



ARAŞTIRMA MAKALESİ

Bulimia Nervosa Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi: Olgu Sunumu

Çağdaş VEZİR, Yüksek Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC., e-posta: cagdasvezir@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3520-7469>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

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

Öz

Bu olgu sunumunda, DSM-5 tanı kriterlerine göre “Bulimia Nervosa” belirtileri gösteren 26 yaşında kadın danışana bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanmıştır. Danışan son 4 ay içinde haftada ortalama 10 kez tıknircasına yeme ve yineleyici kusma davranışları gerçekleştirmektedir. Profesyonel desteğe başvuran danışanın geçmiş yaşam olayları ve şimdiki rahatsızlığı göz önüne alınarak bilişsel davranışçı teknikler ile tedaviye başlanılmıştır. Vakanın teknik formülasyonu sonucunda, danışanın olumsuz ve otomatik düşüncelerini gözlemleyerek, inançlarını ve işlevselliği etkileyen varsayımlarını değiştirerek olumsuz ve istenmeyen davranışlarda anlamlı değişikliklerin gözlemlenmesi ve bu değişikliklerin, terapinin gerçekçi hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır. Toplamda her biri 50 dakika süren 14 seans gerçekleştirilmiş, beklenen hedeflere önemli ölçüde ulaşılmış başarılı bir vaka olarak kaydedilmiştir. Seanslarda BDT teknikleri ve psikoeğitimi kullanılmış olup bu patolojik olgu sunumunda, vakanın seçilme amacı, bilişsel davranışçı terapinin bulimia nervosa beslenme ve yeme bozukluğunun tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu vaka kanıtlarıyla birlikte inceleyerek sunmak, yapılacak yeni çalışmalara ışık tutmaktır.

Anahtar Kelimeler: Bulimia Nervosa, Bilişsel Davranışçı Terapi, BDT, Olgu Sunumu.

Makale Gönderme Tarihi: 09.06.2023

Makale Kabul Tarihi: 02.10.2023

Önerilen Atıf:

Veziir, Ç. ve Karaaziz, M. (2023). Bulimia Nervosa Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi: Olgu Sunumu, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(10): 1252-1267.



Journal of Social, Humanities and
Administrative Sciences

2023, 6(10): 1252-1267. DOI:10.26677/TR1010.2023.1312

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



RESEARCH PAPER

Cognitive Behavioral Therapy Method in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Case Report

Çağdaş VEZİR, MSc. Student, Near East University, Institute of Graduate Programs, Nicosia, TRNC, e-mail: cagdasvezir@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3520-7469>

Associate Prof. Dr. Meryem KARAAZİZ, Near East University, Faculty of Arts and Sciences, Nicosia, TRNC, e-mail: meryem.karaaziz@neu.edu.tr

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

Abstract

In this case report, cognitive behavioral therapy method was applied to a 26-year-old female client who showed symptoms of "Bulimia Nervosa" according to the DSM-5 diagnostic criteria. The client has been exposed to binge eating and vomiting behaviors an average of 10 times a week in the last 4 months. Treatment with cognitive behavioral techniques was started taking into account the past life events and current discomfort of the client who applied for professional support. By proceeding with the negative automatic thoughts observed as a result of the technical formulation of the case, it is aimed to observe significant changes in negative and undesirable behaviors in line with the realistic goals of the client and therapy by recording changes in their beliefs and assumptions that impair functionality. In total, 14 sessions lasting 50 minutes each were performed, and the expected goals were significantly achieved, which was recorded as a successful case. CBT techniques and psychoeducation were used in the sessions, and in this pathological case report, the purpose of selecting the case is to present that cognitive behavioral therapy is an effective method of treating bulimia nervosa nutrition and eating disorder by examining it together with the case evidence, to shed light on new studies to be conducted.

Keywords: Bulimia Nervosa, Cognitive Behavioral Therapy, CBT, Case Report.

Received: 09.06.2023

Accepted: 02.10.2023

Suggested Citation:

Vezer, Ç. and Karaaziz, M. (2023). Cognitive Behavioral Therapy Method in the Treatment of Bulimia Nervosa: A Case Report, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(10): 1252-1267.

GİRİŞ

Bulimia nervoza, yeme-bozuklukları spektrumunda yer alan ciddi bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Tedavisi karmaşık olabilir ve farklı terapi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu olgu sunumunda, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yönteminin bulimia nervoza tedavisindeki etkinliği ele alınacaktır. BDT, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarının birbirleriyle ilişkisini anlamak ve olumsuz düşünceleri değiştirmek üzerine odaklanan bir terapi yaklaşımıdır. Bu sunumda, BDT'nin bulimia nervoza tedavisindeki etkinliği ve başarılı bir olgu üzerindeki uygulanması incelenecektir.

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi, Aaron T. Beck tarafından 1960'lı yıllarda geliştirilmiştir. Temelinde, bireylerin olayları ve olguları algılama ve yorumlama biçimlerinin, duygusal ve davranışsal yanıtlarını şekillendirdiği fikri yer almaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi'ye göre, insanların sorunlu ya da işlevselliği bozan düşünce kalıpları (örneğin, aşırı genelleme, aşırı başarısızlık beklentisi, olumsuz filtreleme) yanlış ve gerçek dışı inançlara sebebiyet verir. Bu inançlar, kişinin duygusal problemleri aşamamasına ve olumsuz davranışlarının sürdürülmesine yol açar.

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin önemli prensiplerinden biri "bilişsel yeniden yapılandırma" (Beck, 2001). Bilişsel yeniden yapılandırma, bireylerin sorun ya da yanlış düşünce kalıplarının farkındalığını yaşamalarını, bu düşüncelerin gerçeklikler ile uyumunu gözden geçirmelerini ve sağlıklı, olumlu düşünceler geliştirmelerini sağlar. Bilişsel yeniden yapılandırma süreci, terapistin yönlendirmesi ile gerçekleşir ve bireyin olumsuz düşüncelerini gözden geçirmesini, mantıksal yanlışlarını belirlemesini ve daha esnek, gerçek dünyasına uygun düşüncelerle değiştirmesine olanak verir.

Bilişsel Davranışçı Terapi, davranışsal deneyimlerde değişiklik amaçlar. Bireyler, yanlış ya da problemli düşünce ve davranış kalıplarını, gerçekçi ve olumlu düşünce ve davranışlar ile değiştirmek için çeşitli teknikler kullanarak deneyimlerini geliştirirler (Türkçapar ve Sargin, 2010). Bu deneyimler ile bireylerin gerçek dünyada sorunlarıyla yüzleşmelerini ve alternatif olabilecek davranışlarını deneyimlemelerine yol açarak, yeni becerilerin kazanılmasına olanak gösterir.

Sonuç olarak, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bilişsel süreçler ile duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiye odaklanan etkili bir tedavi yaklaşımıdır (Beck, 2011). BDT, sorunlu düşünce ve davranış kalıplarını değiştirerek kişilerin duygusal sıkıntılarını ve zihinsel sağlık sorunlarını ele almada yardımcı olur. BDT'nin temel prensipleri bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal deneyimlerin değişmesine odaklanır. Çeşitli çalışmalar, BDT'nin birçok zihinsel sağlık sorununda etkili olduğunu göstermektedir.

BULİMİA NERVOZA

Bulimia Nervoza, DSM-5'te yer almış, tanımlanmış ve tanı kriterleri konulmuş beslenme ve yeme bozukluklarından biridir. Kişinin tüketebileceğinden daha fazla miktarda yiyeceğin, hızlı ve tekrarlayan şekilde kompulsif olarak yinelenen süreçlerde, yemek yeme ile ilgili denetim ve duyumun kalktığı tıknırcasına yeme dönem ve ataklarından oluşan beslenme ve yeme bozukluğudur (Ersoy, 1991). Bulimia Nervoza, kişinin tüketebileceğinden fazla miktarda yemeği kısa bir süre içerisinde tüketmeye çalıştığı "Binge (Tıknırma)" ve bu sürecin sonrasında kişi kısa bir süreliğine kendini mutlu ve pozitif hissetmesine karşın takriben endişe, utanç duygulanımına girdiği görülür (Heatherton ve Baumeister, 2002). Bu dönemi telafi etmeye çalıştığı, kusma, aşırı

derece de egzersiz, pürгатif, laksatif veya diüretik ilaçlar kullanma ya da oruç tutma ile geçirdikleri "Purge (Arınma)" dönemlerine tekrarlanan biçimde girilmesidir.

Bulimia Nervosa'lı bireyler dış görünüşleri hakkında genellikle endişeli ve kaygı beslemektedirler, nasıl göründükleri konusunda oldukça hassas olan Bulimia Nervosa'lı bireyler beslenme atakları sırasında genellikle yalnızdır ve olabildiğince gizlilik arayışındadır. Bireylerin kendilik değerlendirmelerinde bozulmalar görülmesi ve vücut şekilleri ve kilolarından aşırı rahatsızlık duymaları beklenen bir durum olmakla birlikte DSM-5'in tanı kriterlerinden biridir. Bu duruma rağmen genellikle Bulimia'lı bireyler ortalama kilolardadır. Yine de değişken beslenme süreçleri nedeniyle Bulimia Nervosa'ya sahip bireylerde kilo değişkenliği oldukça sık gözlemlenmektedir (Bullik ve Trace, 2013).

Epidemiyoloji. Bulimia Nervosa'nın toplumda nadir görülen bir beslenme ve yeme bozukluğudur, bunun bir nedeni de inkar, damgalanma ve utanç kaynaklı yardım aramadan kaçınma davranışı olabileceği düşünülmektedir. Raporlarda kadınlarda görülme prevalansı erkeklere göre 10/1 olarak bulunmuştur. Yaşam boyu rastlanma epidemiyolojisi ise kadınlarda %3 oranında iken erkeklerde %1'dir (Eeden, Hoeken ve Hoek, 2021). Genellik ile batı ülkelerinde yaşayan genç kadınlarda rastlanan bir beslenme ve yeme bozukluğu olmasına rağmen dünya çapında tüm yaş gruplarında literatüre girmiş birçok kayıt vardır ancak 12 yaş altı çocuklarda ve 40 yaş üstü bireylerde görülmesi oldukça nadirdir (Aydın, 2022).

Etiyolojisi. Bulimia Nervosa'nın tam neden kaynaklandığı bilinmese de etiyojisinde biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler ele alınmaktadır. Bulimia Nervosa tanısında biyolojik faktörler önemli ölçüde etken sayılabilecek nedenlerdendir (Kömürücü ve Şenkal, 2019). Genetik çalışmalar, aile içerisinde yeme bozukluğuna sahip bireylerde beslenme ve yeme bozukluklarının dikkat çeken nitelikte kendini gösterdiğini ortaya koymuştur (Bullik ve Tozzi, 2013). Bulimia Nervosa tanısı alan bireylerin biyolojik yakınlarında da bu tanının görülme olasılığının arttığı düşünülmektedir. Biyolojik nedenleri arasında serotonin nörotransmitterlerinin düzenlenmesinde etkili genler ve yeme bozuklukları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir (Bulik ve Tozzi, 2013). Bulimia Nervosa tanısı alan bireylerin beyin görüntüleme çalışmalarında yapılan incelemeler sonucunda beyindeki gri madde'de azalmalar tespit edilmiştir (Wagner vd., 2006). Cinsiyet faktörü ise oldukça önemli bir etkidir, birçok kayıtlarda ve prevalans endekslerinde kadınların erkeklere oranla daha yaygın bir şekilde Bulimia Nervosa tanısı aldığı görülmektedir.

Psikolojik etkenler olarak bireyin kişilik faktörleri, özsaygı durumları, kişisel deneyimler ve travmatik yaşam olayları etkili olabileceği düşünülmektedir. Vücut memnuniyetsizliği ve düşük benlik saygısı bireyin yeme davranışlarını etkileyebilmektedir (Fairburn ve Cooper, 1989). Psikodinamik teoriler, olumsuz anne-bebek etkileşiminin neden olduğunu öne sürmektedir. Bu etkileşim bebekte ego gelişiminin gecikmesine ve birey olamamaya sebebiyet vermektedir. Annenin çocuğun duygusal ve fiziksel gereksinimlerini besin yolu ile karşılaması, bireyin kimlik oluşumunda ve beden algısında bozulmalar olarak rastlanmaktadır. Birey egoya tehdit unsurları ile yüzleştğinde, bedenini kontrol edememe ve denetimini yitirme duygusu oluşur. Beslenme bozuklukları ile ilgili olan davranışlar, kişinin duygularını kontrol etmede kullandığı yol olarak karşımıza çıkmaktadır (Tangül ve Gürhan, 2016).

Bulimia Nervosa tanısında sosyal etkenler açısından medyanın "idealize" ettiği zayıf beden tipi, kişilerde vücut memnuniyetsizliğine ve diyet davranışlarına yol açabildiği gibi sosyo-kültürel beden algısı da bireylerin vücut şekilleri ve tipleri hakkında olumsuz düşüncelere sebebiyet verebilmektedir. Kültürel faktörler açısından zayıf olma baskısı bireylerde yatkınlık yaratabilmektedir. Zayıf olma baskısı, risk faktörlerine sahip kişilerde görülen psikolojik bozukluklar genellikle ilk tepki olarak diyet yapma veya yiyecek kısıtlama olabilir. Diyet yapmak,

hastada kendine sahip olma ve kontrol duygusu oluşturarak geçici bir rahatlama sağlayabilir, ancak temel sorunlar çözümlenmez ve açlık yeni sorunlar yaratabilir. Bu döngü, dayanılmaz açlık belirtilerinin oluşmasına ve yeme-yediğini kusma şeklinde ilerlemesine neden olabilmektedir (Ersoy, 1991). Aile ve arkadaş ilişkileri, yaşanan belirli beden imajı ve kilo ile ilgili travmatik yaşam olayları ve kişisel deneyimler bireyin benlik algısı üzerinde bozulmalara yol açabileceği ve yeme bozukluklarına sebebiyet verebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çocuklukta yaşanan cinsel istismar ve yeme bozukluğu olan bir aile üyesi gibi faktörlerinde Bulimia Nevroza gelişiminde etkili olabilmektedir.

Olası Sonuçlar. Bulimia Nevroza, birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarla ilişkili ciddi bir beslenme ve yeme bozukluğudur. Fiziksel açıdan; yineleyen beslenme epizodları ve tekrarlanan tıknırcasına yeme atakları, düzensiz ve sürekli kilo değişikliklerine yol açarken ardından kusma davranışı, sıkı egzersiz, açlık ve diyet dönemleri gibi etkenler kilo ile ilgili dalgalanmaları arttırmaktadır. Bu süreçlerden en çok ağız ve diş sağlığı etkilenirken, el ve parmaklarda kendi kendine kusma işareti olan "Russell's Sign" adı verilen yara izleri görülebilir ve kusma kaynaklı Mallory-Weiss yırtıkları görülebilir ve bu kusma davranışı, vücutta elektrolit dengesizliklerine, gastrointestinal problemlere, mide rahatsızlıklarına ve hormonal bozukluklara yol açabilir. Yeme bozukluğu ile ilişkili beslenme eksiklikleri kişide kalp problemleri, böbrek ve karaciğer hasarları ve osteoporoz riskini arttırabilmektedir. Bilinçsizce kullanılan laksatif ve pürgatif ilaçların birçok olumsuz yan etkisi olabilmekte, işlevselliği düşürücü etkileri gözlemlenebilmektedir.

Bununla birlikte, bulimia nervoza ciddi psikolojik sonuçlara da neden olabilir. Kişinin kendine olan güvensizliği, düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve beden imajı bozukluğu gibi faktörler, depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal bozuklukların gelişme riskini artırır. Bulimia nervoza ayrıca kişinin sosyal hayatını da etkiler. Kişi, yemek yeme veya sosyal etkinliklerde bulunma korkusu nedeniyle sosyal izolasyona meyilli olabilir. İlişkilerde sorunlar yaşayabilir, iş veya okul performansı düşebilir ve sosyal destek ağları zayıflayabilir. Bireyin sahip olduğu olumsuz ve yanlış otomatik düşünce ve işlevsel olmayan varsayımlar, sosyal işlevselliğinde ve veriminde önemli ölçüde olumsuz etkilere neden olmaktadır.

Bulimia Nervoza, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir bozukluk olması nedeni ile teshiş ve tedavi önemli yer tutmaktadır. Bulimia Nervoza tanısı için kriterler DSM-5'de açıkça belirtilmiş olup fiziksel etkenler için fiziki muayene ve laboratuvar testleri yapılabilmektedir. Psikolojik değerlendirmeler ile DSM-5 tanısı koymak için kriterler; yinelenen tıknırcasına yeme dönemleri, kusma, aşırı egzersiz, laksatif ve pürgatif ilaçları bilinçsizce kullanma veya oruç tutma yoluyla düzenli olarak sıkı diyetler yapmak, ağırlık ve vücut algısında bozulmalar, obsesif düşünceler, 3 ay boyunca ortalama olarak en az haftada bir kez gerçekleşen yinelenen tıknırcasına yeme ve kusma dönemleri, Anoreksiya Nervoza sahibi olmamak.

Tedavi. Bulimia Nervoz'a tanısında, işlevselliği arttırmak için uygulanabilecek tedavi ve terapiler multidisipliner olmak zorundadır. Bireyin psikoterapi, beslenme danışmanlığı ve ilaç tedavisi ile birlikte yürüteceği bir tedavi yolu bozukluğun atlatılmasında görece hızlı ve etkili bir çözüm olabilmektedir bu noktada zorlayıcı olan beslenme ve yeme bozukluklarında danışanların tedaviye başvurma ve devam etme konusunda kararsız kalmalarıdır (Butcher, Mineka, Hooley, 2013; Steinhausen, 2002).

Bulimia Nervoz'a tedavisinde psikoterapi etkili bir yöntemdir; Kişilerarası terapi, motivasyonel terapi ve en çok tercih edilen psikoterapi yöntemi olarak karşımıza Bilişsel Davranışçı terapi yöntemi çıkmaktadır (Hay, 2013). Grupla ya da bireysel olarak uygulanabilmektedir.

Bulimia Nervosa Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Bulimia Nevroza için en çok tercih edilen psikoterapi modeli olmasında, bilişsel kuramın bulimia nevrozanın nasıl ele alındığı ve kuram çerçevesinde tedavi süreç ve aşamalarının erken dönemde yayınlanmış olmasıdır (Fairburn, 1985). Fairburn'e göre bulimia nervosa tanısı almış bireylerin davranış ve düşünceleri incelendiğinde onlara beden imajı ve ağırlığı oldukça önem arz etmektedir. Aşırı yeme davranışına karşın takriben gerçekleşen kusma, diyet ve aşırı egzersiz davranışı bilişsel temelde anlaşılabilir bir paradokstur. Bu sebeple bilişsel modelin bireyin inanç ve değerleri üzerinde çekirdek inançlar, işlevselliği bozan varsayımlar ve olumsuz otomatik düşünceler ile çalışarak istenmeyen davranışın değiştirilmesi mümkündür. Yayınlanan BDT formülasyonu 3 faz içermektedir (Fairburn ve Cooper, 1989). İlk faz, yeme davranışında kontrol ve hakimiyet kurulmasını amaçlayan davranışçı tekniklerden oluşur. İkinci faz, işlevsiz düşünce ve inançların tespit edilip değiştirilmesini amaçlayan bilişsel tekniklerdir. Son faz ise, terapide sürdürülebilir değişimin gözlemlenmesini ve nüks etmenin önlenmesini amaçlamaktadır. BDT genel olarak bozukluğun ilk gelişiminden sorumlu olan süreçlerden ziyade daha yakın olan sürdürücü süreçlerle ilgilenmektedir (Cooper ve Fairburn, 2011; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

OLGU SUNUMU

26 yaşında, üniversite mezunu, tıbbi sekreter olarak çalışan danışan, evli ve eşi ile birlikte İzmir'de yaşamaktadır. Danışan son 4 aydır yaşadığı beslenme atakları ve kusma davranışı sebebi ile gelen danışan kilo takıntısından yakınmaktadır. İlköğretim ve lise dönemlerinde kilolu olduğunu, bu dönemlerde birkaç kez akran zorbalığına uğradığını anlatmıştır. Özellikle erkek arkadaşlarının kendisi ile dalga geçtiğini bu yüzden o dönemlerde özgüvensiz olduğunu dile getirmektedir. Bu sebepten dolayı kendisinin sosyal çevreden o dönemlerde dışlanmış olduğunu hissetmesinden kaynaklı bir diyetisyen ile çalışarak 32 kilo verdiğini ifade etmiştir. Üniversite dönemlerinde bu zayıflaması ile birlikte bu düşüncelerden ve uzaklaşsa dahi düzenli diyet ve spor yapmayı bırakmadığını ancak sigarayı bırakması ve bir hastanede tıbbi sekreter olarak çalışmasından dolayı çok fazla hareket alanı bulamamasından dolayı diyeti ve spor yapmayı ihmal etmesi, bıraktığı sigara alışkanlığını yemek yeme ile bastırmaya çalışması ile kilo aldığını söyleyen danışan, kilo alması ile birlikte sıkıntılarının başladığını dile getirmiştir. Eşinin ve birkaç yakın arkadaşının kilo aldığını vurgulamasıyla birlikte düşüncelerinin takıntı boyutuna ulaştığını ve yavaş yavaş diyetini sıkılaştırmaya ve spor yapmayı arttırdığını ifade etmiştir. Bu durumun ardından zaman zaman ise durduramadığı beslenme atakları ve kendini alıkoymadığı kusma hadiseleri yaşamakta olduğunu belirtti. Son 4 ay içinde ise, toplum içerisinde yemek yiyemediğini kendini huzursuz hissettiği için yalnız başına yemek yediğini ve bu öğünlerde ise tıknırcasına bir atak yaşadığını anlatan danışan ne kadar yediğinin farkında olmadığını kontrolünü ve denetimini kaybettiğini söylerken bu durumun ardından mutlaka kendini kusturma davranışının gerçekleştiğini çünkü beslenme atağı sonrasında vücudu ile ilgili düşüncelerden ve kilosu yüzünden yaşadığı sıkıntıları kafasından çıkaramadığını, utanç, endişe korku hissettiğini kilo almaktan korktuğunu söylemiştir. Bu beslenme ataklarını her gün ve bazı zamanlarda günde 2 kere yaşadığını dile getiren danışan artık kilosu ve görünüşü dışında bir şey düşünmediğini neredeyse her gün sürekli olarak kilosunu ölçtüğünü, ayna karşısına geçtiğinde hedeflediği kiloda dahi olsa kendisini fiziksel olarak çekici bulmadığı ve kendini kontrol edemez kilo alırsa eğer eşininde onu çekici bulmayacağını saatlerce düşünmektedir. Eğer kilo alırsa insanların çocukluk çağında olduğu gibi ondan uzaklaşacağını, bu şekilde beğenmeyeceğini düşünmesi sebebiyle beslenme atağı yaşadığı zamanlarda bir kere pürügan etkili bir ilaç olan Mannitol kullandığını söylemiştir.

Danışan bu sebeplerden ötürü eğer eşi ya da arkadaşları bu süreçleri öğrenir ya da tanık olursa kendisinden iğreneceğini düşündüğü için bu durumu aşmak istemektedir. Daha öncesinde psikolog ile görüşmesinden olumlu geri dönütler aldığı için bir terapi olarak bu davranışın üstesinden gelebileceğine karar vermiştir ancak iş yoğunluğu ve sosyal çevresinin bu durumu öğrenmesinden çekindiği için online terapiyi tercih etmiştir.

Danışan ile yapılan seanslarda, öz bakımına önem verdiği, giyimine özen gösterdiği görülmüştür. Kendini oldukça iyi ifade edebilmesine karşın, el hareketlerini aşırı derecede aktif kullandığı ve bu durum hakkında farkındalığının olmadığı gözlemlenmiştir. Danışanın duygudurumu içerisinde çökkünlük, kaygı ve korku fark edilmiş ve kendi denetiminin elinde olmadığı düşüncesine sahiptir. Seanslar sırasında geçmiş yaşam olayları hakkında konuşurken tedirgin ve endişeli duygulanımı dikkat çekmiş, kilosu ve fiziksel görünüşü hakkındaki obsesif düşünceler net olarak gözlemlenmiştir. Danışanın kendilik değerlendirmesi ve iç görüşü zayıftır. Seanslarda geçmişi hakkında konuşurken tedirgin ve endişeli yaklaşımına karşın terapiye oldukça istekli ve seanslarda işbirlikçi yapısı önem arz etmektedir.

Danışanın anlatımlarında dikkatini korumakta zorluk yaşadığı, odağını toplamak ve sürdürmek konusunda eksik kalmış, kısa süreli bellek, kişi, zaman ve yer oryantasyonlarında ve davranışın bilişsel kontrolü işlevlerinde bozulmalar dikkat çekmiş; hesaplama, hafıza, soyutlama ve çizim işlevlerinde bozulmalara rastlanmamıştır.

Geçmiş Yaşam

İzmir doğumlu olan danışan, anne ve babasının tek kız çocuğu olarak planlı ve istenen bir bebek olarak dünyaya gelmiştir. Danışanın annesi 55 yaşında üniversite mezunu, İzmir’de sınıf öğretmenliği yapan bir kadındır. Babası ise 56 yaşında üniversitede mezunu, aktif olarak spor eğitimliği yapmaktadır. Ekonomik durumları iyi olan bir ailede büyümüştür. Danışan, çocukluğunda anne ve babası birbirleri ile iyi geçinebilen, anlaşabilen bir çift olmasa da ciddi bir tartışmaya ya da kavgaya tanık olmamıştır. Babasını naif, neşeli ve güler yüzlü biri olarak tanımlayan danışan annesini ise öğretmenliğin getirdiği kuralcı, otonom ve zaman zaman katı biri olarak tanımlamıştır. Annesi ile çok fazla yakın olmayan danışan çocukluğunda genelde babası ile vakit geçirdiğini, annesinin işinden dolayı evdeyken bile çocuklardan sıkılmış olduğunu 6-7 yaşlarında fark ettiğini söyleyen danışan, yine de annesinin kendisine sürekli karıştığını ve bu sebepten dolayı kendisi ile çocukluk çağlarında anlaşmakta zorlandığını ifade etmiştir. Çocukluğunda dışarı çıkmaktan çok hoşlanmadığı için genellikle evde vakit geçiren danışan, okula başladıktan sonra, eve gelir, odasında vakit geçirmektedir. İlköğretim dönemlerinde yaşlılarına göre oldukça kilolu olduğunu ifade eden danışan bu sebepten dolayı arkadaşlarının kendisi ile dalga geçtiği için çevresindeki diğer çocuklarla iletişim kurmaktan çekinmesinden dolayı sosyal bir çocukluk geçirmemiştir. Annesi bu durumdan danışanın yaşı büyüdükçe rahatsız olmaya başlamış, ortaöğretimin bittiği yaz döneminde liseye başlamadan önce annesinin zoruyla sıkı bir diyet uygulamak zorunda kalan danışan yine de kilo vermekte başarılı olamadığı için lise son sınıfa kadar birkaç kere daha bu durumla karşılaştığını ifade etmiştir. Danışan lise döneminde kilo sebebiyle birkaç kere kendisi ile dalga geçildiğini hatırlamaktadır, bu sebepten dolayı birkaç kere internetten görüp sipariş ettiğini zayıflama haplarını denemiştir. Lisede tanıştığı ve hala görüşmekte olduğu birkaç yakın kız arkadaşı olmasına karşın lise zamanında erkek arkadaşlarının olmadığını, erkekler ile arkadaşlık ve yakınlık kurmaktan çekindiği için kaçındığını ifade etmiştir. Yakın arkadaşları ile iyi ilişkisi olmasına rağmen çok fazla dışarıya çıkan bir çocuk değildir, çoğunlukla arkadaşlarının zorla ısrar etmesi üzerine dışarıya çıktığını ifade etmektedir. Danışan üniversiteye hazırlık döneminde babasının tavsiye ve annesi ile olan “kilo problemi” sebepli kavgalarından kaçınmak için kendi

isteği ile bir diyetisyen ve psikolog ile görüşerek, 1 seneye yakın bir süreçte 32 kilo vermiştir. Psikolog ile depresyonda olduğunu düşündüğü ve çocukluğundan beri yaşadığı çekingen, özgüvensiz tavır ve davranışlarını aşmak için görüştüğünü belirtmiştir. Daha önce de kendini özgüveni düşük bir çocuk olarak ifade eden danışan zayıfladığında bu durumun değiştiğini, daha sosyal ve özgüvenli bir birey haline geldiğini söylemiştir. Liseyi bitirene kadar herhangi bir romantik ilişki olmamış, erkeklerin genellikle kendisi ile ilgilenmediğini, hatta o dönemlerde kendisinin çekici ya da güzel biri olmadığını düşünen danışan bu algısının zayıfladıktan sonra değiştiğini ifade etmiştir. Üniversiteyi Çanakkale’de okuyan danışan, üniversiteye dönemlerinde değiştiğini, artık daha fazla sosyalleşmeye başladığını insanlarla iletişim kurmakta zorlanmadığını ve aktif olarak üniversite döneminde çok fazla dışarıya çıkan, gezen biri haline geldiğini söylemiştir. Üniversite birinci sınıfta sigaraya başladığını ve neredeyse günde 2 paket sigara içtiğini ifade eden danışan bu dönemlerde birkaç kere alkol kullanmıştır. Sosyal çevresinin üniversitede oldukça genişlediğini ifade eden danışan, ilk romantik ilişkisini bu dönemlerde yaşamış, üniversite 2. Sınıfta tanıştığı eşi ile birlikte üniversite bittikten sonra evlenmiştir. Eşi kendisinden 2 yaş büyük, 28 yaşında bir avukattır. Evlendikten sonra eşi ile İzmir’e taşınmışlar ve danışanın kendi aile apartmanlarında, anne ve babası ile komşu olarak yaşamaya devam etmişlerdir. Bu süreç zarfında sigarayı kullanımını bırakmıştır. Yaklaşık olarak 1 sene kadar çalışmadığını ifade eden danışan 23 yaşında İzmir’de bir özel hastanede işe başlamıştır. Eşi ve ailesi ile birlikte iyi geçindiğini sağlıklı ilişkileri olduğunu ifade etmektedir.

YÖNTEM

Ayırıcı Tanı

Danışan geçmiş yaşamında kilo problemi yaşamamasından ve yaşadığı travmatik deneyimlerden kaynaklı olarak gündelik hayatında fiziksel görünüşünü oldukça “takıntı” derecesinde düşünmektedir. Danışan bu düşüncesinden ötürü sık sık ağır diyetler ve spor uygulamaları yapmakta ve tıknırcasına yeme atakları geçirmektedir. Danışan bu ataklar esnasında ise danışan kontrolünü kaybetmekte, denetimini yitirmektedir sonrasında ise kusma davranışı gerçekleştirmekte, utanç endişe ve korkudan dolayı yemek yeme esnasında yalnız kalmaya özen göstermektedir. Son 4 ayda, haftada ortalama olarak 10 kez bu atakları yaşamaktadır. Danışanın semptomları göz önüne alındığında danışanın “ağır derece” “Bulimiya Nevroza” belirtileri gösterdiğinden şüphelenilmiştir.

Tanı

Bulimia Nervosa Tanı Kriterleri (DSM 5)

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer surede, çoğu kişinin yiyebileceğinden

açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir surede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar sokturucu (diuretik) ilaçlar ya da diğer ilaçlar yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da, bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Tedavi Planı

Danışan, bireysel psikoterapi, beslenme danışmanlığı ve ilaç tedavisini birlikte sürdürmelidir. Psikoterapi yöntemi olarak, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bu vakada etkili bir teknik olacaktır. Hastanın düşünce biçimi ve davranışları ile birlikte sahip olduğu olumsuz otomatik düşünceler ve işlevselliği bozan varsayımlar psikoterapide odak noktası olması etkili bir yöntem olarak etki edecektir. Beslenme danışmanlığı için uzman bir diyetisyen ile ilaç tedavisi için ise uzman bir psikiyatrist ile görüşmeler sürdürülmesinin tedavi açısından önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

BULGULAR

Danışanın tedavi sürecinde Beck'in Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kuramından yararlanılmıştır (Beck, 2001). Danışan ile her biri 50 dakika süren 13 seans gerçekleştirilmiştir. Danışanın anamnez ve şimdiki şikayetinin belirlenmesi, problemler ve hedefler saptanması amacıyla 2 seans yapılmıştır. Danışanın öyküsünün terapist tarafından formülize edilen teknik özetlenmesi aşağıdadır.

Tablo 1. Öykünün Teknik Özetlenmesi

Erken Yaşam Deneyimi	Danışanın annesinin danışana çok şişman olduğu için büyüdüğünde erkeklerin onu beğenmeyeceğini ve onunla sevgili olup, evlenmek istemeyeceğini söylemesi
Temel İnanç	Sevilecek ya da beğenilecek biri değilim.
İşlevselliği Bozan Varsayım	Şişman insanları kimse beğenmez ve insanlar fiziksel görünüşünü beğenmediği insanlarla arkadaşlık etmezler, onlarla birlikte olmazlar
Kritik Yaşam Olayı	Danışanın sigarayı bırakması ile işe masa başı bir işe başladıktan sonra tekrardan kilo alması
Olumsuz Otomatik Düşünceler	Kilo alırsam fiziksel görünüşüm güzel olmayacak ve eşim beni beğenmeyecek, beni terk edecek
Belirtiler	Davranışsal: Sosyal geri çekilme, yemek sırasında yalnız kalmaya özen gösterme Motivasyonel: Kontrolde çıktığı düşüncesi, onay ve beğenilme ihtiyacı Duygusal: Suçluluk, utanç, kaygı, endişe, korku Bilişsel: Dikkat dağınıklığı, kendini, kendilik değerlendirmesinde bozulmalar Somatik: Halsizlik, çökkünlük, iştah ve tıknırcasına yeme atakları, kiloda sürekli değişiklik

Danışanın Zayıf ve Güçlü Yönleri

Danışanın diğer bireylerin düşünce ve davranışlarını obsesyon haline getirmesi, düşünce ve davranışlarının denetimi dışında çevresel uyaran ve etkiler ile kendi benlik ve kontrolünü yitirmesi, yalnızca aldığı onaylar ile kendi varlığını geçerli kılabileceği düşüncesi danışanın zayıf yönleri olarak gözlemlenmiştir. Danışanın farkındalık kazandırıldığı ve desteklendiği çatışma süreçlerini isteği ve kararlılığı ile atlabilmesi danışanın güçlü yönleri olarak önceki terapi süreci göz önüne alındığında görülmüştür.

Danışanın Tedaviden Beklentileri

Danışanın tıknırcasına yeme ve kusma dönemlerini sonlandırmak ve fiziki görünüşü ile diğer bireylerin onayı ve kabulünü almak zorunda olduğu düşüncelerinden uzaklaşmak olarak kayda geçirilmiştir.

Seans 1-2.

Değerlendirme seanslarında, tanışma, terapötik ilişki ile birlikte problem ve hedefleri belirleme sonrasında ilk olarak danışana düşünülen tanı olan "Bulimia Nervoza" ve Bilişsel Davranışçı Terapi ile ilgili gerekli psikoeğitim verilerek, danışana tanı ile ilgili yeterli bilgi ve baş etme ve özdenetim becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Verilen psikoeğitimde; Bulimia Nervoza'nın ne olduğu, sürecin nasıl ilerleyeceği, beklenen klinik değişikliklerin açıklaması yapılmıştır. Çalışılan bozukluğun, vakanın kendisi ile benzer nitelikli vakalar incelenerek, başlangıç ve ilerleme aşamalarında karşılaşılabilecek zorluklar ve elde edilebilecek sonuçlar anlatılarak danışanın bozukluğa objektif olarak yeni anlam kazandırması ve pozitif yönlü olarak vakada nasıl ilerleyebileceği üzerine konuşulmuş, bozukluğu kendi nitelikleriyle yeniden tanımlaması beklenmiştir.

Seans 3-4.

Danışanın "Bulimia Nervoza" çerçevesinde davranışları değerlendirilmiş, davranışa neden olan tetikleyici yaşam olayları konuşulmuştur. Danışanın sosyal çevresinden sevgi, onay ya da kabul beklediği anlarda kendi fiziksel görünüşüne odaklandığı karşısındaki insanın tepkisine veya

davranışına göre beden algısının şekillendiği üzerinde aşırı stres yaratan beklentiler ve sonuçlar durumunda ise takriben tıknırcasına yeme ataklarının başladığı fark edilmiş danışan ile bu durumlar hakkında konuşularak iç görü kazanması hedeflenmiştir. Danışan yaşadığı stres anlarında duygusal dürtülerini kontrol edememekte, kendilik değerlendirmesinde bozulmalar yaşamaktadır. Eşi ile yaşadığı ufak bir tartışma sonrasında eşi ile tartışmasının ana sebebinin fiziksel görünüşü nedeniyle olduğunu, eğer daha çekici ve güzel bir kadın olsa eşinin kendisini alttan alacağını kendisinin değer verilecek ya da beğenilecek biri olmadığını düşünmeye başladığını ifade eden danışan sıklıkla eğer fiziğim daha çekici ve beğenilir olsaydı eşim bu tartışma sırasında bana nasıl davranırdı diye düşündüğünü dile getirdi. Bu düşüncelerin ardından yalnız kaldığı sırada doyum hissini kaybettiğini ne kadar yediğinin farkında olmadığı, sonrasında utanç duygusu ile kusma gereksinimi yaşayarak kendisini kusturduğunu ifade etti. Seans aşamasında danışanın duygusal dürtülerinin kontrol ve denetimi için farkındalık kazanması için çalışmış, duygusal dürtülerin yönetimi ve bunları sağlıklı başa çıkma yöntemleri ile değiştirebilmesi için stratejiler anlatılmıştır. Gevşeme egzersizleri, olumlu iç konuşma gibi teknikler üzerinde durulmuştur. Danışan için sağlıklı yeme alışkanlıkları ve beslenme planları tartışılmış, diyet odaklı düşünceler üzerine ilerlenmiştir.

Seans 5-6-7.

Danışan ile olan bu seanslarda duygusal dürtüleri yönetme stratejilerini güçlendirmek, beden imajını olumlu yönde değiştirmek ve bilişsel kalıplarını sorgulamak, sağlıklı benlik inşası bilişsel ve duygusal düzeyde kendini değerlendirme ve sağlıklı ilişkiler kurma üzerinde odaklanılmıştır. Danışan çevresinde annesi ve arkadaşlarından deneyimlediği yaşam olayları sırasında ideal kadın bedeni ve kendisinin fiziksel yapısı hakkında olumsuz düşünceler geliştirmiştir. Danışanın kendi bedenini çekici ve güzel formuna oturtabilmek ve beğenilecek dış görünüşe sahip olmak için kendisini çekici ve güzel bulduğu kilo arasında dengelemeye çalışmaktadır. Kendi bilişsel kalıplarına göre ideal görünümde iken aldığı eleştirileri karşılması ile bu formun dışına çıktığında yorumlama stili değişmektedir. Bunlar üzerine konuşulmuştur. Bu beden imajını aynı zamanda danışanın duygu-durum halinin etkilediği, karşılaştığı stresörler ile baş ederken kaçınma stratejileri uygulayıp olumsuz düşünce kalıplarını bedeni üzerinden kendine yordadığı gözlemlenilmiştir. Danışanın bu olumsuz bilişsel kalıplarının aşırı yeme ve kendini kusturma davranışı ile ilişkisini keşfetmesini amaçlanarak olumsuz düşüncelerin gerçeklik ile uyumlu olup olmadığı konusu değerlendirilmiştir. Benlik değerini güçlendirme amacıyla güçlü yönleri üzerinde durulmuştur. Kendini olumlu ve iyi hissettiği ilgi alanları üzerinde sohbet ederek "Bulimia Nervosa"dan bağımsız bir sağlıklı benlik tanımlamasına uygun olacak yaşam alanları değerlendirilmiştir. Danışandan olumlu geri dönütler alındıkça bireyin temel inançları sorgulanmış, danışanın olumlu benlik kazanımı için özdeğerlendirme yetileri geliştirilmeye çalışarak kendine yönelik kabul ve sevgi üzerine odaklanılmıştır. Bireyin kendi bedenini, daha sağlıklı ve objektif bir şekilde değerlendirmeyi öğrenmesi ile şu şekilde bir değişime rastlanmıştır; birey seanslardan önce boy kilo endeksine göre ideal kiloda dahi olsa, 3-4 kilo aldığı zaman kendini çekici olmayan, itici, insanların yanına yaklaşip arkadaşlık kurmak istemeyeceği biri olarak düşünmekteydi, 7 seans sonunda özdeğerlendirmesinin tamamen farklılaştığı artık kendi bedenini sağlıklı ve yalnızca son zamanlarda ki aktivitelerinden ötürü biraz kilo almış ancak hala güzel ve çekici görünmeye devam ettiği, sağlıklı bir bedene sahip olan biri olarak değerlendirmektedir. Ancak yine de sosyalleşme aşamasında tedirginlikler ve endişeler yaşamaktadır.

Seans 8-9.

Danışan hala aşırı yeme atakları ve kendini kusma davranışlarıyla mücadele etmekte ve sosyal etkileşimlerde zorluklar yaşamaktadır ancak azalmalar gözlemlenmekte, sosyal etkileşimlerin getirdiği stresörler kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla; bireyin sosyal becerilerini geliştirme kendine güveni artırma ve sosyal etkileşimlerde daha sağlıklı davranışlar sergileme bireyin beden imajını pozitif yönde değiştirme, geri düşmelerle başa çıkma ve gelecekteki hedeflerine odaklanma üzerine odaklanmaktadır. Danışanın sosyal etkileşimdeki güçlüklerini anlamak için sosyal becerileri üzerinde durulmuş, iletişim becerileri, sınırlarını belirleme ve başkalarıyla etkili bir şekilde ilişki kurma yetenekleri incelenmiştir. Sosyal etkileşimlerdeki olumsuz düşüncelerini ve kendine yönelik eleştirilerini sorgulanmış, olumsuz düşüncelerini gerçeklikle uyumlu hale getirmek üzerine danışana gerekli ödevler verilmiştir. Bu ödevler sonunda, sosyal etkileşimlerde yeni becerilerin pratiği, olumlu düşünce kalıplarının günlük hayata adapte edilebilmesi hedeflenmektedir. Danışanın ilerlemesinde geri düşmeler yaşama olasılığına karşın, geri düşmeleri tanıma, olumsuz düşüncelerle başa çıkma ve motivasyonu yeniden canlandırma stratejileri üzerine konuşulmuş ve gelecekteki hedefler üzerine yoğunlaşmıştır, danışanın tedavi sürecindeki ilerlemesi göz önünde bulundurularak gelecekteki hedefleri değerlendirilmiştir. Danışanın, bulimia nevrozadan bağımsız olarak istediği yaşam tarzını, sağlıklı ilişkileri ve kendini gerçekleştirmeyi hedeflemesine yönelik tutumlar seans sonuna doğru pekiştirilme amacıyla konuşulmuştur.

Seans 10-11.

Danışanın bilişsel stratejileri pekiştirmesi, geri düşmelere karşı direnç geliştirmesi ve tedavi sürecinin sonlandırılmasına yönelik planlamalar üzerine odaklanıldı. Bireyin seanslar boyunca öğrendiği bilişsel stratejileri hatırlatır ve bunların günlük yaşamında nasıl uygulandığını üzerine konuşularak, bireyin tedavi sürecindeki ilerlemesini değerlendirilmesi ile danışanın tedavi hedeflerine ne kadar yaklaştığını incelendi. Danışanın tedavi sürecinin sonlandırılmasına yönelik düşünceleri ve endişeleri ele alındı. Terapi bitiminde birkaç ay ya da birkaç sene sonrasında bozukluğun geri dönme ihtimaline karşı endişeleri gözlemlenilerek gelecekteki destek kaynakları ve koruyucu önlemler hakkında bilgilendirilerek, kendi başına başa çıkma becerilerinin güçlenmesi hedeflendi. Danışan ile birlikte 11. seansın sonunda terapinin sonlandırılmasına yönelik planlar yapıldı, tahmini olarak 13. veya 14. seansın sonunda terapinin bitirilmesine iş birliği içerisinde karar verildi. Bu kararın ardından terapinin sonlandırılmasının seyrinde kendini nasıl takip edebileceği ve gerektiğinde yardım alabileceği konusunda bilgi verilerek 11. oturum sonlandırıldı.

Seans 13-14.

Son seanslar danışanın kazanımlarını gözden geçirme, gelecekteki geri düşmelere karşı stratejiler geliştirme ve tedavinin tamamlanması üzerine odaklanıldı. Tedavi sürecinde kaydettiği ilerlemeleri ve kazanımlarını değerlendirilerek, aşırı yeme ataklarını ve kendini kusma davranışlarını azaltma konusundaki başarısı üzerine konuşuldu. Danışanın duygu-durum ve mental değerlendirilmelerinde olumlu geri dönüşler alındı gözlemlenilerek ilerlemelerini hatırlatarak ve motivasyonu arttırmaya çalışıldı. Danışanın tedavi sürecinin tamamlanabileceğini değerlendirilerek, tedavinin sona ermesiyle ilgili düşünceleri ve endişeleri ele aldık, devam eden destek kaynakları, grup terapisi veya destek grupları hakkında bilgi verilerek başka kaynaklardan da yardım almasına destek sağlandı. Danışanın terapi süreci sonlandırılarak takip sürecine başlandı.

Terapi sonuçları: Danışanın tıknırcasına yeme ve yinelenen kusma davranışlarında ciddi derecede azalma sağlanmıştır. Bilişsel çarpık düşüncelerinde pozitif yönlü değişimler gözlemlenmiş terapi beklentileri yüksek ölçüde karşılanmıştır. Terapi sonrası olumsuz izlenim kayda geçirilmemiştir.

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Bulimia Nervosa, yeme-bozuklukları spektrumunun bir parçası olan bir hastalıktır. Bu olgu tartışmasında, 26 yaşındaki bir kadının Bulimia Nervosa tanısıyla Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) süreci ele alınmaktadır. Bu tartışmada, hastanın tedavi sürecindeki ilerlemesi, BDT'nin etkinliği ve önemli noktalar tartışılacaktır. Bu vakanın tercih edilmesindeki amaç ağır bulimia nervosa tanısı almış bir bireyin, kısa sürede BDT ile etkili bir tedaviye ulaşabileceğinin ve BDT tedavisinin etkinliğinin olgu sunumu olarak gösterilmesidir.

İlk seanslardan itibaren genel seyir hali ile danışanın işbirlikçi ve istekli yapısı Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemi için oldukça önemli etkidir. Özellikle danışanın motivasyonel durumunun artması BDT'nin hızlı geri dönüşler vermesi ile oldukça ilişkilidir. Danışanın probleminin sebeplerinin bilişsel süreçlerine ağırlık verilmesi ve olumsuz düşünce yapılarını ve davranışları belirleyerek, işlevsel ve gerçekçi düşünce ve davranışlar ile değiştirmesi, oruç denilebilecek diyetlerin yerine düzenli yeme programları oluşturması ve tıknırcasına yeme ve yinelenen kusma davranışlarına sebep olan durumlara karşı baş etme stratejileri kazandırmaya çalışması sebebiyle diğer psikoterapilerden farklılık göstermektedir (Chen vd., 2003).

Yeme programları oluşturma gibi benzeri durumlar sınırlılık olarak gözüke dahi Bulimia Nervosa'nın biopsikososyal nedenleri sebebiyle Bilişsel Davranışçı Terapinin multidisipliner bir terapi yaklaşımı ile rahatça sürdülebilecek uyum sağlayabilecek ve diğer disiplinlerdeki diyetisyen, psikiyatr gibi vakada birlikte çalışılan kişilere sistematik yapısı ile rahatça incelenebilir, kontrol edilebilir ve anlaşılabilir biçimi ile bu tarz vakalarda sıkça tercih edilmesine olanak sağlamaktadır.

Danışanın terapiye başlama konusunda istekli olması ancak olgu sunumunda gördüğümüz üzere yüz yüze bir terapiyi tercih etmemesi gibi durumlarda genel itibari ile danışan aynı zamanda terapilerin uzun süreli olacağından endişe duymakta ve destek alma konusunda istekli olmamakta olabilir. Aynı zamanda bozukluğun etiolojisi ve danışanların olumsuz inançlarının yerleşmiş olması terapi arayışı üzerinde istenmeyen olumsuz etkilere yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda tanı alan bireylerin çok küçük bir yüzdesinin tedavi arayışı içerisine girdiğini göstermektedir (Becker vd., 2004) Ancak Bilişsel Davranışçı Terapinin yalın ve anlaşılabilir, sistematik olması, kısa sürelerde etkili ve uzun vadede nispeten kalıcı ve geri dönmelere karşı BDT alan danışanlar tarafından kendi kendine uygulamak için öğrenilebilen yapısı BDT'yi en etkili terapi yöntemi haline getirmektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapinin öğrenilebilir yapısının bir diğer avantajı ise olgu sunumunda sıkça karşılaştığımız olumsuz bilişsel düşünceleri değiştirmesi ve danışanın probleminin çözümü dışında, günlük hayatında da diğer karşılaştığı olumsuz düşünceler konusunda engelleyici ve bireyin edindiği sağlıklı benlik ve yaşamı için koruyucu bir noktasının olmasıdır.

Olgu sunumunda 8. ve 9. Seanslarda bahsedilen ödevler, her seans için verilmekte ve danışanın vaka ilerlemesi, süreçleri ve iş birliği rahatlıkla takip edilebilmektedir. Vaka'da incelediğimiz üzere ağır derece Bulimia Nervosa tanısı konulan bireyin, hastalığının şiddetinin geçmiş yaşam olaylarında aynı hislere yönelik yaşadığı travmatik deneyimlerin oldukça etkili olduğu düşünülmektedir.

Olgu sunumunda belirtilen 13-14. seanslar, hastanın tedavi sürecinde kaydettiği ilerlemeleri değerlendirdiği bir seanslardır. Hastanın aşırı yeme ataklarını azaltma ve kendini kusma davranışlarıyla mücadele etme konusunda ilerleme kaydettiği belirtilmektedir. Bu, BDT'nin bilişsel stratejileri ve başa çıkma becerilerini geliştirme konusundaki etkinliğini göstermektedir. Bu vakada çalışan BDT'nin etkinliğinin diğer terapi yöntemlerine kıyasla semptomların iyileşmesi ve nüksün engellenmesi açısından daha etkili olduğunu göstermektedir (Fairburn vd., 2009).

Bu olgu sunumu ve tartışma, bulimia nervroza tanısıyla BDT sürecini ele almıştır. Hastanın tedavi sürecindeki ilerlemeler, bilişsel stratejilerin pekiştirilmesi ve gelecekteki geri düşmelere karşı stratejilerin geliştirilmesi üzerine odaklanan seanslar, BDT'nin etkinliğini ortaya koymaktadır. Bu olgu sunumu, bilişsel davranışçı terapinin bulimia nervroza tedavisinde önemli bir yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır.

Bu vaka araştırmasının uygulanması ve sonuçlarının genellemesini sınırlayan bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak, elde edilen veriler danışanın kendi ifadelerine dayandığı için öz-bildirimlere dayanmaktadır. Ayrıca, bu çalışmanın vaka araştırması, büyük bir örneklem büyüklüğüne sahip değildir. Bu nedenle, elde edilen bulguların genel nüfusa uygulanması veya genelleştirilmesi sınırlı olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada kullanılan BDT yönteminin ağır düzeyde Bulimia Nervroza'da klinik anlamda etkili olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, ileride yapılacak çalışmalarda BDT'nin bulimia nervroza tedavisindeki etkinliğini daha da artırmak için terapi sürecine kişiselleştirilmiş öğelerin eklenmesi önemlidir. Her bireyin deneyimleri, düşünce kalıpları ve başa çıkma mekanizmaları farklı olabilir, bu nedenle tedavi planı bireyselleştirilmelidir. Tedavi sürecinde bireyin motivasyonunu artırmak, olumlu düşünce kalıplarını pekiştirmek ve destek sistemlerini güçlendirmek için ek stratejiler kullanılabilir. Bu şekilde, tedavi süreci daha etkili hale getirilebilir ve bireylerin iyileşme süreci desteklenebilir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*.
- Akkaya, G., and Yılmaz, T. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for nutrition and appetite anxiety: A case report. *Journal of Clinical Psychology Research*, 6(3), 392-405.
- Aytaç, H. M., ve Hocaoglu, Ç. (2016). Bulimiya Nervroza ile Birlikte Yaşamak: Bir vaka Sunumu [Living with Bulimia Nervosa: A Case Presentation]. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3), 158-163.
- Bayraktar, E. ve Alper, Y. (1991). Bulimia Nervosa. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(3), 34-37.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Becker, A. E., Franko, D. L., Nussbaum, K., and Herzog, D. B. (2004). Secondary prevention for eating disorders: The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 157-162.
- Bulik, C. M., and Tozzi, F. (2013). The Genetics of eating disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 9, 589-620.
- Bulik, C. M., and Trace, S. E. (2013). The genetics of binge eating disorder. In *A Clinician's Guide to Binge Eating Disorder* (1st ed., pp. 57-71). Routledge. eBook ISBN: 9780203585993.

- Butcher, J.N., Mineka, S., ve Hooley, J.M. (2013). *Anormal Psikoloji*. (Çev. O. Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Cooper, Z., and Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 394–402.
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R., and Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitivebehavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 241–254.
- Eeden, P., Hoeken, H., and Hoek, J. (2021). The Influence of Digital Nudging on Food Choices: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 736368. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.736368>
- Erol, A., ve Yazıcı, F. (1999). Bulimia Nervozada Tedavi [Treatment in bulimia nervosa]. *Klinik Psikiyatri*, 2, 172-178.
- Ersoy, G. (1991). Yeme davranışı bozuklukları: Anoreksia ve bulimia nervoza. *Beslenme ve Diyet Dergisi / J. Nutr. and. Diet.*, 20, 95-106.
- Fairburn, C. G., and Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401–408. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.401>.
- Fairburn, C. G., and Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277–314).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., and O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., and Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8).
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., and Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Heatherton, T. F., and Baumeister, R. F. (2002). Does binge eating disorder involve a dysfunctional appetitive process? *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 319-327. <https://doi.org/10.1002/eat.10091>
- Hocaoğlu, Ç. (2015). Erkeklerde Bulimiya Nervozası: Bir Olgu Sunumu [Bulimia Nervosa in Males: A Case Presentation]. *Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 77-83.
- Kass, A. E., Kolko, R. P., and Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549.
- Kömürcü, B. ve Şenkal, E. İ. (2019). Yeme bozukluklarının etiolojisinde ailesel faktörler: Güncel bir gözden geçirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(1), 34-44.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler [Genetic Factors in Eating Disorders]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- Peat, C. M., Brownley, K. A., Berkman, N. D., and Bulik, C. M. (2012). Binge eating disorder: Evidence-based treatments. *Current Psychiatry*, 11(5), 32-39.

P. Hay. (1998). The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community-Based Survey. *The International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371-382.

Hay, P. J., Mond, J., Buttner, P., and Darby, A. (2008). Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE*, 3(2), e1541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>.

Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., and Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4), CD000562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>.

Hay P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>.

Sarisakal, Ö., ve Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2020). Beslenme ve Yeme Bozukluğu Eş Tanılı Bir Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisi: Bir Olgu Sunumu [Cognitive Behavioral Therapy for a Case of Comorbid Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Presentation]. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(2), 249-273.

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

Şentürk, Z. (2020). Yeme bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu ve tedavide bilişsel davranışçı terapi [Yüksek Lisans Projesi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü].

Tangül Özcan, C. ve Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

Türkçapar, M. H., ve Sargın, A. E. (2010). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 225-235.

Wagner, A., Greer, P., Bailer, U. F., Frank, G. K., Henry, S. E., Putnam, K., Meltzer, C. C., Ziolk, S. K., Hoge, J., McConaha, C., and Kaye, W. H. (2006). Normal brain tissue volumes after long-term recovery in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 59(3), 291-293.

Watson, H. J., Fursland, A., Bulik, C. M., and Nathan, P. (2013). Societal norms and eating disorder behaviors in young women. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 119-126. <https://doi.org/10.1002/eat.22114>.

Watson, H. J., Fursland, A., Bulik, C. M., and Nathan, P. (2013). Subjective binge eating with compensatory behaviors: a variant presentation of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 46(2), 119-126. <https://doi.org/10.1002/eat.22075>.

Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., and Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267- 274.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., and Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216.