve danışandan “her gün olmamakla birlikte arada sevdiği yiyecekleri yemenin onu mutsuz etmemesi gerektiğini aksine keyifli anın tadını çıkarması gerektiği” cevabı alınarak, kendisinin bu şekilde katı kurallarla kısıtlamaması gerektiği düşüncesi işlenmiştir.

On bir ve on ikinci seanslarda kendisini şişmanlatacağını düşündüğü yiyeceklere aşamalı olarak maruz bırakarak her gün bir miktar yeme ödevi verilerek hissettiklerini, düşündüklerini ve davranışlarını kaydetmesi istenmiştir ve seanslarda bunlar hakkında konuşarak kendisinde oluşan işlevsel olmayan otomatik düşünceleri bilişsel davranışçı terapinin kanıt inceleme, çifte standart, alternatif açıklamalar, kar-zarar analizi gibi farklı teknikler ile değiştirilmeye odaklanılmıştır.

Terapinin son seansı olan on üçüncü seansta ise sonlandırma seansı yapılarak danışanın katettiği yolun ve sürecin bir özetlemesi yapılmıştır. İlk seansta uygulanan Beck Depresyon Envanteri (BDE) tekrar uygulanarak 8 puan aldığı gözlemlenmiş ve buna göre depresyon belirtilerinin azaldığı saptanmıştır. Son seansın danışan üzerinde gerginlik yaratabileceği göz önünde bulundurularak bundan sonraki süreçte neler yaşayabileceği ve nüksetme durumlarında nasıl bir yol izleyebileceği konusunda bilgilendirmeler yapılarak 1 yıl içerisinde ihtiyaç duyduğu takdirde iki kontrol seansının yapılması planlanmıştır.

On üç seans süren terapi sürecinin sonunda danışanın tedavi süreci boyunca iç görüsü yüksek olarak tedaviye uyum sağladığı görülmüştür. Danışanda kendini kusturma davranışının ortadan kalktığı ve kendisini kısıtlamadan istediği yiyeceklerden normal bir şekilde yiyebildiği gözlemlenmiştir. Ayrıca kendisine dair olumsuz yorumlamaları da ortadan kalkmıştır.

Tetikleyicilerle başa çıkmayı da öğrendiği ve eğer dar giyindiyse sıkışma hissinin ona kilo aldıracağı düşüncesine yol açtığını fark ederek böyle bir durum olduğunda hemen üstünü değiştirerek daha bol kıyafetlere geçtiğini ve kilo aldığı düşüncesinin yok olduğunu söylemiştir. Buna göre danışanla beraber bilişsel davranışçı terapi süreci başarılı olarak ilerletilip tamamlandığı görülmüştür.

3. TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

Sunulan bu vakada kadınlar arasında yaygın olarak görülen bulimiya nervozanın gelişimi, nasıl başladığı ve sürdürülmesinde nelerin etkili olduğu incelenerek bu doğrultuda bulimiya nervozada etkili bir tedavi yöntemi olarak düşünülen bilişsel davranışçı terapi çerçevesinde ele alıp vakada ne şekilde kullanıldığı ve işe yararlılığının gösterilmesi amaçlanmıştır

Yeme davranışında ciddi bozulmalara neden olan yeme bozuklukları alt türü olan Bulimiya Nervozaya hastaları kontrol edilemeyen ataklar yaşar ve kısa bir sürede normalde yiyemeyecekleri kadar çok yiyecek yiyerek ilk önce rahatlama hissedip daha sonrasında suçluluk duygusuyla telafi edici davranışlarla yönelirler. Döngü haline gelen bu duruma ise gergin bir ruh hali ve depresif belirtilerin eşlik edebileceği söylenmektedir (Kernberg, 1994; Bulik, 2002). Kadın hastalarda bulimiya nervozanın yanı sıra depresif belirtilerinde görülebileceği ve tedavi sonrasında bile depresyonun sürmeye devam edebileceği söylenmektedir (Bulik, 2002). Özyurt ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada yeme bozukluğunda tedavi motivasyonu etkileyen etmenlere baktıklarında beden imgesi ve depresyon düzeyinin hastanın motivasyonunu etkilediklerini bulmuşlardır.

Bu olguda da belirtilen semptomların gözlemlendiği ve başlangıç aşamasında orta düzey depresif belirtiler sergilediği ancak tedavi bitiminde depresif belirtilerin ortadan kalktığı görülmektedir. Bununla beraber danışanın iyileşmeye hevesli ve istekli olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalar bulimiya nervozanın kadınlarda daha fazla görüldüğünü söylemektedir (Maner ve Aydın, 2007; Motavalli vd., 2000; Mehler, 2003). Bu olgunun da kadın olması literatürle tutarlı bir sonuç göstermektedir.

Yücel (2009) çalışması kapsamında kadınların görünüşünden daha çok rahatsız olduğunu ve kadınların %89'unun oldukları kilolardan bağımsız bir şekilde kilo vermek istediklerini ve %24'ünün ise istedikleri kiloya ulaşabilmek adına 3 yılını verebileceklerini bildirmektedir. Bu olguda da Y.'nin çok fazla kilosu olmamasına rağmen kilo vermeye çalıştığı ve kilo vermesine rağmen daha da zayıflamak istediği görülmektedir.

Kadınlarda daha fazla görülmesinin nedenleri sosyokültürel etmenlerle açıklanabileceği söylenmektedir. Stice'in modeline göre; kadınlar için zayıf beden imgesi, kadının cinsiyet rolündeki görünümünün önemi, toplumsal başarı için bu rolün önemi bu bozukluk ile ilişkilendirilebilir. Bununla beraber ailenin, akranların, medyanın etkileri de bu ilişkide göz ardı edilmemelidir (Maner ve Aydın, 2007). Bu olguda ise Y.'nin mükemmeliyetçi bir kişilik özelliğine sahip olduğu görülürken beğenilmenin kendisi için önemli olduğunu dile getirmiştir. Buna göre bu olguda bulimiya nervozaya geliştirmede bireysel faktörler daha çok rol oynamaktadır. Erbay ve Seçkin (2016)'de genetik etmenlerin yanı sıra kişilik özelliklerinin ve duygu durumunun etki edebileceğini bildirmektedirler.

Bulimiya nervozada görülen tıknıma davranışı literatürde davranışçı model olarak diyetin açlığa neden olduğu ve bunun da vücutta yoksunluk yaratarak açlığa karşı bir yanıt oluşturduğu için tıknımaya sebebiyet verdiği söylenmektedir (Maner ve Aydın, 2007). Sunulan bu olguda da Y.'nin uzun süreli kısıtlayıcı diyet yapması vücudunu stres altına sokarak hiç doymayacakmış gibi yiyeceklere farklı anlamlar yükleyerek tıknımasına neden olduğu düşünülmektedir.

Aile yapısının ve iletişim tarzlarının, kişilerin yeme bozukluğu geliştirmesi üzerinde etkili olabileceği söylenmektedir (Treasure vd., 2008; Le Grange vd., 2010). Maner ve Aydın (2007) diyetle başlayan kişilerin %55 oranında aile baskısı sonrasında başladıklarını bildirmektedirler.

Bu olguda ise ailenin destekleyici tutumları ve tedavi motivasyonu sağlama konusunda özellikle annesinin desteği ön plana çıkmaktadır. Buna göre ailenin olumlu etkisinin yeme bozukluğu tedavisinde önemli olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde eskiden yapılan çalışmalara bakıldığında Gürdal (1999) yeme bozuklukları tedavisinde aile terapisinin etkili olabileceğini ancak en etkili yöntemin bilişsel davranışçı terapi olduğunu ve özellikle beden imgesinin düzeltilmesi adına faydalı olduğunu söylemiştir. Bilişsel davranışçı terapinin literatürde yeme bozuklukları üzerinde etkili bir tedavi yöntemi olduğu bildirilmektedir (Oğuz vd., 2016; Şentürk, 2020). Sunulan bu olguda da Y'nin hikayesi dinlendiğine en etkili yöntemin bilişsel davranışçı terapi olacağı düşünülmüştür ve bu doğrultuda bir tedavi planı oluşturulmuştur. Bahsedildiği gibi Y. tedavi sürecinden olumlu etkilenmiş ve oldukça verimli bir sonuç alınmıştır.

Bilişsel davranışçı terapi yeme bozukluklarında ilk olarak beden ve kiloyla ilgili düşüncelerinin değiştirilmesini ve kısıtlı diyetlerden çıkılarak düzenli beslenmenin uyarlanmasını içermektedir. Davranış teknikleri ile de yeme davranışını tetikleyen durumların tespiti ve düzeltilmesi hedeflenmektedir (Erol ve Yazıcı, 1999). Bu olguda da ilk olarak Y'nin düzenli beslenmeyi öğrenmesi ve tıknasına neden olan işlevsiz düşüncelerinin tespit edilerek değiştirilmesi adına uygulamalar yapılmıştır.

Sonuç olarak literatür ve olgunun sonuçları da göstermektedir ki; kadınlarda yeme bozuklukları görülme olasılığı daha çok olmakla beraber buna etki eden faktörlerin belirlenmesi tedavi açısından önemlidir. Bilişsel davranışçı terapinin (BDT) yeme bozuklukları tedavisinde önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir, ancak her olgunun biricik olduğunu ve kendine ait dinamikleri olabileceği göz önünde bulundurularak her kişide aynı sonucun verilemeyeceği unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

Adan, R. A., & Kaye, W. H. (Eds.). (2011). *Behavioral neurobiology of eating disorders* (Vol. 6). Springer Science & Business Media.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association: 329-354.

Aytaç, H. M., & Hocaoglu, Ç. (2016). Bulimiya Nervoza ile Birlikte Yaşamak: Bir vaka Sunumu. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3), 158-63.

Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression and eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2(1), 193-198.

- Bulik, C. M., Devlin, B., Bacanu, S. A., Thornton, L., Klump, K. L., Fichter, M. M., et al. (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *American Journal of Human Genetics*, 72, 200–207.
- Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanda yeme bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-209.
- Erbay, L. G., & Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.
- Erol, A., & Yazıcı, F. Bulimia Nervozada Tedavi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 172-178.
- Gürdal, A. (1999). Yeme bozuklukları ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(1), 21-27.
- Kernberg, O. F. (1994). Aggression, trauma, and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 701-714.
- Kjelsas E, Bjornstrom C, Götestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behaviors* 2004; 5: 13-25.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1.
- Maner F, Aydın A: Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 20(1):25-37, 2007.
- Mehler, P. S. (2003). Osteoporosis in anorexia nervosa: prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 113-126.
- Motavallı, N. M., Tüzün, Ü., & Göktürk, Ü. (2000). Çocuk ve ergen psikiyatrisi. *İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., & Sungur, M. Z. (2016). Obezite ve bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 133-144.
- Özyurt, G., Öztürk, Y., & Akay, A. P. (2017) Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi.
- Pirim, B., & Tunaboşlu İkiz, T. (2004). Yeme Bozukluklarında Psikoaktif Madde Kullanımı: Bir gözden Geçirme. *Bağımlılık Dergisi*, 5(1), 30-34.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213.

- Sönmez, A.Ö. (2017). Çocuk ve ergenlerde yemeyenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9 (3), 301-316.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181.
- Şentürk, Z. (2020). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Terapi.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., ... & Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(4), 247-255.
- Turan, Ş., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435.
- Ünalın, D., Öztıp, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82.
- Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *İlk Söz*, 22(4), 39-45.