



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM/ ANASANAT DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS (TEZSİZ) PROGRAMI**

**YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ
MOTİVASYONU VE TEDAVİDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

ZEYNEP ŞENTÜRK

İSTANBUL, 2020



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM/ ANASANAT DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS (TEZSİZ)
PROGRAMI**

**YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ
MOTİVASYONU VE TEDAVİDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**ZEYNEP ŞENTÜRK
(190132014)**

**Danışman
(Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT)**

İSTANBUL, 2020

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zeynep ŞENTÜRK

İmza

TEŐEKKÜR

Hazırladığım bu çalışmada desteğini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT başta olmak üzere eğitim hayatım boyunca üzerimde emei olan tüm hocalarıma,

Bugünüm için söz verdiğim ve öğütleriyle her zaman yanımda olduğunu hissettiğim babama,

Verdiğim sözü tutmamda gösterdiği çaba, destek ama en önemlisi sabrı için anneme,

Kardeőleri olmaktan mutlu olduğum Kadir, Yemlihan ve M.Emin'e,

Son olarak da özellikle eğitim hayatımın en zor geçen son iki senesinde tüm zorluğunu ve stresini benimle paylaőan, desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma çok teőekkür ederim.

Zeynep ŞENTÜRK

İmza

YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ MOTİVASONU VE TEDAVİDE BİLİŞSEL DAVRANIŐCI TERAPİ

Zeynep ŐENTÖRK

ÖZET

Yapılan bu araştırma ile Yeme Bozukluğu (YB) tanısı alan hastaların tedaviye yönelik motivasyonları ve tedavide kullanılan Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) etkililiği incelenmiŐtir. YB, yeme davranışı ile ilgili olmakla birlikte bireyin yeme davranışını, beslenme ilgili düşüncelerini ve tutumlarını kapsamaktadır. Ayrıca YB bireyin yaşam kalitesini her yönden etkilemektedir ve fizyolojik, sosyal, psikolojik problemlere neden olmaktadır. Tedavi motivasyonu ise en genel itibariyle hastanın tedaviye yönelik isteği, değişime hazır olması ve yardım arayışı ile ilgili psikolojik bir süreç olarak ifade edilebilmektedir. BDT ise Yeme Bozukluklarının tedavisinde en çok tercih edilen psikoterapidir ve bireyin uygunsuz yeme davranışının altındaki bilişsel süreçlere odaklanmaktadır.

Araştırma bir literatür taraması olarak yapılmıştır ve daha sonra toplanan bilgiler incelenip, derlenmiŐtir. Öncelikle YB kapsamlı olarak tanımlanmıştır. Ardından tedavi motivasyonu ve BDT tanımlanmış ve YB ile iliŐkileri çalıŐmalarla desteklenerek sunulmuştur.

Sonuç olarak ise Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların kilo alma korkularının, hastalıklarını kabul etmemelerinin yeme motivasyonlarını olumsuz etkilediği ve tedavide, tamamen olmasa da diğer psikoterapilere oranla BDT'nin çeşitli bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanarak daha etkili olduğuna dair bilgiler elde edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yeme Bozukluğu, motivasyon, tedavi motivasyonu, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi.

TREATMENT MOTIVATION IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN TREATMENT

Zeynep ŞENTÜRK

ABSTRACT

In this study, the motivation for treatment of patients diagnosed with Eating Disorder (ED) and the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) used in treatment were examined. Although ED is related to eating behavior, it includes the individual's eating behavior, thoughts and attitudes about nutrition. In addition, ED affects the quality of life of the individual in all aspects and causes physiological, social and psychological process related to the patient's desire for treatment, readiness for change and seeking help. CBT is the most preferred psychotherapy in the treatment of eating disorders and focuses on the cognitive processes under the individual's inappropriate eating behavior.

The research was conducted as a literature review and then the collected information was analyzed and compiled. First of all, YB has been defined comprehensively. Then, treatment motivation and CBT were defined and their relationship with ED was supported by studies.

As a result, information has been obtained that the patients who has fear of gaining weight, diagnosed with eating disorders and their refusal to accept their illness negatively affect their motivation to eat, and CBT is more effective in treatment compared to other psychotherapies, although not completely, by using various cognitive and behavioral techniques.

Keywords: eating disorder, motivation, treatment motivation, psychotherapy, cognitive behavioral therapy.

ÖNSÖZ

Yeme Bozukluklarının tedavisi diğer bozukluklara oranla daha zorlayıcı olarak kabul edilmektedir. Bunun sebebi ise genellikle hastaların tedavi arayışlarının ve tedavi motivasyonlarının oldukça düşük olmasıdır. Bu sebeple tedavinin gidişatı ve iyileşme açısından Yeme Bozukluklarında tedavi motivasyonunun önemi büyüktür. Tedavi noktasında ise alternatif tedavilerin yanı sıra BDT kanıta dayalı bir tedavi olarak kabul görmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı Yeme Bozukluğu tanısı alan bireylerin tedavi motivasyonunu ve tedavide kullanılan BDT'nin etkililiğini araştırmaktır. Tedaviye başvuru ve tedaviyi tamamlama oranlarının oldukça düşük olması araştırmaların sınırlı olmasına neden olmaktadır ve dolayısıyla bu durum araştırma yapılırken literatür taramasını zorlaştırmıştır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET v

ABSTRACT

Error! Bookmark not defined.i

ÖNSÖZ

viii

KISALTMALAR xi

GİRİŞ 1

1. YEME BOZUKLUKLARI (YB) 3

1.1.DSM-5’de TANIMLANAN BESLENME VE YEME

BOZUKLUKLARI 4

1.1.1.Anoreksiya Nervoza (AN) 4

1.1.1.1. Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri 5

1.1.2. Bulimiya Nervoza (BN) 7

1.1.2.1. Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri 8

1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)..... 9

1.1.3.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri..... 9

1.1.4. Pika 9

1.1.4.1. Pika Tanı Kriterleri 10

1.1.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu 10

1.1.5.1. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu Tanı Kriterleri..... 10

1.1.6. Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu 11

1.1.6.1. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Kriterleri 11

1.1.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları 12

1.2. YEME BOZUKLUKLARINDA EPİDEMİYOLOJİ 13

1.3. YEME BOZUKLUKLARINDA ETİYOLOJİ	16
1.3.1. Biyolojik Açıklamalar	16
1.3.2. Bireysel ve Psikolojik Açıklamalar	18
1.3.3. Ailesel ve Sosyokültürel Açıklamalar	19
1.4. YEME BOZUKLUKLARINDA DEĞERLENDİRME, PROGNOZ VE TEDAVİ	22
1.4.1. Değerlendirme	22
1.4.2. Prognoz	23
1.4.3. Tedavi	24
1.4.3.1. Farmokoterapi	25
1.4.3.2. Psikoterapi	26
1.5. YEME BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ ÜLKEMİZDE YAPILAN ÇALIŞMALARA ÖRNEKLER	28
2. YEME BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONU	31
2.1. MOTİVASYON KAVRAMI	31
2.1.1. İçsel ve Dışsal Motivasyon	32
2.2. TEDAVİ MOTİVASYONU	34
2.2.1. Değişimin Motivasyonel Evreleri	37
2.3. YEME BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONU	38
2.3.1. Yeme Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Değişimin Motivasyonel Evreleri	40
2.3.2. Yeme Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Tedavi Motivasyonuna Etki Eden Faktörler	41

3. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	45
3.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)	45
3.1.1. Temel Kavramlar	47
3.1.2. Bilişsel Çarpıtmalar	48
3.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri	50
3.1.4. Bilişsel Davranışçı Terapide Uygulanan Teknikler	51
3.1.4.1. Bilişsel Teknikler	51
3.1.4.2. Davranışçı Teknikler	55
3.2. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN UYGULANMASI	56
3.2.1. Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	56
3.2.2. Yeme Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi... ..	60
3.2.2.1. Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT)	66
3.2.3. Yeme Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Uygulanması ile İlgili Çalışmalar	69
SONUÇ	72
KAYNAKÇA	76
ÖZGEÇMİŞ	94

KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervozza
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	Bulimiya Nervzoza
çev.	Çeviren
ed.	Editör
G-BDT	Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi
KT	Kişilerarası Terapi
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB	Yeme Bozukluğu

GİRİŞ

Tedavi motivasyonu içerisinde, hastanın tedavi isteğini, tedaviye yönelik motivasyon kaynaklarını, hastanın tedaviye olan güvenini ve tutumunu barındırmaktadır. Bireylerin içsel ve dışsal motivasyon kaynaklarından etkilenen tedavi motivasyonu, tedavinin gidişatı ve sonucu açısından da yordayıcı bir değişken olarak ele alınmaktadır (DiClemente, 1999). Özellikle hastaların tedavi arayışı, tedaviye uyum sağlaması ve tedaviyi başarı ile tamamlamaları noktasında belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır.

Yeme Bozuklukları ise bireylerin uygunsuz yeme davranışlarını, düşüncelerini ve tutumlarını içeren bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda özellikle ergenlik, genç yetişkinlik döneminde artış gösteren Yeme Bozuklukları, genellikle kadınlarda görülen bir psikopatolojidir (Goldschmidt ve diğerleri, 2008). Özellikle de ölüm oranlarının yüksek olması sebebiyle de oldukça ciddi bir bozukluktur (Herzog ve diğerleri, 2000). Hastalığın temelinde sıklıkla kilo almaya yönelik aşırı korku ve beslenme davranışıyla ilgili işlevsiz düşünceler yatmaktadır. Bu durum da sıklıkla hastaların, hastalıklarını kabul etmesini, yardım almasını, tedaviye başvurmasını ve dolayısıyla da tedavi süresince motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Bu nedenle bu alanda yapılan çalışmalar da sıklıkla Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların motivasyonlarını etkileyen faktörler üzerinde durmaktadır. Ancak tedaviye başvurma oranlarının düşük, bırakma oranlarının ise yüksek olması sebebiyle Yeme Bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar kısıtlıdır.

Yeme Bozukluklarının tedavisinin ise hastalığın doğası gereği diğer bozukluklara oranla daha zor olduğu ve nüks riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Tedavi için kullanılan farklı yöntemler olsa da psikoterapi açısından en etkili tedavinin BDT olduğu çalışmalar ile desteklenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). BDT'nin olumsuz düşünceleri ele almasının, bu düşünceleri yeniden yapılandırmasının ve davranışçı teknikler ile de tedaviyi desteklemesinin semptomların iyileşmesine olumlu etkisinin olacağı düşünülmektedir (Mineka ve

Hooley, 2013). Ancak diğer tedavi yöntemlerinde de olduğu gibi BDT için de tedavi motivasyonu önemli bir konudur. Değişime hazır olmanın ve iyileşme yolunda adım atmanın tedavi arayışı, tedaviye devamlılık ve tedaviye uyum açısından önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Geller ve Dunn, 2011). Bu çalışmada da Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların tedavi motivasyonu, motivasyonlarını etkileyen faktörler ve tedavi noktasında da BDT'nin etkililiğine dair bilgiler sunulmuştur.

1. YEME BOZUKLUKLARI (YB)

YB, bireylerin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen, beraberinde fizyolojik, sosyal ve psikolojik problemleri getiren yeme davranışları olarak ifade edilebilir. Ayrıca Yeme Bozuklukları yeme davranışı ile karakterize olup bireyin yeme davranışını, beslenme ile ilgili düşüncelerini ve beslenmeye yönelik tutumlarını kapsayan fizyolojik bozukluklardır (Andersen, Bowers ve Evans, 1997).

Yeme Bozukluklarının son yıllarda dünya genelinde, özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminin beraberinde getirdiği sağlıksız yeme davranışları ile beraber arttığı bilinmektedir (Goldschmidt ve diğerleri, 2008). Bunun yanı sıra YB genellikle kadın bireylerde rastlanan bir psikiyatrik problem olmakla birlikte kroniklik ve nüks açısından da oldukça yüksek risk taşımaktadırlar. (Fairburn ve diğerleri, 2000). Hayati tehlikeyi de içinde barındıran bu bozukluklar son birkaç yüzyıldır toplum tarafından bilinmekte ve yapılan çalışmalar da gittikçe yaygın görülmeye başlandığını ortaya koymaktadır (Herzog ve Eddy, 2007).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı olan DSM-IV-TR’de Yeme Bozuklukları Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları olarak 3 ayrı kategoride ele alınmaktadır (Köroğlu, 2000). DSM-5-TR’ de ise bu bölüm “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” olarak ele alınmış ve içeriği de genişletilmiştir (Köroğlu, 2013).

DSM-IV tanı kriterleri ile tanı konulduğu zamanlarda Yeme Bozukluğu görülen ergenlerin %81’inin, erişkinlerin ise %75’inin belirtileri itibariyle başka türlü adlandırılmayan Yeme Bozuklukları kümesine girmesi sebebiyle DSM-5 için tanı kriterlerinde önemli değişikliklere gidilmiştir ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanısı da DSM-5 ile beraber sınıflandırmaya dahil edilmiştir (Call, Walsh ve Attia, 2013).

Pika, Geviş Getirme, Kaçınan ve Tıkınırcasına yeme gibi farklı alt türleri olsa da YB en genel anlamda az yeme ya da hiç yememe davranışıyla ilişkili Anoreksiya Nervoza ve yeme davranışını durduramama ile ilişkili Bulimiya Nervoza olarak iki alt kategoride incelenmekte ve genellikle araştırmalar da bu bozukluklar üzerine yapılmaktadır.

Yeme Bozukluklarının sınıflandırılması tanıyı taşıyan bireylerin semptomlarına göre değişmekle beraber Yeme Bozuklukları benzer özellikleri taşımaktadır ve özellikle klinik görünüm, risk faktörleri, etiyoloji ve uygulanan tedaviler gibi çeşitli ortak noktaları mevcuttur (Yücel, 2009). Bununla beraber Anoreksiya Nervoza şikayetiyle kliniklere başvuranların geçmişte Bulumiya Nervoza öyküsünün olması ya da tam tersi durumların sıklıkla yaşanması ele alındığında, bu problemleri genel itibariyle kiloya dair fobi veya yeme paterninin bozukluğu şeklinde değerlendirmenin mümkün olduğu söylenebilir (Oral ve Şahin, 2008). Ayrıca Yeme Bozukluklarının anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları ile eşzamanlı ve yaşam boyu yüksek yaygınlıkla görülebildiği de bilinmektedir (Garfinkel ve diğerleri, 1995).

1.1. DSM-5’de TANIMLANAN BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

1.1.1. Anoreksiya Nervoza (AN)

Anoreksiya Nervoza (AN) neredeyse 200 yıldır bilinen bir hastalık olmakla birlikte bir terim olarak ilk defa Kraliçe Viktorya’nın doktoru Sir William Gull tarafından 1873’te ‘sinirsel iştahsızlık’ anlamına karşılık gelecek şekilde ‘anoreksiya nervoza’ olarak tanımlamıştır ve 1874 yılında yayımlanan yazılarla birlikte tıbbi literatürde yerini almıştır (Silverman, 1964; Yücel, 2009). Klinik patoloji olarak literatürde ilk defa yer alması da Lasegue tarafından 1873’de yazılan “De l’Anorexie Hysterique” (Histerik Anoreksiya’dan) adlı makalesine dayanmaktadır. Laseque, iştah ile histeri kelimelerini yan yana getirerek bu bozukluk için histerik anoreksi tanımını kullanmıştır ve bu bozukluğun altında yatan sebepleri duygusal etkenlere, hasta ile ailesi arasındaki ilişkiye dayandırmıştır. William Gull ise bir sene sonra 1874 yılında ‘Anorexia Nervoza’ terimini özellikle daha çok ergenlik çağındaki kızlarda görülen ve uzun süren açlık, kalori eksikliğine bağlı olarak metabolik işlevlerde bozulmaların olduğu psikiyatrik bir tablo olarak ifade ederek hastalarla tedavi noktasında işbirliği yapmanın zorluklarından bahsetmiştir (Silverman, 1964). Bu şekilde bağımsız iki ayrı bildiri ile birlikte tanımlanarak tıbbi literatürde yerini almıştır ve çok uzun yıllar boyunca da literatürde 1873 yılında tanımlandığı ilk haliyle sinirsel iştahsızlık olarak anlamını korumuştur (Yücel, 2009).

Son yapılan çalışmalar ise AN hastaları için iştahsızlık kelimesinin tam olarak durumu karşılamadığını göstermiştir. Genellikle 12-18 yaş civarında başlayan bu hastalıkta kişi zayıf kalmak için yiyecek alımını dikkat çekecek ölçüde, ciddi miktarda kilo verene kadar azaltır ve en belirleyici özelliklerinden biri de bu kişiler obezite ya da kilo alımına yönelik aşırı derecede korku, endişe içerisindedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Ayrıca zayıf olmalarına rağmen yine de aşırı kilolu olduklarına dair çarpık benlik algıları da mevcuttur (Morrison, 2016). Ek olarak kilo almaya yönelik duyulan aşırı korkuya karşı ideallerindeki inceliğe kavuşmak amacıyla yemeyi reddedebilir veya yemek yeme davranışını telafi edecek şekilde kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı veya aşırı egzersiz yapma gibi bir takım uygunsuz davranışlara başvurarak kalori alımlarını kontrol altında tutmaya çalışabilirler (Bruch, 1982).

Yapılan ilk çalışmalarda ise yaş oldukça önemli bir yere sahipti ve tanı için ilk kriter olarak başlangıç yaşı dikkate alınmakla birlikte genç kadınlarda görülen bir hastalık olarak ele alınmaktaydı. Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda 25 hatta 30 yaşın üzerinde de nadir de olsa görülebildiği tespit edildi ve AN için yaş artık bir dışlama kriteri olmaktan çıkarıldı (Halimi ve diğerleri, 2005). Bununla birlikte belirtiler genellikle 10-20 yaş arasında ortaya çıkmaktadır ve 10 yaşından küçük, 30 yaşından büyük kişilerde ayırıcı tanı bakımından dikkatli olunması önemlidir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

1960'ların sonlarından itibaren özellikle batı toplumlarında orta ve üst sınıflarda yaşayan bireylerde daha sık görülmeye başlanan bu bozukluk için 15-29 yaş aralığındaki kadınların %3 ila %10' unun risk altında olduğu söylenebilir (Polivy ve Herman, 2002). Ayrıca AN, psikiyatrik bozuklukların arasında ölüm oranlarının en yüksek olduğu psikiyatrik bozukluklardan olması sebebiyle de oldukça ciddi bir durumdur (Herzog ve diğerleri, 2000).

1.1.1.1. Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

AN en genel tanımıyla bireylerin kilo almaya yönelik aşırı korkularının olması, yaşı ve boyu itibarıyla sahip olması gereken kiloda olmayı reddetmesi ve buna yönelik de kilo alımına karşı uygunsuz telafi davranışların varlığı ile

karakterize bir durumdur. Tanı itibariyle hastanın sahip olduğu kilo önemli bir faktördür ve Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerine göre de Beden Kitle İndeksi'nin 17.5 kg/m² 'ye eşit ya da bundan daha düşük olması ideal kilonun altında olduğunu göstermektedir (Köroğlu, 2013).

DSM-IV ve DSM-5 karşılaştırması açısından da AN için birtakım değişiklikler söz konusudur ve tanı itibariyle biraz daha genişletilmiştir. Örneğin, ICD-10 ve DSM-IV için AN tanısı konulurken kişinin vücut ağırlığının olması gereken miktardan en az %15 daha az olmasına dikkat edilirdi ancak DSM-5'te ise kişinin kilosunun olması gereken en düşük kilonun altında olması yeterli kabul edilmiştir. Ek olarak AN için DSM-IV'de olması zorunlu tutulan amenore (adet kesilmesi) belirtisi de DSM-5 için kaldırılmıştır (Call, Walsh ve Attia, 2013).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) AN için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

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

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

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

Alt Tipleri;

Kısıtlayıcı tür: Bireyin son üç ay içerisinde tekrarlayan tıkmircasına yeme veya çıkarma (örn. kendi kendini kusturma veya laksatif ilaçların, diüretik ilaçların veya lavmanın yanlış kullanılması) davranışları olmamıştır. Bu tip genelde diyet

yaparak, yeme davranışını neredeyse sıfırlayarak ve/veya aşırı derecede spor yaparak kilo kaybedilen durumları ifade eder.

Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Bireyin son üç ay içerisinde tekrarlayan tıkınırcasına yeme veya çıkarma (kendi kendini kusturma veya laksatif, diüretik ilaçların kullanımı veya lavmanın yanlış yere kullanımı) davranışları olmuştur.

Tanı konulurken hastanın duruma sebebiyet verebilecek herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik bozukluğunun olup olmadığına ve dolayısıyla ayırıcı tanılara dikkat etmek önemlidir.

1.1.2. Bulimiya Nervoza (BN)

Bulimiya Nervoza (BN) da AN gibi çok eski zamanlarda görülmeye başlamıştır ve 'bous' (öküz) ve 'limos' (açlık) sözcüklerinden köken alarak 'Öküz kadar aç olmak' ya da 'Bir öküzü yiyebilecek kadar aç olmak' anlamlarına karşılık gelmektedir (Yücel, 2009).

Anksiklopedilerdeki varlığı 18. yy zamanlarına dayanan bu bozukluğa ait davranışlardan Roma İmparatorluğu döneminde de söz edilmektedir ve bununla beraber refah içinde yaşayan o dönemdeki varlıklı kimselerin kontrolsüzce, tıkınırcasına yedikleri ve aldıkları hazzı devam ettirebilmek için de kusup sonra tekrar yemeye devam ettikleri bilinmektedir (Halmi ve diğerleri, 2005). Bulimiya Nervoza olarak isimlendirilmesi ise Russel tarafından olup, 1979 yıllarına dayanmaktadır (Russel, 1979).

AN hastalarında olduğu gibi BN hastalarında da şişman olma korkusu mevcuttur ve davranış bozukluklarının temelinde de bu yatmaktadır. Tıkınırcasına yeme nöbetleri bu bozukluğun önde gelen belirtilerindendir ve birey bu nöbet sonrasında pişmanlık ve suçluluk duymaktadır (Yücel, 2009). BN hastalarını AN hastalarından ayıran en önemli etken ise hastaların mevcut kilolarıdır ve AN hastalarının mevcut vücut ağırlıkları olması gerekenin altında iken BN hastalarında ise normalin biraz daha üzerindedir (Ergüney, 2012). Ayrıca BN, anoreksiya nervozaya oranla daha yaygın görülmektedir ve erkeklerde çok daha az görülmele birlikte yetişkin kadınların %1-2'sini etkilemektedir (Morrison, 2016).

1.1.2.1. Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri

BN en genel itibariyle kilosu normal veya normalin üzerinde kişilerde görülmekte ve temelinde kilo alma korkusu bulunmaktadır. Ayrıca sonu pişmanlık ve suçluluk duygusuyla biten tekrarlayan tıknırcasına yeme davranışları ve bunu telafi etmek amacıyla başvurulan uygunsuz davranışlarla da karakterize bir durumdur.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) BN için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

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

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

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

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

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

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

E. Bu bozukluk yalnızca AN dönemleri sırasında görülmemektedir.

Tanıyı koyarken hastanın vücut ağırlığını dikkate almak önemlidir ve hastalığın şiddeti uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre belirlenir. En hafifinde ortalama haftada 1-3 kez uygunsuz telafi edici davranış beklenirken, en ağır düzeyde ise haftada 14 veya daha çok kez görülmesi beklenmektedir.

1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

1.1.3.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için tanı kriterleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) BN tanı kriterleri ile benzerdir ve ilk kriter olan A kriteri birebir aynıdır.

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

1. Normalden çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek kadar tokluk hissi duyuna dek yeme.
3. Fizyolojik bir açlık hissetmemesine rağmen aşırı miktarda yeme.
4. Yediği miktardan utandığı için kendi başına yeme.
5. Tıkınırcasına yeme davranışının ardından kendinden tikslenme, huzursuzluk veya büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme davranışı ile ilgili belirgin bir sıkıntı hissedilir.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları ortalama 3 ay içerisinde en az haftada bir kere kendini göstermektedir.

E. Tıkınırcasına yemeye bulimiya nervozada görülen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca AN veya BN tanılarının gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

TYB tanısında da hastalığın şiddeti tıkınırcasına yeme davranışının sıklığına göre belirlenir ve en hafifi ortalama haftada 1-3 kez tıkınırcasına yeme ile ifade edilirken, en ağırı ise ortalama haftada 14 veya daha fazla ile ifade edilmektedir.

1.1.4. Pika

Pika en genel tanımıyla toz tebeşir, sabun, cam, toprak gibi yemek için uygun olmayan maddelerin yenilmesi davranışı olarak bilinir. Sıklıkla hamile ve çocuklarda görülen bu davranış sonucunda zehirlenme, maddeler üzerinde bulunan parazitlerin sindirilmesi, bağırsak hastalıkları gibi birtakım komplikasyonlar görülebilmektedir ve genellikle demir eksikliği ile alakalı olduğu düşünülmektedir (Morrison, 2016).

1.1.4.1. Pika Tanı Kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) Pika için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

A. En az bir ay süreyle devamlı bir şekilde besleyiciliği ve besin olmayan maddeleri yeme.

B. Besleyiciliği olmayan ve besin olmayan maddeleri yeme davranışı bireyin gelişimsel düzeyine uygun değildir.

C. Bu yeme tutumu kültürel öğelerle açıklanamaz ve toplumsal olarak normal kabul görececek bir durum değildir.

D. Bu yeme tutumu başka bir psikiyatrik bozukluk kapsamında ortaya çıkıyorsa (örn. otizm, şizofreni veya anlıksal yetiyitimi) ayrıca klinik değerlendirmeye ihtiyaç duyulacak kadar ağırdır.

1.1.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

1.1.5.1. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu Tanı Kriterleri

Geri çıkarma diğer adıyla Geviş Getirme Bozukluğu, adından da anlaşılacağı gibi bireyin yediği yiyeceği geri çıkararak çiğneme davranışını devam ettirmesi ile alakalı bir durumdur ve bu bozukluk için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

A. En az bir ay süreyle devamlı olarak yenilen yiyeceği geri çıkarma. Kişi çıkardığı yiyeceği yeniden çiğneyebilir, yutabilir veya dışarıya tükürebilir.

B. Sık sık gerçekleşen geri çıkarma davranışı eşlik eden herhangi bir mide-bağırsak hastalığıyla veya başka bir sağlık durumuyla açıklanamaz.

C. Bu Yeme Bozukluğu sadece AN, BN, TYB veya kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişatı esnasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bu semptomlar başka bir psikiyatrik bozukluk bağlamında görülüyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi veya nörogelişimsel başka bir bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeye ihtiyaç duyulacak kadar ağırdır.

1.1.6. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

1.1.6.1. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kaçınan-Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB) genellikle çocuklarda rastlanan bir bozukluktur ve belirgin derecede yiyecek alımının azaltılması söz konusudur.

DSM-V'den de yola çıkarak KKYAB tanısı alan çocukların 3 ana kategoriye ayrıldığını belirtilmektedir. Genel olarak yemek yemeyi dikkate almayan, önemsemeyen çocuklar; hassas bir durumuyla alakalı olarak yediklerini kısıtlayan çocuklar (örn. yiyeceklerin bazıları iştah açıcı değildir) ve kötü yaşanmışlıktan dolayı yemeyenler (örn. daha önce yemek yerken tıkanmış olabilir). Ancak bu bozukluk her durumda bu davranışın sonuçları ve tanımı itibarıyla günlük yemek seçme davranışından ayrılmaktadır (Morrison, 2016).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) KKAYB için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

A. Aşağıdakilerden en az bir tanesinin görüldüğü, doğru beslenme ve/veya enerji ihtiyacının devamlı olarak karşılanamaması ile ortaya çıkan bir yeme veya beslenme bozukluğu (örn. yemek yemeye veya yiyeceklere yönelik açık bir şekilde ilgi duymama; besinlerin duyuşal özelliklerinden dolayı kaçınma; yemek yemenin tiksindiren sonuçlarıyla alakalı olarak kaygılanma).

1. Belirgin bir şekilde kilo kaybetme (veya çocuklarda olması beklenen kilo artışını sağlayamama veya büyümenin kesintiye uğraması).

2. Açıkça görülen bir beslenme eksikliği.

3. Beslenmek için enteral (tüp yardımıyla) veya besin destekçilerine ihtiyaç duyma.

4. Ruhsal ve toplumsal işlevsellikte açıkça görülen bir düşüşün yaşanması.

B. Bu bozukluk, yiyeceklere ulaşmada sıkını yaşama veya kültürel anlamda onaylanan bir durum ile daha iyi açıklanamaz.

C. Bu Yeme Bozukluğu sadece AN veya BN tanılarının gidişatı esnasında görülmemektedir ve bireyin kilosunu veya şeklini nasıl algıladığı ile alakalı bir bozukluk olmasına ilişkin bir kanıt bulunmamaktadır.

D. Bu Yeme Bozukluğu eşzamanlı bir şekilde var olan bir sağlık durumu ile ilişkilendirilemez veya başka bir psikiyatrik bozukluk ile daha iyi açıklanamamaktadır. Bu bozukluk başka bir durumda veya bozukluk esnasında görülürse söz konusu durum veya bozukluğun sebep olabileceğinden daha ağır olur ve ayrı bir şekilde klinik açıdan değerlendirmeye ihtiyaç duyulur.

1.1.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu tanı grubu klinik açıdan bakıldığında belirgin derecede bir sıkıntıya veya sosyal, iş hayatı gibi alanlarda veya işlevsellik gerektiren herhangi bir alanda işlevsellikte sıkıntıya sebep olan, Beslenme ve Yeme Bozukluğunun semptom özelliklerinin baskın olduğu fakat bu durumun belirtilerinin beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi bir bozukluğun tanı kriterlerine karşılık gelmediği durumlar için ve bireydeki semptomların Beslenme ve Yeme Bozuklukları kümesindeki herhangi biri için tanı kriterlerini karşılamamasının özel nedeni klinisyenler tarafından tartışılmak istendiğinde kullanılır (Köroğlu, 2013).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5-TR) (Köroğlu, 2013) yer verilen bazı örnekleri şunlardır:

1. Değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza: Bu tanıya sahip kişilerde belirgin bir kilo kaybı vardır ancak kişi, kilosu normal veya normalin üzerinde olmasının dışında AN için diğer bütün tanı kriterlerini karşılar.

2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): Bu tanıya sahip kişilerde tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların ortalama hastada bir seferden daha az ve/veya üç aydan daha kısa olması söz konusudur ve bunun dışında kişi BN için diğer bütün tanı kriterlerini karşılar.

3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): Bu tanıyı alan kişiler tıknırcasına yeme davranışını ortalama olarak haftada bir seferden daha az ve/veya üç aydan daha kısa bir zamanda gösterirler bunun dışında TYB tanısı için diğer bütün tanı kriterleri karşılarlar

4. Çıkarma Bozukluğu: Bu tanıya sahip kişiler kilosunu veya vücut şeklini etkileyebilmek için tıknırcasına yeme davranışı olmadan tekrarlayıcı bir şekilde kendi kendini kusturarak veya laksatif, diüretik ve bu tarz ilaçları yanlış yere kullanarak çıkarma davranışında bulunurlar.

5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu: Bu tanıyı taşıyan kişilerin tekrarlayıcı bir biçimde uykudan uyanarak yemek yeme veya akşam yemeğinin ardından aşırı derecede yemek tüketme gibi dönemleri vardır. Kişi yemek yediğinin farkındadır ve öncesinde yemek yediğini de anımsar. Bu durum kişideki uyku uyanıklık döngüsündeki farklılıklarla veya toplumsal, kültürel değerler gibi dış faktörlerle daha iyi bir şekilde açıklanamaz. Ayrıca kişi için işlevsellikte sorunlara ve bir sıkıntıya sebep olur. Yine bu durum düzensiz yeme örüntüsü, TYB veya madde kullanımı da dahil olmak üzere başka bir psikiyatrik bozuklukla ve başka bir fizyolojik sorunla veya bir ilacın etkisine bağlı olarak açıklanamaz.

1.2. YEME BOZUKLUKLARINDA EPİDEMİYOLOJİ

Beslenme ve Yeme Bozukluğu üzerine yapılan yaygınlık çalışmalarının genelinde psikiyatrik olgu ve hastanelerin tıbbi kayıtları ele alınmaktadır. Bu nedenle toplumdaki yaygınlık oranları tam olarak ifade edilememektedir (Hoek, 2006). Bununla beraber yaygınlık tahminleri konusunda değişiklikler söz konusu olabilmektedir. Çünkü bu rahatsızlıklara sahip kişiler, genellikle durumlarını dile getirme konusunda isteksiz davranabilmekte ve özellikle AN hastaları genellikle herhangi bir hastalıkları olduğunu reddetmektedirler. BN hastaları ise görünüşleri genellikle normal olduğundan ve tıknırcasına yeme atakları konusunda kendilerini iyi derecede izole edebildiklerinden dolayı tespit edilmeleri biraz daha zordur (Polivy ve Herman, 2002).

Başlangıç yaşı ile ilgili olarak yapılan çalışmalar AN için genellikle 15-19, BN için ise genellikle 20-24 yaş arası kadınların risk grubunda olduğunu göstermektedir (Hoek ve van Hoeken, 2003). Bununla beraber Yeme Bozuklukları genellikle genç kadınlarda görülmektedir ve yapılan çalışmalar özellikle AN ile BN için vakaların %75'inde, TYB için ise vakaların %50'sinde 22 yaşından önce başladığını göstermektedir (Hudson ve diğerleri, 2007). Yapılan bir başka çalışmaya

göre de Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun genellikle 30-50 yaş arasında görülmekle birlikte bu tanıyı alan hastaların çoğunun da AN ya da BN hastalarından yaşlı olduğu bilinmektedir (Butcher, Mineka, Hooley, 2013).

Yaşam boyu görülme oranları açısından bakıldığında Ulusal Komorbidite Anketi replikasyonuna dayanan yaşam boyu yaygınlık tahminlerine göre TYB, AN ve BN için yaşam boyu görülme sıklıkları sırasıyla kadınlarda %3,5, %0,9 ve %1,5, erkeklerde ise sırasıyla %2, %0,3 ve %0,5 olarak tespit edilmiştir (Hudson ve diğerleri, 2007). Bu oranlara göre de yaygınlık tahminleri açısından en yaygın görülen Beslenme ve Yeme Bozukluğunun TYB, en nadir görülenin ise AN olduğu söylenebilir.

Cinsiyet farklılıklarına göre bakıldığında ise Beslenme ve Yeme Bozukluklarının kadın-erkek ayrımı açısından oldukça farklı sonuçları olmaktadır. Yapılan çalışmalar Beslenme ve Yeme Bozukluğuna sahip hastaların %90-95'inin kadın olduğunu göstermektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Aynı şekilde yapılan tahminlerde her bir erkeğe karşılık olarak 10 kadında Yeme Bozukluğu olduğu görülmektedir (Hoek ve Van Hoeken, 2003). Corson ve Andersen (2002) yaptıkları bir çalışmada erkeklere Yeme Bozukluğu tanısı koymakla ilgili zorlukları şu şekilde açıklamışlardır: ilk olarak Yeme Bozuklukları genellikle 'kadın sorunu' şeklinde algılanmaktadır ve DSM-IV kriterlerinin baz alındığı zamanlarda tanı kriterleri için cinsiyet yanlılığı söz konusudur (örn. mensturasyon kriteri). Ayrıca klinisyenler tarafından tıkınırcasına yeme genellikle erkekler için zayıf olma ve zayıf kalma takıntısından ziyade iştahın fazla olması şeklinde değerlendirilmektedir.

DSM-5'te Yeme Bozuklukları açısından tanı kriterlerinde yapılan değişikliklerle birlikte yaygınlık oranlarının yükseldiği bilinmektedir ve DSM-5 kriterlerinin baz alındığı çalışmalarda AN için sıklık-yaygınlık oranlarının neredeyse iki katına çıktığı; BN için ise yaygınlığın %30 civarında arttığı görülmektedir (Smink, Van Hoeken ve Hoek, 2013).

Yapılan çalışmalar AN ve BN yaygınlık oranlarının son 50 yılda ciddi derecede arttığını göstermektedir ve bu artışın bir sebebinin de bu hastalıkların daha fazla bilinmesi ve raporlanması ile alakalı olduğu düşünülmektedir (Wakeling,

1996). Öte yandan batı kültürlerinde, özellikle genç kadınlarda, 20.yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan güzellik ikonlarının inceliği ve kadın dergilerinde kilo vermekle ilgili makalelere daha fazla yer verilmesinin de Yeme Bozukluklarının yaygınlaşmasına katkı sağladığı bilinmektedir (Owen ve Laurel-Seller, 2000; Rubinstein ve Caballero, 2000). Bununla birlikte batı kültürlerinde yapılan çalışmalarda ise yazarlar, batılılaşmanın etkisinde kabul edilen ancak batılı olmayan ülkelerde bedene yönelik hoşnutsuzluk ile alakalı olarak Yeme Bozukluklarının görülme sıklığının arttığına dikkat çekmektedirler. Batı ülkeleri tarafından yapılan çalışmalar, Yeme Bozukluklarının etnik azınlık grupları içerisinde daha sık görüldüğünü dile getirmektedir (Hoek ve Van Hoeken, 2003; Van Son ve diğerleri, 2006).

Yapılan son çalışmalar, özellikle genç kadınlar ile ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerindeki kızlarda problemlili yeme davranışlarının veya vücutları, kiloları hakkındaki çarpık benlik algılarının daha fazla olduğunu göstermektedir (Butcher, Mineka, Hooley, 2013). Örnek olarak, yapılan bir çalışmada 4746 lise ve ortaokul öğrencisinin dahil edilerek oluşturulduğu bir örnekleme kız öğrencilerin %41,5'inin, erkek öğrencilerin ise %24,9'unun beden imgeleri ile alakalı problemleri olduğu saptanmıştır ve kız öğrencilerin üçte birinden fazlası, erkek öğrencilerin ise neredeyse dörtte biri benlik değeri açısından vücut şekillerine ve kilolarına çok önem verdiğini belirtmiştir (Ackard, Croll ve Kearney-Cooke, 2002).

Ülkemizde de Beslenme ve Yeme Bozukluklarının epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Örnek olarak, Sivas'ta 18-44 yaş arasındaki bireylerle yapılan bir araştırmada Yeme Bozukluklarının yaygınlığının %1,5 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Semiz ve diğerleri, 2013). Edirne'de ergenlerle yapılan bir araştırmada ise Yeme Bozukluklarının yaygınlık oranı %2,3 olarak belirlenirken bu oran ergen kızlarda ise %4 olarak bulunmuştur (Vardar ve Erzenin, 2011).

Yapılan bazı çalışmalar da söz konusu Yeme Bozuklukları olduğu zaman normal sayılabilecek şekilde diyet yapanların bazı zamanlarda patolojik sayılabilecek şekilde uygunsuz diyetlere başvurduğunu, bu durumun bazı kişilerde kısmi ya da tam sendromlu Yeme Bozukluklarına sebebiyet verebileceğini ve hafif sayılabilecek

düzyeyde olan belirtilerinin de zamanla ciddileşebileceğini ortaya koymaktadır (Shisslak, Crago ve Estes, 1995).

Son olarak Yeme Bozukluğu tanısı alanların üçte biri ilk tedavilerinin ardından 5 ila daha fazla yıl sonra bile tanı ölçütlerini karşılamaya devam etmektedir (Fairburn ve diğerleri, 2000; Keel ve diğerleri, 1999). Hayati risk açısından da oldukça riskli olan Yeme Bozukluklarında başlıca ölüm sebebi intihar olarak bilinmekte ve her beş ölümden biri de intihar kaynaklıdır. İntihar da dahil ölüm oranları ise %5 ile %8 arasındadır (Herzog ve diğerleri, 2000; Smink, Van Hoeken ve Hoek, 2013).

1.3. YEME BOZUKLUKLARINDA ETİYOLOJİ

Beslenme ve Yeme Bozukluklarının etiyojisine yönelik bulgular tartışma konusudur ve net bir sebebin varlığından söz edilememektedir. Fakat genetik etkenler, aile etkileşimleri, sosyokültürel ve bireysel faktörler gibi çeşitli etkenler bu bozuklukların ortaya çıkışında çeşitli derecelerde rol oynamaktadırlar (Yücel, 2009).

1.3.1. Biyolojik Açıklamalar

Yeme Bozukluklarının etiyojisine yönelik yapılan araştırmalarda genetik faktörü önemli bir yere sahiptir çünkü yapılan çalışmalarda Yeme Bozukluğu tanısına sahip hastaların diğer aile üyelerinde de Yeme Bozukluklarının görülme eğiliminde olduğu saptanmıştır (Bulik ve Tozzi, 2013). Yapılan ikiz çalışmalarında AN tanısı alan hastalar için kalıtsal ve ailesel geçişi destekleyecek şekilde veriler elde edilmiştir ve bu çalışmalarda çift yumurta ikizleri için eşhastalanmaya rastlanmazken, tek yumurta ikizlerinde ise bu oran %29-50 arasında belirlenmiştir (Rikani ve diğerleri, 2013). Bununla beraber yapılan diğer çalışmalarda da AN ve BN tanısı alan hastaların biyolojik akrabalarında da bu bozuklukların görülme ihtimalinin daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Aynı zamanda Yeme Bozukluğu tanısı konan bireylerin birinci dereceden akrabalarında anksiyete, kişilik bozukları, madde kötüye kullanım ve duygudurum bozukluklarının da normal popülasyona oranla daha sık görülmesi de genetik yatkınlık konusunu destekleyici niteliktedir (Kuruoğlu- Çepik, 2000). Yapılan kapsamlı bir çalışmada da AN tanısı alan bireylerin akrabalarında da bu hastalığın görülme riskinin sağlıklı kontrol grubunda

yer alan bireylerin akrabalarına oranla 11,4, BN için ise bu oranın 3,7 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Strober ve diğerleri, 2000). Yeme Bozukluklarının etiyojisi ile ilgili olarak yapılan aile çalışmaları birbirinden farklı sonuçlar verse de ailesel yatkınlıklar ve AN ve BN arasındaki çapraz geçişler dikkate alındığında ortak etiyojistik nedenlerin var olduğunu düşündürmektedir (Kuruoğlu- Çepik, 2000).

Nörotransmitterler açısından bakıldığında ise serotonin nörotransmitterinin düzenlemesinde etkili olan genler ile Yeme Bozuklukları arasında bir etkileşim olduğu düşünülmektedir (Bulik ve Tozzi, 2013). Serotonin yollarının duygudurum, beslenme ve dürtü kontrol ile oldukça ilişkili olduğu bilinmektedir ve bu sebeple de bu alanda serotonin nörotransmitteri üzerinde çokça durulmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bununla ilgili olarak yapılan bir çalışmada da AN tanısı alan hastaların beyin omurilik sıvılarında serotoninin yıkım ürünü olan 5-OH indol asetik asit düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu sonucun, nöral serotonin metabolizmasının genetik sayılan bir özelliği ile değil de bu tanıyı alan kişilerin düşük seviyede protein alımıyla da ilgili olabileceği düşünülmektedir (Zandian ve diğerleri, 2007).

Hipotalamik-hipofizer gonadal eksende ise AN tanısı alan bireylerde ergenlik öncesi döneme dair bir gerilemeye rastlanmaktadır ve bu sebeple laboratuvar ve klinikte yapılan değerlendirmelerde ‘hipotalamik hipogonadizm’ mevcuttur. Ancak bozukluğun düzelmesi ve vücut ağırlığının normal düzeye dönmesiyle bu durumun düzelmesi beklenmektedir (Yücel, 2009).

Beyin görüntüleme çalışmaları açısından bakıldığında ise çalışmalar AN tanısı alan kişilerde gri cevherde biraz daha belirgin olmakla birlikte beyaz ve gri cevher hacminde belirgin derecede bir azalmanın olduğunu ve karıncıklarda da bir genişlemenin meydana geldiğini göstermektedir (Seitz ve diğerleri, 2014). Aynı şekilde BN için de AN tanısı alan kişilerdeki kadar olmasa da yine onların da beyaz ve gri cevher oylumunda bir azalma meydana geldiği tespit edilmiştir (Wagner ve diğerleri, 2006). Bu alanda yapılan birtakım araştırmalar da bilişsel eksiklikler, hastalığın gidişatı ile gri cevherin hacmi arasında bir ilişki olduğunu ifade etmektedir ve yapılan sağaltım çalışmaları ile de kısa bir zaman sonra gri cevher oylumunda

%50, beyaz cevher hacminde ise tama yakın bir iyileşme sağlandığı görülmüştür (Seitz ve diğerleri, 2014).

Ek olarak AN tanısı alan kişilerde düşük leptin düzeyine benzer şekilde nöroendokrin farklılıklar ile hiperkortizolizm ve düşük T3 gibi hormonal farklılıklar tespit edilmektedir ancak bu değişimlerin AN açısından bakıldığında bir neden olmaktan ziyade bir sonuç olabileceği düşünülmektedir (Katzman, 2005).

1.3.2. Bireysel ve Psikolojik Açıklamalar

Yeme Bozukluklarının gelişiminde bireye özgü birçok faktör söz konusudur ve bu faktörlerden bazıları kişilik özellikleri, özsaygının düşüklüğü gibi kişide devamlı olarak görülen durumlardan kaynaklı olabileceği gibi kişisel deneyimler veya çevre ile ilişkilerden de kaynaklı olabilmektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Bireysel risk faktörleri açısından ilk olarak cinsiyet faktörü önemli bir konudur ve kadın olmak Yeme Bozukluklarının gelişiminde özellikle de AN ve BN için önemli bir risk faktörüdür (Jacobi ve diğerleri, 2004). Ek olarak bu bozukluklar için ergenlik döneminde olmak da önemli bir risk faktörüdür ancak TYB için bu zaman ergenlik döneminden daha ileri bir döneme denk gelmektedir ve cinsiyet açısından bakıldığında da TYB erkeklerde daha fazla görülen bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

Cinsiyet faktörüne ek olarak bireysel risk faktörlerinin arasında olumsuz duygulanım, beden hoşnutsuzluğu, stresli yaşam olayları, depresif ruh hali, düşük özsaygı, anksiyete, öfke gibi aşırıya kaçan duygular, aile ve çevreden gelen kilo ve vücut şekli ile alakalı baskılayıcı ve alaycı tavır, zayıflığı ideal olarak gösteren medyaya maruz kalma, travma, istismar, bireyselleşmenin karşısında duran, sürekli her şeye karışan ve aşırıya kaçan koruyucu tavırları olan aile yapısına maruz kalma yer almaktadır (Polivy ve Herman, 2002; Stice, 2002; Yücel, 2009).

Bireysel risk faktörleri arasında sayılabilecek bir diğer durum da mükemmeliyetçiliktir. Mükemmeliyetçi sayılan insanlar genellikle zayıflık idealine bağlanan ve sürekli sebepsiz yere mükemmel bedene ulaşmaya çalışan kişiler olarak görülmektedir. Halmi ile arkadaşlarının (2000) bununla ilgili yürüttüğü bir araştırmada uygulan mükemmeliyetçilik ölçeklerinin sonuçlarının Yeme Bozukluğu

görülme yen kontrol grubuna oranla AN tanısı alan 322 kadın için daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kişinin bedenine yönelik hoşnutsuzluğun artması da kilo verme yöntemlerine başvurmasına, sıklıkla da diyet yapmasına sebebiyet vermektedir ve bu durum da Yeme Bozukluklarının ortaya çıkışı açısından risk oluşturan bir diğer faktördür (Polivy ve Herman, 2002). Ergen kızlarla yapılan geniş örnekleme olan çalışmalarda izleme döneminin ardından beden memnuniyetsizliğinin ve diyet yapmanın BN açısından tetikleyici olduğu ve AN tanısı alanların ise çok büyük bir kısmının diyet yaptığı sonucuna ulaşılmıştır (Johnson ve Wardle, 2005; Patton ve diğerleri, 1990).

Son olarak Yeme Bozukluklarının genellikle sorunlarla baş etme noktasında yapıcı yolları olmayan kadınlar tarafından başvuru lan bir başa çıkma mekanizması olduğu görülmektedir (Ward ve diğerleri, 1996). Bu kişiler, dikkatini vücut şekline, kilosuna ve yemek yeme davranışına odaklayarak duygularının kontrolünde bir nebze de olsa etkili olabileceğini düşünmektedir. AN hastaları yiyeceklerden kaçınarak, hiçbir zaman yeterli olmasa da ideal gördüğü zayıflığa ulaşarak, BN hastaları ise beslenme konusunda aşırıya kaçarak ve daha sonrasında temizlenerek kısmi de olsa bir duygusal rahatlama elde etmektedirler. Bu durum, her ikisi için de kilo vermeye yönelik takıntılı düşünceler ve davranışlara yönelik sıkıntılardan kurtulmak, kimlik kaygılarını yönlendirmek ve daha büyük sorunlardan kaçabilmek için sınırlı ancak uygulanabilir bir yöntem sağlamaktadır (Polivy ve Herman, 2002).

1.3.3. Ailesel ve Sosyokültürel Açıklamalar

Yeme Bozukluklarına dair yapılan çalışmalar sıklıkla sonuçların kültürden kültüre de değişiklik gösterdiğini ve özellikle üst sosyoekonomik kesimde ve batı kültürlerinde bu bozukluklara daha çok rastlandığını ortaya koymaktadır. Özellikle zayıf olmaya yönelik baskıların üst sosyoekonomik düzeylerde çok daha fazla olması ve AN tanısı alan genç kadınların da sıklıkla bu gruplardan geliyor olması bu durumu kanıtlar niteliktedir ancak BN için ise yapılan çalışmalar eşit bir dağılımın olduğunu göstermektedir (McClelland ve Crisp, 2001). Bununla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar da sadece batı ülkelerinde değil zamanla artan küreselleşme, sanayileşme ve kentleşmeye uygun olarak Yeme Bozukluklarının Arap Yarımadası'nda ve Asya

Ülkeleri'nde de arttığını göstermektedir (Pike, Hoek ve Dunne, 2014). Dağılımlar her ne kadar değişiklik gösterse de özellikle yirminci yüzyıllardan itibaren kadınlar arasında zayıflığın ideal görülmesi ve bu yönde baskıların olmasıyla birlikte AN ve BN oranlarının arttığını ve zayıflığın idealize edilmesinin YB riskini arttırdığını göstermektedir (Keel ve Forney, 2013).

İdeal vücut imgesi sıklıkla kültürden kültüre değişiklik göstermektedir ve genellikle açlığın, yoksulluğun fazla olduğu toplumlarda yuvarlak hatlı, balıketli vücut tipleri tercih edilirken, yemeğin bol olduğu üst sosyoekonomi düzeyine sahip topluluklarda ise zayıflık takıntısının daha ön planda olduğu, zayıflığın daha çok tercih edildiği görülmektedir. YB dair sosyokültürel farklılıkların temelinde de bu durumun etkili olduğu düşünülmektedir (Polivy ve Herman, 2002). Yıllar içerisinde değişen güzellik algıları, zayıflığın güzellikle alakalı olduğuna inanılması ve önemli bir olumlu özellik olarak da kabul edilmesi, özellikle genç kızların Yeme Bozukluklarına yakalanma oranlarının artmasında rol oynayabilmektedir (Yücel, 2009).

Yeme Bozukluklarında etkili olan bir diğer kavram da beden algısı kavramıdır. Beden algısı bireyin bedenini nasıl algıladığı, bedenini nasıl değerlendirdiğini ifade ederken, beden imgesi ise sahip olmak istediği, hayalini kurduğu, ideal gördüğü beden anlamına gelmektedir ve bireyin kendisi ile ilgili bu algıları da akran, aile ve medya gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bununla ilgili ergenlerle yapılan bir araştırmada Yeme Bozukluklarının risk faktörleri arasında ilk sırada aile ve akran ilişkilerinin, ikinci sırada ise medyanın etkisinin yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Ricciardelli ve McCabe, 2003). Bu sebeple medya faktörü YB açısından ele alınması gereken önemli bir konu haline gelmiştir, çünkü günümüzde ideal beden ile ilgili toplumsal baskı medya kanalı kullanılarak yapılmaktadır (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002).

Yeme Bozukluklarının etiolojisine ilişkin bir diğer konu da ailesel faktörlerdir. Çünkü aile, bireyin topluma karışmasında, kişiliğinin oluşmasında etkin bir rol oynamaktadır ve özellikle toplumun sosyokültürel özelliklerini kişiye aktarmaktadır (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Bu sebeple Yeme Bozukluklarının etiolojisine dair yapılan çalışmalarda aile faktörü sıklıkla yer almıştır ve bu konuda

YB tanısı alan ergenlerin ailelerinin diğer ailelere oranla işlevselliğinin daha problemli olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Holtom-Viesel ve Allan, 2014). Yine aynı şekilde Yeme Bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerinin genellikle duygusal olarak uzak, mükemmeliyetçi, yalnız bırakan, kontrolcü, mesafeli, kısıtlayıcı, aşırı koruyucu ve sıklıkla da reddedici tavırları olan kişiler olduğuna dair bilgiler literatürde yer almaktadır (Maner ve Aydın, 2007). Bu tarz ailelerde büyüyen ve kendilerini oldukça yalnız, terk edilmiş, reddedilmiş hisseden kişiler aileleri tarafından da anlaşılmadıklarını düşünmektedirler ve bu sebeple de onay alma, kendilerini kanıtlama ihtiyaçlarını bedensel özellikleri üzerinden ispatlamaya çalışabilecekleri ifade edilmektedir (Toker ve Hocoğlu, 2009). Ayrıca Yeme Bozukluğuna sahip birçok kişinin ailesinde de zayıflığa dair bir takıntının olduğu, uzun süren diyetlere başvurdukları, fiziksel görünümleri ile ilgili endişe taşıdıkları ve hastaların da tıpkı aileleri gibi mükemmeliyetçi oldukları görülmektedir. Bu sebeple aile tarafından sıklıkla kilo ve vücut şekli ile alakalı eleştiri duymanın da olumsuz yeme davranışlarıyla ilişkisinin olabileceği ifade edilmektedir (Garner ve Garfinkel, 1979; Levine, Smolak ve Hayden 1994; Woodside ve diğerleri, 2002). BN tanısı olan bireylerle yapılan bir çalışmada da hastaların çok büyük bir kısmının aile baskılarından sonra kilo vermek amacıyla diyetle başvurdukları saptanmıştır (Maner ve Aydın, 2007).

Gelişimsel kuram da bu konuyla ilgili olarak, özerklik kazanma döneminde çocuğunun bireyselleşmesine izin vermeyen ailelerde çocuk için zamanla özerklik kazanabildiği tek alanın yeme davranışı olabileceğini savunmaktadır (Kabakçı ve Demir, 2001). Bu görüşle ilgili olarak Yeme Bozukluğu üzerine yapılan bazı aile çalışmalarında YB hastalarının çoğunun, özerk gelişimini zora sokan ve onun çocuksu kalmasına neden olabilecek tavırlar sergileyen aileleri olduğu ileri sürülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Ayrıca AN tanısı almış bireylerin üçte birinden fazlası da Yeme Bozukluklarının ortaya çıkışında ailelerinde meydana gelen davranış problemlerinin de bir faktör olduğunu ifade etmektedirler (Tozzi ve diğerleri, 2003). Aynı şekilde BN tanısı alan hastalarla yapılan bir çalışmada da kişilerin kontrol grubunda olan kişilere oranla daha fazla yalnızlık duygusuna sahip

oldukları, ailelerinde ise bakım ve empati konusunda ciddi derecede problemlerin olduğu tespit edilmiştir (Maner ve Aydın, 2007).

Rastam ve Gillberg (1991) tarafından yapılan bir araştırma sonucuna göre de AN tanısı alan çocuk ve ergenlerin ailelerinde kontrol grubuna oranla daha fazla psikiyatrik bozukluk, alkol tüketimi, ölüm, ayrılma ve kumar oynama gibi problemler saptanmıştır. YB ile aile/ebeveyn ilişkilerinin incelendiği bir araştırma sonucunda da YB tanısı alan kızlar ile ebeveynlerinin kişilik özellikleri arasında doğrudan bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada YB tanısı alan kişilerin kendilerini yönetebilme becerilerinin düşük, bununla birlikte AN tanısı alan hastaların babalarının, BN tanısı alanların ise annelerinin kendilerini yönetebilme becerilerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fassino, Amianto ve Abbate-Daga, 2009). Ek olarak yapılan bir başka çalışmada ailede aşırı miktarda besin tüketme davranışının olması, aile bütünlüğünün bozulmuş olması, ebeveyn kaybı TYB açısından risk faktörü olarak tespit edilmiştir ancak araştırma sonuçlarına göre bu durum BN ve AN için geçerli değildir (Hilbert ve diğerleri, 2014).

1.4. YEME BOZUKLUKLARINDA DEĞERLENDİRME, PROGNOZ VE TEDAVİ

1.4.1. Değerlendirme

Beslenme ve Yeme Bozuklukları etiyolojisi itibariyle birçok faktörü içermektedir ve hayati tehlike açısından da oldukça riskli bir bozukluktur. Bu sebeple çok yönlü bir değerlendirmeye ihtiyaç duymaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Psikiyatrik ve psikolojik değerlendirmenin yanı sıra hayati fonksiyonlara zarar vermesi sebebiyle tıbbi değerlendirme de oldukça önem kazanmaktadır. Hastayı kapsamlı bir şekilde değerlendirmek önemlidir ve bu sebeple hasta hakkında edinilmesi gereken birçok bilgi mevcuttur (Garner ve Bemis, 1982). Özellikle beslenme alışkanlıkları, başvurduğu diyetler, geçmiş öyküsü, vücut ağırlığında meydana gelen değişimler ve mevcut durumu hakkında bilgi almak önemlidir. Bunlara ek olarak patolojisi hakkında bilgi almak da önemlidir. Tıkınırcasına yeme ve besin alımını ciddi derecede azaltma davranışları, kendini kusturma, ilaç kullanma veya aşırı derecede egzersiz gibi telafi edici davranışları, kilo hakkındaki

düşünceleri, ailenin YB veya diğer psikiyatrik bozukluklara dair öyküsü, tedaviye bakışı ve daha öncesinde başvurduğu tedaviler hakkında kapsamlı bilgileri edinmek önemlidir (Fairburn ve diğerleri, 2004). Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tespiti noktasında kullanılan bazı envanterler vardır. Bunlardan bazıları şunlardır: tanı koymak için kullanılan Yeme Bozukluğu Tanısal Skalası (Eating Disorder Diagnostic Scale) (Stice, Telch ve Rizvi, 2000), Yeme Tutumları Testi (Garner ve Garfinkel, 1979), bulimik semptomları değerlendirmek, şiddetini belirlemek amacıyla hazırlanmış bir kendini bildirim testi olan Edinburg Bulimiya Araştırma Testi (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh) (Henderson ve Freeman, 1987), Yeme Bozukluğu Envanteri (Eating Disorder Investigation), Bulimik Düşünceler Ölçeği, Yeme Kişisel Etkinlik Ölçeği, Üç Faktörlü Yeme Anketi ve öz bildirim envanteri olan Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire) (Tury, Güleç ve Kohls, 2010).

1.4.2. Prognoz

Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tedavisi noktasında karşılaşılan zorluklar oldukça fazladır. Bu tanıyı alan kişiler sıklıkla iyileşme konusunda kararsız bir tavır sergilemektedirler ve ağır gidişat seyredenlerin %17'sinin kendi istekleri dışında hastaneye yatışları gerçekleştirilmektedir (Watson, Bowers ve Andersen, 2000). Hastaneye yatışlar genellikle AN için yaşamsal fonksiyonlar tehlikeye girdiği zaman tercih edilir ve kilonun hayati tehlikeye sebep olmayacak bir düzeye getirilmesi, bu sebeple de damar içi beslenme gibi tedavilerin uygulanması söz konusu olabilmektedir (Andersen, Bowers ve Evans, 1997). Ayrıca AN hastaların genellikle ilk iki yılda olmakla birlikte ortalama beş sene içerisinde bulimik belirtiler gösterme oranı da %15 civarındadır ve tedaviden faydalanması zor olan hastalar olarak bilinmektedirler (Fairburn ve diğerleri, 2004). AN hastalarında ortalama olarak %40-50 civarında tamamen iyileşme görülürken, %30-40 civarında kısmi iyileşme, %20'sinde ise hastalığın süreklilik seyrettiği görülmektedir ve %33'ünde de hastalık yeniden ortaya çıkmaktadır (Yıldız, 2009; Herzog ve Eddy, 2007). BN için ise tedavi genellikle ayaktan yürütülmektedir ve uygulanan psikoterapiler ve ilaçlarla semptomlarda azalma sağlansa da uzun süreli tam bir başarı elde edilememektedir. Ayrıca vakaların yaklaşık olarak üçte biri de ilk tedavilerinden ortalama 5 sene sonra

yeniden belirti gösterebilmektedirler (Fairburn ve diğerleri, 2000; Keel ve diğerleri, 1999; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bunun yanı sıra hastaların yarısından fazlası da tedaviye başladıkları zamandan itibaren geçen en az 5 senelik zaman diliminde de önemli derecede iyileşme göstermektedirler (Casper & Japine, 1996; Steinhausen, 2002). Ancak tedaviyi bırakma oranları da az değildir. AN için bu oran yaklaşık olarak %50 civarında iken BN için ise %15 civarında olduğu bilinmektedir (Mahon, 2000). YB ölüm oranları nedeniyle de ciddiye alınması gereken hastalıklardandır ve özellikle AN madde kullanım bozuklukları ile birlikte ölüm oranlarının en yüksek olduğu psikiyatrik bozukluklardandır. BN açısından bakıldığında da AN kadar olmasa da ölüm riski yüksektir ve bu oran intihar da dahil olmak üzere ortalama %5 ile %8 arasındadır (Herzog ve diğerleri, 2000). Her ikisi için de başlıca ölüm sebebi intihardır ve her 5 ölümden biri de intihar kaynaklıdır (Smink, Van Hoeken ve Hoek, 2013). Hastalığın prognozu açısından belirleyici olan birtakım faktörler vardır. Vakanın çıkarma davranışlarının olmaması, tedavi sonrası kilosunun normale dönmesi, eşlik eden tanılarının olmaması, hasta takibinin iyi yapılması, belirtilerin şiddetinin az olması, belirtilerin erken zamanda ve kısa süre için görülüyor olması iyi bir prognoz için önemlidir (Steinhausen, 2002). Hastanın kilosunun çok düşük olması, telafi edici davranışlara sıklıkla başvurulması, hastalığın uzun süredir varlığı, hastalığın ilerleyen yaşlarda ortaya çıkması, obsesif kompulsif kişilik özelliğinin varlığı, düşük benlik saygısı, çatışmalı aile ilişkilerinin varlığı, eşlik eden tanıların olması ve daha önce başvuru alan hastaların tedavilerinin başarısızlıkla sonuçlanması gibi durumlar da kötü bir prognoz için belirleyicidir (Yager, 2007).

1.4.3. Tedavi

Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tedavisi oldukça zorlayıcıdır. Özellikle hangi tedavinin etkili olacağına karar vermek oldukça güçtür ve bunun sebepleri genellikle yeteri kadar araştırmaların olmamasına, hastaların tedaviye başvurma oranlarının düşük ve tedaviye devam noktasında da kararsız olmalarına dayanmaktadır (Butcher, Mineka, Hooley, 2013; Steinhausen, 2002). Hasta bazı durumlarda ayakta bazı durumlarda ise yatarak tedavi edilmektedir ve özellikle hastaneye yatış AN tanısı alanlarda daha fazladır. Çok uzun bir süredir kilo kaybının varlığı, mevcut kilonun hayati risklere sebep olması, ayaktan tedavi olmasına rağmen

kilo kaybetmeye devam etmesi, aile ortamının kişiyi olumsuz yönde etkilemesi, hastanın şehir dışında yaşaması ve eşlik eden başka tanılarının olması gibi durumlarda hastaneye yatış gerekebilmektedir (Yücel, 2009). Hastaneye yatış hastanın hayati tehlikesi açısından kurtarıcı olmaktadır ancak hastanın hastalığına dair içgörüsünün düşük ve tedaviye yönelik de çoğunlukla kararsız olması, kendisi gibi aşırı zayıf kimselerle aynı ortamda kaldığında hastalarla arasında kimin daha çok anoreksiya olduğu konusunda çekişmelerin olmasına sebep olabilmektedir (Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007).

Yeme Bozukluklarının tedavisinde özellikle de AN için 1950'lere kadar medikal bakışın önemli bir yer tuttuğu ve tedavilerin de bu doğrultuda yapıldığı ancak 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra bireysel terapilere de önem verildiği bilinmektedir. Daha sonra da aile terapisinin eklenmesiyle birlikte çok yönlü tedavilere geçiş sağlandığı görülmektedir (Steinhausen, 2002). Yapılan çalışmalar da Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tedavisi açısından içerisinde tıbbi bakımı, psikofarmakoterapiyi, bireysel terapiyi ve psikoeğitimi bulunduran çok yönlü tedavinin etkili olabileceğini vurgulamaktadır (Halimi ve diğerleri, 2000). Ek olarak da tedavi boyunca hastanın kilo değişimlerinin, besin alımının bir diyetisyen aracılığıyla takip edilmesi ve besin tüketimi hakkında kayıt tutulması da tedavinin etkililiği açısından önem taşımaktadır (Walsh, Wheat ve Freund, 2000).

Tedavi noktasında 2 temel amaç önemlidir. Bunlardan ilki hastanın Beslenme ve Yeme Bozukluğunu, ikinci olarak da uygunsuz beslenme, çıkarma davranışlarını düzeltmektir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bu sebeple de tedavinin, başında psikiyatri uzmanının var olduğu ve içerisinde diyetisyen, dahiliye doktoru, diş hekimi, fizik tedavi uzmanı ve psikolog gibi profesyonellerin olduğu bir ekip ile birlikte yönetilmesi önemlidir (Yücel, 2009).

Hastalığın etiyolojik olarak birçok sebebe dayanması ve özellikle geçmiş yaşantıdan kaynaklanan güven eksikliği, kontrolü elinde tutma isteği, motivasyonun genellikle düşük olması, kararsız olunması gibi psikolojik faktörler tedavinin gidişatı açısından oldukça önemli ve etkilidir. Bu sebeple hangi tedavi kullanılırsa kullanılsın öncelik daima hasta ile güven ilişkisi kurmak olmalıdır (Oral ve Şahin, 2008).

1.4.3.1. Farmokoterapi

Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tedavilerinde ilaçların etkililiğini gösteren çalışmalar hala daha sınırlıdır ve psikoterapilere ek olarak işe yaradığı bilinmemektedir. AN hastaları için psikotrop ilaçların pek fazla bir yarar sağlamadığı ancak bu ilaç grubundan yalnızca Olanzapinin kilo almada bir faydasının olduğu bilinmektedir ve bu hastalar için genellikle eşlik eden depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk gibi hastalıklara yönelik ilaçlar kullanılmaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). Bunun yanı sıra yine AN hastalarında vitamin alımı önemlidir bu sebeple hem ayaktan hem de yatarak tedavi görenler için çoklu vitamin ve mineral desteği sağlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Ayrıca mineral desteği alan bu hastaların da bu süre boyunca serum üre, kalsiyum, fosfor, magnezyum, elektrolit, bikarbonat düzeyleri ve EKG'leri de sıklıkla takip edilmelidir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). AN hastaları için ilaç tedavisinin yanında başka tedavilerin de uygulanmadığı durumlarda hastaların verilen ilaçları reddetmesine de sıklıkla rastlanmaktadır (Halmi ve diğerleri, 2005). BN içinse etkisini en fazla gösteren ilaç grubunun seçici serotonin geri alım inhibitörü antidepresanlar olduğu bilinmektedir (Yücel, 2009). Antidepresanların özellikle tıknırcasına yeme ataklarının sıklığını azalttığı ve hastanın duygudurumuna olumlu yönde etkisinin olup, dış görünüşe dair endişelerini de azalttığı görülmektedir (Walsh, Wheat ve Freund, 2000). Özellikle yapılan çalışmalar yüksek dozda (60 mg/kg) Fluoksetin ve Prozac ilaçlarının yeme ataklarının önlenmesinde ve hastalığın tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir ancak buna rağmen ilaç kesildikten sonra belirtilerin yeniden ortaya çıkışı da oldukça yüksek oranlarda seyretmektedir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). TYB için de genellikle depresyon ile beraber eş zamanlı görüldüğü için antidepresan ilaçlara ve bunun yanı sıra da iştahı bastıran, antikonvülsan gibi farklı türde ilaçlara başvurulmaktadır (Carter ve diğerleri, 2003). Ayrıca Yeme Bozukluğu hastaları için antisiyolitik ilaçlar da yeme davranışı ile ilgili endişeleri, kilo almaya ve kontrolü kaybetmeye yönelik korkuları sebebiyle de kullanılan ilaçlardandır (Walsh, Wheat ve Freund, 2000). Ancak yine de ilaç tedavileri bir noktaya kadar yarar sağlamaktadır ve en etkili tedavi için ilaç tedavisinin yanı sıra psikoterapiler de oldukça önemlidir.

1.4.3.2. Psikoterapi

Geçen son 25 yılda Beslenme ve Yeme Bozukluklarının tedavisinde uygulanan psikolojik tedavilerin geliştirilmesine ve değerlendirilmesine yönelik oldukça önemli ilerleme sağlanmıştır. Yapılan çalışmalar şu an için BN ve TYB tedavilerinde en çok Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT), AN için ise özellikle ergenlerde özel bir aile terapisinin uygulanmasının etkili olduğunu göstermektedir (Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007). Bu iki terapinin yanı sıra Kişilerarası Terapi ve Motivasyonel Terapi de gibi farklı terapiler de tedavilerde etkin olarak kullanılmaktadır.

Aile terapisi özellikle AN tanısı alan ergenlerin tedavisine yönelik en çok araştırılmasının yapıldığı tedavi yöntemidir. Bilinen, incelenmiş en iyi yaklaşımı da Maudsley modelidir ve ergenlere uygulandığında bu tedavi ortalama 6-12 ay arasında 10-20 seans sürmekle beraber tüm ailenin katılımına dayanan bu müdahale üç evreden oluşmaktadır (Lock ve le Grange, 2005). İlk evre olan 'Yeniden Beslenme Evresi' anne baba ile işbirliğinin sağlandığı ve çocuğun sağlıklı beslenmesine yönelik aileye eğitimlerin verildiği, çocuklarının beslenmesi ve kiloları üzerinde yetki sahibi olmaları konusunda ailenin yönlendirildiği evredir. İkinci evre olan 'Yeni Bir İlişkiler Örüntüsü Kurma Konusunda Uzlaşma Evresi' ise aile bireyleri arasındaki sorunların ele alındığı evredir. Üçüncü ve son olan 'Bitirme Evresi' de aile bireyleri arasında daha sağlıklı ilişkilerin geliştirilmesine odaklanılan evre olarak bilinmektedir. Bu model ilk defa Russell, Szmukler, Dare ve Eisler (1987) tarafından yapılan bir çalışmada AN tanısı alan bir grup hastanın hastaneye yattıktan sonra kilo kaybını önlemek amacıyla test edilmiştir ve yeni tanı alan genç hastalarda ilk 5 yılda %90 oranında belirtilerin azaldığı, tedavide etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra şu an için AN tanısı alan ergenlerin tedavisinde aile terapisinin etkili olduğuna dair yapılan çalışmaların da sayısı oldukça azdır ancak genellikle bu yaklaşımın benimsenmesinin sebebinin Maudsley modelinin diğer psikolojik tedavilere oranla daha fazla incelendiği ve kolay uygulanabilmesi olduğu düşünülmektedir (Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007).

AN tanısı alan yetişkinlerde ise belirtilerin devam etmesine sebep olan çarpıtılmış düşüncelerin yeniden yapılandırılmasına ve uyumsuz düşünme biçimlerinin değiştirilmesine odaklanan BDT'nin etkili olduğuna dair kanıta dayalı

çalışmalar mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Tedavi ortalama olarak 1-2 sene sürmektedir ve özellikle beslenme ile kiloya dair konularda olumsuz inançların, benlik ile ilgili olumsuz düşüncelerin değiştirilmesine odaklanmaktadır. BN ve TYB açısından da yapılan çalışmalar BDT'nin etkili olduğunu göstermektedir. Bu hastalıklarda BDT'nin davranışçı unsuru yeme paterninin normale döndürülmesine dayanmaktadır ve amaç öğünlerin planlanıp, eğitimlerin verilip az miktarda ancak düzenli yeme davranışının oluşturularak tıknırcasına yeme-çıkarma ataklarının sona erdirilmesidir. Bilişsel unsuru ise tıknırcasına yemeye ve çıkarmaya sebep olan olumsuz düşünce kalıplarını, inançlarını değiştirmeye odaklanmaktadır (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013)

Özellikle BN ve TYB için kullanılan bir başka terapi de kişilerarası terapi yöntemidir ve ilk zamanlarda depresyon için kısa süreli ve yapılandırılmış bir terapi olarak geliştirilen bu terapi yöntemi Fairburn tarafından daha sonraki zamanlarda BN için uyarlanmıştır (Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Kişilerarası terapi yönlendirici ya da yorumlayıcı bir terapi yöntemi değildir ve doğrudan hastalığın belirtilerine de odaklanmamaktadır. Buradaki amaç Yeme Bozukluğu sürdürdüğü düşünülen mevcut kişilerarası problemlerin tanımlanması ve bu problemlerin çözümlenmesine yardımcı olmaktır (Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007). Bununla ilgili yapılan bir çalışmada da kişilerarası terapinin etkililiğinin tedavi sonrasında BDT'den daha düşük olduğu ancak bir ve altı yıllık takiplerde etkililiğinin neredeyse eşit olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fairburn ve diğerleri, 1991).

Yapılan çalışmalarda kısa dönem için bu farklı psikoterapi yöntemlerinin hangisinin çok daha etkili olduğuna dair kesin bir sonuç elde edilememiştir. Uzun dönem izlemelerde ise psikoeğitim verilen hastalarda etkisinin zamanla azaldığı, BDT gören bireylerde iyileşme oranlarının aynı kaldığı ve kişilerarası ilişkilere odaklanan terapilerde ise düzelme oranlarının zamanla arttığı ifade edilmektedir. Bu sebeple psikoterapiler noktasında farklı yöntemleri içinde barındıran çok yönlü bireysel bir psikoterapinin etkili olabileceği düşünülmektedir (Kass, Kolko ve Wiffley, 2013).

1.5. YEME BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ ÜLKEMİZDE YAPILAN ÇALIŞMALARA ÖRNEKLER

Beslenme ve Yeme Bozukluklarına dair ülkemizde yapılan çalışmalarda hastalığın epidemiyolojisine yönelik çalışmalar oldukça geniş yer tutmaktadır. Bunlardan biri de Semiz ve arkadaşları (2013) tarafından Sivas il merkezinde Yeme Bozukluklarının yaygınlığı ve hastalığa eşlik eden psikiyatrik tanılara yönelik yapılan araştırmadır. Bu çalışmanın sonucuna göre Yeme Bozukluğu nokta yaygınlığı %1,52 olarak tespit edilmiş ve kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yaygın oranda görüldüğü ifade edilmiştir. Araştırmanın bir diğer sonucu da Yeme Bozuklukları ile kişilerin gelir düzeyleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri ve sigara alkol kullanımları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı yönündedir.

Epidemiyoloji üzerine yapılan benzer bir çalışma da Vardar ve Erzenin (2011) tarafından ergenler üzerinde yapılmış olup yine hastalığın yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılarını araştırmak hedeflenmiştir. Bu araştırmanın sonucunda da Yeme Bozukluğu nokta yaygınlığı %2,33 olarak tespit edilmiştir ve ergen kızlarda ise bu oranın %4 olduğu ifade edilmiştir. Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ise uyum bozukluğu, majör depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılan çalışmaların amaçları arasında epidemiyoloji çok geniş bir yer tutsa da yeme tutumlarının, bozukluğun ortaya çıkışında etkili olan faktörlerin ve özellikle aile faktörünün etkililiğine yönelik araştırmalar da mevcuttur. Bunlardan bir tanesi aile faktörünün Yeme Bozukluklarında ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu gösteren Çelikel ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmadır ve bu çalışma yeme tutumunun psikolojik bileşenleriyle ilgili olup çalışmaya 267 kız öğrenci ile annesi dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda annelerinin psikopatoloji düzeyleri ile kız çocuklarının bozuk yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca fobik anksiyete, depresyon ve obsesif kompulsif belirtiler ile bozuk yeme tutumları arasında bir ilişkinin olduğu sonucuna da varılmıştır.

Ailenin önemini gösteren benzer bir çalışma da Aslantaş- Ertekin (2010) tarafından yapılmıştır ve bu çalışmaya 20 AN, 12 BN vakası olmak üzere toplam 32 YB vakası ile onların anneleri dahil edilmiştir. Çalışmada Yeme Bozukluğu tanısı alan kişilerin aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Sonuç olarak da kontrol grubuna kıyasla Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalar ile onların annelerinin yeme tutumlarının ve beden imajlarının daha bozuk, benlik saygılarının daha düşük, aleksitimi düzeylerinin daha yüksek ve aile işlevselliğinin de daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir.

Ulaş, Uncu ve Üner (2013) tarafından sağlık yüksekokulunda yapılan bir başka çalışmada da öğrencilerde olası Yeme Bozukluğu sıklığı ve bu durumu etkileyen faktörler araştırılmak istenmiştir. Araştırma sonucunda da öğrenciler arasında olası Yeme Bozukluğu riski %4,2 olarak ifade edilmiştir. Ayrıca kadın olmanın, düşük benlik saygısının ve diyet yapmanın Yeme Bozukluğu riskini arttırdığı belirtilmiştir.

Çelik ve arkadaşları (2016) tarafından üniversitede okuyan kadın öğrencilerin dahil edilerek yapıldığı benzer bir çalışmada da yine Yeme Bozukluğunun yaygınlığı ve etkili olan faktörler araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda da kadın öğrenciler arasında Yeme Bozukluğu yaygınlığı %6,3 olarak bulunmuştur. Ayrıca beden kitle indeksinin yüksek ve depresif bozukluğu olan kişilerde bu durumun daha yaygın olduğu da ifade edilmiştir.

Aslan (2001) tarafından da beden imgesi ve yeme davranışında meydana gelen bozukluklarla ilgili medyanın etkisinin araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya 131 kız öğrenci dahil edilmiştir ve sonucunda da medya imgelerini gerçek idealleri olarak kabul eden ve böyle gören kızlarda yeme davranışlarının daha bozuk ve beden imgesi doyumlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

2. YEME BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONU

2.1. MOTİVASYON KAVRAMI

Saunders ve meslektaşları (1996) motivasyon için üzerinde anlaşılan ve kelimeyi tam olarak karşılayacak bir tanım yapmanın zor olduğunu ifade etmektedir. Ancak yine de özellikle de son yıllarda motivasyon üzerine yapılan birçok çalışma sonucunda motivasyon kelimesi farklı açılardan tanımlanmıştır.

DiClemente (1999) motivasyonu, kişinin belirli davranışları sergilemek için nedeni ve kişinin hedefi olarak tanımlamaktadır. Beck (2005) motivasyonu bireyin belirli hedefleri için çaba göstermesine olanak sağlayan ve davranışlarını da buna göre yönlendiren bir faktör olarak ele almaktadır. Cox ve arkadaşları (2007) ise bireylerin davranış değişikliğine başvurma sebeplerinin ve bu değişimi sağlamadaki başarılarının altında yatan bir mekanizma olarak motivasyonu tanımlamaktadır ve bireyin davranışı meydana getirmek için motive olmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca motivasyon kavramı genellikle psikoloji, psikoterapi ile ilgili bir kavram olarak düşünülmektedir ve bu sebeple kavramı açıklamak amacıyla birçok model kullanılmıştır. Psikoloji de en genel itibariyle motivasyon kavramını karar vermek, duygular ve dürtüler aracılığı ile tanımlamıştır (Saunders ve diğerleri, 1996). Özetle motivasyon için genel olarak bireyi, davranışlarını değiştirmek, bir hedef oluşturmak ve bu hedefe ulaşmak amacıyla değişime hazırlayan bir faktör olarak ifade etmek mümkündür.

Motivasyon kavramına karşılık gelecek tam bir tanımlama yapmak zordur, bu sebeple de araştırmacılar tanımından ziyade etkileyen faktörler ve bileşenleri üzerinde daha çok durmuştur. Viets ve arkadaşları (2002) ise motivasyonun üç

bileşeni olduğundan bahsetmiş ve bunları hazır olma, istekli olma, beceri şeklinde tanımlamışlardır. Buna göre hazır olma, davranışın önemini ve davranış değişikliğinin diğer istek ve ilgiler karşısındaki önceliğini ifade etmektedir. İstekli olma, bireyin niyetiyle ve değişimin önemiyle ilgilenmektedir ve ayrıca değişim konusunda kişisel iradeye karşılık gelmektedir. Son olarak beceri ise bireyin davranış değişikliğini gerçekleştirebileceğine yönelik güveni olarak ifade edilmektedir ve bireyin başarabileceğine dair inancına karşılık gelen öz yeterlilik de becerinin bir bileşeni olarak kabul edilmektedir.

Motivasyon kişiden kişiye farklılık gösteren ve bu sebeple de değerlendirilmesi zor bir faktördür. Bu sebeple bir bireyin motivasyonunu değerlendirmek amacıyla bireyin niyetlerinin, tutumlarının, öz yeterliliğinin ve karar verme yeteneğinin değerlendirilmesi önemlidir (DiClemente ve Prochaska, 1982). Bununla birlikte içsel düşünceler ve duygular, dış etkenler ve baskılar bireyin davranış değişikliğine verdiği önemi, davranış değişikliğini dikkate alma düzeyini etkilemektedir ve dolayısıyla bu da motivasyonuna katkıda bulunmaktadır (Cunnigham ve diğerleri, 1994). Ayrıca motivasyon zamandan ve durumdan kaynaklı da değişiklik gösterebilen, dış etkenlerden etkilenen içsel bir durum olarak da ifade edilmektedir (Figlie, Dunn ve Laranjeira, 2005).

Motivasyonun duygusal temeli açısından bakıldığında da temelinde olumsuz, hoş gitmeyen duygulardan kaçmak veya olumlu duyguları arttırma isteği yatmaktadır. Dolayısıyla motivasyon kişinin olumlu olarak sonuçlanmasını istediği eylemlere katılmasıyla ve istemediği, hoşuna gitmeyen sonuçlara sebep olabilecek davranışlardan kaçınma eğilimiyle de yakından ilgilidir (Beck, J., 2005). Bununla birlikte kişinin motivasyon düzeyi sonuçlar için önemli bir yordayıcı olarak kabul edilmektedir ve kişinin motivasyon düzeyi ne kadar yüksek olursa davranış değişikliğinin gerçekleşme olasılığının da o kadar artacağı düşünülmektedir.

2.1.1. İçsel ve Dışsal Motivasyon

Deci ve Ryan (1987) motivasyonun kaynaklarını içsel motivasyon ve dışsal motivasyon olmak üzere iki gruba ayırmışlardır.

Genel olarak bireyi doğuştan harekete geçiren, kendi istek ve değerlerine bağlı kalarak kendi iradeleriyle yaptıkları seçimler sonucu hareket etmelerine olanak sağlayan motivasyon içsel motivasyon ile açıklanırken, bireyin ödül almak, cezadan kaçmak, suçluluk duygusuna kapılmamak veya onay almak gibi sebeplerden dolayı hareket etmelerine olanak sağlayan motivasyon ise dışsal motivasyon ile açıklanmaktadır (Akbaba ve Aktaş, 2005; Deci ve Ryan, 1987).

McMurrin (2002) ise değerlerin ve inançların içsel motivasyonun üzerinde belirleyici olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte içsel olarak motive edilen davranışın kişi için önemli sayılacak bir hedefe ulaşma arzusundan ya da utanç, suçluluk gibi duygulardan kaçınmak istemesinden kaynaklandığı ve içsel motivasyonun dışsal sebeplere bağlı olmadığı aksine özerk olduğu ifade edilmektedir (Viets, Walker ve Miller, 2002).

Ryan ve Deci (2008) hayvanların kullanılarak yapıldığı deneysel çalışmalarda içsel motivasyona sahip olanların ödül verilmediği zamanlarda bile davranışı istekli bir şekilde sürdürmelerinden yola çıkarak içsel motivasyonu canlıların doğasında var olan bir motivasyon şekli olarak ifade etmektedirler. Dolayısıyla bu motivasyon şekli haz duyma, hoşlanma, tat alma gibi içe yönelik eğilimlerden kaynaklanarak herhangi bir zorlamanın etkisinde kalmadan kazanılmaktadır ve karmaşık bir yapısı olduğu için de dışarıdan bakıldığında hemen anlaşılmasında zorluklar olabilmektedir (Dede ve Argün, 2004).

Dışsal motivasyon ise maddi ya da sosyal ödüllerle ilişkilendirilerek sosyal çevreden gelen bir motivasyon şekli olarak tanımlanmaktadır (McMurrin, 2002). Bununla birlikte dışsal motivasyonu dış çevredeki değişikliklerin harekete geçirdiği ve bireyin kontrolünün ötesinde olduğu ifade edilmektedir (Rotter, 1990). Aynı zamanda genellikle motivasyona sebep olan dış kaynağın ortadan kaldırıldığında değişimin korunamayacağı ve bu sebeple de dışsal motivasyonun kısa süreli olduğu savunulmaktadır (Viets ve diğerleri, 2002). Bunun aksine içsel motivasyonun ise kalıcı davranış değişikliği açısından daha güvenilir olduğu belirtilmektedir (McMurrin, 2002).

Dışsal ve içsel motivasyon arasındaki ilişkiye bakıldığında ise aralarında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir ancak içsel motivasyon dışsal motivasyona sebep olmazken dışsal motivasyon ise içsel motivasyonu etkileyebilmekte ve genellikle de dışsal motivasyon içsel motivasyonu arttırmak için bir fırsat olarak kabul edilmektedir (Deci ve Ryan, 1987; Ertoğlu, 2013). Öte yandan dış etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan hareket etme isteği ile bireyin içinden gelen istek karşılaştırıldığında içten gelenin daha güçlü olacağı kabul edilmektedir ancak dış faktörlerin motivasyon üzerindeki etkisi de yadsınamaz bir gerçektir (Ertoğlu, 2013). Ancak dışsal motivasyonun içsel motivasyonda bir artış olmadan tek başına, sürdürülebilir performans açısından zararlı olacağı da ifade edilmektedir (Deci ve Ryan, 1987).

2.2. TEDAVİ MOTİVASYONU

Motivasyon, kişinin tedavi arayışı, tedaviye başlaması, tedaviye uyum sağlaması ve tedaviyi tamamlaması noktalarında önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (DiClemente 1999). Motivasyon üzerine yapılan tartışmalar da kişilerin tedaviye başlamadan önce değişimi ve yardım almayı istemeleri gerektiği varsayımı üzerine odaklanmaktadır (Oxley, 1966). Hastanın tedaviyi yarım bırakması, tamamlamaması veya nüks gibi tedavinin gidişatı açısından birçok olumsuz durumun en sık bildirilen nedeni genellikle hastanın tedavi için yeterince motive olmamasıdır. Yani motivasyon davranış değişikliğinin gerçekleşmesi konusunda harekete geçmek için atılacak en önemli adımdır (DiClemente, 1999). Ayrıca kişinin tedaviye yönelik motivasyonunu değerlendirmek, tedavi ile ne kadar ilgilendiğini, tedaviyi ne kadar önemseydiğini anlamak noktasında da yardımcı olmaktadır (Van Beek ve Verheul, 2008). Bu sebeple hastaya motivasyon kazandırma tedavinin ilk adımı olarak kabul edilmektedir ve tedavi olmayı düşünmeyen hastalarda değişimi sağlamak, başlatmak amacıyla kullanılmaktadır.

Tedavi motivasyonu en genel hali ile hastanın tedaviye yönelik isteğini tanımlayan, içerisinde içsel ve dışsal motivasyonları barındıran, hastanın tedaviye olan güveni ile ilişkili olan ve hastayı kişilerarası yardım arayışına yönlendiren psikolojik bir süreç olarak ifade edilebilmektedir (Ryan, Plant ve O'Malley, 1995). Ayrıca tedavi motivasyonu, tedaviye başvuran veya tedavi amacıyla yönlendirilen

hastaların tedaviye uyum derecelerini, uygunluğunu, tedavi için gerekli olan davranışları yerine getirmeleri gibi konuları temel almaktadır ve hastanın tedaviye cevap vermesini, tedavi sonucunda beklenen değişiklikleri destekleyen önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir (Conner, Longshore ve Anglin, 2009; Drieschner, Lammers ve Staak, 2004).

İçsel ve dışsal motivasyon açısından bakıldığında ise içsel motivasyon dışsal motivasyona oranla değişim konusunda daha kalıcıdır ve daha uzun süreli değişimlere neden olmaktadır. Bununla ilgili olarak Ryan ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları bir çalışmanın sonucunda tedaviye yönelik içsel motivasyonu daha fazla olan kişilerin tedaviye daha istekli, daha bağlı oldukları ve uygulanan tedaviye de daha hızlı yanıt verdikleri belirtilmiştir. Ancak bunun aksine dışsal motivasyonu daha fazla olan kişilerin ise diğerlerine oranla tedaviden daha az faydalandıkları ve tedaviye yönelik daha fazla direnç gösterdikleri ifade edilmiştir. Bu sebeple tedavi boyunca hastaların içsel motivasyonlarını arttırmaya daha fazla önem verilmektedir (Ryan ve diğerleri, 1995). Bununla birlikte tedaviye yönelik içsel ve dışsal motivasyona katkı sağlayan faktörleri tanımlama noktasında da genel olarak maddi imkanlar, iş yeri baskısı, sosyal hayat, ailenin isteği gibi konular dışsal motivasyonel faktörler olarak tanımlanırken, tedaviye yüklenen anlam, kişinin değişim için hazır olması ve kişi için tedavinin amacı ise içsel motivasyonel faktörler olarak tanımlanmaktadır (Weisner ve diğerleri, 2001).

Psikoterapi noktasında da psikoterapi, temelinde motivasyon ve irade konularını barındırmaktadır. Çünkü genellikle kalıcı ve olumlu değişiklikler danışan terapiyle aktif bir şekilde meşgul olduğunda, değişim için emek harcadığında gerçekleşmektedir (Ryan ve Deci, 2008). Dolayısıyla bir kişinin psikoterapi motivasyonu tedavi için oldukça önemli bir kriterdir ve araştırmalar da psikiyatrik değerlendirme esnasında iyi motive olmuş kişilerin, tedavilerinin gidişatında iyileşme eğiliminde olduklarını göstermektedir (Sifneos, 1971). Bununla birlikte klinisyenler yapılan araştırmaların sonuçlarından yola çıkarak terapi motivasyonunun değişim motivasyonundan farklı olduğunu ileri sürmektedir ve bazı danışanların gerçekten değişimi istediği için, bazılarının yüzeysel olarak motive oldukları için, bazılarının kişisel bir çıkar yerine danışman veya başka birinin onayını almak

istedikleri için, bazılarının ise tedaviye motive olmayıp, değişebileceklerine inanmayıp zorunda oldukları için tedaviye uyum sağladıklarını ifade etmektedirler (Ryan ve diğerleri, 2011). Bu da motivasyon üzerine daha fazla araştırma yapılması gerektiğinin ve daha fazla tanımlanmaya ihtiyaç duyulan geniş anlamları olan bir terim olduğu gerçeğini göstermektedir.

Motivasyon davranışı ortaya çıkaran, devam ettiren ve yönlendiren tüm değişkenlerin kümesi olarak kabul edildiğinde ise birçok klinisyen, motivasyonun kişinin psikoterapiye aktif katılım göstermesinde etkili olduğu konusunda ortak bir görüş içerisinde oldukları ve bunun aksini iddia eden çok az çalışma vardır (DiClemente, Bellino ve Neavins, 1999). Bu konuyla ilgili olarak Raskin (1961), terapistler hasta seçiminde motivasyonu tedavinin seyri ve sonucu açısından önemli bir faktör olarak nitelendirirler de motivasyonun anlam bakımından oldukça belirsiz bir kavram olduğunu ifade etmektedir. Bununla beraber terapistlerin motivasyon konusundaki genel görüşlerinin ve derecelendirmelerinin, terapistin hastayı sevmesiyle, hastanın tavsiye veya ilaç tedavisinin aksine psikoterapi beklediği derecede, hastanın psikolojik problemlerine dair farkındalığıyla, hastaların mesleki ve eğitim düzeyleriyle ilişkili olduğunu belirtmiştir (DiClemente, Bellino ve Neavins, 1999).

Silverman (1964) ise hasta motivasyonuna katkısının olduğu düşünülen faktörler ile ilgili geniş kapsamlı bir inceleme yapmıştır ve bu araştırma hastaların istek, ihtiyaç ve dürtü kaynaklarını, egodan türetilmiş gerçeklik taleplerinin yeniden oluşturulmasını, tatmin kaynaklarını, terapi için bilinçli farkındalığını, kendini gerçekleştirme noktasındaki isteklerini ve çevresel konular gibi ikincil kazançlarını içermektedir. Diğer çeşitli hususlar olarak da hasta ve yakınlarının psikoterapiye yönelik tutumlarından, tedaviye yönlendiren kaynağın etkisinden, önceki olumlu/olumsuz terapi deneyimlerinden, dini tutumlarından, ailesel faktörlerden ve sosyal sınıftan bahsetmektedir.

Sifneos (1968, 1971) da benzer şekilde motivasyon kriterleri konusunda genellikle en çok bilinen yedi değişkenli bir liste hazırlamıştır ve bu liste içerisinde, hastanın psikolojik zihniyetini, gerçekçi hedeflerini, değişme isteğini, aktif katılımını, kişinin kendini anlama merakını, dürüst iletişim isteğini ve tedavisi için fedakarlık yapma isteğini barındırmaktadır.

Yapılan araştırmaların bir diğer sonucu olarak da tedavi boyunca hastanın tedavi motivasyonunun etkilenebilen ve değişebilen bir durum olduğudur (Drieschner, Lammers ve Staak, 2004). İlk başlarda ortaya çıkan motivasyonun otesinde ilerleyen zamanlarda kişinin kendi kendini motive etmesi ve değişim için istek duyması kritik bir hale gelebileceği düşünülmektedir. Çünkü hastanın, davranış değişikliği ile ilgili ilk itici güç ve güçlendiriciler zamanla kaybolduğunda tedavi boyunca beklenen davranış değişikliklerini yapma ve zorluklarla karşılaşıldığında üstesinde gelme noktasında daha fazla çaba harcaması gerekecektir (Ryan ve diğerleri, 2011). Dolayısıyla motivasyon sadece en başlarda değil tedavi boyunca ortaya çıkan ve etkisini devam ettiren bir durum olarak kabul edilmektedir.

2.2.1. Değişimin Motivasyonel Evreleri

Tedavi motivasyonu ve hastanın tedavi için hazır oluşu Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından geliştirilen Transteorik Model kapsamında da ele alınmaktadır ve modelin ortaya çıkışı sigarayı kendi iradelerini kullanarak kendi kendilerine bırakanların başvurduğu yöntemlerin analizine dayanmaktadır (Prochaska, Norcross ve Krebs, 2011). Bununla birlikte bu model sağlıklı beslenme, diyet, kilo kontrolü, alkol kötüye kullanım, ilaca uyum, organ bağışı, egzersiz, madde kötüye kullanım, obezite, kumar, Yeme Bozukluğu gibi birçok farklı sağlık davranışı üzerine yapılan araştırmalarda da sıklıkla kullanılmıştır (Ergüney, 2012).

Bu modelde davranışsal değişimin ve tedaviye hazır oluşun motivasyonel evreleri için beş evre tanımlanmaktadır. Bu evreler ve kısaca açıklamaları ise sırasıyla şu şekildedir (Prochaska, Norcross ve Krebs, 2011):

Tasarlama ncesi: Bu evredeki kişiler için gelecek planlarının arasında davranışlarına yönelik bir değişim niyeti yoktur ve bu süre yaklaşık olarak önündeki altı ayı ifade etmektedir. Genellikle sorunlarının farkında olmamakla birlikte değişime karşı da direnç gösterebilmektedirler. Bu direnç bazen yeteri kadar bilgilendirilmediklerinden bazen de daha önceki başarısız girişimlerden kaynaklanabilmektedir. Bu evrede tedaviye başlayanlar için sıklıkla yakınları tarafından bir zorlama söz konusu olabilmektedir.

Tasarlama: İkinci aşama olan tasarlama evresi bireylerin çok uzun bir süre takılı kalabildikleri bir evredir. Bu evrede bireyler sorunlarının farkında ve değişim için de isteklidirler. Ancak bu değişime yönelik bir adım atmamışlardır ve genellikle de değişimin sağlanabileceği konusunda ikilemeleri vardır.

Hazırlık: Bu aşamadaki bireyler için değişim yolunda adım atmaya hazır oldukları söylenebilmektedir. Değişim için kendilerine hedefler koymuş ve bunun için de gereken adımları atmak için küçük değişikliklere başlamışlardır. Genellikle de bu evre tedaviye kendi istekleri ile başvuruların içinde bulunduğu evre olarak ifade edilmektedir.

Eylem: Bu evrede olan bireyler sorunlu davranışlarını değiştirmeye yönelik nihayet adım atmışlardır ve birtakım davranış değişikliklerine gidilmiştir. Bu evre değişimin en net görüldüğü evre olarak ifade edilmektedir. Öte yandan bireylerin bu evrede sayılabilmeleri için belirli bir zaman gerekmektedir. Bunun için bireylerin probleme sebep olan davranışı bir gün ila 6 ay gibi bir sürenin içerisinde değiştirmiş olmaları beklenmektedir.

Sürdürme: Son evre olan sürdürme evresinde ise bireyin amacı sorunlu davranışın yeniden ortaya çıkışını engellemek ve özellikle eylem evresinde elde ettiği kazanımları devam ettirmektir. Bu evre değişimin son bulunduğu evre değildir aksine bazı durumlarda ömür boyu sürebilmektedir.

Son olarak bu modele göre hastaların tedavileri, içinde buldukları sürece uygun şekilde planlanır ve bu şekilde hastaya müdahale edilirse tedavinin etkisinin daha fazla olacağı düşünülmektedir (Ergüney, 2012).

2.3. YEME BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDA TEDAVİ MOTİVASYONU

Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalar için tedaviye yönelik ve problemlili yeme davranışlarını değiştirmeye yönelik motivasyon tedavinin seyri açısından önem taşımaktadır. Çünkü motivasyon veya değişime hazır olma hastaların, semptomların iyileşmesini sağlayan ve tedavinin önemli bileşenleri olarak kabul edilen değişiklikleri uygulamaya ne kadar istekli olduklarını ifade etmektedir (Castro ve diğerleri, 2011). Bununla birlikte hastaların tedaviye yönelik motivasyonları tedavinin sonucu

açısından belirleyici ve sonucu yordayan bir değişken olarak kabul edilmektedir (Gusella ve diğerleri, 2003). Bu sebeple de klinik açıdan iyileşme ve yeterli bakımın sağlanması amacıyla Yeme Bozukluğu tanısı alan kişilerle yapılan çalışmalarda motivasyonun önemi dikkate alınmaktadır (Castro ve diğerleri, 2011). Bu alanda yapılan çalışmalar da sıklıkla Yeme Bozukluklarının tedavi sürecinde motivasyonun, semptomları azaltma, kilo alımı, tedaviye yönelik tutum, tedaviye devam ve hastanede kalış süresi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (McHugh, 2007).

Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalarda genellikle hastalığın ciddi sonuçları kendilerine anlatılsa bile tedaviden kaçma, uyumsuzluk gösterme veya tedaviyi yarıda bırakma gibi davranışlar gözlemlenmektedir (Castro ve diğerleri, 2007). Özellikle AN ve BN tanısı alan kişilerde belirtilerin doğası hastaların uzun yıllar boyunca hastalık ile yaşamasına ve tedaviye çok geç başvurmasına veya hiç başvurmamasına sıklıkla neden olabilmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Bununla ilgili yapılan bir çalışmada Yeme Bozukluğu tanısı almış kişilerin %45'inden daha azının tedaviye başvurduğu sonucuna varılmıştır (Cachelin ve Striegel-Moore, 2006). Yeme Bozukluğu riski taşıyanlarla yapılan benzer bir araştırmada ise risk altında olan kişilerin yalnızca %17'sinin yardım aradığı belirtilmiştir (Becker ve diğerleri, 2004).

Tedaviye başlama noktasında AN hastalarının sıklıkla bir hastalıkları olduğunu kabul etmedikleri ve genellikle de yakınlarının hayati risk taşıdıkları sebebiyle kliniklere getirmeleri sonucunda görüldükleri belirtilmektedir. BN hastalarının ise genellikle telafi edici davranışları çok iyi gizledikleri ve görünüşlerinin de normal olması sebebiyle tespit edilmelerinin zor olduğu ancak yine de hastalıklarına yönelik iç görülerinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bunun da tıknırcasına yeme atakları ve devamında gelen telafi edici davranışlardan sonra BN hastalarının duyduğu rahatsızlıktan kaynaklandığı belirtilmektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Tedaviye başladıktan sonra ise sıklıkla hem AN ve hem de BN tanısı alan kişilerin hem tedaviye karşı dirençli hem de patolojik sayılabilecek bir zayıflık arayışından vazgeçme konusunda isteksiz oldukları görülmektedir. Bu isteksizliğin ise genellikle kişilerin duygulanımlarını düzenleme noktasında yaşadıkları

zayıflıktan kaynaklandığı öne sürülmektedir. Çünkü bu besin kısıtlamasının, tıkinarak yeme davranışının ve telafi edici davranışlarının kişinin olumsuz duygularını bastırabilmesi, bu duyguları bilinçli farkındalık seviyesinden çıkarabilmesi için psikolojik olarak bir anestezi görevi gördüğü düşünülmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999).

Tedavi motivasyonu açısından bakıldığında Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalar, özellikle de AN ve BN hastaları arasında belirgin farklılıklar olduğu ve BN hastalarının AN hastalarına oranla tedavi motivasyonlarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997; Polivy ve Herman, 2002). Ancak yine de her ne kadar yeme ataklarından ve telafi edici davranışlardan rahatsızlık duysalar da BN hastalarının da AN hastaları gibi kilo kontrol yöntemlerinden vazgeçme konusunda isteksiz oldukları görülmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997).

Yeme Bozukluklarının semptomları gereği hastaların önemli bir yüzdesinin ayaktan yapılan tedavilere yanıt vermediği ve kimi zaman da günlük veya yatarak tedaviye ihtiyaç duydukları ifade edilmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Bu durumun özellikle de AN hastaları için geçerli olduğu ve sıklıkla hastaların üçte ikisinin tedavilerinin bir noktasında yatışa ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Çünkü AN hastalarının bozukluğun ortaya çıktığı ilk zamanlardan itibaren tedavi motivasyonları düşük olarak tanımlandığı ve durumlarından şikayet etmek yerine zayıflıklarını yücelttikleri bilinmektedir (McHugh, 2007; Touyz ve diğerleri, 2003). Bu durum da Yeme Bozukluğu tanısına sahip hastaların tedavilerinin zor olduğu düşüncesine katkı sağlamaktadır. Özellikle de hastalığın seyri, ilerlemesi, nöksler, iyileşmedeki yetersizlikler, eşlik eden ilişkisel ve psikiyatrik zorluklar sebebiyle AN hastalarının tedavisinin oldukça zorlayıcı olduğu belirtilmektedir (Steinhausen, 2002). Bununla ilgili olarak da Vitousek, Watson ve Wilson (1998) değişime karşı gösterdikleri direnç sebebiyle anoreksiya nervozanın tedavi edilmesi en zor psikolojik bozukluk türleri arasında olduğunu ifade etmektedirler. Bu sebeple motivasyon hastalığın gidişatı ile tedavinin seyri açısından önemlidir ve yapılan çalışmalar da sıklıkla yüksek motivasyonun tedaviye

daha iyi yanıt verilmesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Castro ve diğerleri, 2011).

2.3.1. Yeme Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Değişimin Motivasyonel Evreleri

Yeme Bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından geliştirilen Transteorik Model kapsamında da ele alınmaktadır.

Bu alanda yapılan çalışmalardan ilki olan Blake ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir araştırmada AN ve BN hastalarının tedaviye başvurdukları sırada farklı aşamalarda oldukları sonucuna ulaşılmıştır. BN hastalarının büyük bir kısmının eylem aşamasında, AN hastalarının ise genellikle tasarlama öncesi veya tasarlama aşamasında oldukları belirtilmiştir. Ayrıca AN hastalarının kliniğe ilk başvurduklarında davranışlarını değiştirmek için hazır olmadıkları da araştırma sonuçları arasında yer almaktadır.

Yapılan bir başka çalışmada da (Rieger ve diğerleri, 2000) AN tanısı alarak yatarak tedavi gören 115 hasta, tedavinin başında Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire) ile değerlendirilmiştir ve hastaların %80'inin tasarlama öncesi dönemde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca taburcu olacakları sırada bile hastaların %66'sının eylem aşamasına geçmediği belirtilmiştir. Bununla birlikte yatan hastalarda tedavi başında değerlendirilen tedaviye hazır olma durumunun ileriki dönemlerde alınan kilo miktarını da öngördüğü ifade edilmiştir (Rieger ve diğerleri, 2000).

Yapılan çalışmalardan yola çıkarak hastaların tedavilerinin, hazır olma durumlarına veya içerisinde buldukları değişim aşamalarına göre uyarlanmasının problemlili sağlık davranışlarının değiştirilmesi, eylem aşamasına geçilmesi ve tedavinin gidişatının olumlu seyretmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir (Jordan ve diğerleri, 2003). Bunun aksine hastaların içinde buldukları evre ile tedavinin hedeflerinin yanlış eşleştiği zamanlarda hastaların tedaviye direnç gösterdiği belirtilmektedir (Touyz ve diğerleri, 2003). Ayrıca hastaların içinde buldukları değişim aşamalarına göre değerlendirilmesinin tedavilerine etki eden

faktörleri ve tedaviye yönelik tutumlarını değerlendirmek açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Gusella ve diğerleri, 2003).

2.3.2. Yeme Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Tedavi Motivasyonuna Etki Eden Faktörler

Yeme Bozuklukları, tedavileri noktasında uzun yıllardır klinisyenler tarafından zor olarak ifade edilmektedir. Bu sebeple bu zorluklara ve hastaların direnç göstermelerine sebep olan faktörlerin daha iyi anlaşılmasının tedavinin gidişatına, hastaların motivasyonunun arttırmaya yönelik yeni müdahalelerin uygulanmasına ve hastalığın görülme ile ölüm oranlarının azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Ancak buna rağmen literatürde hastaların yardım alma kararlarına etki eden faktörler ile ilgili çok az şey bilinmektedir ve bunun sebebinin de hastaların çok küçük bir yüzdesinin yardım arayışı içinde olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Hackler, Vogel ve Wade, 2010). Tedavi görmeyen ve tedaviye başvurmayan bireylerin sayısının fazlalığı da hastalığı taşıyan, risk altında olan bireylerin yardım arama kararları altında yatan faktörleri araştırma ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır ve bu sebeple son on yıldır araştırmalar sağlıklı beslenme davranışları ile bu bozukluklara sahip olan kişilerin yardım arama davranışlarına, motivasyonlarına etki eden faktörleri anlamaya yönelik yapılmaktadır (Meyer, 2001).

Yaş ve cinsiyet açısından bakıldığında yetişkinlerin ergenlere oranla tedavi motivasyonlarının daha fazla olduğu ve ergenlerin tedavi arayışına çok nadir başvurduğu bilinmektedir (Castro ve diğerleri, 2011; Gusella ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte kadınların da tedaviye yönelik motivasyonlarının erkeklere oranla daha fazla olduğu ve tedaviye daha fazla başvurduğu belirtilmektedir ancak bunun bir nedeninin de Yeme Bozukluğu tanısının genellikle kadınlara konulan bir hastalık olmasından da kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Hackler, Vogel ve Wade, 2010).

Tedavinin başarısızlıkla sonuçlandığı noktalarda bu başarısızlık genellikle hastanın kişilik özelliklerine veya ikincil kazançlarına atfedilirken, hastanın motivasyon eksikliği ise hastalığına dair içgörüsüne, hastalığını ciddiye alma

derecesine veya ilgisizliğine atfedilmektedir (McHugh, 2007; Ward ve diğerleri, 1996).

Hastalığın ciddi sağlık problemlerine yol açmasına rağmen hastaların problemleri yeme davranışlarını, özellikle AN hastalarının aşırı zayıflıklarını bir sorun olarak görmemeleri aksine bu özellikleriyle övünmeleri tedaviye yönelik motivasyonlarının oluşmamasına neden olduğu düşünülmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997; McHugh, 2007).

Yeme Bozukluğu hastalarının tedaviye yönelik motivasyonunu etkileyen bir başka faktör de hastaların değişim konusunda duydukları kararsızlık olarak belirtilmektedir ve Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların sıklıkla yeme davranışlarını değiştirme konusunda kararsız oldukları bilinmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997; Castro ve diğerleri, 2011; Gusella ve diğerleri, 2003). Özellikle hastalıklarına ve problemleri davranışlarına yönelik inkar veya kayıtsızlık hastaların değişime yönelik kararsızlıklarının bir sebebi olarak ifade edilmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997). Yapılan çalışmalar da özellikle AN hastalarının ya hastalıklarından tamamen kurtulmaya yönelik bir isteklerinin olmadığını ya da iyileşme konusunda ciddi bir kararsızlık içerisinde olduklarını göstermektedir (Touyz ve diğerleri, 2003). Benzer şekilde hastaların kararsızlıklarından kaynaklanan belirsiz tedavi hedefleri de motivasyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir (McHugh, 2007).

Yapılan araştırmalar sonucunda hastaların motivasyonlarını, tedavi arayışlarını etkileyen bir başka faktörün de hastalığının semptomlarını gizli tutma isteği olduğu belirtilmiştir (Hackler, Vogel ve Wade, 2010). Bununla ilgili liseli öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin beslenme şekilleri ile ilgili konuları özel tutma eğiliminde olduğu ve bu sebeple de yardım aramaya yönelik girişimleri ile motivasyonlarının bu durumdan etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Meyer, 2001). Düzensiz yeme davranışları olan bir grup üniversite öğrencisi ile yapılan benzer bir çalışmada da öğrencilerin çoğunun başlangıçta yardım aramama sebeplerinin hastalıklarını saklama eğilimlerinden kaynaklandığını bildirdikleri ifade edilmektedir (Schwitzer ve diğerleri, 2001). Ayrıca hastaların tedaviye yönelik motivasyonlarını etkileyen ve hastalıklarını gizlemelerine sebep olan bir başka faktörün de diğerleri tarafından damgalanma korkusu olduğu düşünülmektedir (Corrigan, 2004).

Hastaların motivasyonlarını etkileyen bir başka faktörün de özellikle psikoterapi noktasında terapistlerine duydukları güvenden kaynaklandığı bildirilmektedir (Bruch, 1982). Genellikle de hastaların geçmiş öykülerinde yer alan başarısız tedavilerin kendilerinden değil de aksine terapistten kaynaklandığını düşünmeleri, aile ilişkilerinin sıklıkla problemlerin olması, taciz öykülerinin olması gibi konulardan dolayı terapistlerine güvenmekte zorluk çektikleri ifade edilmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999).

Hastaların tedavi arayışlarına ve dolayısıyla tedavi motivasyonlarına etki eden bir diğer faktörün de tedavi sonucunda kilo alacaklarına yönelik korkularının olduğu ve bu sebeple de genellikle tedaviden kaçtıkları ve tedaviye yönelik motive olamadıkları ifade edilmektedir (Pike ve diğerleri, 2003).

Son olarak yapılan çalışmalar Yeme Bozukluğu hastalarının tanılarında depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkların, obezitenin ve tıbbi komplikasyonların sıklıkla eşlik ettiğini ve bu hastalıkların da hastaların tedavi motivasyonları üzerinde oldukça etkili olduklarını belirtmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999; Pike ve diğerleri, 2003).

Sonuç olarak yapılan araştırmalar ve hastaların tedavi motivasyonunu etkileyen faktörlerin çeşitliliği dikkate alındığında uygulanacak tedaviye karar verme noktasında çok boyutlu biyopsikososyal görüşün dikkate alınması gerektiği önerilmektedir (McHugh, 2007).

3. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

3.1. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)

Psikoterapi tarihinde 1900'lü yıllara gelindiğinde o zamanlarda en çok bilinen hakim kuram Freud'un psikanalitik kuramıydı ancak zamanla deneysel bir temeli olmaması ve klinik anlamda çok fazla başarılarla ulaşamaması nedeniyle eleştirilere maruz kaldı. 1960'lı yıllara gelindiğinde ise Rusya'da Pavlov, Amerika'da ise Thorndike ve Skinner'ın çalışmalarından yola çıkılarak alternatif bir kuram olarak davranışçılık ortaya atıldı. Buna göre psikoloji bilimi insan duygu ve davranışlarını açıklarken iç yaşantıların aksine gözlemlenebilir davranışları ele almalıydı. Bu sayede insan duygu ve davranışlarının açıklanmasında davranışçılık bilimsel ilkelerin kullanılmasının ilk adımı oldu. Ancak zamanla davranışı meydana getiren düşünce ve duyguları gözardı etmesi ve insanların aynı ortamda aynı uyaranlara neden farklı tepkiler verdiği sorusuna cevapsız kalması eleştirilmesine sebep oldu (Türkçapar, 2018).

1970'li yıllarda ise Albert Ellis ve Aaron Beck'in birbirinden habersiz çalışmaları sonucunda bilişsel davranışçı terapinin temelleri atılmış oldu. New Yorklu bir psikolog olan Albert Ellis kurucusu olduğu Akılcı Duygusal Terapi ile insanın psikolojik problemlerinin genellikle gerçekçi ve akıllı olmayan inançlarından kaynaklandığını ifade etti (Türkçapar, 2018). Bir psikiyatrist olan Aaron Beck ise depresif hastalarının düşüncelerinde belirgin şekilde olumsuz önyargıların olduğunu,

kendileri, dünyaları ve gelecekleri ile ilgili sürekli olarak kendi kendine oluşan olumsuz inanışlara sahip olduklarını keşfetti (Beck, 1991). Böylece Bilişsel Terapi'nin temelleri atılmış oldu. Beck hastalarının problemlerini çözdüklerinde, düşüncelerindeki çarpıklıkları düzelterip işlevsiz davranışlarını değiştirdiklerinde psikolojik semptomlarında, ilişkilerinde ve işleyişlerinde kalıcı bir iyileşmenin hızlıca meydana geldiğini fark etti (Beck, A., 2005). Daha sonraki yıllarda da Beck ve meslektaşları depresyon üzerindeki başarılarından sonra diğer bozukluklar üzerine de çalışmaya başladılar ve onlar için de bilişsel formülasyonlar geliştirip tedavi bulmaya çalıştılar. Bilişsel Terapi'nin çeşitli depresyon biçimlerinin, Anksiyete Bozukluklarının, Beden Dismorfik Bozuklukların, Somatizasyon Bozuklukların, Yeme Bozukluklarının, Madde Kullanım Bozukluklarının, Kişilik Bozukluklarının ve daha sayısız bozukluğun tedavisinde etkili olduğunu birçok farklı yerde farklı araştırmacıların da çalışmalarıyla kanıtladılar (Beck, A., 2005). Böylelikle 1980'li yıllarda davranışçuların da bu kuramı kabul etmesi ile birlikte Bilişsel Davranışçı Terapi ortaya çıktı (Türkçapar, 2018).

Kurama göre tüm psikolojik rahatsızlıkların temelinde işlevsiz düşünceler yer almaktadır. Buna göre de bu kuram bilişsel işlevlere vurgu yapmaktadır ve burada kastedilen ise kişinin kendisi, geleceği, çevresi ve yaşantıları ile ilgili olarak anlamlandırmaları, algıları, yorumları, değerlendirmeleri ve düşünceleridir (Beck, 2019). Bunların oluşmasına katkı sağlayan bilgi işleme süreçleri ise duyuşsal nöronların uyarıldığı zaman ilk ortaya çıkan sonuçlar olan duyulardan, bu duyuların iç ve dış dünyayı anlamak adına bir araya getirilip değerlendirilmesi sonucu oluşan algılardan ve duyular ile algıların işlenerek bunlara yönelik geliştirilen yöntemlerin meydana getirdiği problem çözme, düşünme gibi karmaşık süreçler olarak ifade edilen bilişlerden oluşmaktadır (Türkçapar, 2018).

Özetle BDT olayların kendisinden ziyade bireyin olayı algılama, yorumlama şekline odaklanmaktadır ve psikolojik rahatsızlıkların temelinde de olumsuz inançların, önyargıların ve bilişsel çarpıtmaların olduğuna inanmaktadır. Bu sebeple altta yatan olumsuz inançların değiştirilerek daha dayanıklı değişikliklerin oluşturulmasını sağlamaktadır. BDT'nin tüm şekillerinde de tedavi belirli bir bozukluğu nitelendiren inançlara, stratejilere ve bir bilişsel formülasyona

dayandırılmaktadır. Bu doğrultu da terapist ise hastada duygusal ve davranışsal değişiklikler oluşturmak ve sorunu çözmeye yardımcı olması amacıyla hastanın inanç ve düşünce sisteminde bilişsel değişiklikler yapmaya çalışmaktadır (Beck, 2019).

Son olarak BDT her yaş grubuna uygulanabilen, çift, aile, yetişkin, grup ve bireysel tedavilerde de etkililiğini kanıtlamış bir terapi olarak kabul görmektedir (Beck, 1991).

3.1.1. Temel Kavramlar

BDT, bireylerin duygularının, davranışlarının ve fizyolojilerinin olaylara yönelik algılarından etkilendiğini kabul eden bir bilişsel modele dayanmaktadır. Buna göre de bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken bilişleri otomatik düşünceler ve şemalar olarak iki ayrı gruba ayırır ve bu iki ana başlık altında inceler.

Bilişsel terapide otomatik düşünceler, zihin akışı içerisinde yer alan ve genellikle de duygusal sıkıntının olduğu anlara eşlik eden duruma ve ortama özgü bilişler olarak ifade edilmektedir. Bu bilişler bireyin zihninde bizzat olup biten şeyler olarak bilinmektedir ve yönlendirilmiş veya güdülenmiş düşünce ürünleri değil aksine kendiliğinden ortaya çıkmaktadırlar (Beck, 2019). Otomatik düşünceler birey belirli bir durumun içinde bulunduğu hızlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır ve incelenmeden doğru olarak kabul edilmektedir. Bu sebeple de yoğun duygusal tepkilere neden olmaktadır. Bununla birlikte genellikle birey tarafından fark edilmezler bunun yerine eşik eden duygu fark edilmektedir. Zihinde yer aldıkları için de kısa ve uçuşan bir özelliktedirler, konuşma dilinden farklı olarak uzun ve gramer kurallarına uygun bir yapıları olmaz, zihin içerisinde çok hızlı akış gösteren anlam kümeleri olarak bilinmektedirler (Türkçapar, 2018).

Şemalar ise kişilerin kendileri ve diğerleri ilgili olarak algıladıkları, beklentileri, hedefleri, deneyimleri, fantezileri ve hatıralarından oluşmaktadır (Corsini ve Wedding, 2012). Bilişsel terapi de şemaları ara inançlar ve temel inançlar olmak üzere ikiye ayırır. Buna göre ara inançlar bireyin dile getiremediği ancak inandığı, değişime karşı daha dirençli olan kuralları, inançları ve sayıltıları olarak

kabul edilir ve bunlar bazı zamanlarda söze dökülme de davranışların soyut bir düzenleyicisi olarak ifade edilmektedir. Bunlar doğrudan kişinin kendi yaşantısından, diğerlerinden alınan bilgilerden, kendi gözlemlerinden etkilenecek oluşmaktadır ve kişinin kendisiyle, diğer insanlarla, yaşadıklarıyla, hayatıyla ilgili olarak kalıcı hale gelmiş beklentileri ve kuralları olarak ortaya çıkmaktadır (Türkçapar, 2018). Temel inançlar ise en önemli inanç düzeyi olarak kabul edilir ve hem katıdır hem de aşırı genelleme içermektedirler (Beck, 2019). Geçmiş deneyimler ve yaşantılar sonucunda oluşan bu temel inançlar kişinin kendisi, diğerleri ve dünya ile ilgili temel varsayımlarını içerir ve kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirler. Yaşamın erken dönemlerinde deneyimler sonucunda oluşurlar ve ilerleyen zamandaki yaşantı ile birlikte pekişirler. Genellikle “Yetersizim”, “Sevilmiyorum” gibi koşulsuz net önermeler şeklinde ortaya çıkmaktadırlar ve Beck temel inançları, güç ve performans yetersizliği ile ilgili olarak çaresizlik, duygusal anlamda eksikliklerle ilgili olarak sevilme ve ahlaki eksiklik, suçluluk ile ilgili olarak da değersizlik olacak şekilde üç ana gruba ayırmıştır (Türkçapar, 2018).

Bazı araştırmalar anlama kolaylığı olması açısından şemaları ara inançlar ve temel inançları iki ana başlık olarak ele almaktadır ve buna göre bilişler otomatik inançlar, ara inançlar ve kurallar ve temel inançlar olmak üzere üçlü bir ayırım yaparak incelemektedirler. Bu üç biliş de iç içe geçmiş daireler olarak kabul edilmektedir ve en yüzeyde otomatik düşünceler yer alırken, daha sonra ara inançlar ve ardından çekirdekte temel inanç yer almaktadır (Türkçapar, 2018).

3.1.2. Bilişsel Çarpıtmalar

Bilişsel terapinin en önemli öğelerinden biri de bilişsel çarpıtmalardır. Bunlar bireyin düşüncesini biçimlendiren, psikopatolojiye özgü bilişsel sonuçlara neden olan ve bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar olarak kabul edilmektedirler. Bireyin bir otomatik düşüncesinde birden fazla bilişsel çarpıtma olabilmektedir. Psikoterapinin hedefi de olumsuz duygulara ve işlevsiz davranışlara neden olan bu bilişsel hataları düzelterek daha uygun, işlevsel olanlarla değiştirmektir ve bilişsel çarpıtmalar, yeni adıyla bilişsel işleme tipleri şu şekilde özetlenebilirler (Türkçapar, 2018):

Keyfi çıkarsama: Kişinin yaşadığı durumdan çıkardığı sonucun gerçekte hiçbir kanıtla dayanmaması veya aksine kanıtlar olmasına rağmen belli bir sonuca ulaşması olarak ifade edilir.

Seçici soyutlama: Kişinin olayları değerlendirirken bağlamından kopması, diğer belirgin özellikleri yok sayarak bir detaya odaklanması ve bu bir detaydan yola çıkarak bütün yaşantıyı kavramsallaştırması olayıdır. Zihinsel filtreleme olarak da isimlendirilir.

Aşırı genelleme: Kişinin yaşantılarından yola çıkarak sınırlı sayıda örneği temel alması, bununla ilgili genel bir kural oluşturması ve bu kurala göre hareket etmesi durumudur.

Büyültme ve küçültme: Bireylerin durumları yorumlarken öznel birtakım ağırlıklara atfetmesi olarak ifade edilir. Bazı kaynaklarda olumluyu yok sayma olarak da isimlendirilir ve bireyin durumlar karşısında olumluyu yok sayıp olumsuz odaklanması söz konusudur.

İkili düşünme: Ya hep ya hiç şeklinde düşünme olarak da bilinen bu durumda birey durumları değerlendirirken siyah ya da beyaz olarak görür ve her türlü yaşantı da bu iki uçta değerlendirilir. Kısaca bir şey ya tam olmuştur ya hiç olmamıştır ve bu ikisi arasındaki durumların bir önemi yoktur.

Kişiselleştirme: Bireyin olayları değerlendirirken kendine ve acılarına fazla odaklanması söz konusudur. Birey olumsuz durumların reddedilmesi veya suçlanması ile alakalı olduğunu düşünür ve olayların olumsuz sonuçlarından kendisini sorumlu tutar.

Felaketleştirme: Bireyin olayın sonuçlarını düşünürken olması muhtemel diğer sonuçları yok sayarak gelecekle ilgili her zaman olumsuz düşünmesi durumu olarak ifade edilir. Bireyin küçük bir kanıttan yola çıkarak ve bu kanıtı da yeterince değerlendirmeden durumu olumsuz olarak öngörmesi söz konusudur.

Olmalı ifadeleri: -meli, -malı düşünce tarzı olarak da ifade edilen bu durumda birey için kendisi ve dünya ile ilgili katı kurallarının olması söz konusudur. Birey bu kurallara aşırı bağlıdır ve uyulmadığı takdirde meydana gelecek olası olumsuz sonuçları abartma eğilimindedir.

Zihin okuma: Birey diğer insanların ne düşündüğünü bildiğine inanır ve aynı şekilde diğer insanların da kendisinin ne düşündüğünü bildiklerine, bilmeleri gerektiğine inanır.

Duygudan sonuca ulaşma: Bu durum için bireyin aksine kanıtlar olmasına rağmen bu kanıtları yok sayarak veya görmezden gelerek sadece hislerinden yola çıkarak bir şeyin doğru olduğuna inanması söz konusudur.

Etiketleme: Bireyin daha doğru ve gerçeği yansıtacak şekilde değerlendirmeler yapmak yerine kendisine ve diğer insanlara etiketler yapıştırması ve bütün olayları bu etiketlerden yola çıkarak değerlendirmesi olarak ifade edilir.

3.1.3. Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel İlkeleri

Bilişsel davranışçı terapi de diğer tüm terapi türleri gibi kişiye özeldir ancak yine de tüm hastalar için geçerli olan, bilişsel davranışçı terapinin temellerini oluşturan ana ilkeleri de mevcuttur ve bu ana ilkeler şu şekilde sıralanabilir (Beck, 2019):

1. BDT hastanın her zaman ortaya çıkan problemlerinin formülasyonuna ve her hastanın bilişsel terimlerin kullanılarak kavramsallaştırılmasına dayanmaktadır.
2. BDT için sağlam bir terapötik anlaşmaya ihtiyaç duyulmaktadır.
3. BDT için aktif katılım iş birliği önemlidir.
4. BDT sorun odaklı ve amaca dönük bir terapi.
5. BDT için şimdi ve burada önemlidir ve bu sebeple başlangıçta şu anı vurgulamaktadır.
6. BDT eğitici bir terapi. Bireye kendi kendisinin terapisti olmasını öğretmek nüksü önlemeyi hedefler.
7. BDT için zaman sınırı önemlidir ve bu zaman sınırı içerisinde hedeflerine ulaşmayı amaçlar. Terapistin hedefleri problemin verdiği rahatsızlığı azaltmak, semptomları iyileştirmek ve sorunlarla baş etme noktasında hastayı eğiterek yinelemenin olmasını engellemektedir.

8. BDT için seansları yapılandırmak önemlidir. Her bir seansta belirli bir yapıya uyularak verimliliği, etkililiği arttırmak ve terapi sürecini hasta için daha anlaşılır hale getirmek amaçlanır. Bu yapı giriş, orta ve son kısım olarak üçe ayrılır. Giriş kısmında hastanın duygu durum kontrolü yapılır, geçen hafta genel olarak incelenir ve o gün için konuşulacak gündem belirlenir. Orta kısımda verilen ödev incelenir, gündem ele alınır, yeni ödev belirlenir ve seansın genel bir özetlemesi yapılır. Son kısımda ise terapist hastaya geri bildirimde bulunur.

9. BDT hastaya bozuk inanç ve düşüncelerinin belirlenmesinde yardım eder ve onları değerlendirmeyi, onlara yanıt vermeyi öğretmeyi amaçlar. Terapist hastaya olayları değerlendirirken faydalanacağı daha gerçekçi bakış açıları kazandırmaya çalışır ve hastanın düşüncelerini değerlendirmek amacıyla sorgulama yaparak, yaptırarak hastanın olumsuz inançlarını keşfetmesini sağlar.

10. BDT davranışı, düşünceyi ve duyguları değiştirebilmek amacıyla çeşitli tekniklere başvurur.

3.1.4. Bilişsel Davranışçı Terapide Uygulanan Teknikler

BDT’de teknikler kullanılırken öncelikli amaç danışanın bilgileri işleme alması, değerlendirmesi sırasında ortaya çıkan bilişsel hatalarını ve ön yargılarını düzeltmek ve yanlış yorumlamalara sebep olan, işlevsel olmayan bilişsel çarpıtmalarını, olumsuz inançlarını ortaya çıkararak bunları daha işlevsel, uygun olanlarla değiştirmektir. Bu nedenle de terapide sıklıkla bilişsel tekniklere başvurulmaktadır (Corsini ve Wedding, 2012). Bilişsel tekniklerin yanı sıra davranış değişikliğini sağlamak amacıyla davranışçı teknikler de uygulanmaktadır ve danışan bilişsel teknikler ile bilişsel olarak hazırlandıktan sonra davranışçı tekniklere geçilir. Sadece depresyon tedavisi sırasında ilk davranışçı teknikler ile başlanır ve başlıca teknikler şu şekildedir (Türkçapar, 2018):

3.1.4.1. Bilişsel Teknikler

- Sokratik Sorgulama ve Yönlendirilmiş Keşif

M.Ö. 470-399 yılları arasında yaşayan Sokrat’ın uyguladığı bir yöntemden yola çıkarak kullanılan sokratik sorgulama BDT için sıklıkla kullanılır ve önemli bir yere sahiptir. Bu teknikte amaç danışana yöneltilen uygun sorularla probleminin

altında yatan nedenlere yönelik yeni bir keşif yaptırmaktır. Sorular kuramdan bağımsız olarak sorulur ve açık uçludur. Danışana sahip olduğu bilgiyi açığa çıkarması veya sahip olduğu bilgiler sayesinde yeni sonuçlara ulaşması konusunda yardım edilir. Bu sürece de yönlendirilmiş keşif adı verilir.

- Otomatik Düşüncelerin Saptanması:

Seansın başında hastanın terapiye getirdiği ve terapide ele alınacak sorunlar belirlendikten sonra bu sorunların bilişsel içeriği üzerine çalışılır. Burada da en önemli girişim bireyin duygu, düşünce ve davranışlarına etki eden otomatik düşüncelerinin belirlenmesidir. Bunun için öncelikle otomatik düşünce kavramı danışana yaşantısından ve problemlerinden yola çıkarak anlatılır. Otomatik düşüncelerin saptanması için ise çeşitli teknikler kullanılır.

Tekniklerden ilki olan doğrudan soruların kullanılmasıdır ve bunun için hastaya problem olan duygu ve davranışların ortaya çıktığı o an aklından nelerin geçtiğinin, o an ne düşündüğünün sorulmasıdır. Bunun sebebi ise hastanın o ana ilişkin otomatik düşüncelerini açığa çıkarmaktır.

Doğrudan soruların yanı sıra o ana ilişkin düşüncelerini hatırlamakta zorluk çeken hastalarda ise yönlendirilmiş keşif kullanılarak anlık düşüncelere ulaşmak amaçlanır. Bunun için de hastanın sıkıntı yaşadığı duruma ve duygudurumunda ilk değişimin ortaya çıktığı ana odaklanılarak bu duruma etki eden faktörler ele alınır. Böylece duygulardan yola çıkarak otomatik düşünceye ulaşmak hedeflenir.

Otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılması amacıyla kullanılan bir başka teknik ise en kötü senaryo tekniğidir ve bu teknik özellikle belli bir durumdaki otomatik düşüncelerini saptayamayan, duygusal ve bilişsel kaçınmalar sebebiyle otomatik düşüncelerini dile getirmekte zorlanan kişiler için kullanılır. Bunun için de hastaya ortam, içinde bulunduğu durum veya semptomları ile ilgili geribildirim verilerek bu durumda yaşanacak en kötü şeyin ne olduğu sorulur ve bu sayede otomatik düşüncelerine ulaşmak hedeflenir.

Sözel tekniklerin çok iyi kullanıldığı ancak çeşitli sebeplerle düşüncelerine odaklanmakta ve açığa çıkarmakta zorlanan bireyler için kullanılan bir diğer teknik ise davranış deneyi eşliğinde düşüncelerin kaydedilmesidir. Bunun için hastadan

sıkıntıya sebep olan durumun içine girmesi, bu yaşantı sırasında ortaya çıkan, aklımdan geçen düşünceleri not etmesi istenir ve bu sayede otomatik düşüncelere ulaşmaya çalışılır.

Kullanılan bir diğer teknik ise otomatik düşünce kayıtlarının tutulmasıdır. Bunun için hastaya otomatik düşüncelerin ne olduğu seans içerisinde örneklerden de yola çıkılarak anlatıldıktan sonra otomatik düşünce kayıt formu verilir ve o hafta için duygudurumunda, davranışlarında bir sıkıntı yaşadığı zamanlarda olayı, duygu, düşünce ve davranışlarda meydana gelen değişiklikleri not etmesi istenir.

▪ Otomatik Düşüncelerin Ele Alınması

Danışan problemleri altında yatan otomatik düşüncelerini saptadıktan sonra ikinci aşama bu düşüncelerin ele alınmasıdır ve burada kullanılan tekniklerin amacı ise bu düşüncelerin gerçekliği ne kadar yansıttığını incelemektir.

Otomatik düşünceleri ele alırken kullanılan ilk teknik ise kanıt inceleme tekniğidir. Burada amaç olumsuz düşüncelerin doğruluğunu kabul etmek değil aksine bu düşünceleri destekleyen veya desteklemeyen kanıtları incelemektir ve bunun için de gerçeklikten faydalanır. Hastanın gerçekliğe uymayan otomatik düşüncelerini fark edebilmesi ve bu sayede bu düşünceden kurtulması sağlanır.

Kullanılan ikinci bir teknik ise bilişsel işlemleri bulmaya yöneliktir. Bunun için hastanın bilişsel çarpıtmalarına odaklanılır ve danışanın düşüncelerinden yola çıkarak birlikte otomatik düşüncelerinin altında yatan bilişsel çarpıtmaların bulunması hedeflenir.

Üçüncü bir teknik ise çifte standart tekniğidir. Bu teknik danışana kendisi ile aynı düşüncelere sahip bir başka arkadaşının başına benzer bir olay geldiğinde ona ne diyeceği sorulmasıdır. Bunun bir başka versiyonu da yine sevdiği ve yakın bir arkadaşının başına aynı olay geldiğinde ona ne söyleyeceğinin sorulmasıdır. Buradaki amaç danışana kendi yaşadığı problemleri dışarıdan bir gözle farklı bir perspektiften baktırmak ve bu sayede gerçekçi bir değerlendirme yapmasını sağlamaktır.

Otomatik düşüncelerin ele alınmasında kullanılan son teknik ise alternatif açıklamalardır ve bu teknik danışanın otomatik düşüncelerinin içinde bulunduğu durumla ilgili bir açıklama, nitelendirme olduğu durumlarda kullanılır. Bunun için danışana bu mevcut durumun başka ne anlama gelebileceği ve başka nasıl yorumlanabileceği sorulur.

- Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Danışanın otomatik düşünceleri ortaya çıkarılıp incelendikten sonra amaç bu işlevsel olmayan ve olumsuz duygulara sebep olan düşünceleri işlevsel, daha uygun olanlar ile değiştirmektir. Bunun için de bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerine başvurulur.

Kullanılan tekniklerden ilki terimleri tanımlama olarak ifade edilir. Burada amaç yaşamda karşılığı olmayan ve danışanın kendisi için kullandığı çaresiz, zayıf, yetersiz, değersiz gibi kavramları incelemek ve bu kavramların anlamsızlığını danışana fark ettirmektir. Bu teknik özellikle bilişsel çarpıtmalardan etiketlemeye karşılık kullanılmaktadır.

İkinci bir teknik ise doğrudan farklı bir düşünce getirme yaklaşımı olarak ifade edilir. Bunun için danışana duygusal problemler yaşadığı anda gerçeğe uygun olmayacak şekilde olumsuz düşünmenin aksine duruma yönelik daha gerçekçi daha olumlu düşünseydi eğer ne olurdu sorusu sorulur. Burada amaç danışana olaylar değişirse bile düşüncelerin değişmesinin duyguları nasıl etkilediğini ve olayları farklı bir şekilde değerlendirmenin de mümkün olduğunu göstermektir.

Kullanılan bir diğer tekniğe ise deneysel teknik adı verilir. Burada danışana olumsuz düşüncesinin ne kadar gerçek olduğunu fark ettirmek adına bir deney veya tekniğin uygulanmasının bir başka alternatifi olarak olumsuz düşüncelerine yönelik bir araştırma yaptırılır.

Derecelenmiş düşünce adı verilen bir diğer teknikte ise amaç olayları siyah veya beyaz olarak algılayan kişiler için hayatın genellikle ikisi arasında gri tonlarda olduğunu göstermektir. Bunun için olayların yüz üzerinden derecelendirilerek yeniden değerlendirilmesi yapılır.

Gerçeğe uygun beklenti içerisinde olmayan danışanlar için kullanılan bir teknik olan semantik yöntem tekniğinde ise duygusal açıdan daha az yükü olan ve gerçeğe daha uygun bir dil oluşturularak olumsuz duyguyu azaltmak amaçlanır. Burada danışanın gerçeği ve bu gerçeğin her zaman iyi olmayacağını fark etmesi istenir. Danışan gerçeği kabul etmeli ve değiştirebileceği noktalar üzerine odaklanmalıdır.

Bir diğer teknik olan yeniden atfetme tekniği ise danışanın olayları tek taraflı değerlendirmesinin yerine tüm faktörleri ve olasılıkları dikkate alarak yeniden değerlendirme yapmasına dayanmaktadır. Burada amaç olayların nedeninin tek bir şeyden veya kişiden kaynaklanmayacağını başka faktörlerin de işin içinde olabileceğini danışana göstermektir.

Rol oynama teknikleri ise danışan ve terapistin sırayla gerçeğe uygun olmayan olumsuz ve olumlu düşünceleri seslendirmesi olarak ifade edilir. Bunun için olumsuz düşünceleri seslendiren kişi saldırı halindedir diğer kişi ise savunmadadır. Teknik ilk önce danışanın kendisine sıkıntı veren olumsuz düşüncelerini seslendirmesi ve terapistin ise bunlara gerçeğe uygun cevaplar vermesi ile başlar ardından roller değiştirilir ve tam tersi şeklinde uygulanır.

Yarar- zarar analizi olarak isimlendirilen bir başka teknikte ise danışanların düşüncelerinin yarar ve zararlarının incelenmesi söz konusudur. Danışana önce düşüncesinin kendisine nasıl bir yarar sağladığı ardından bu şekilde düşünmesinin yaşamında ne gibi olumsuz durumlara sebep olduğu sorulur. Burada amaç danışana düşüncelerinin işlevselliğini fark ettirmektir.

3.1.4.2. Davranışçı Teknikler

▪ Maruz Bırakma ve Tepki Önleme

Bilişsel davranışçı terapide kullanılan en önemli davranışçı tekniklerden biri maruz bırakma tekniğidir. Danışan sıkıntıdan uzak kalmak amacıyla devamlı kaçındığı durum veya nesnelere maruz bırakılarak ortaya çıkan tepki önlenmeye çalışılır. Bu şekilde amaç korktuğu, kaçındığı duruma yönelik bir alışma sağlanması ve verilen olumsuz tepkinin, sıkıntının azalmasıdır. Bu teknik uygulanırken ilk başta danışandan kendisi için sıkıntı oluşturan kaçtığı veya korktuğu durumların,

nesnelerin bir listesini yapması istenir. Daha sonra bu durum veya nesnenin ne kadar sıkıntı verdiği üzerine konuşularak derecelendirilir ve sıkıntının orta düzey olarak değerlendirildiği bir duruma danışan maruz bırakılır. Burada ilk başlarda sıkıntının bir süre artması, ardından alışmanın meydana gelmesiyle sıkıntının azalması beklenir. Tepkiyi önleme ise danışanın maruz bırakma sona erdikten sonra yaşadığı sıkıntıyı gidermek için yaptığı davranışı yapmaması veya bir süre geciktirmesi olarak ifade edilir. Amaç döngünün kırılması ve geçen süre içerisinde sıkıntının hafiflediğini danışana göstermektir.

- Aşamalı Etkinlik Planlaması

Bu teknik özellikle depresyon veya bazı kaygı bozuklukları için kullanılır. Burada danışanın, yapması gereken basit işlerini geciktirmesi ve sıklıkla da bunları yapmaktan kaçınması söz konusudur. Bunun için danışandan yapması gereken şeylerin bir listesini çıkarması istenir ve daha sonra bu listedekilerden birini seçerek gerekli olan adımlar belirlenir. Böylece ertelediği veya kaçındığı yapması gereken işlerin planlanması sağlanarak uygulamaya konulur.

- Sorun Çözme

Davranışçı tekniklerin içerisinde yer alan bir diğer teknik ise sorun çözme tekniğidir. Bu teknik danışanın duygularının ve davranışlarının kendisi için bir sıkıntı oluşturmasının yanı sıra tepkilerinin duruma uygun olduğu ve büyük oranda da içinde bulunduğu durumdan veya ortamdan kaynaklandığı anlarda kullanılır. Bunun için önce danışanın üzerinde çalışacağı sorun belirlenir ve bu sorunun tanımlanması yapılır. Ardından danışandan güvendiği biri ile bu sorunu konuşması, tartışması ve sorunun nasıl çözülebileceğine yönelik alternatiflerin her açıdan düşünülerek yazılıp listelenmesi istenir. Daha sonra danışan her birinin yarar ve zarar analizini yaparak değerlendirir ve en uygun olan çözümü seçerek gerekli adımları planlar. Ayrıca her bir adımda karşılaşılabileceği problemleri ve bu problemleri nasıl aşacağı üzerine de düşünür. Son olarak adımların atılması için bir zaman planlaması yapılır ve adımlar uygulandıkça ortaya çıkan sorunlar ve sonuçlar tekrar incelenir.

3.2. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİNDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN UYGULANMASI

3.2.1. Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre, bireylerin davranışları ve duyguları olayları yorumlama şekillerinden etkilenmektedir. Başka bir ifadeyle, kişilerin duygularını olaylar değil kişinin o olaya yüklediği anlamlar belirlemektedir. Çoğu zaman da olaylar karşısında bu anlamlar ve düşünceler, otomatik olarak çok hızlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır ve sıklıkla da birtakım çarpıklıkları içermektedir. Bilişsel yaklaşımda bunlara “bilişsel çarpıtmalar” adı verilmektedir ve psikiyatrik bozuklukların da genellikle bunlarla karakterize olduğu düşünülmektedir (Beck, A., 2005). Bu sebeple tedavi açısından bu bilişsel çarpıtmaları keşfetmenin, onlarla baş etme yollarını belirlemenin ve geliştirmenin gerekli olduğu ifade edilmektedir (Shafran ve Robinson, 2004).

BDT'nin Yeme Bozukluklarının tedavisine uyarlanması ise iki önemli neden vardır. Bunlardan ilki Yeme Bozukluklarının temel psikopatolojisi yani kişinin beden şeklini ve kilosunu aşırı değerlendirmesi bilişseldir (Murphy ve diğerleri, 2010). Bilişsel yaklaşıma göre Yeme Bozuklukları, beden şekli ve kilo ilgili gerçekçi olmayan inanç ve değerler ile açıklanmaktadır. Bozukluğun başlangıcından daha çok hastalığın devam etmesine neden olan süreçlere odaklanmaktadır ve buna göre hastalığı devam ettiren şey bireylerin kendilerini ile ilgili değerlendirmelerinde var olan işlevsiz şemalarıdır (Fairburn ve diğerleri, 2009). Özetle bireylerin patolojisinin altında vücut şekilleri, ağırlıkları ve bunların aşırı kontrolüne, aşırı değerlendirilmesine yönelik şemalar mevcuttur. Bu şemalar da bireylerin yaşamlarının, beden şekli, kilo, beslenme, diyet, zayıflık, şişmanlığa ve kilo almaya yönelik korkular gibi faktörlerden aşırı derecede etkilenmesine neden olmaktadır. Ayrıca bilişsel yaklaşım, bireyin bu olumsuz temel inançlarının oluşmasında erken dönem deneyimlerinin önemli bir etken olabileceğini ifade etmektedir (Cooper, 2005). İkinci bir neden ise BDT'nin içerisinde yer alan davranışsal ev ödevlerinin, bireylerin olumsuz inançlarının davranışlarına olan yansımaları düzeltmeye ve işlevsiz davranışlarını değiştirmeye yönelik etkisi onu diğer psikoterapilerden ayıran temel özelliklerindedir (Wilson ve diğerleri, 2002).

BDT göre semptomların sürdürülmesi, kişinin ideal gördüğü bir kiloya, ince bir vücuda verdiği değer ve üç temel alandaki yanlış inançlarından

kaynaklanmaktadır. Bu inançlar ise kişinin kilosu/şekli ile ilgili gerçekçi olmayan beklentileri, ideal gördüğü şekle ulaşmanın kendine verdiği değer açısından gerekli olduğuna dair inancı ve beslenmenin kilo üzerindeki etkileri konusundaki yanlış inançları olarak ifade edilmektedir (Geller ve Dunn, 2011). Bu sebeple kişinin gerçekçi olmayan bu inanışları sıkı beslenme kontrolüne, hem fiziksel hem de psikolojik problemlere ve dolayısıyla beslenme üzerindeki kontrolün kaybedilmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu bireyler kendilerini aşırı derecede eleştirme eğilimindedirler ve kilo kontrolü beslenme, açısından kendilerine zorlu hedefler koymaktadırlar. Bunları sağlayamadıklarında ise hedeflerinin zorluğundan ziyade kendilerinin başarısız olduğuna yönelik bir düşünceye kapılmaktadırlar (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bu da sonuç olarak kişinin kendisi hakkında olumsuz bir öz değerlendirmesine sebep olmaktadır. Kendileri için çok önemli olan bir konuda yaşadıkları bu başarısızlık ise başarmak adına daha fazla çabalamalarına, daha fazla kısıtlamalar koymalarına, daha fazla telafi edici davranışlara başvurmalarına neden olmaktadır ve böylelikle yaşanan bu kısır döngü bozukluğun sürdürülmesinde bir diğer faktör olarak ifade edilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 1999).

BN ve diğer Yeme Bozukluklarının birçok özelliği, bu aşırı kilo kontrolü, kaçınma, vücut şekli ve beslenme ile ilgili önyargılı, çarpıtılmış düşünceleri kapsayan temel bir psikopatoloji ile ifade edilmektedir ancak TYB bu döngü ile değil yeme davranışlarını kısıtlama girişiminin özel bir yolu olarak açıklanamamaktadır (Fairburn, 2020). Buna göre TYB tanısı alan kişiler beslenme şekli ve nasıl yemelerine dair uç noktalarda birçok farklı diyet kuralına sahiptirler. Bu kuralları uygulamak önemlidir ancak sıklıkla da bu kurallara olumsuz tepki verme eğilimindedirler ve bu da kısıtlama çabalarını geçici olarak terk etmelerine neden olmaktadır. Bunun sonucunda ise yaşanan başarısızlık duygusu kilolarını kontrol etmelerine yönelik endişelerini daha da arttırmaktadır ve bu da beraberinde daha fazla kısıtlamayı, daha fazla diyeti getirmektedir. Psikopatolojinin sürdürülmesinin en önemli sebebi olarak da bu durum ifade edilmektedir (Murphy ve diğerleri, 2010). Bu durum da Bulimiya Nervozayı karakterize eden, beslenmeyi sınırlama girişimlerinin sıklıkla yineleyen tikanırcasına yeme epizodları ile kesildiği özel yeme örüntüsünü oluşturmaktadır (Fairburn, 2020). Bunun yanı sıra BDT'ye göre TYB

biraz da olumsuz duyguları kısmen de olsa hafiflettiği, problemler üzerine düşünmekten bir süre de olsa alıkoyduğu için bireyin yaşamdaki zorluklarına bir tepki olarak başvurduğu bir yöntem olarak değerlendirilmektedir ve sıklıkla duygu durumundaki değişikliklerle de ilişkili olabileceği ifade edilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

AN Bozukluğunun bilişsel davranışçı terapiye uygulanması ise Garner ve Bemis (1982, 1985) tarafından yapılan çalışmalara dayanmaktadır ve Beck'in depresyon için ifade ettiği bilişsel teoriye dayanan açıklamalarını ve terapinin ilkelerini AN için uygulamışlardır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 1999). Daha sonraki dönemlerde de anoreksiya nervoza için bilişsel yaklaşımlar farklı kişiler tarafından, farklı şekillerde açıklanmıştır.

Açıklamalardan biri anoreksik ve bulimik semptomların sürdürülmesinin, bireyin vücut şekli ve ağırlığı hakkındaki kişisel çıkarımlarına, bunlara yüklediği aşırı değer yargılarına dayandığını ifade etmektedir. Bireylerin bu tutumlarının kökleri ise kadın bedeninin özelliklerinin sosyokültürel ideallerle etkileşiminden kaynaklanmaktadır ve buna dair inançlar bir kez oluştuktan sonra bu durum kişinin, bozuk yeme davranışlarına, bu davranışlarını pekiştirmesine, beslenme ile ilgili düşüncelerini bilişsel önyargılarına göre işlemesine, bozuk inançlarını sürdürmesine neden olmaktadır (Vitousek ve Manke, 1994).

AN için yapılan bir başka açıklamada ise şekil ve ağırlık ile ilgili aşırı kaygıların bozukluğun sürdürülmesindeki temel etken olduğu kabul edilmektedir ancak bozukluğun temel özelliğinin sosyokültürel etkenlerin aksine bireyin kişisel kimliği ile ilgili bozuk bilişsel yapılarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (Halmi ve diğerleri, 2005).

Yapılan bir diğer açıklamada da AN için bozukluğun gelişiminin ve sürdürülmesinin merkezinde bir kontrol ihtiyacının yattığı belirtilmektedir. Bu ihtiyaç ise sonuçta ortaya çıkan başarı duyguları ile olumlu olarak, kilo alma korkusuyla da olumsuz olarak pekiştirilmektedir ve böylece birey yoğun bir diyet programına başvurmaktadır. Bunun sonucunda ise ağırlık düşmektedir ve süreç bu şekilde devam etmektedir (Slade, 1982). Ancak AN için temel özelliğın yemeyi

kontrol etme ihtiyacına dayandığı fikri tartışmalara neden olmaktadır. Buna karşılık başlangıçta, bu durumun bireyin öne çıkan mükemmeliyetçilik duygusunun bir getirisi olarak ortaya çıkabileceği ve uzun süredir varlığını sürdüren düşük benlik saygısı ile etkileşimde olan özdenetim ihtiyacından kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (Fairburn ve diğerleri, 1999; Vitousek ve Manke, 1994). Ayrıca bu bireylerin bu kontrol duygusunu ilk zamanlarda iş, spor gibi diğer alanlarda denedikleri ancak zamanla bedenleri üzerine kurdukları hakimiyeti ve yeme davranışına yönelik kontrolü diğer alanlara oranla daha fazla başarı olarak değerlendirdikleri, bu sebeple de bu alana daha fazla yöneldikleri ifade edilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 1999). Kendi kendini kontrol etme ihtiyacının yeme davranışı üzerine kurulmasının ve bu alandaki kontrolün başarı olarak değerlendirilmesinin ise birçok farklı sebebi olabileceği belirtilmektedir. İlk olarak, beslenmeye dair başarılı bir kısıtlamanın anında, kişiye kendini kontrol ettiğine dair bir kanıt sunmasının ve bu başarıda diğer alanlarda olduğu gibi başka kişilerin etkisinin olmamasının etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Slade, 1982). İkinci olarak ise beslenme davranışının kontrol edilmesinin yakın çevre, özellikle de aile açısından güçlü bir etkisinin olabileceği ve özerk olma ihtiyacından kaynaklanabileceği ifade edilmektedir (Fairburn ve diğerleri, 1999). Üçüncü bir sebep olarak da yine aile faktörü ele alınmaktadır ve buna göre yemek yemenin diğer ailelere oranla daha fazla önem kazandığı bir ailede büyümüş olmanın kişiyi bu alanda kontrol sağlamaya teşvik edebileceği ileri sürülmektedir (Kalucy, Crisp ve Harding, 1977). Son olarak ise besin kısıtlamasının kontrolde olma duygusu ile ilişkilendirilmesinin ve özellikle batı kültüründe vücut şekli ve kiloyu kontrol etmek amacıyla diyet yapmaya yüklenen aşırı önemin, yeme davranışının kontrolü üzerinde bir sebep olabileceği ifade edilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

Son olarak bilişsel davranışçı görüşün merkezinde, bozuklukların sürdürülmesinde etkili olan ve özellikle beslenmeyi kısıtlama davranışlarını pekiştiren üç ana geri bildirim mekanizmasından bahsedilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 1999). Buna göre ilk mekanizma beslenme davranışı üzerindeki kontrolün kişide kontrolü elinde tuttuğuna dair bir düşünce oluşturması ve bunun da öz değerine olumlu katkılarının olmasıdır. İkinci mekanizma ise açlık duygusu ile

alakalıdır ve sıklıkla psikolojik ve fiziksel etkilerinin yanlış yorumlanmasıdır. Son olarak ise özellikle batı kültüründe, biçim, kilo ve yeme davranışının öz değer ve öz denetimle ilişkilendirilmesidir (Fairburn ve diğerleri, 1999; Hamilton ve Waller, 1993; Slade, 1982). Bu nedenle AN için kontrol ve kişisel değer ile ilgili inançların değiştirilmesi önem kazanmaktadır (Garner ve Bemis, 1985).

3.2.2. Yeme Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların tedavilerinde psikolojik müdahaleler tedavinin merkezinde yer almaktadır (Waller, Evans ve Stringer, 2012). Psikoterapiler arasında ise BDT sıklıkla tercih edilmektedir çünkü BDT'nin antidepresan ilaçların yanı sıra daha kabul edilebilir, özellikle TYB ve telafi edici davranışlara yönelik daha etkili olduğu bilinmektedir (Geller ve Dunn, 2011; Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007). Ayrıca BN tanısı alan ve atipik vakalarda da BDT'nin diğer terapilere oranla daha etkili sonuçlar verdiği, AN için ise bir miktar etkisinin olduğu kabul edilmektedir (Fairburn ve diğerleri, 2009; Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Ek olarak tedavi grup terapisi için de uygun olmasının yanı sıra genellikle bireysel olarak uygulanmaktadır ve genel olarak da dört ila beş aylık bir zaman diliminde ortalama 16-20 seanstan oluşmaktadır (Nevonen ve Broberg, 2006).

BDT, BN için genellikle bozukluğun sürdürülmesine neden olan mekanizmaların içinde bulunduğu bilişsel bir modele dayanmaktadır (Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Bununla birlikte tedavi, değişim motivasyonunu arttırmak, beden ve kilo ile ilgili çarpık düşünceleri tespit ederek değiştirmek, katı diyetlerin yerine düzenli, esnek bir yeme düzeni oluşturmak ve yeme ataklarını tetikleyen durumlarla başa çıkmak için beceriler kazandırmak üzere bilişsel davranışçı prosedürlerden oluşmaktadır (Chen ve diğerleri, 2003; Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Ek olarak tedavi, bireyin telafi edici, ağırlığını kontrol etmesi için başvurduğu yöntemleri bırakması ve tıkinma dürtüsüne direnmesi için nüks önleme becerileri geliştirmeyi içermektedir (Geller ve Dunn, 2011). Ayrıca bilişsel teoriye göre tedavinin odağının yalnızca hastanın yeme davranışına odaklanılmaması gerektiği, kalıcı bir tedavi için diyet kısıtlamalarına, yeme ataklarına eşlik eden olumsuz duygularına ve öz denetiminin de ele alınması gerektiği ifade edilmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bunu yaparken de tüm Yeme Bozuklukları için mevcut

bilişsel- davranışçı tekniklerden yararlanılmaktadır ve öncelik bilişlerin değerlendirilmesidir. Otomatik düşüncelerin saptanması ve bilişlerin değerlendirilmesi BDT için temel tekniklerdendir (Kendall ve Korgeski, 1979). Hastaya yarı yapılandırılmış formlar verip olaylar karşısındaki duygu ve düşüncelerini not alması istenerek otomatik düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Hastanın Yeme Bozuklukları üzerine bilişlerinin değerlendirilmesinin ise sıklıkla olayların yorumlanması ve işlenmesinde kullanılan bilişsel çarpıtmaların ortaya çıkarılmasında etkili olduğu ifade edilmektedir (Chen ve diğerleri, 2003). Bir sonraki aşama ise tespit edilen bilişsel çarpıtmalar üzerine çalışmak, hasta ile birlikte bunların geçerliliğini, doğruluğunu veya gerçeği ne kadar yansıttığını tespit etmek ve bunları gerçeğe daha yakın bilişlerle değiştirmektir (Geller ve Dunn, 2011). Bunu yaparken de hastadan inançlarını ve beklentilerini tam olarak ifade etmesi beklenmektedir ve daha sonra bir dizi teknikle hastaya bilişlerini yeniden yapılandırabilmesi için yardım edilmektedir. Bunun için de hastayla, beden imajının yeniden yorumlanmasına yönelik çalışmalar yapılabilir. Hastadan doğru olduğuna inandığı varsayımları bilimsel verilerle araştırması istenebilir. İnançlarının gerçeği ne kadar temsil ettiğine yönelik sorgulamalar yaptırarak olabilecek en kötü senaryo ve bunun ne kadar mümkün olduğu üzerine konuşulabilir veya düşüncelerini başka birinin gözüyle değerlendirmesi istenebilir (Garner ve Bemis, 1982). Bilişsel tekniklerin yanı sıra davranışçı teknikler de tedavinin gidişatı açısından önem arz etmektedir. Bununla ilgili olarak hastalarla yeme davranışı üzerine çalışılabilmektedir. Bunun için yemekten kaçındığı yiyeceklere yönelik, telafi edici davranışları sonlandırmaya yönelik veya beslenme alışkanlıklarına yönelik maruz bırakma, duyarsızlaştırma, davranışsal egzersizler gibi yöntemler kullanılabilir. Bunun yanı sıra olası kötü senaryolarla ilgili, kilo almaya yönelik, insanların kilo ile ilgili yorum yapmasına yönelik rol oynama tekniklerine başvurulabilmektedir (Hauserman ve Lavin, 1977). Bir başka yöntem olarak da hastanın keyif aldığı başka alanlara yönelmesi adına birtakım etkinlik planlarının yapılması ve planların uygulamaya konmasına yönelik çalışmaların sürdürülmesidir (Garner ve Bemis, 1982; Hallsten, 1965). BDT’de sıklıkla kullanılan ev ödevleri ise terapide öğrenilenleri günlük hayata uygulamak ve daha önce kontrol dışı olarak deneyimlenen davranışlar üzerinde bir kontrol duygusu geliştirilmesine yardımcı

olarak öz yeterliliği geliştirmek adına kullanılabilir. Özellikle ilk seansta verilen ve danışandan olaylar karşısındaki duygu ve düşüncelerini yazmasının istendiği kendi kendini izleme ödevi, BDT için hızlı bir eylem başlangıcına hizmet etmektedir. Çünkü olaylar karşısındaki davranışı ve davranışı etkileyen faktörler arasındaki bağlantının fark edilmesinin, bireyin kendini denetleyebilmesine ve öz değerlendirmesini yapabilmesine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Wilson ve diğerleri, 2002).

Yeme Bozukluklarının tedavisi diğer hastalıklara kıyasla daha zor olarak kabul edilmektedir ancak psikoterapi noktasında BDT, diğerlerine oranla sınırlılıkları olsa da daha etkili olarak kabul edilmektedir. BDT'nin etkileri ise genel olarak üç başlık altında ifade edilebilmektedir (Wilson ve Fairburn, 1993). Bunlardan ilki BDT hastaların diyet kısıtlamalarına müdahale ederek, düzenli bir esnek yeme alışkanlığı kazandırmaya çalışmaktadır ve bu sayede zaman içerisinde hastanın yeme ataklarının ve ardından başvurduğu telafi edici davranışlarının azaldığı görülmektedir. İkinci olarak, hastanın aşırı yemesini ve arınmasını tetikleyen durumlara karşı baş etme stratejileri üzerine çalışarak bunların güçlendirilmesi hedeflenmektedir ve bu sayede öz yeterliliğin arttığı ifade edilmektedir. Üçüncü olarak ise BDT, olumsuz bilişler üzerine çalışarak ve bunları değiştirerek hasta üzerindeki baskının azalmasını sağlamaktadır ve bu sayede de nüksün önüne geçmektedir (Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993; Wilson ve diğerleri, 2002; Wilson ve Fairburn, 1993).

BDT'nin BN için en etkili tedavi olmasının yanı sıra hastalığın doğası gereği tüm hastalarda tam bir iyileşmenin olduğu söylenememektedir. BN için hastaların neredeyse yüzde ellisi için bir başarı sağlandığı bilinmektedir ve geri kalanı ise tedaviyi bırakmakta veya nüks gözlemlenmektedir (Agras ve diğerleri, 2000). Yakın zamanlı yapılan bir çalışmada (Wilson ve diğerleri, 1999) ise BDT'ye hızlı yanıt verenlerin daha yavaş yanıt verenlere oranla tedavide daha başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Tedaviyi bırakanların geçmişte AN ve/veya depresyon öyküsü olduğu, sosyal uyumunun daha zayıf olduğu bildirilmiştir. Tedaviye yanıt vermeyenler ise aynı şekilde sosyal uyumunun zayıf ve diğerlerine oranla vücut kitle indekslerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir. Tedaviyi bırakma noktası ile ilgili ise BDT'nin ilk odak noktasının öğün düzenlemesi yaptırmak ve diyet kısıtlamasını

azaltmak olmasından kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir. Çünkü düzenli tartımla birlikte bu odaklanmanın kişi için yoğun endişe ve kilo almaya yönelik korku oluşturacağı, bu sebeple de tedaviyi yarım bırakabileceği düşünülmektedir (Fairburn, Marcus ve Wilson, 1993). Bununla birlikte tedavinin erken dönemlerinde düzenli yemeye verilen önemin azaltılması ve daha çok yemek yeme, kilo ile ilgili bilişlere odaklanılmasının tedaviyi bırakma oranını düşürebileceği ifade edilmektedir (Agras ve diğerleri, 2000). Ayrıca hastaların çoğunda görülen kendini kontrol etme arzusundan dolayı tedavinin bir diğer odak noktasının da bireylerin öz kontrolü olması ve bu kontrolün yönlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bunun için hastaların kontrol duygularının başka etkinliklere yönlendirilerek, başka alanlarda başarı duygusunu hissetmesinin yeme davranışları ve kilosu üzerindeki kontrolünü azaltacağı düşünülmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 1999).

AN tedavisi için BDT'nin veya başka bir terapinin tam olarak etkili olduğu ve semptomları tamamen ortadan kaldırdığına yönelik bir kanıt bulunmamaktadır ancak bazı çalışmalar diğer terapilere oranla biraz daha işe yaradığı noktasında bilgiler sunmaktadır (Cooper, 2005). Bu çalışmalardan birinde hastanede yatan bir grup AN hastasına bir yıldan uzun bir süredir uygulanan BDT ile beslenme danışmanlığı karşılaştırıldığında BDT'nin nüksetmeye ve tedaviyi bırakma noktasında daha faydalı olduğu bildirilmiştir (Pike ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte AN için bilişsel tekniklerin fayda sağlayabileceği, Beck'in depresyon ve fobik hastaları için geliştirdiği davranışsal tekniklerin ise çok azının uygulanabileceği ifade edilmektedir. Ancak çeşitli davranışsal egzersizlerin, maruz bırakma gibi tekniklerin kısmen de olsa etkili olabileceği düşünülmektedir (Garner ve Bemis, 1982). AN için daha çok kişisel değer ve kontrol hakkındaki inançlara yönelik müdahalelerin etkisinin olacağı belirtilmektedir (Garner ve Bemis, 1985).

Yapılan çalışmalar Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalarda bir tedavi planı belirlemeden önce hastanın değişime ne kadar hazır olduğunun ve motivasyonunun değerlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle Yeme Bozukluğu tanısı alan kişilerde değişime hazır olmanın ve iyileşmeye yönelik harekete geçmenin, tedaviyi bırakma, semptomların nüksü ve tedaviye başvurma açısından belirleyici olduğu ifade edilmektedir (Geller ve Dunn, 2011). Bu değerlendirme

terapötik ittifak açısından da önemlidir ve terapötik ittifak BDT tedavisinin başarılı olması açısından gerekli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Waller, Evans ve Stringer, 2012). Ayrıca müdahale ve değişime hazır olmanın, motivasyon ile uyumadığı noktalarda, bu durumun terapötik ittifaka zarar vereceği, tedavinin seyri açısından olumsuz bir etken olabileceği varsayılmaktadır (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1993). Ek olarak her hasta için tanıdan ziyade hastanın bireysel psikopatolojisinin ele alınarak hazırlandığı formülasyon da BDT için temel unsurlardandır ve bu formülasyon tedavide ele alınan süreçler hakkında bir kılavuz görevi görmektedir (Murphy ve diğerleri, 2010).

Yeme Bozukluklarının tedavisinin zor olması sebebiyle bazı durumlarda BDT'nin tek başına yeterli olamadığı ve bunun için alternatif terapilerden de destek alınmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu terapilerden bir tanesi, özellikle BN ve TYB için BDT ile karşılaştırılabilir bir etkililik gösteren tek psikoterapi olan Kişilerarası Psikoterapi'dir (Fairburn ve diğerleri, 1986). Bu terapi, hastaların aşırı yeme ve/veya telafi edici davranışlarını kişilerarası alanda yaşadığı zorluklara bağlamasına yardımcı olmaktadır ve sosyal alanın hastalığın üzerindeki etkisi ele alarak, tedavide destekleyici bir faktör olarak kullanılmasını sağlamaktadır (Wifley, Kolko ve Kass, 2011). BDT ile karşılaştırıldığında ise ilk zamanlarda semptomların azalması üzerinde BDT'nin daha etkili olduğu ancak ilerleyen zamanlar için bir eşitliğin söz konusu olduğu ifade edilmektedir (Agras ve diğerleri, 2017). AN için ise aile terapisinin etkili olabileceği belirtilmektedir. Özellikle bu hastalarda sıklıkla karşılaşılan çatışmalı ailelere yönelik tedavinin uygulanmasının ve ailenin tedaviye destekleyici bir unsur olarak dahil edilmesinin faydalı olabileceği kabul edilmektedir (Wifley, Kolko ve Kass, 2011).

BDT diğer psikoterapilerden eylem odaklı olması özelliği ile ayrılmaktadır ve YB hastalarının davranışlarının işlevselliğini belirlemeyi, bunları ele almayı, daha sağlıklı ve işlevsel hale getirmeyi amaçlamaktadır. Ancak eylem odaklı olması sebebiyle hasta için zorlanma söz konusu olabilmektedir. Bu zorlanma da hastanın tedaviyi bırakmasına sebep olabilmektedir. Tedaviyi bırakma psikolojik tedavilerin birçoğunda yaşanan bir problemdir ancak özellikle Yeme Bozukluğu tanısı alan kişilerde daha fazla yaygındır çünkü bu kişiler genellikle değişim konusunda

kararsızdır (Mahon, 2000). Bu durumlarda da motivasyonel terapinin terapiye dahil edilmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Çünkü motivasyonel terapi, hastanın değişime hazır olma halini arttırmaya, hedeflerini daha açık, net oluşturmasına olanak sağlamaktadır ve hastanın en duyarlı olduğu anda beceri geliştirmesini sağlayarak tedavinin etkililiğini en üst seviyeye çıkarmaya odaklanmaktadır (Geller ve Dunn, 2011). Bu sebeple BDT terapisinden hemen önce verilen motivasyon terapisinin, BDT'nin etkililiğini arttıracakı düşünülmektedir.

Bilinen BDT'nin şu an için BN ve TYB için tercih edilen tedavi olmasının yanı sıra AN için veya tanımlanmış diğer Yeme Bozuklukları için BDT'yi destekleyen çok az sayıda kanıt olması, belirli tanılardan ziyade semptomlar boyunca devam eden Yeme Bozukluğu psikopatolojisini tedavi etmek amacıyla BDT'ye transdiagnostik bir yaklaşım getirme düşüncesine neden olmuştur (Fairburn, Cooper ve Doll, 2009). Ayrıca Yeme Bozukluklarının bu transdiagnostik teorisi, bir dizi düzensiz yeme davranışı sergileyen bireylerin ortak temel patolojisine odaklanmaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bu teoriden yola çıkarak Yeme Bozukluklarının tedavisine farklı bir bilişsel davranışçı yaklaşım getiren Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT) Fairburn tarafından (1981) ortaya atılmıştır. İlerleyen zamanlarda da çalışmalarda kullanılmıştır ve etkililiğinin olumlu olduğuna dair geri dönüşler yapılmıştır (Fairburn, 2020).

3.2.2.1. Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT)

Yeme Bozukluklarının DSM sınıflandırmasının, her bozukluğu tanı kriterleri ve tedavi biçimi farklı durumlar olarak ele almasının bu terapinin çıkış noktası olduğu kabul edilmektedir. Çünkü buna göre özellikle son zamanlarda Yeme Bozuklukları ile ilgili en çok öne çıkan şey, onları ayırandan ziyade ortak özelliklerinin daha fazla olmasıdır (Murphy ve diğerleri, 2010). Her biri kendi içerisinde küçük farklılıklar ile ayrılrsa da temelde kilo ve beslenme ile ilgili aşırı yoğun düşüncelerin varlığı ve çoğu hastanın tanılar arasında göç etmesi ortak transdiagnostik mekanizmaların bunların sürdürülmesine yol açabileceği görüşünü ortaya çıkarmıştır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Yeme Bozukluklarının bu transdiagnostik bilişsel davranışsal açıklaması BN için geliştirilen tedaviyi tüm Yeme Bozukluklarına genişletmektedir ve orijinal BDT'ye ek olarak

psikopatolojinin sürdürülmesine neden olan süreçlere odaklanmaktadır (Fairburn, 2020). Hem bilişsel hem de davranışsal değişiklikleri oluşturmak amacıyla belirlenmiş birtakım stratejiler ve esnek bir dizi terapötik prosedür kullanılmaktadır ve G-BDT çeşitli bilişsel-davranışsal müdahalelere başvurmasına rağmen BDT'den farklı olarak doğrudan bilişsel yeniden yapılandırma yerine düşünceyi değiştirmek amacıyla davranışta stratejik değişikliklerin kullanılmasını tercih etmektedir (Murphy ve diğerleri, 2010). Bu terapinin temelini oluşturan teori öncelik olarak BN tanısını sürdüren süreçlerle, dolayısıyla bozukluğun gelişimiyle ilgilenmektedir ve buna göre BN tanısının sürdürülmesinin merkezinde öz değerlendirme ile ilgili işlevsiz bir sistem bulunmaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bu tedavinin geliştirilmiş olarak nitelendirilmesi ise sonucu iyileştirmek için çeşitli yeni stratejiler ve prosedürleri kullanmasının yanı sıra temel Yeme Bozukluğunun dışında kalan ve değişimin önündeki klinik mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı ve kişilerarası zorluklar gibi engelleri ele almasından kaynaklanmaktadır (Murphy ve diğerleri, 2010). Ayrıca terapi, Yeme Bozukluğunun sürmesine neden olan uyumsuz bilişsel ve davranışsal kalıpları değiştirmek amacıyla kişinin kilosu ve biçimini aşırı değerlendirmesi, kontrolü gibi temel inançlara hitap etmektedir. Buna göre diğer semptomlar ve klinik özelliklerin birçoğu doğrudan bu temel inançlardan kaynaklanmaktadır (Wifley, Kolko ve Kass, 2011).

G-BDT, Yeme Bozukluklarının transdiagnostik yaklaşımına dayanmaktadır ve bu nedenle farklı tanılar ve yaş grupları için birtakım uyarlamalarla tüm Yeme Bozukluklarını hedef almaktadır. Bunun için de odaklanmış ve geniş olmak üzere iki ayrı formu vardır (Agras ve diğerleri, 2017). Odaklanmış versiyon varsayılan, orijinal kılavuza benzer bir yaklaşımken, geliştirilmiş versiyon ise aynı sorunları ele almakla birlikte ek olarak bozukluğu sürdüren, değişimi zor hale getiren mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, kişilerarası zorluklar gibi dış faktörlere de odaklanmaktadır ve özellikle bu alanlarda sıkıntı yaşayan hastalar için de bu versiyonu önermektedir (Wifley, Kolko ve Kass, 2011). Ayrıca tedavinin iki yoğunluğu vardır ve ciddi derecede zayıflığı olmayan (beden kitle indeksi 17.5'in üzerinde) kişiler için 20 hafta boyunca 20 seans uygulanırken, beden kitle indeksi

17.5 ve altı olan kişiler için ise 40 hafta boyunca 40 seans uygulanmaktadır (Fairburn, Cooper ve Doll, 2009).

Tedaviye başlamadan önce hastalarla problemlerinin doğasını ve kapsamını ele alan, genellikle iki seans süren bir değerlendirme yapılması önemlidir ve bu değerlendirme iş birliğine dayalı olmakla birlikte hastayı rahatlatmak, değişim için hazır olmasını sağlamak amacıyla yapılmaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003) 2010). Ayrıca bu değerlendirmeler tedavinin önündeki engelleri belirlemek ve diyet kurallarını, tetikleyen olayları, duyguları, klinik mükemmeliyetçiliği, düşük benlik saygısını ve kişilerarası problemleri ele almak açısından önemlidir (Wifley, Kolko ve Kass, 2011). Ek olarak tedavinin dört aşaması mevcuttur ve bu aşamalar şu şekilde özetlenebilir (Murphy ve diğerleri, 2010):

Birinci aşama tedavinin iyi başlaması açısından önemlidir ve tedavinin bu aşamasında elde edilen değişimin büyüklüğünün tedavinin sonucu açısından önemli bir öngörücü olduğu düşünülmektedir (Fairburn, Agras ve Walsh, 2004). Terapötik ilişkinin ilk adımı alan bu ilk yoğun aşama dört hafta boyunca hafta iki kez olacak şekilde toplamda sekiz seans olarak uygulanmaktadır. Bu ilk aşamanın amacı ise hastayla bireyselleştirilmiş bir formülasyon hazırlamak, hastayı değişim ve tedavi sürecine dahil etmek, hastanın kendini izlemesi için gerekli donanımı sağlamak, işbirliğine dayalı haftalık tartımı devreye sokmak, hastalık ve terapi hakkında eğitim vermek, düzenli yeme davranışını oluşturmak ve son olarak gerek görüldüğü takdirde önemli sayılabilecek diğer kişileri tedaviye dahil etmektir.

İkinci aşama genellikle bir hafta arayla iki seans olacak şekilde planlanan kısa ancak önemli bir geçiş aşaması olarak uygulanmaktadır. Bu aşamada, birinci aşamada kurulan düzenin devam etmesi sağlanmakta, ek olarak terapist ve hasta durumu birlikte değerlendirmekte ve üçüncü aşamaya geçişte engel olabilecek engeller tespit edilmektedir. İyi bir ilerleme var ise hastanın bu aşamada övülmesi ve değişimin pekiştirilmesi önemlidir. İyi bir ilerleme sağlanamıyorsa da bu durum ele alınmakta ve değişim motivasyonu tekrar gözden geçirilmektedir.

Üçüncü aşama tedavinin ana gövdesi olarak kabul edilmektedir ve genellikle de sekiz hafta sürmektedir. Bu aşamada amaç, bozukluğun sürdürülmesine sebep

olan temel süreçleri ele almak, incelemek ve ortadan kaldırmaktır. Bunun için de beden ve kilo ile ilgili aşırı değerlendirmeler ve bu değerlendirmelerinin sonuçları belirlenmek, öz değerlendirmenin artması için diğer alanların önemi arttırmak, beden kontrolü ve kaçınma davranışını ele almak, son olarak da aşırı değerlendirmeye sebep olan temel mekanizmaları keşfedilmek adına çalışmalar yapılmaktadır.

Dördüncü ve son aşama ise terapiyi en iyi şekilde sonlandırmakla ilgilidir. Amacı elde edilen ilerlemeyi devam ettirmek ve nüks riskini en aza indirmektir. Genellikle iki hafta arayla üç seans olacak şekilde planlanmaktadır. Bu aşamada sonlandırmaya hazırlığın bir parçası olarak hastaların kendi kendilerini izlemeyi bırakması sağlanmakta ve evde haftalık tartım yapmaları istenmektedir. İlerlemenin korunması amacıyla terapist ve hasta yaklaşık yirmi hafta sonra için planlanan kontrol randevusuna kadar uyulması amacıyla birlikte bireyselleştirilmiş bir plan hazırlamaktadırlar. Ayrıca hastalar yeni ilgi alanları ve etkinliklere dahil olmak açısından da teşvik edilmektedir.

Son olarak tüm bu aşamalar AN hastaları için de aynı şekilde uygulanmaktadır ancak bu hastalar için G-BDT, hastaların belirli özelliklerini ele alacak şekilde birtakım değişikliklere başvurmaktadır. Bu bireyler için öncelik motivasyonu ele almak ve iyi bir terapötik ittifak kurmaktır (Wifley, Kolko ve Kass, 2011). Hastanın durumunun, işi, kişisel değerleri, fiziksel ve psikolojik sağlığı gibi yaşamının tüm yönlerine olan etkisini hasta ile birlikte ele almak motivasyon açısından önemli kabul edilmektedir. Hasta, davranışlarının artılarını ve eksilerini keşfetmek adına değişiklik yapması için teşvik edilmektedir. Burada amaç hastanın kilo almaya kendisinin karar vermesidir. Ayrıca bu bireylere zayıf olmanın psikolojik ve fiziksel etkileri üzerine de bir eğitim verilmektedir (Murphy ve diğerleri, 2010).

3.2.3.Yeme Bozukluklarının Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Uygulanması ile İlgili Çalışmalar

Yeme Bozukluklarının tedavisinde uygulanan psikoterapilerin etkililiğine yönelik yapılan araştırmaların sayısı, hastaların tedaviye başvuru oranlarının düşük, tedaviye başladıktan sonra bırakma oranlarının da yüksek olması sebebiyle oldukça azdır ve genellikle de küçük örnekleme olan çalışmalardır. Ancak yine de yapılan

çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğu da diğer psikoterapilerle, özellikle de Kişilerarası Terapi ile karşılaştırmalarına dayanmaktadır.

Agras ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada 200 BN hastası, 20 haftalık bir süre boyunca bireysel olarak BDT veya Kişilerarası Terapiye (KT) rastgele atanarak bir yıl boyunca izlemeleri yapılmıştır. Tedavi sonucunda tıknırcasına yeme, kusma ve diyet kontrollerinin azaltılmasında BDT'nin, KT'ye oranla daha fazla üstünlük sağladığı tespit edilmiştir. İlk dört hafta boyunca BDT hastalarının %29'unun, KT hastalarının ise %6'sının tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışları bıraktığı belirtilmiştir. Tedavi sonrası taramalarda ise tam iyileşme gösteren hastalar açısından da yine BDT'nin daha etkili olduğu ifade edilmiştir. BDT'yi tamamlayanların %45'inin, KT'yi tamamlayanların %8'i ile karşılaştırıldığında iyileştiği bildirilmiştir.

Wilson ve arkadaşlarının (2002) yaptığı benzer bir çalışmada da yine BDT ve KT karşılaştırılmıştır ve 220 BN tanısı alan hasta her iki tedaviye de eşit şekilde rastgele atanarak 20 hafta boyunca izlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda da BDT'nin harekete geçme açısından daha hızlı olduğu ve BDT grubundakilerin %62'sinde iyileşmenin belirgin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca KT ile karşılaştırıldığında kusmanın BDT için %80, KT için %52 oranında azaldığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde tıknırcasına yemenin ise BDT için %80, KT için %44 oranında azaldığı sonucuna varılmıştır.

Pike ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hastanede yatan AN tanısı alan 33 hasta rastgele olacak şekilde BDT'ye veya beslenme danışmanlığına atanmıştır. Tedavi sonucunda ise beslenme danışmanlığı alan grupta (%53), BDT alan gruba (%22) oranla daha erken ve daha yüksek oranda nüks olduğu bildirilmiştir. Tedavide başarısızlık oranının ise nüks ve tedaviyi bırakma dahil olmak üzere BDT alanlar için %22, beslenme danışmanlığı alanlar için ise %73 olduğu sonucuna varılmıştır. Tedavinin başarı oranla ise beslenme danışmanlığı için %7, BDT için ise %44 olarak bildirilmiştir.

Garner ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada Yeme Bozukluklarının tedavisinde BDT ile destekleyici psikoterapi karşılaştırılmıştır. Buna

göre BN tanısı alan 60 hasta terapi gruplarına rastgele atanmıştır. Sonuç olarak her iki terapinin de telafi edici davranışların ve semptomların sıklığını azaltmak noktasında etkili olduğu ancak BDT 'nin (%81) destekleyici terapiye oranla (%62) daha etkili olduğu bildirilmiştir.

Thompson- Brenner ve arkadaşları (2016) ise yakın zamanda Yeme Bozuklukları için uygulanan G-BDT için bir çalışma yapmıştır ve amaç tedavide tanımlanan iki formu karşılaştırmaktır. Bunun için BN tanısı alan ve komorbid duygusal/kişilerarası problemleri olan 50 hasta ile çalışılmıştır. Tedavi sonucunda iki form arasında belirgin fark tespit edilememiştir. Ancak daha şiddetli duygusal ve kişilerarası problemleri olan hastaların geniş versiyonlu BDT ile daha iyi iyileştikleri (%42) sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak formlar arasında bir fark olmadığı ancak şiddetli psikopatolojisi olan hastalar için geniş formun daha yararlı olacağı bildirilmiştir.

Fairburn ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan bir başka kontrollü çalışmada da KT ile G-BDT'nin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bunun için herhangi Yeme Bozukluğu olan 130 yetişkin hastaya rastgele olacak şekilde KT ve G-BDT uygulanmıştır. Tedavi sonrasında ise G-BDT uygulanan hastaların %66'sının, KT uygulananların ise %33'ünde iyileşme tespit edilmiştir. Takipte ise her ikisi için de iyileşmenin devam ettiği ancak G-BDT uygulanan hastalarda bu oranın daha yüksek seyrettiği (%69'a karşı %49) sonucu bildirilmiştir.

SONUÇ

Yeme Bozuklukları, bireylerin yaşamlarını her yönden olumsuz etkileyen, olumsuz beslenme davranışları ile süregelen, içerisinde beslenmeye yönelik düşünceleri ve tutumları barındıran bir fizyolojik bozukluktur (Andersen, Bowers ve Evans, 1997). DSM’de farklı alt türleri olan bu bozukluk genellikle, az yeme veya hiç yememe davranışı ile karakterize olan anoreksiya nervoza, tıknırcasına yeme atakları ve ardından kendini kusturma, aşırı diyet, laksatif gibi ilaçların kullanımı gibi telafi edici davranışlarla karakterize bulimiya nervoza ile tanınmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Önceleri DSM-IV’ de de AN, BN ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları olarak üç ayrı kategoride ele alınan bu bozukluklar DSM -5 ile birlikte genişletilmiş ve “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı altında toplanmıştır (Koroğlu, 2013). Bu değişimin asıl nedenlerinden birinin ise DSM-IV ele alınarak tanı konulduğu zamanlarda ergenlerin %81’inin, yetişkinlerin ise %75’inin başka türlü adlandırılmayan Yeme Bozuklukları kategorisine girmesi olduğu söylenebilmektedir ve bu değişim ile birlikte BN tanısından telafi edici davranışların olmaması ile ayrılan Tıknırcasına Yeme Bozukluğu da sınıflandırmaya dahil edilmiştir (Call, Walsh ve Attia, 2013). Ayrıca tanı kriterleri açısından farklılıkları olsa da Yeme Bozuklukları, klinik görünüm, etiyoloji, risk faktörleri ve tedaviler açısından ortak noktalara sahiptirler. Özellikle sıklıkla hastalığın temelinde yatan kilo almaya yönelik aşırı korkular ve beslenme davranışına yönelik işlevsiz inançlar bu bozukluğun ortak noktalarındandır.

Hastalığın epidemiyolojine yönelik çalışmaların sıklıkla psikiyatrik olgu ve hastane kayıtlarını ele alması ve hastalığın doğası gereği hastaların tedavi arayışlarının kısıtlı, tedaviyi bırakma oranlarının yüksek olması sebebiyle yaygınlık oranları tam olarak ifade edilememektedir (Hoek, 2006; Polivy ve Herman, 2002). Bununla birlikte yapılan çalışmalar başlangıç yaşı olarak AN için 15-19, BN için 20-24, Tıknırcasına Yeme Bozukluğunun ise genellikle 22 yaşından önce başladığını göstermektedir ve ayrıca cinsiyet açısından bakıldığında ise her on kadına karşılık bir erkeğe Yeme Bozukluğu tanısı konduğu bilinmektedir (Hoek ve Van Hoeken, 2003). Ancak erkeklerde görülmemesinin sıklıkla, tanı koymadaki yanlılıktan, özellikle de bozukluğun bir kadın problemi olarak algılanmasından ve DSM-IV baz alındığı

zamanlarda tanı kriterlerinde mensturasyon kriteri gibi cinsiyet yanlılığının olmamasından kaynaklanabileceği ifade edilmektedir (Corson ve Andersen, 2002). Yaşam boyu görülme oranları dikkate alındığında da en sık görülen bozukluğun TYB, en nadir görülenin ise AN olduğu söylenebilmektedir (Hudson ve diğerleri, 2007).

Hastalığın etiyojine bakıldığında ise net bir sebebin varlığından söz edilememektedir ancak genetik etkenlerin, bireysel etkenlerin ve aile ve sosyokültürel etkenler hastalığın doğasında etkili olduğu söylenebilmektedir (Yücel, 2009). Özellikle hastaların aile öykülerinde benzer problemlerin olması ve sıklıkla çatışmalı, koruyucu, baskıcı veya ilgisiz, özerklik kazandırmaktan uzak ebeveynlerin farklılığı söz konusudur (Holtom-Viesel ve Allan, 2014). Aynı şekilde bu hastalığa sahip olan kişilerde sıklıkla karşılaşılan bir durum ise mükemmeliyetçi, kontrol odaklı, özsaygısı düşük, baş etme stratejileri yetersiz bireyler olduğudur (Polivy ve Herman, 2002). Özellikle zayıflığın ideal görüldüğü ve bunun medya ile desteklendiği toplumlarda bu bireysel faktörlere ve dolayısıyla bu bozukluğa daha sık rastlanmaktadır (Yücel, 2009).

Hastalığın etiyojisi ve hastaların olumsuz inançlarının çok katı olması tedavi arayışı üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalar da Yeme Bozukluğu tanısı alan hastaların çok küçük bir yüzdesinin tedavi arayışı içerisine girdiğini göstermektedir (Becker ve diğerleri, 2004). Bu sebeple Yeme Bozuklukları üzerine yapılan araştırmalarda tedavi motivasyonu oldukça önemli bir yere sahiptir. Çünkü ölüm riski oldukça yüksek olmasına ve hastalara bununla ilgili bilgi verilmesine rağmen tedaviden kaçma, uyumsuzluk, yarıda bırakma veya nüks sıklıkla karşılaşılan problemlerdendir (Castro ve diğerleri, 2007). Özellikle hastaların tedaviye başladıktan sonra aşırı direnç göstermeleri, uygunsuz bir zayıflık arayışından vazgeçme konusunda isteksiz olmaları söz konusudur. Bu durum da Yeme Bozukluklarının tedavilerini diğer bozukluklara oranla daha zorlu bir hale getirmektedir. Bu nedenle yapılan çalışmalarda hastaların tedavi motivasyonlarını etkileyen faktörleri tespit etmek önemlidir.

Yeme Bozuklukları genel olarak tedavi motivasyonunun düşük olduğu bir bozukluk olsa da tanılar açısından da farklılıklar söz konusudur ve BN hastaları AN

hastalarına oranla tedavi motivasyonları biraz daha yüksek olarak kabul edilmektedir. Bunun ise telafi edici davranışlardan rahatsız duymalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir ancak yine de AN hastalarında da olduğu gibi zayıflık ve kilo kontrol yöntemlerinden vazgeçme konusunda isteksizdirler (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997). Bu nedenle genellikle hastalar hayati risk söz konusu olduğu zaman veya çevrelerinin baskıları ile tedaviye başvurumaktadırlar.

Tedavi noktasında ise farmokoterapi, beslenme ve psikoterapi müdahaleleri sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. Ancak hiçbiri için kesin ve tam iyileşme her zaman mümkün olmamaktadır. İlaç tedavisi, genellikle hastalığa sıklıkla eşlik ettiği bilinen depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, madde kullanımı gibi hastalıkların tedavisine yönelik kullanılmaktadır ve semptomların iyileştirilmesinde tek başına etkili olmadığı bilinmektedir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013). Bu hastalar için özellikle AN için hastaneye yatış da tedavi için bazı noktalarda gerekli olmaktadır. Psikoterapi ise bu hastaların tedavisinde ilaç tedavisine ek olacak şekilde sıklıkla tercih edilmektedir ve etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle yapılan çalışmalar BN ve TYB için en çok BDT'nin, AN için ise kısmen BDT ve aile terapisinin etkili olabileceğini göstermektedir (Wilson, Grilo ve Vitousek, 2007). Bunların yanı sıra kişilerarası terapi ve motivasyonel terapi gibi yöntemler de etkili olabilmektedir. Hastalığın doğası, hastaların tedaviye başvuru oranlarının düşüklüğü, bırakma oranlarının yüksekliği, hastalıklarını kabul etmeyişleri veya BN ve TYB tanılarında olduğu gibi kendilerini iyi derecede izole edebilmeleri bu hastalıkların tedavilerine yönelik araştırmaları sınırlı hale getirmektedir. Dolayısıyla hangi tedavinin daha etkili olduğuna dair kısıtlı bilgi söz konusudur.

Yapılan çalışmalar BDT'nin diğerlerine oranla semptomların iyileşmesi ve nüksün engellenmesi açısından daha etkili olduğunu göstermektedir (Fairburn ve diğerleri, 2009). Özellikle değişim motivasyonunu arttırmaya çalışması, hastalığın altında yatan bilişsel süreçlere odaklanması, olumsuz değerlendirmeleri tespit ederek bunları daha işlevsel, gerçeğe yakın olanlarla değiştirmesi, katı diyetlerin yerine düzenli yeme programları oluşturması ve yeme ataklarına sebep olan durumlara karşı baş etme stratejileri kazandırmaya çalışması sebebiyle diğer psikoterapilerden ayrılmaktadır (Chen ve diğerleri, 2003). Bunun dışında tedavi, bireylerin yeme

ataklarına ve kontrol edici davranışlarına neden olabilecek olumsuz duygularına, özdenetime de odaklanmaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bunun için de bir dizi bilişsel davranışçı teknik ve yöntemlerden faydalanmaktadır. Ancak yine de tam bir iyileşme her zaman mümkün olmamaktadır ve hastaların bir kısmında tedaviyi bırakma veya nüks gözlenmektedir. Buna rağmen yapılan çalışmalar BDT'nin diğer psikoterapilere oranla daha etkili ve tercih edilebilir olduğunu göstermektedir (Agras ve diğerleri, 2000; Garner ve diğerleri, 1993; Pike ve diğerleri, 2003; Wilson ve diğerleri, 2002).

Yapılan bu araştırma ise Yeme Bozukluğu tanısı alan hastalarda tedavi motivasyonunu ele almak ve tedavide BDT'nin etkililiği hakkında bilgi toplamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma yeni bir sonuç ortaya koymamış ve literatürde var olan bilgilerin araştırılıp derlenmesi ile hazırlanmıştır. Yeme Bozukluklarının oldukça bilinen ve araştırmalara konu olan bir bozukluk olmasının yanı sıra hastalığın doğası gereği bu hastaların tedaviye başvurma oranları düşüktür. Bu durum da tedavi motivasyonuna ve tedavi yöntemlerinin etkililiğine dair araştırmaların kısıtlı olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu da bilgi toplamayı zorlaştırmıştır. İlerleyen zamanlarda yapılan araştırmaların artması ve araştırmaların tedavi motivasyonu ve uygun tedavi yöntemleri üzerine odaklanmasının bu sorunu ortadan kaldıracağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Ackard, D. M., Croll, J. K., & Kearney-Cooke, A. (2002). Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 129-136.

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.

Agras, W. Stewart; Crow, Scott J.; Halmi, Katherine A.; Mitchell, James E.; Wilson, G. Terence; Kraemer, Helena C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1302-1308.

Agras, W. Stewart; Fitzsimmons-Craft, Ellen E.; Wilfley, Denise E. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 26-36.

Akbaba, S., Aktaş, A. (2005). İçsel motivasyonun bazı değişkenler açısından incelenmesi. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21, 19-42

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (çev., Köroğlu, E.). Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çev. Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Andersen, A. E., Bowers, W., & Evans, K. (1997). Inpatient treatment of anorexia nervosa. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2, 327-353.

Aslan, H. (2001). Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi, *Düşünen Adam*, 14 (1), 41-47.

Aslantaş-Ertekin, B. (2010). Yeme Bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959.

Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work. *New York: Guilford Press*, 33(4), 181-183.

Beck, J.S. (2019). *Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi*. (Çev. M.Şahin ve I. Tarı Cömert.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. (Orijinal yayın tarihi, 2011).

Becker, A. E., Franko, D. L., Nussbaum, K., & 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.

Blake, W., Turnbull, S., Treasure, J. (1997) . Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(3), 186- 191.

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

Bulik, C. M., & Tozzi, F. (2013). The Genetics of eating disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 9, 589-620.

Butcher, J.N., Mineka, S., & Hooley, J.M. (2013). *Anormal psikoloji*. (Çev. O. Gündüz). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 2011).

Cachelin, F. M., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 154–161.

Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 532-536.

Carter, W. P., Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Pindyck, L., McElroy, S. L., & Pope Jr, H. G. (2003). Pharmacologic treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 74-88.

Casper RC, Jabine LN. (1996). An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *J. Youth Adolesc.* 25(4), 499–517.

Castro-Fornieles, J., Bigorra, A., Martinez-Mallen, E., Gonzalez, L., Moreno, E., Font, E. & Toro, J. (2011). Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *European Eating Disorders Review*, 19(1), 46–54.

Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I., & Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 188-194.

Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R., Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitivebehavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 241–254.

Conner, B. T., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2009). Modeling attitude towards drug treatment: the role of internal motivation, external pressure, and dramatic relief. *The journal of behavioral health services & research*, 36(2), 150-158.

Cooper, M. (2005). Cognitive theory in anorexi nervosa and bulimia nervosa: progress, deveelopment and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 511-531.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.

Corsini R.J. & Wedding, D. (2012). Modern Psikoterapiler (çev. E. Güzelyazıcı, S. Darcan Çiftçi, M. Türkoğlu) *İstanbul: Kaknüs Yayınları*, 421-425.

Corson, P. W., & Andersen, A. E. (2002). Body image issues among boys and men. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, (pp. 192–199). New York: Guilford Press.

Cox, W. M., Pothos, E. M., & Hosier, S. G. (2007). Cognitive motivational predictors of excessive drinkers success in changing. *Psychopharmacology*, 192(4), 499-510.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19(6), 691-696.

Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A., & Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde Yeme Bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1).

Çelikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koç, M., Etikan, I., & Yücel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 49(2), 188-194.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024.

Dede, Y., & Argün, Z. (2004). Öğrencilerin matematiğe yönelik içsel ve dışsal motivasyonlarının belirlenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 29(134), 49-54.

DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209-213.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 86-92.

Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.

Ergüney, F. E. (2012). Yeme ozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu, beden imgesi ve depresyonun değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Erol, A., Toprak, G. & Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda Yeme Bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1),48-57.

Ertoğlu, M.N. (2013). Ankara Amatem’de alkol tedavisi gören bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin tedavi motivasyonu ile arasındaki ilişkiler ve sosyal hizmetler uygulamalarının incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological medicine*, 11(4), 707-711.

Fairburn, C. G. (2020). Yeme Bozuklukları ve bilişsel davranışçı terapi: Değerlendirme ve tedavi. (Çev. B. Sevim ve G. Tezcan). İstanbul: Psikonet. (Orijinal yayın tarihi, 2008).

Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2322-2324.

Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*(5), 468-476.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & 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., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., 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.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, *48*(5), 463-469.

Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, *24*(6), 629-643.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. *Guilford Press*, 361–404.

Fassino, S., Amianto, F., & Abbate-Daga, G. (2009). The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(3), 232-239.

Figlie, N. B., Dunn, J., Laranjeira, R. (2005). Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. *Addictive Behaviors*, *30*(1), 159-165.

Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S., & Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, *152*(7), 1052-1058.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *6*(2), 123-150.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, (pp. 107-146). New York: Guilford Press.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *9*(2), 273-279.

Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M. P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 37-46.

Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*(1), 5-15.

Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, *16*(2), 257-264.

Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *11*(1), 58-71.

Hackler, A. H., Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2010). Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: The role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development*, *88*(4), 424-431.

Hallsten Jr, E. A. (1965). Adolescent anorexia nervosa treated by desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 3(2), 87-91.

Halmi, K. A., Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G. T., Bryson, S. W., & Kraemer, H. C. (2005). Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776-781.

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.

Hamilton, K., & Waller, G. (1993). Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 837-840.

Hauserman, N., & Lavin, P. (1977). Post-hospitalization continuation treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8(3), 309-313.

Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia the 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150(1), 18-24.

Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., & Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26.

Herzog, D.B., & Eddy, K.T., (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In Yager J., & Powers PS., (Eds.), *Clinical Manual of Eating Disorders*, Washington DC: American Psychiatric Publishing, 1-29.

Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1), 500-506.

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 389-394.

Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.

Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19.

Johnson, F., & Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119.

Jordan, P. J., Redding, C. A., Troop, N. A., Treasure, J., & Serpell, L. (2003). Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 3(4), 365-385.

Kabakçı, E., & Demir, B. (2001). Yeme Bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 32(2), 125-131.

Kalucy, R. S., Crisp, A. H., & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50(4), 381-395.

Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(7), 665-670.

Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549.

- Katzman, D. K.** (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 552-559.
- Keel, P. K. & Forney, K. J.** (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J.** (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69.
- Kendall, P. C., & Korgeski, G. P.** (1979). Assessment and cognitive-behavioral interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 3(1), 1-21.
- Kuruoğlu-Çepik, A.** (2000). Yeme Bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H.** (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*, 14(4), 471-490.
- Lock, J., & le Grange, D.** (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 64-67.
- Mahon, J.** (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues?. *European Eating Disorders Review: the Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(3), 198-216.
- Maner, F., & Aydın, A.** (2007). Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 25-37.
- McClelland, L., & Crisp, A.** (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 150-156.
- McHugh, M. D.** (2007). Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 602-612.

McMurrin, M. (2002). Motivation to change: Selection criterion or treatment need? In M. McMurrin (Ed.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (pp. 3–13). Chichester: Wiley.

Meyer, D. F. (2001). Help-seeking for eating disorders in female adolescents. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(4), 23-36.

Morrison, J. (2016). *DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi*. (Çev. M. Şahin ve H. Uğur Kural.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. (Orijinal yayın tarihi, 2014).

Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.

Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2006). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 117-127.

Oliver, J., Reed, C., Katz, B., & Haugh, J. (1999). Students' self-reports of help-seeking: The impact of psychological problems, stress, and demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social Behavior and Personality*, 27(2), 108–128.

Oral, N., & Sahin, N. H. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), 37.

Owen, P. R., & Laurel-Seller, E. (2000). Weight and shape ideals: Thin is dangerously in. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(5), 979-990.

Oxley, G. B. (1966). The caseworker's expectations and client motivation. *Social Casework*, 47(7), 432-437.

Öztürk, M.O., & Uluşahin, N.A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (15.bs.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls a prospective

epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20(2), 383-394.

Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 436-442.

Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T., & Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2046-2049.

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

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Krebs, P. M. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2-16.

Raskin, A. (1961). Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 62-65.

Rastam, M., & Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 283-289.

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2003). Sociocultural and individual influences on muscle gain and weight loss strategies among adolescent boys and girls. *Psychology in the Schools*, 40(2), 209-224.

Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., Kohn, M., & Griffiths, R. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 387-396.

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157.

Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489–493.

Rubinstein, S., & Caballero, B. (2000). Is Miss America an undernourished role model?. *Jama*, 283(12), 1569-1569.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.

Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1047-1056.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193.

Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M. & Deci, E. L. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice. *The Counseling Psychologist*, 39(2), 193–260.

Ryan, R. M., Plant, R. W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297.

Saunders, T., Driskell, J. E., Johnston, J. H. & Salas, E. (1996). The effect of stress inoculation training on anxiety and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 170–186.

Schwitzer, A. M., Rodriguez, L. E., Thomas, C., & Salimi, L. (2001). The eating disorders NOS diagnostic profile among college women. *Journal of American College Health*, 49(4), 157-166.

Seitz, J., Bühren, K., von Polier, G. G., Heussen, N., Herpertz-Dahlmann, B., & Konrad, K. (2014). Morphological changes in the brain of acutely ill and weight-recovered patients with anorexia nervosa. A meta-analysis and qualitative review. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42, 7-17.

Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N., (2013). Sivas il merkezinde Yeme Bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.

Shafran, R., & Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 399-408.

Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219.

Silverman, S. (1964). The role of motivation in psychotherapeutic treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 18(2), 212-229.

Sifneos, P. E. (1968). The motivational process: A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. *Psychiatric Quarterly*, 42, 271-280.

Sifneos, P. E. (1971). Change in patients' motivation for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 128(6), 718-721.

Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167-179.

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548.

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

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825.

Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, 12(2), 123-131.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.

Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M., & Barlow, D. H. (2016). Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 36-49.

Toker, D. E., & Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.

Touyz, S., Thornton, C., Rieger, E., George, L., & Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), 65-71.

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143-154.

Tury, F., Güleç, H., & Kohls, E. (2010). Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 601-611.

Türkçapar, M. H. (2018). Bilişsel Davranışçı Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama. İstanbul: Epsilon Yayınevi.

Ulaş B., Uncu F., & Üner S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası Yeme Bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 15-22.

Van Beek, N., & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 89-100.

Van Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A., Van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006). Urbanisation and the incidence of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 189(6), 562-563.

Vardar, E., & Erzenin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.

Viets, V.L., Walker, D.D. ve Miller, W.R. (2002). What is motivation to change? A scientific analysis. In M. McMurrin (Ed.). *Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*, (pp. 15-30). Chichester, UK: Wiley.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 137-147.

Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18(4), 391-420.

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

Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 62(1), 3-9.

Waller, G., Evans, J., & Stringer, H. (2012). The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 63-69.

Walsh, J. M., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *Journal of General Internal Medicine, 15*(8), 577-590.

Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change How's the question?. *British Journal of Medical Psychology, 69*(2), 139-146.

Watson, T. L., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2000). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1806-1810.

Weisner, C., Mertens, J., Tam, T., & Moore, C. (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction, 96*(5), 705-716.

Wilfley, D. E., Kolko, R. P., & Kass, A. E. (2011). Cognitive-behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20*(2), 271-285.

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 261-269.

Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & 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., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 199.

Wilson, G. T., Loeb, K. L., Walsh, B. T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X., & Wateraux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: Predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 451.

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of

individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 290-299.

Yager J. (2007). Management of patients with chronic, intractable eating disorders. In: Yager J, Powers PS, (Eds.), *Clinical manual of eating disorders*. (pp.407-439). American Psychiatric Publishin, Washington, DC.

Yıldız M. (2009). Anoreksiya Nervoza-II: Tedavi. *Turkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics*, 2(3), 14-18.

Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44.

Zandian, M., Ioakimidis, I., Bergh, C., & Södersten, P. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 92(1-2), 283-290.