

Article Arrival Date
Date**30.04.2025****Article Published****20.06.2025****YEME BOZUKLUĞU VE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ÜZERİNE DERLEME**
A REVIEW OF EATING DISORDERS AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY**Dilara Eroğlu¹, Doç. Dr. Meryem Karaaziz²**¹ Corresponding Author, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
<https://orcid.org/0009-0001-6902-5156>**Özet**

Yeme bozuklukları, bireyin yeme davranışlarında ciddi bozulmalarla kendini gösteren psikolojik rahatsızlıklardır. Genellikle beden algısı, kilo alma korkusu ve yeme ile ilgili takıntılı düşüncelerle ilişkilidir. Bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza ve tıknırcasına yeme atakları en yaygın türleridir. Bu rahatsızlıklar bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını ciddi şekilde etkileyebilmektedir. BDT bireyin işlevsiz düşünce kalıplarını ve bu düşüncelerle ilişkili olumsuz davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan, duygu-düşünce-davranış ilişkisine dayanan yapılandırılmış psikoterapi yöntemidir. Yeme bozukluklarının tedavisinde BDT'nin işlevine baktığımızda ise, bireyin beden algısı, kilo kontrolü ve yeme davranışıyla ilgili çarpıtılmış düşüncelerini belirleyip, bu düşünceleri işlevsel olanlarla değiştirmeyi hedeflemekte ve duygu-düşünce-davranışları yeniden yapılandırarak sağlıklı yeme alışkanlıkları kazandırmayı amaçladığı görülmektedir. Bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmıştır. Derleme, belirli bir konuda yapılmış farklı kaynaklardan çalışmaların toplanarak düzenli ve bütüncül bir şekilde sunulmasıdır. Farklı veri tabanlarından 2000-2025 yılları arasında yayımlanmış bilimsel kaynaklar taranmış ve yeme bozuklukları ile bilişsel davranışçı terapi (BDT) arasındaki ilişki incelenmiştir. Saha çalışması yapılmamış, yalnızca literatür değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacı ise yeme bozukluğu olan bireylerde BDT'nin ne derece etkili olduğunu anlamaktır. Bu kapsamda BDT'nin düşünce ve davranış değişimine dayalı yapısının tedavideki rolü ele alınmıştır. Çalışma ile ilgili bulgulara baktığımızda yeme bozukluklarının kadınlarda daha sık görüldüğünü, genellikle ergenlik, genç yetişkinlik döneminde görüldüğünü ve BDT'nin hem tek başına hem de diğer yöntemlerle birlikte uygulandığında olumlu sonuçlar verdiğini göstermiştir. Sonuç olarak yeme bozuklukları tedavisinde BDT etkili bir yöntemdir. Erken müdahale ve farkındalık çalışmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozukluğu, bilişsel davranışçı terapi, derleme**Abstract**

Eating disorders are psychological disorders that manifest themselves with serious deteriorations in an individual's eating behaviors. They are usually associated with body image, fear of gaining weight, and obsessive thoughts about eating. Anorexia nervosa, bulimia nervosa,

and binge eating disorder are the most common types. These disorders can seriously affect an individual's quality of life and health. CBT is a structured psychotherapy method based on the emotion-thought-behavior relationship that aims to change an individual's dysfunctional thought patterns and negative behaviors related to these thoughts. When we look at the function of CBT in the treatment of eating disorders, it is seen that it determines the individual's distorted thoughts about body image, weight control, and eating behavior, aims to replace these thoughts with functional ones, and aims to gain healthy eating habits by restructuring emotions-thoughts-behaviors. The compilation method was used in this study. Compilation is the collection of studies from different sources on a certain subject and presenting them in an organized and holistic manner. Scientific sources published between 2000-2025 from different databases were scanned and the relationship between eating disorders and cognitive behavioral therapy (CBT) was examined. No field study was conducted, only literature was evaluated. The aim of the study was to understand the extent to which CBT is effective in individuals with eating disorders. In this context, the role of CBT's structure based on thought and behavior change in treatment was discussed. When we look at the findings related to the study, we see that eating disorders are more common in women, are usually seen in adolescence and young adulthood, and CBT yields positive results both alone and when applied together with other methods. As a result, CBT is an effective method in the treatment of eating disorders. Early intervention and awareness studies are recommended.

Keywords: Eating disorder, cognitive behavioral therapy, review

GİRİŞ

Yeme bozuklukları kişilerin uygunsuz yeme hareketlerini, tutumlarını ve düşüncelerini içeren bir bozukluk şeklinde kabul edilmektedir. Çoğunlukla kadınlarda görülen yeme bozuklukları son senelerde özellikle ergenlik, genç yetişkinlik döneminde artış gösteren bir psikopatolojidir. Hastalığın temelinde genellikle beslenme tutumuyla ilgili işlevsiz düşünceler ve kilo almaya yönelik aşırı korku duygusu bulunmaktadır. Bu sebepler genellikle yeme bozukluğu tanısı alan kişilerin, yardım almasını, süreci kabullenmesini, destek alma isteğini ve destek aldıkları süre boyunca morallerini negatif şekilde aşağı çekmektedir (Şentürk, 2020). Yemek, hayatta kalmak için gerekli olan ve zevk veren bir eylemdir. İnsanda, bebeklikten okul çağına kadar hızla gelişen beslenme alışkanlıkları, ödül sistemi, homeostatik düzenlemeler, çocuğun yaşadığı sosyal ortam, motor duyuşsal ve duygusal yetenekleri, ebeveynlerin bakım verme tutumları, kültürel unsurlar gibi birçok faktörün etkileşimiyle oluşmaktadır. Beslenme alışkanlıkları, sağlıklı bir yaşam için önemli bir unsur olup, bu anlayış takıntı haline getirilirse ciddi bedensel ya/ya da ruhsal problemler ortaya çıkarabilmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016). Yeme bozuklukları, bireyin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürememesine neden olan çeşitli psikolojik sorunları ifade eden genel bir kavramdır. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza, bu bozukluklar arasında en yaygın olarak görülenlerdir. Ayrıca, yiyecek değeri taşımayan yiyeceklerin tüketilmesi ile ortaya çıkan pika, tüketilen yiyeceğin tekrardan çiğnenmesi gibi davranışlarla ortaya çıkan ruminasyon bozukluğu, psikiyatrik hastalıklar altında yer alan yeme ile ilgili davranışsal problemlerdir (Toker ve Hocaoglu, 2009).

Etkin tedavilerin uygulanamayışı ve hastalığın kronikleşmesi tedavi motivasyonunun düşük oluşuyla ilişkili bir etken olarak öne çıkmaktadır. Transteorik Model yeme bozukluğu olan bireylerde tedaviye yönelik motivasyonlarını, danışanların tedaviye hazır olup olmadıkları bakımından incelemekte bununla beraber danışanın bulunduğu sürece uygun tedavi seçiminin gerekliliğini belirtmektedir. Bu nedenle, yeme bozukluklarının tedavi sürecinde depresif belirtiler, bireyin tedaviye yönelik istekliliği ve beden algısıyla ilgili sorunlar dikkate alınması gereken önemli başlıklar arasında yer almaktadır. Vücut imgesi hastalığı ve bedeninden hoşnut

olmama durumu, yeme bozukluklarında sıkça gözlemlenen bir belirti olup, aynı zamanda bu rahatsızlıkların tanı sürecinde dikkate alınan ölçütlerden biri olarak bulunmaktadır (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012). Yeme bozukluğu vakalarında, kişinin kilo ve dış görünüşüne dair yapılan bilişsel analizlerde önemli problemler gözlemlenmektedir. Bu bilişsel zorluklar, bozuklukların semptomatik yapısını şekillendiren ana etmenlerdir. BDT'nin temel prensiplerinden biri, bilişsel değerlendirmelerdeki farklılıkları ele almaktır. Bu nedenle, BDT, yeme bozuklukları tedavisinde oldukça etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. BDT, bozukluğun ilk ortaya çıkışından sorumlu olan faktörlerden çok, mevcut aşamalarda devam eden etkilerle daha yoğun bir şekilde çalışmaktadır (Oğur ve Taşkale, 2022).

Yeme Bozukluğunun Tanımı

Yeme bozuklukları DSM-4-TR'ye göre üç ana grupta incelenmektedir. bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza ve diğer türde tanımlanamayan yeme bozuklukları."DSM-5-TR'ye baktığımızda "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" şeklinde içerik genişletilmiş olarak incelenmektedir. YB, kişinin yaşam değerini olumsuz yönde etkileyen, bununla beraber psikolojik, sosyal ve fizyolojik sorunları getiren yeme davranışları şeklinde söylenmektedir. Son senelerde dünya genelinde özellikle genç yetişkinlik ve ergenlik ile birlikte gelen sağlıklı olamayan yeme tutumları ile Yeme Bozukluklarının yükseldiği söylenmektedir (Şentürk, 2020). Yeme bozuklukları, vücut ağırlığı, dış görünüş ve beden algısına yönelik oluşmuş olumsuz fikirlerdir. Yeme davranışlarında devamlı ve şiddetli rahatsızlık ve bununla beraber rahatsız edici duygu ve fikirlerle ayırt edilen davranışsal durumlardır. Yeme bozuklukları psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevi etkileyen çok ciddi durumlar olabilmektedir. Hem kadın hem erkek, dini inanç, cinsel yönelim, yaş, etnik köken, ırk, vücut şekli ve kilosundaki her insanda görülebilmektedir. Bununla birlikte çoğunlukla erken yetişkinlik ve ergenlik dönemlerinde başlamaktadır. Kadınlar arasında bazı yeme bozuklukları daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (Tümen, 2023).

200

Yeme Bozuklukları toplumda %5 gibi oranla bulunan yaşam değerini olumsuz etkileyen, tedaviye dayanıklı ciddi bir hastalıktır. Tedavinin önemli bölümünün psikoterapi olması ile tedavisinde kanıta dayalı kılavuzların halen bulunmadığı konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Özyurt ve ark. 2017). Yeme bozuklukları, yeme alışkanlıklarının ciddi şekilde bozulduğu, giderek artan, ölüm riski taşıyan ve işlev kaybına yol açabilen sağlık problemlerindendir. Yeme bozuklukları çok eski bir geçmişe sahip olmasına rağmen, psikolojik etkenlere yönelik yapılan yeme bozukluğu araştırmaları son zamanlarda artış göstermiştir. Sağlıklı bir yaşam sürmek için beslenme alışkanlıklarına özen göstermek, takıntıya dönüşürse fiziksel veya psikolojik sorunlara yol açabilir. Yeme bozukluğu çoğunlukla ergenlik döneminde ortaya çıkar ve genç kadınlarda daha sık rastlanmaktadır. Ancak son yapılan araştırmalar, genç erkeklerde de bu durumun görülme oranının hızla arttığını göstermektedir (Alıcı, 2021).

Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

YB etiyojisinde tek bir sebep gösterilemez. Fakat farklı risk unsurları mevcuttur. Çocukluk çağı döneminde yaşanan bedensel ve cinsel istismarlar, ortada hastalığın bulunmadığı süreçte anksiyete ve duygu durum bozukluklarının gelişiminde etkili olabilmektedir. Bunun yanı sıra, ebeveynlerin aşırı derecede müdahaleci ya da yetersiz düzeyde ilgi gösteren tutumları da bu durumun oluşumunda rol oynayan faktörler arasındadır (Yücel, 2009).

Biyolojik Faktörler

Yeme bozukluklarının nedenlerine dair yürütülen incelemelerde biyolojik faktörün etkili olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla yürütülen çalışmalar, bu bozukluğun tanısını alan bireylerin aile içindeki kişilerde de benzer rahatsızlıkların bulunma eğilimini taşıdığını ortaya koymaktadır. Araştırmalar, BN ve AN teşhisi koyulan kişilerin genetik bağ olan aile çevresinde

bu rahatsızlıkların sıkça rastlandığına dair bilgiler bulunmaktadır (Şentürk, 2020). Son zamanlarda hastalığın kalıtsal özelliklerine dikkat çeken çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. İkizlerle yapılan araştırmalarda, AN ve BN için eş hastalanma oranının monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile araştırmaları, AN tanısı olan bireylerin birinci derece akrabalarında yeme bozukluğu oranlarının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek; YB bulunan bireylerin akrabalarında, hayatı boyunca bu bozukluğun görülme riskinin, bu riski taşımayanlara kıyasla neredeyse on kat daha yüksek olduğu söylenmektedir (Yücel, 2009).

Sosyal Faktörler

Batı toplumlarında yeme bozukluklarının bulunma oranı, İkinci Dünya Savaşı sonrasında belirgin bir şekilde artış göstermiştir. Ancak bulumiya nervozanın kökeni Antik Yunan'a, anoreksiya nervozanın ise Orta Çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Bu nedenle, kültürel faktörlerin bu hastalıkların ortaya çıkışında yalnız bir belirleyici olarak kabul edilmemektedir.. Bununla birlikte, gidişata katkıda bulundukları gerçeği inkâr edilemez bir durumdur. Ekonomik ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde, yeme bozuklukları yüksek hastalık ve ölüm oranları, kısırlık, uzun süreli tedavi gereksinimi ve sağlık hizmetlerinden yoğun şekilde yararlanma gibi birçok alanda etkisini hissettirmektedir (Ergüney, 2012). Sosyo-kültürel açıdan bakıldığında ise, değişen ideal kadın imajı ve zayıflığın önemi bir olumlu özellik olarak vurgulanması gibi etkenler, genç kadınlarda hastalık oranlarının artmasına katkıda bulunmaktadır. Kültürel değişimler, hastalığın gelişiminde önemli bir etken olarak değerlendirilse de, tek başlarına hastalığın ortaya çıkması için yeterli değildir. Dünya genelinde ve hemen her kültürde, zaman zaman tanı kriterlerinde küçük farklılıklar olsa da bu hastalık görülebilmektedir. Sosyo-kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması, özellikle gençler arasında hastalığın yayılmasını engellemek açısından büyük önem arz etmektedir (Yücel, 2009).

Psikolojik Faktörler

Psikolojik risk etmenleri içinde bedeninden hoşnut olmama, az seviyede öz saygı, geçmişte yaşanan ruhsal yaralanmalar, istismar, sosyal çevreden gelen fiziksel özellikleriyle alakalı alay edilme, yetersiz başa çıkma stratejileri ve kusursuzluk yer almaktadır. Fizikinden hoşnut olmama durumu fazlaştıkça memnuniyetsizliği arttıkça, zayıflama arayışlarına yönelme de artar ve bu durum yeme bozukluğunun gelişimi açısından bir risk faktörü oluşturmaktadır. Yeme bozukluklarıyla ilgili araştırmalarda, ailesel faktörler özellikle öne çıkan bir diğer konu arasında bulunmaktadır. Yeme bozukluğu olan bireylerin ailelerinde duygusal mesafelilik, düşmanlık, aşırı koruyuculuk, mükemmeliyetçilik, kontrolcülük, reddedici ve soğuk tutumlar öne çıkmaktadır (Ergüney, 2012).

Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Yeme bozuklukları genellikle ergenlik çağında ortaya çıkar, orta yaşta başlaması ise nadiren görülmektedir. Anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığı %1 iken bulimia nervozanın görülme oranı %1 ile %4,2 arasında değişmektedir. Ayrıca, yeme bozukluğu olan bireylerin %90-95'ini kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerde YB bulunma sıklığı, kadınlara kıyasla yaklaşık 1/10 oranındadır. Türkiye de klinik alanında gerçekleştirilen geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar henüz bulunmamakla birlikte, lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda yeme bozukluklarının prevalansının %0,5 ile %2.20 arasında değiştiği görülmüştür. Bununla beraber BN %2.52 ve AN %0,2 oranında görülmektedir. (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012).

Detaylı tanı yöntemlerini ve bireylerle yüz yüze görüşmelerin kullanıldığı çalışmalardan bulunan veriler, bulimia nervozanın hayat boyunca bulunma oranının kadınlarda %1 ile %2,8 aralığında bulunduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, bozukluk düzeyine erişmemiş eşik altı

hastalar da dahil edildiğinde, bu rakamlar 2 ila 5 kat artabilir. Başlangıç yaşı ise anoreksiya nervozaya kıyasla daha geçtir (Yücel, 2009).

Yeme Bozukluklarının Belirtileri

Yeme bozukluğu semptomları farklı sistemlerde çeşitli etkiler gösterebilmektedir. Genel belirtiler arasında belirgin vücut ağırlık kaybı veya kilo alımındaki değişimler bulunmaktadır. Özellikle çocuk ve ergenlerde kilo kaybı ve gelişim geriliği görülmektedir. Buna ek olarak hipotermi, soğuk intoleransı ve yorgunluk gibi semptomlar da ortaya çıkmaktadır. Ağız dış ve boğaz sistemiyle ilgili belirtiler arasında oral travma ve laserasyonlar yer alırken, dental erozyon veya çürükler de sık görülmektedir. Gastrointestinal sistemde ise epigastrik hassasiyet ve karın ağrısı gibi şikayetler görülmektedir. Dermatolojik sistemle baktığımızda ise belirtileri arasında saç dökülmesi, sarımsı cilt, deri dokusunda iyileşmede gecikme, kendine zarar verme belirtileri görülmektedir (Güney ve Ersoy, 2020). Beden algısındaki bozukluk ve kilo alma korkusu, bu hasta grubu için ayırt edici özelliklerdendir. Beden algısındaki bozulma ve yaşamı risk oluşturan durumları incelemedeki yetersizlik, bazen gerçeklik sınırlarını zorlayarak sağlıklı düşünme hatalarına ve patolojik inkara yol açmaktadır. Bu nedenle danışanları tedavi sürecine dahil etmek zor olabilmektedir. Yemekle ilişkileri ciddi şekilde bozulma göstermiştir. Ve genellikle yalnız yemeyi tercih etmektedirler (Yücel, 2009).

Yeme bozukluklarının genel psikopatolojik tablosunda depresyon ve anksiyete belirtileri, obsesif özellikler, dikkat ve konsantrasyon sorunları ile sosyal işlevsellikte bozulma öne çıkmaktadır. Anoreksiya nervozanın klinik tablosunda beden algısındaki bozulma öne çıkmaktadır. Yaş ve boylarına göre beklenenden çok daha zayıf olmalarına rağmen, kendilerini aşırı kilolu hissederler ve şişmanlamaktan büyük bir korku duymaktadırlar. Hastalarda yeme düzeni bozulmuştur. Uzun süre aç kalma, yemeği yavaş yeme, öğün atlama, bazı yiyeceklerden kaçınma, çiğneyip tükürme ve yemek hazırlama ile yeme sırasında belirli düzen uygulama gibi davranışları sıkça sergilemektedirler (Ergüney ve Sertel-Berk, 2012).

202

Yeme Bozukluklarının Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Bebeklik döneminin başlarında, beslenme bebeğin zihinsel dünyasında önemli bir alan tutmaktadır. Bebekler, acıkmasına neden olan bedensel rahatsızlıktan emzirilerek kurtulduklarında ilk rahatlama hissini yaşamaktadırlar. Meyer ve Weinroth, yeme bozukluklarının oluşumunda ödipal öncesi problemlere ve erken dönemde yaşanan beslenme sorunlarının etkisine dikkat çekmektedir. Anna Freud çocukluk dönemi çatışmalarının yeme bozukluklarının gelişiminde rol oynadığını öne sürmektedir. Ona göre, fazla yeme ile yemek yemeyi kabul etmeme arasındaki dalgalanmalar, çocuğun anneye yönelik çelişkili duygularının belirgin bir yansımasıdır. Annenin çocuğunun ihtiyaçlarını algılayışı ve bunlara verdiği tepkiler arasındaki uyumsuzluk, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Dönmez, 2022).

Davranışçı Kuram

Bilişsel Davranışçı yaklaşımlar, kilo, beden yapısı ve formu hakkındaki işlevsiz düşünce sisteminin, yeme bozukluğu belirtilerinin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rol oynadığını belirtmektedir. Ayrıca, kilo kontrolü veya telafi edici yöntemlerin hastalığı güçlendirerek devam ettirdiğini öne sürmektedir. Güncellenmiş bilişsel davranışçı yaklaşım, yeme bozukluklarını transdiagnostik bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. ayrıca AN, BN ve TYB' de benzer bir yapıya sahip olduğunu vurgulamaktadır (Ergüney- Okumuş ve Deveci, 2019).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri teorisinde anne ve bebek arasındaki ilişki önemli bir konumda yer almaktadır. Bebek, annesiyle kurduğu ilk bağı beslenme aracılığıyla, yani meme yoluyla oluşturmaktadır. Bebek, ilk nesneyle kurduğu güvenli, sevgi dolu ve istikrarlı bir ilişki sayesinde olumlu nesne imgelerini içselleştirme fırsatı bulmaktadır. Ayrıca bu durum bireyin ilerleyen dönemlerde kuracağı ilişkiler üzerinde de etkili olabilmektedir. Ainsworth bağlanma stillerini kaygılı-kararsız, güvenli ve kaçınan-dirençli olarak tanımlamıştır. Bebeğe güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için, ilk bağlanma figürü olan annenin güvenilir olması ve bebeğin duygusal ihtiyaçlarına duyarlı şekilde karşılık vermesi gerekmektedir (Faraji ve Yıldırım-Ekmekci, 2024).

Yeme Bozukluklarının DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Yeme bozuklukları, DSM' e ilk olarak 1980 senesinde dahil edilmiş ve ergenlik ya da çocukluk döneminde ortaya çıkan bozuklukların bir alt sınıfı olarak ele alınmıştır. Zamanın geçmesiyle inceliğin zarafetle eş tutulması, gıda alımına ilginin artışı ve estetik kaygıların artmasıyla yeme bozuklukları daha belirgin hale gelmiş ve modern dönemde yaygınlaşan hastalıklar arasında yer almıştır (Balçık, 2022). DSM I'de yeme bozuklukları ayrı bir tanı olarak bulunmamaktadır. Ancak "Psychophysiologic Gastrointestinal Reaction" (Psikofizyolojik Gastrointestinal Reaksiyon) başlığı altında psikolojik kökenli yeme problemleri olarak incelenmiştir. Bu kategori psikolojik etmenler ve stresin mide ve bağırsak sistemi üzerindeki etkilerini kapsamaktadır (APA, 1952). Anoreksiya Nervozanın geçmişi 1500'li yıllara dayanmaktadır. Orta çağlarda kadınların kendilerini geri dönüşümsüz açlık durumlarına bıraktıkları söylenmektedir. Bulumiya ise kelime anlamı olarak 'limos' ve 'bous' kelimelerinden türemiştir. 'bous' öküz 'limos' ise açlık anlamına gelmektedir. Yani öküzü yiyebilecek kadar açlık anlamı doğurmaktadır (Vardal, 2015). 1968 yılında yayınlanmış olan DSM II'de YB hala bağımsız bir kategori olarak yer almamaktadır. Ancak Anoreksiya Nervoz, "Özel Belirtili Nevrozlar" başlığı altında tanımlandı. AN ile çok fazla kilo kaybı ve iştahsızlık karakterize edildi. Bulumiya ise DSM II'de ayrı bir tanı olarak bulunmamaktadır ve çoğunlukla obsesif-kompulsif bozukluk ya da depresyon kapsamında incelenmektedir (APA, 1968). 1980 yılında alandaki çalışmalar sonucunda DSM III'te Yeme Bozuklukları ilk kez bağımsız bir tanı kategorisi olarak yer almıştır. Ve Anoreksiya Nervoz ile Bulumiya farklı bozukluklar olarak tanımlanmıştır (APA, 1980). DSM IV'te Anoreksiya Nervoz ve Bulumiya Nervoz yeme bozuklukları grubu altında incelenmiş ve yeni kategori olan "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" eklenmiştir (APA, 1994). Yeme Bozukluklarının DSM V'teki tanı ölçütleri aşağıda verilmektedir (Köroğlu, 2013).

Anoreksiya Nervoz Tanı Kriterleri

- A. İhtiyaçları doğrultusunda enerjisini azaltma durumu insanın gelişimsel olarak izlediği yol, yaşı, cinsiyeti ve beden sağlığı açısından gözle görülür bir şekilde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında veya gençler ve çocuklar için beklenen en düşüğün altında olarak ifade edilir.
- B. Şişmanlamaktan veya kilo almaktan çok korkma veya belirgin bir şekilde düşük vücut kilosuna sahip olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran devamlı davranışlar gösterme.
- C. Bireyin vücut kilosunu veya şeklini nasıl idrak ettiğiyle alakalı bir bozukluk vardır, birey kendini algılayarak vücut ağırlığına ve şekline gereğinden fazla anlam atfeder veya o esnadaki düşük beden kilosunun değerini çoğunlukla idrak edemez.

Alt Sınıfları

Kısıtlayıcı Tip: Son üç aylık dönemde, yineleyen aşırı yeme ya da kusma (örneğin

aksatif kullanımı, kendini kusturma, yanlış ilaç kullanımı veya idrar söktürücülerin aşırı kullanımı) dönemleri olmuştur.

Tam remisyona ulaşmamış: Anoreksiya nervoza bakımından tanı kriterleri bundan önce tamamen karşılanmışken, A kriteri (az vücut ağırlığı) uzun zaman boyunca sağlanmamaktadır, fakat ya B kriteri (şişmanlamaktan veya kilo alımından çok şüphe duyma veya kilo almayı yavaşlatan davranışlarda bulunma) veya C kriteri (beden kilosu ve şekliyle alakalı bozulmuş benlik algısı) tekrardan karşılanmaktadır.

Aşırı Yeme ve Telafi Davranışlı Tip: Bireyin son üç aylık dönemde, tekrar eden aşırı yeme ya da kusma (örneğin işi, kusma davranışını bilinçli olarak gerçekleştirmiş ve bazı ilaçları (örneğin bağırsak çalıştırıcılar, idrar söktürücüler ya da lavman) uygun olmayan şekilde kullanmıştır..

Tam İyileşme Durumu: Bireyin geçmişte anoreksiya nervoza tanı ölçütlerini karşılamasının ardından, uzun bir süredir bu belirtilerin hiçbirinin görülmemesiyle tanımlanır.

Bulumiya Nervozaya Tanı Kriterleri

A. Tekrarlayan aşırı yeme dönemleri. Bir aşırı yeme dönemi, aşağıdaki her iki ölçütle de tanımlanır.

1. Kısa bir zaman diliminde (örneğin iki saat içinde), çoğu bireyin aynı koşullarda yiyebileceğinden belirgin biçimde daha fazla miktarda yiyecek tüketilmesidir.

2. Bu dönem esnasında yemek yemeye alakalı kontrolün olmadığı duyumunun var olması (örneğin kişinin ne denli yediğini kontrol edemediği duygusu ya da yemek yemeyi durduramadığı duygusu).

B. Kilo almayı önlemek için, kendi kendini kusturma, idrar söktürücü ilaçları, iç sürdüren ilaçları ya da diğer ilaçların amacı dışında kullanımı, aşırı fiziksel egzersiz yapma ya da çok az besin alımı gibi tekrarlayan uygun olmayan ve sağlıksız telafi yöntemlerinin görülmesi.

C. Bu aşırı yeme davranışları ve sağlıksız telafi onarıcı davranışlar, ortalama 3 aylık bir süre zarfında en az haftada bir kez ortaya çıkmıştır.

D. Benlik algısı, beden şekli ve kilosundan gereksiz bir şekilde rahatsızlık duyar.

E. Bu hastalık sadece anoreksiya nervoza dönemleri esnasında görülmemektedir.

Hastalığın şiddeti görülme sıklığına göre değişmektedir.

Hafif düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 1-3 kez görülür.

İkincil düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 4-7 kez görülür.

Yoğun: hastalık haftalık yaklaşık 8-13 kez görülür.

Fazla düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 14 ya da daha fazla sayıda görülür.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

A. Tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi, aşağıdaki her iki ölçütle de tanımlanır.

1. Benzer durumlarda, benzer sürede, çoğu insanın tüketebileceğinden açıkça daha çok tüketeceği, farklı bir zaman süresinde (örneğin herhangi iki saatlik sürede) yeme.

2. Bu dönem esnasında yemek yemeye alakalı kontrolün olmadığı duyumunun olması (örneğin bireyin ne denli yediğini kontrol edemediği duygusu ya da yemek yemeyi durduramadığı duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme ataklarına aşağıda bulunanlardan en az üçü gözlemlenir.

1. Normalden hızlı yeme.
2. Sıkıntı yaratacak derecede doygunluk hissedene kadar yeme.
3. Fiziksel açlık hissetmiyorken aşırı miktarda yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için yalnız başına yeme.
5. Ardından, bireyde kendine karşı olumsuz bir tutum geliştirme, derin bir umutsuzluk hissi yaşama veya aşırı suçluluk duyguları.
6. Aşırı yemeyle alakalı belirgin bir rahatsızlık hissedilir.
7. Bu aşırı yeme davranışlarının yaklaşık 3 aylık bir süre zarfında en az haftada bir kez gerçekleşmiştir.
8. BN' de olan tekrarlayan sağlıksız telafi davranışlar TY' ye de gözlemlenmez ve TY sadece BN ya da AN' nin belirtileri arasında görülmemektedir.

Hastalığın şiddeti hastalığın görülme sıklığına göre değişmektedir.

Hafif düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 1-3 kez görülür.

İkincil düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 4-7 kez görülür.

Yoğun: hastalık haftalık yaklaşık 8-13 kez görülür.

Fazla düzeyde: hastalık haftalık yaklaşık 14 ya da daha fazla sayıda görülür.

Pika Tanı Kriterleri

- A. Bir ay süresince, sürekli olarak, besin olarak kabul edilmeyen, besleyici özelliği olmayan maddeleri tüketme.
- B. Besin özelliği taşımayan, gıda olarak sınıflandırılmayan maddeleri tüketme davranışı, kişinin gelişimsel özellikleriyle örtüşmemektedir.
- C. Bu yeme davranışı, kültürel bir temele dayanmayan ya da toplum tarafından normal kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- D. Bu yeme davranışı, farklı bir ruhsal bozukluğa dayalı meydana geliyorsa (örneğin şizofreni, anlık yeti yitimi, otizm) ayrıca klinik değerlendirmenin yapılmasını gerektirecek kadar ciddidir.

205

Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

- A. En az bir ay boyunca sürekli olarak tükettiği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek tekrar yutulabilir, tekrar çiğnenebilir veya tekrar dışarı atılabilir.
- B. Sık sık yiyecek geri çıkarma, bir mide-bağırsak hastalığına veya başka bir sağlık sorununa (örneğin reflü, pilor stenozu, gastroözefageal) bağlı değildir.
- C. Bu bozukluk, BN, AN, TYB veya kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu gibi durumların seyri sırasında görülmez.
- D. Bu belirtiler, farklı olarak ruhsal hastalığa dayalı ortaya çıkıyorsa (örneğin anlıksal yeti yitimi veya farklı bir nörogelişimsel bozukluk) ekstra klinik değerlendirmenin yapılmasını gerekli hale getirecek kadar ciddidir.

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

- A. Aşağıda bulunanlardan en az birinin bulunduğu sağlıklı beslenme veya enerji gereğinin

devamlı sağlanamamasıyla kendini öne çıkaran bir beslenme veya yeme bozukluğu (örneğin yemeklere veya yemeye karşı açıkça ilgide bulunmama; yemeklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma, yemek yemenin mide bulandırıcı sonuçlarıyla alakalı şekilde endişe duyma).

1. Gözle görülür bir kilo düşüşü (veya çocuklarda olması gereken kilo olmaması veya gelişmenin durması).
2. Açık bir beslenme yetersizliği.
3. Tüp yardımı ile beslenmeye veya ağız yoluyla yiyecek takviyelerine zorunlu hale gelme.
4. Zihinsel ve sosyal işlevlerde açık bir şekilde azalması.

B. Bu bozukluk, kültürel olarak kabul edilen bir uygulama ya da yiyeceklerin ulaşılabilir olmaması ile daha iyi belirtilemez.

C. Bu yeme bozukluğu, aynı zamanlı bir sağlık sorununa bağlı olamaz veya farklı bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, farklı bir durum veya bozukluk kapsamında meydana gelirse; söz konusu durum veya bozukluğun yol açabileceği durumdan daha yoğun olur ve ayrı olarak klinik tarafatan incelenmeye ihtiyaç duyulur.

Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu kategori, fark edilir düzeyde rahatsızlığa veya sosyal, işle alakalı veya diğer önemli işlevsellik konularında bozulmaya neden olan gıda tüketimine yönelik bozukluğun semptomlarının ağır bastığı, ancak bu semptomların herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğu tanısını tam olarak karşılamadığı durumlar için kullanılır. Tanımlanmamış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçütlerini tam olarak karşılamama nedeninin klinisyenler tarafından açıklanmak istendiği durumlarda kullanılır. ‘tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu’ ifadesinin ardından, belirli bir sebep açıklanmak istendiği durumlarda özel neden belirtilir (örneğin ‘düşük sıklıkta bulumiya nervoza’) (Koroğlu, 2013).

1. Tipik olmayan anoreksiya nervoza: Bu tanıyı alan bireylerde, kayda değer kilo azalması azalması gözlemlenmekle birlikte, beden ağırlığı normal sınırlar içinde ya da üzerinde olsa da anoreksiya nervozaya özgü tanı ölçütlerini tamamı mevcuttur.
2. Bulumiya nervoza (kısa süreli ve/veya seyrek ortaya çıkan): Bu tanıyı alan bireylerde, aşırı miktarda yiyecek tüketimi ve sağlıksız dengeleme yöntemleri yaklaşık olarak kişide haftada bir kereden az görülür ya/ya da üç aylık süreden daha uzun sürmez. Bunun yanı sıra, birey BN’nin kalan tüm tanı ölçütlerini karşılamaktadır.
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (kısa süreli ya/ya da seyrek ortaya çıkan): Tıkınırcasına yeme davranışının yaklaşık olarak haftada bir kereden daha az görülmesi ya/ya da üç aylık süreden daha kısa sürmesi dışında, tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütlerini karşılamaktadır.
4. Çıkarma bozukluğu: Beden şeklini ya da ağırlığını değiştirmek amacıyla aşırı yeme olmaksızın tekrar eden çıkarma hareketi (örneğin kendi kendini kusturma veya idrar söktürücü ilaçların, iç sürdüren ilaçların veya başka ilaçların uygunsuz yere kullanımı).
5. Gece yeme bozukluğu: uykudan uyanıp yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra sık miktarda yemek yeme ile karakterize olan, tekrar eden gece yeme atakları. Yemek yeme farkındalığı vardır ve yeme anı hatırlanır. Gece yeme davranışı, bireyin uyku düzenindeki farklılıklar ya da yerel kültürel normlar gibi dışsal etkenlerle açıklanması bu durumu yeterince anlamlı kılmaz.

Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu kategori, yeme ve beslenme ile ilişkili belirtilerin ön planda olduğu; ancak mevcut bozukluklardan hiçbirinin tanı ölçütlerini bütünüyle karşılamadığı, buna rağmen kişide klinik açıdan belirgin bir rahatsızlık ya da sosyal, mesleki ve diğer işlevsel alanlarda bozulma yaratan durumları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, belirli bir beslenme ve yeme bozukluğunun tanı kriterlerini tam olarak karşılamama sebebinin klinisyen tarafından belirtilmek istenmediği ya da daha spesifik bir tanı koymak için yeterli bilginin bulunmadığı durumlarda kullanılır (Köroğlu, 2013).

Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Beslenme ve yeme bozukluğu tanısı alan hastaları tedavi etmek oldukça zorlayıcıdır. hangi tedavi yönteminin yararlı olacağını kararlaştırmak basit değildir ve bunun nedenleri genellikle araştırmaların yeterli düzeyde olmamasına, hastaların tedaviye ihtiyaç duyup yönelme oranlarının düşük olmasına ve tedaviyi sürdürme konusunda tereddüt yaşamalarına bağlanmaktadır (Şentürk, 2020). Tedavi psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilen bir ekip çalışması gerektirmektedir. Değerlendirmede kişinin hastanede yatarak mı ya da ayaktan mı tedavi edileceği belirlenmelidir. Hastaların tedavi sonuçlarının değişmesiyle birlikte AN' de ölüm oranı yüksektir. BN gidişatının, AN' ye göre daha iyi olduğu belirtilmektedir (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Hayati risk söz konusu olduğunda, zorunlu tedavi ve hastaneye yatış göz önünde bulundurulmalıdır. AN' li hastalarda hafif ilerleyenler ayakta tedavi edilebilirken çoğu hastanın uzun süreli yataklı serviste izlenmesi gerekmektedir. Kişinin ayaktan tedavisi devam ederken kilo kaybına devam etmesi, aile ortamının kişiyi önemli ölçüde olumsuz etkilemesi, başka şehirde ikamet etmesi ve eşlik eden hastalıkların varlığı olması durumlarında hastaneye yatışını zorunlu kılan durumlardandır (Yücel, 2009). Yeme bozukluğu olan hastaların tedavisi, sürekli iletişim ve görüşme halinde olması gereken birinci basamak hekimi, diyetisyen ve ruh sağlığı uzmanından oluşan çok disiplinli bir ekibi içermelidir. Birinci basamak hekiminin görevi, tıbbi komplikasyonları kontrol etmek, tedavi sürecini yönlendirmek ve hastanın hastanede yatış gereksinimini değerlendirmeye destek olmaktır. Hasta diğer uzmanlarla görüşmek istemiyorsa birinci basamak hekimini tedavi olmasına yardımcı olmak için kilo, beslenme alımı ve fiziksel durumunu kontrol etmektedir (Alıcı, 2021). Yeme bozukluklarının tedavisinde ilaçların etkinliğine dair yapılan araştırmalar henüz kısıtlıdır ve psikoterapilere ilaveten etkili olduğu kanıtlanmaktadır. Anoreksiya nervoza hastalarında, ilaç tedavisi dışında başka tedaviler başlanmadığı zamanlarda, kişilerin ilaçlarını reddetmesi sıkça görülmektedir. Yapılan çalışmalar AN tedavisinde özellikle ergenlerle çalışıldığı zaman an fazla aile terapisinin, TYB ve BN tedavilerinde ise Bilişsel Davranışçı Terapinin etkili olduğunu söylemektedir (Şentürk, 2020).

BDT Tanımı

Bilişsel terapi ve davranışçı terapi yaklaşımları 1980' li yıllarda birleşerek bilişsel davranışçı terapi ismini almıştır. Bundan dolayı terapi, probleme neden olduğu düşünülen bilişleri değiştirmeye yönelik bilişsel tekniklerin yanı sıra, doğrudan davranış değişimine dikkatini veren davranışçı teknikleri de kapsamaktadır. Terapinin bilişsel ve davranışçı bileşenleri artık ayrılmaz bir bütün olarak görülse de yalnızca bilişsel ya da yalnızca davranışçı teknikleri uygulayan terapiler de bilişsel davranışçı terapiler kategorisinde değerlendirilmektedir (Sütcü, 2015). Bilişsel davranışçı terapi, düşüncelerimizin duygularımızı ve eylemlerimizi etkilediği ilkesine dayanan sistemli bir terapi yaklaşımıdır. Ayrıca insan davranışlarını ve psikolojik rahatsızlıkları bilişsel ve davranışsal teori doğrultusunda yorumlamayı hedefler. Ve işlevsiz ve katı kuralların fark edilerek değiştirilmesi veya daha esnek hale getirilmesini de amaçlar (Özcan ve Çelik, 2017). Bilişsel yaklaşıma göre, kişilerin eylemleri ve hisleri, durumu nasıl

değerlendirdiklerine bağlı olarak şekillenmektedir. Diğer bir deyişle, kişiyi etkileyen yaşanan olaylar değil, o olaylara atfedilen anlamlar duygulara yön vermektedir. Genellikle, yaşanan olaylara verilen bu düşünceler ve anlamlar, çok hızlı bir biçimde ve otomatik olarak meydana çıkmaktadır ve genellikle bazı yanlışlıklar bulunmaktadır. Bilişsel teorilerde buna ‘bilişsel çarpıtmalar’ denmektedir. Ayrıca psikiyatrik rahatsızlıkların da çoğunun bu çarpıklıklarla tanımlandığı kabul edilmektedir (Şentürk, 2020).

BDT Tarihçesi

1980’lerde başlayan bilişsel davranışçı terapi hareketi, psikoterapi alanına en etkili şekilde entegre edilen yöntemlerdendir. Özellikle İngiltere kökenli kuramcılarının derin bir davranışçı geçmişe sahip olmalarının getirdiği etkiyle, belki de psikoterapi geçmişinde ilk defa görülen başarıya ulaşılmış, davranışçılıkla bilişsel kuramın birleşmesi ve ‘bilişsel davranışçı terapisi’ ismiyle tek çatı altında toplanması 1980’li yıllarda gerçekleşmiştir. İlk zamanlarda depresyonu tedavi etmekle sınırlı olan bu kuram daha sonrasında sosyal fobi, panik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu gibi kaygı bozukluklarına yönelmiş, ardından yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, somatoform bozukluklarla ilgili 1980’li yılların sonuna doğru psikopatoloji ve tedavi odaklı kuramsal araştırmalar yapılmıştır (Türkçapar ve Sargın, 2012). 1960 yıllarında ise Davranışçılık, psikoanalize alternatif bir teori olarak ortaya çıkmıştır. İkiciliğe (beden-zihin ayrımı) karşı olan davranışçılık, bu iki kavramın birbirinden ayıramaz olduğunu savunur ve zihinsel içerikten ziyade davranış ön planda tutmaktadır. Davranışçılığın temeli, Pavlov’un klasik koşullanmayı bulmasıyla oluşur ve Thorndike ile başlayıp Skinner’in “edimsel koşullanma ve pekiştirme” teorisiyle ilerlemektedir (Özcan ve Çelik, 2017). Salkovskis (1996)’ a göre teknik uygulamalardaki çeşitliliği ve psikoterapinin ilişkiye dayalı yönünü de göz ardı etmeyen bilişsel terapi, yeniliğe ve gelişime açık bir yapıya sahiptir. Bilişsel terapisinin kurucusu Beck’in deneysel veriler ve yeni gelişmeler konusundaki duyarlılığı, çoğu kuramda görülen donma ve katılaşma durumlarının önüne geçmiştir (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Yeme Bozukluklarında BDT Tedavisi

Bilişsel davranışçı terapi, duygu ve düşünce sağlığını geliştirmeyi hedefleyen bir psikoterapi yöntemidir. Anoreksiya nervozalı hastaların kilosu ve beden şekli hakkında çarpıtılmış düşüncelere sahip olmaları ve aşırı zayıflığa büyük önem vermeleri nedeniyle bu terapisinin AN’ li ergenlerin tedavisinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca BDT, davranışsal deneyler, problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri aracılığıyla çarpıtılmış düşünceleri ve davranışları ele alarak yeme alışkanlıklarını düzenlemeyi amaçlamaktadır (Şimşek, 2022). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde de en etkili yöntem bilişsel davranışçı terapidir. BDT, tedavi sürecinde hastalarla iş birliği yaparak temellerinde yatan inançları ve işlevsel olmayan otomatik düşünceleri değerlendirme fırsatı sunmaktadır. Ve ruhsal hastalıklara neden olan çarpıtılmış düşünceleri belirleyip değiştirmeyi, önceki davranışları dönüştürmeyi ve çevreyle yeni ilişkiler geliştirmeyi hedeflemektedir (Turan vd., 2015). Kişinin kilo vermesine ya da verdiği kiloyu korumasına engel olan düşünceler, davranışlar ve duygular belirlenmektedir. Bilişsel yapısını şekillendiren, temel ve ara inançlar, otomatik düşünceler ortaya çıkarılmaktadır. Bireyin uyum sağlamasını engelleyen ve işlevsiz bilişlerin, sağlıklı olanlarla ve işlevsel olanlarla değiştirilmesi amaçlanmaktadır (Özdamar-Ünal, 2018). Yeme bozukluğu hastalarında etkili bir yöntem olan bilişsel davranışçı terapi, yetişkinlerle iş birliği içinde olup işlevsiz otomatik düşüncelerin ve temel inançların incelenmesi amaçlanmaktadır. Ve bunlarla birlikte çevreyle yeni ilişkiler içinde olma, davranışlarda meydana gelen farklılıklar ve fikirlerin değişmesi beklenmektedir. BDT yeme bozukluğu hastalarını tedavi ederken, özgüven eksikliği ve dış görünüşü hakkında değiştiremediği fikirleri hedef almaktadır (Özyurt vd., 2017).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, derleme yöntemi ile yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapinin kullanılması hakkında alan yazın taraması ile inceleme yapmaktır.

Sınırlılıklar

Araştırmada 2000'den 2025 yılına kadar Google Akademik veri tabanında Türkçe ve İngilizce yayımlanmış ilgili anahtar kelimelerle, özete ve tam metne ulaşılabilen araştırma, derleme makaleleri ve ilgili kitaplar değerlendirilmiştir.

Yöntem

Araştırma Modeli

Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmıştır. Herhangi bir saha çalışması veya ölçek kullanılmamıştır. Derleme, farklı kaynaklardan alınan bilgilerin bir araya getirilerek düzenlenmesiyle oluşturulan bir çalışmadır.

Literatür Araştırması

Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Terapi konulu çalışma için literatürde yer alan Google Akademik, Yök Tez Merkezi, Dergi Park, kitaplar ve çeşitli üniversite tabanları baz alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma yaparken tercih edilen veri tabanlarında, “yeme bozuklukları”, “bulumiya nervoza”, “anoreksiya nervoza”, “tıkınırcasına yeme bozukluğu”, “kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu”, “Cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disordersanahtar” kelimeleri kullanarak Yeme Bozukluğu alanında yapılan çalışmalara ulaşılmıştır. Çalışma Yeme Bozukluğu alanındaki içerik analizi çalışmalarının sıklıkla günümüzde daha sık araştırmalarda konu başlığı olarak yer edinmesi dolayısıyla pek çok çalışmaya ulaşılmıştır.

Bulgular

Yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin tedavilerinde Bilişsel Davranışçı Terapi yalnız uygulandığında ya da diğer terapi yöntemleriyle birlikte uygulandığında da diğerlerine göre daha etkili sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Aşağıdaki çalışmalar bunu destekler niteliktedir.

Yapılan bir çalışmada 200 bulumiya nervoza hastası, 5 ay boyunca KT (Kişilerarası Terapi) ya da BDT tedavileri için rastgele seçilerek bir yıl boyunca izlemeleri yapılmıştır. Tedavi sonucunda kişilerin iyileşme sürecine baktığımızda istifra, tıkınırcasına yeme ve diyet denetimlerinin giderek azalmasında bilişsel davranışçı terapinin, kişilerarası terapiye göre daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Ağras, 2000). Yapılan başka bir çalışmada ise, hastaneye yatış sonrası, anoreksiya nervoza tanısı alan 33 hasta rastgele olarak bir yıl sürecek ayakta bilişsel davranışçı terapisi ya da beslenme danışmanlığı gruplarına ayrılarak tedavi sürecine dahil olmuşlardır. Beslenme danışmanlığı alan hastalar, bilişsel davranış terapisi görenlerle karşılaştırıldığında, belirgin şekilde daha erken ve daha yüksek oranda nüks yaşandı. Oran olarak baktığımızda %22'ye karşı %53 şeklindedir. Tedavideki nüks, hastanın aldığı tedaviyi bırakması ve başarısızlık oranlarının katılmasıyla beraber değerlendirildiğinde, bilişsel davranışçı terapisi alan kişilerde %22, beslenme danışmanlığı alan kişilerde ise %73 olarak sonuçlandırılmıştır. Sonuç olarak bilişsel davranışçı terapi iyi sonuç vermede ve tekrarlamayı önlemede beslenme danışmanlığından önemli derece daha etkilidir (Pike vd., 2003). Bir olgu sunumu çalışmasında da, 38 yaşında kadın hasta uzun süredir yaşadığı yeme ataklarından sebeple kilo alıp verdiğini, yaşadığı sinir duygusuyla birlikte gelen bilinçsizce yeme ve daha sonrasında mutsuz olma şikayetleri olduğunu belirtmiştir. Bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Terapi sürecinde, danışanın yeme ataklarında ve buna bağlı olumsuz duygularında anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir (Bağrıaçık ve Karaaziz, 2025). Bununla

beraber başka bir olgu sunumunda, 27 yaşındaki bir erkek danışanın beslenme ve iştahla ilişkin kaygıları üzerine BDT uygulanmıştır ve 7 seanslık çevrimiçi terapi sonucunda danışanın kaygı düzeyinde ve iştahsızlık deneyimlerinde azalma gözlemlenmiştir (Akkaya ve Yılmaz, 2022). Yeme bozukluklarının görülme oranına cinsiyet açısından baktığımızda erkeklerde daha az görülürken kadınlarda daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir. Örneğin yapılan bir çalışma, Sivas il merkezindeki yeme bozukluklarının yaygınlığını ve bu bozuklukların beraberinde psikiyatrik tanıları belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma kapsamında, 18-44 yaş arasındaki 1122 kişiye Yeme Tutum Testi (YTT) uygulanmış ve kesme puanının üzerinde skor alan bireylerle yapılandırılmış klinik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına bakılarak yeme bozukluğu sıklığı %1.52 şeklinde bulunmuştur. Ve erkeklere oranla kadınlarda daha sık bulunduğu ortaya çıkmıştır (Semiz vd., 2012). Benzer bir diğer çalışma olarak yapılan çalışma da ise yeme bozukluklarını etkileyen faktörleri ve sıklığını araştırmayı hedeflemiştir. Elâzığ Sağlık Yüksekokulunda okumakta olan 384 öğrenci dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda düşük benlik saygısına sahip bulunan ve diyet uygulayan öğrencilerde yeme bozukluğu görülme oranının yükseldiği belirlenmiştir. Yeme bozukluğu oranlarının belirgin şekilde kadınlar arasında daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Ulaş, 2013). Yapılan bir derleme çalışmasında ise Batı ülkelerinde BN prevalansı kadın katılımcılarda %0.3 ile %7.3 arasında değişiklik gösterdiği bulunurken erkeklerde bu oran %0 ile %2.1 arasındadır (Mokino vd., 2004). Yeme bozukluklarının doğu ülkelerinde daha az görülürken batı ülkelerinde daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir. Örneğin Furnham ve Baguma'nın (1994) gerçekleştirdiği çalışmada, Ugandalı ve İngiliz öğrencilere, aşırı zayıf ile obez aralığında yer alan modellerin çekicilik düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırma sonucunda, Ugandalı öğrencilerin, İngiliz öğrencilere kıyasla daha kilolu modelleri çekici buldukları tespit edilmiştir. Bu sonuç beden algısının kültürler arasında farklılık gösterebileceğini ortaya koymuştur. Batı beden ideali öne çıkarılmakta ve bu durum, Batıda bireylerin arzu edilen güzellik, popülerlik veya başarı gibi hedeflere ulaşmak amacıyla bilinçli olarak aç kalmalarına neden olabilmektedir (Balçık, 2022). Yayımlanan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmaktadır. Bu çalışmada, Asya ülkelerinde yeme bozukluklarının prevalansı %0.22, bir yıllık prevalansının ise %0.08 olduğu bulunurken, Batı ülkelerinde bu oran sırasıyla %1.89 ve %0.68 şeklinde bildirilmektedir. Sonuç olarak Batı ülkelerinde yeme bozukluklarının Asya ülkelerine kıyasla daha yaygın olduğu gösterilmektedir (Zhang vd., 2022).

Tartışma

Yapılan araştırmalar yabancı ülkelerde yeme bozukluğu tedavisinde BDT ve Kişilerarası Psikoterapinin (KİPT) etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Buna örnek olarak Agrass ve arkadaşlarının 2017'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmaya göre sunduğu bilgilerde BDT ve Kişilerarası Psikoterapiyi karşılaştırdığında ilk zamanlarda BDT'nin Kişilerarası Psikoterapiye göre daha yararlı olduğunu savunmaktadır. Ancak daha sonra 162 hastayla yapılan çalışmada her iki terapiye de atanan kişilerin tedavi sonuçları arasında bir fark görülmediği ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak bu iki terapi için eşitliğin söz konusu olduğunu ifade edilmektedir (Agrass vd., 2017). Hilbert ve arkadaşlarının Almanya'da 2012 senesinde yaptığı çalışmada da Kişilerarası psikoterapi uzun süreli takipte iyileşmeler göstererek BDT ile farklılıkları dengede tuttuğunu söylemektedir. Ve çalışma sonucunda BDT kadar etkili olduğunu ifade etmektedir (Hilbert vd., 2012). Avustralya'da gerçekleştirilen bir çalışmada da yine BDT ve KİPT karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucu KİPT'in BDT'ye alternatif tedavi olabileceği ifade edilmektedir (Fairburn vd., 2015). Buna benzer olarak yapılan diğer araştırmalar BDT ve Motivasyonel Görüşmenin (MG) birlikte yürütüldüğü zamanlarda tedavi sürecini olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. Örneğin Mills ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı bir çalışma da hastanede tedavi gören 65 yetişkin hasta, BDT ya da MG odaklı ek terapilerle desteklenen grup programlarına dahil edilmiştir. Her iki tedavi yaklaşımında da

terapötik ittifak ve hasta katılımı zamanla artmıştır. MG'nin BDT'ye belirgin bir üstünlüğü bulunmamıştır. Her iki yaklaşım da yeme bozukluğu semptomlarını azaltmada benzer derecede etki ettiği gözlemlenmiştir (Mills vd., 2023). Vella-Zarb ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da MG destekli bir tedavi grubu ile psiko-eğitim destekli bir tedavi grubuyla karşılaştırılmıştır. MG, bireylerin yeme bozukluğu davranışlarını değiştirme konusundaki motivasyonlarını artırmada etkili bulunmuştur. Ancak, yeme bozukluğu tutumları ve davranışlardaki değişiklikler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Vella-Zarb vd., 2015). Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında aile faktörü önemli bir yer almaktadır. Yapılan çalışmalar da aile terapisi ve BDT'nin etkili sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, Le Grange ve arkadaşlarının 2012 tarihli çalışmasında ailelerin tedavi sürecine aktif katılımlarının tedavide yarar sağladığını ortaya koymaktadır (Le Grange vd., 2012). Bununla beraber 2025 yılında Ghaderi ve arkadaşlarının çalışma da hem aile terapisinin hem de BDT'nin çocuk ve ergenlerde yeme bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Ghaderi vd., 2025).

Travmatik yaşam olayları da yeme bozukluğunun oluşumuna etki eden faktörler arasında yer alabilmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırma ise yeme bozukluğu tedavisinde Göz Hareketi ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) ve BDT tedavisinin birleşiminin etkili sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır. Yaşar ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı bir çalışma da travmatik yaşantılar sonucunda oluşan YB belirtilerinin olduğu iki genç kız üzerinde uygulanan tedavi sonucunda belirtiler en düşük seviyeye indirilerek EMDR terapisi ve BDT'nin birlikte uygulanmasıyla geçmiş travmanın yeme bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisi ortadan kaldırılmış ve başarılı sonuçların ortaya koyulduğu belirtilmektedir (Yaşar vd., 2019).

Sonuç ve Öneriler

Yeme bozukluğu kişinin yemekle ilgili sağlıklı düşünce ve davranışlarıdır. Kişinin içinde bulunduğu çevre, aile, sosyal ortam bu düşünce ve devamındaki davranışları etkileyebilmektedir. Araştırmalara baktığımızda yeme bozukluğuna sahip olan kişi sayısı azımsanmayacak kadar derecededir. Yeme bozukluklarının özellikle genç kadınlar arasında daha sık görüldüğü, düşük benlik saygısı ve beden imajı memnuniyetsizliği gibi faktörlerin hastalığın gelişiminde etkili olduğu görülmektedir. Ayrıca kültürel farklılıkların beden algısını etkilediği ve yeme bozukluğu sıklığını değiştirebildiği anlaşılmaktadır. Bu bozuklukta görülen semptomlar arasında gözle görülen kilo kaybı, kilo alımı, yorgunluk bulunmaktadır. Yeme bozuklukları yaşayan kişilerinde tedavisinde BDT'nin hem tek başına hem de diğer terapi yöntemleriyle (örneğin aile terapisi, motivasyonel görüşme veya EMDR) kombine edildiğinde etkili sonuçlar verdiği görülmektedir. BDT, bireylerin işlevsiz düşünce kalıplarını ve davranış örüntülerini değiştirmede başarılı olmuştur, nüks oranlarını düşürdüğü ve semptom iyileşmelerinin kalıcılığını artırdığı da araştırmalarla açıklanmıştır. BDT, yeme bozukluklarının tedavisinde en etkili psikoterapi yöntemlerinden biridir. Bunun yanında aile desteği ve terapötik ittifak, tedavi başarısını artıran önemli unsurlar arasındadır. Ayrıca yeme bozukluklarının önlenmesi ve erken müdahale çalışmaları için risk faktörlerinin (düşük benlik saygısı, travmatik yaşam olayı vb.) dikkate alınması gerekmektedir.

Ülkemizde yeme bozuklukları tedavisinde BDT temelli müdahaleler veya farklı terapi yöntemleriyle kombinasyon şeklinde çalışmalar daha yaygın hale gelebilir. Ve toplumumuzda beden imajı, sağlıklı beslenme alışkanlıklarına dair farkındalık artırılmalı özellikle ergenlik döneminde bireylerin medya etkisine karşı bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır.

Kaynakça

- Agras W. S., Walsh T. B., Fairburn G. C. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa, *Arch Gen Psychiatry*, 57(5):459-466.
- Agrass V. S., Fitzsimmons-Craft E. E., Wilfley D. E. (2017). Evolution of cognitive-behavioral therapy for eating disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 88, 26–36.
- Akkaya G. ve Yılmaz T. (2022). Beslenme ve İştaha İlişkin Kaygıda Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu, *Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(3),392-405.
- Alıcı Ö. (2021). Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, 1-92.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çev. Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- APA (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1 st ed (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Balçık S. M. (2022). Farklı Yeme Bozukluklarının Gelişmesinde Etiyolojik Bir Faktör Olarak Kültürlerarası Farklılıklar, *Muhakeme Dergisi*, 5(2),66-79.
- Dönmez A. (2022). Gece yeme Sendromunun Nesne İlişkileri Bağlamında Projektif Testler ile Değerlendirilmesi, *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 9(3), 681-702.
- Erbay L. ve Seçkin Y. (2016). Yeme Bozuklukları, *Güncel Gastroenteroloji*, 20/4.
- Ergüney F. E. Ve Sertel-Berk Ö. (2012). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, 1-174.
- Ergüney- Okumuş F. E. ve Deveci E. (2019). Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3):338-350.
- Fairburn G. C. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther.* 70: 64-71. 49.
- Faraji H. ve Yıldırım-Ekmekci A. (2024). “Bir Yememe” Sorunsalı: “Kemiklerine Kadar” (To The Bone) Filminin Nesne İlişkileri Kuramı Bakımından Analizi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 1-14.
- Ghaderi A., Wergeland G. J., Fjermestad K., Enebrink P., Halsaa L., Njardvsk U., Risse E. N., Vorren G., Öst L. G. (2025). Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34:883-902.
- Güney M. ve Ersoy G. (2020). *Sporcularda Yeme Bozuklukları: Semptomları Tedavisi ve Önlenmesi*, Spor ve Rekreasyon Araştırmalar Dergisi, 2(1), 44-56.
- Hilbert A., Bishop M. E., Stein R. I., Tanofsky-Kraff M., Swenson A. K., Welch R. R., Wilfley

- D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*, 200:232-237.
- Le Grange D., Lock J., Agras W. S., Moye A., Bryson S. W., Jo B., Kraemer H. C. (2012). Moderators and Mediators of Remission in Family-Based Treatment and Adolescent Focused Therapy For Anorexia Nervosa, *Behaviour Research and Therapy*, 85-92.
- Makino M., Tsuboi K., Dennerstein L., (2004). Prevalence Of Eating Disorders: A comparison Of Western And Non-Western Countries, *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 58(1), 1-7.
- Mills S. J., E. Poulin L., Kirsh G. (2023). Comparison of ML-Oriented Versus CBT-Oriented Adjunctive Treatments: Impacts On Therapeutic Alliance and Patient Engagement During Hospital Treatment For An Eating Disorder, *Journal Of Eating Disorders*, 11:98.
- Oğur M. Ve Taşkale N. (2022). Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: Bulimiya Nervosa Üzerine Bir Gözden Geçirme, *Bilişsel Davranışçı psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 11(1),58-73.
- Özcan Ö. ve Çelik G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi, *Türkiye Klinikleri*, 3(2):115-20.
- Özdamar-Ünal G. (2018). Obezitenin Psikiyatrik Yönü, Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Davranışçı Terapi, *Derleme*, 7(1):31-41.
- Özyurt G., Öztürk Y., Pekcanlar Akay A. (2017). Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24(1).
- Pike K. M. (2003). Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 160:2046-2049.
- Semiz M., Kavakçı Ö., Yağız A., Yontar G., Kuğu N. (2012). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-157.
- Sütcü S. T. (2015). Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):1-2.
- Şentürk Z. (2020). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Terapi, *Yüksek Lisans Projesi*, 1-104.
- Şimşek M. H. (2022). Sağlık& Bilim 2022: Beslenme-2, *Efe Akademi Yayınları*.
- Toker D. ve Hocaoglu Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme, *Düşünen Adam*, 22 (1-4): 36-42.
- Turan Ş., Poyraz C. A., Özdemir A., (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4):419-435.
- Tümen Z. Ç. (2023). Yeme Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 3(2):40-45.
- Türkçapar M. H. ve Sargın E. A. (2012). Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Ulaş B., uncu F., Üner S. (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2:15-22.
- Vardal E. (2015). Yeme Tutumu: Bağlanma Stilleri ve Gestalt Temas Biçimleri Açısından Bir Değerlendirme, *Yüksek Lisans Tezi*, 1-156.
- Vella-Zarb R., Milss J., Westra H., Carter J., Keating L. (2015). A Randomized Controlled Trial Of Motivational Interviewing+Self-Help Versus Psychoeducation+Self-Help For Binge

Eating, *International Journal of Eating Disorders*, 328-332.

Yaşar A. B., Abomar A. E., Usta F. D., Taycan S. E., Kaya B. (2019). Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Olan İki Vaka: EMDR ve BDT Kombinasyonunun Yeme Bozukluklarında Etkililiği, *Turkish J Clinical Psychiatry*, 22.

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

Zhang H., Qian J., Wu Y., Liu F., Jin H., Wan Y., Li C., Yu D. (2022). An Update On The Prevalence Of Eating Disorders In The General Population: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Journal of Eating Disorders*, 27:415-428.