

Ağır bir Anoreksiyalı Olgunun Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Süreci

Selçuk ASLAN^{1*}, Mahmut GÜRBÜZ¹, Simge VURAL²

¹Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

²Klinik Psikoloji Bölümü, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Lefkoşa Üniversitesi, Kıbrıs

Özet

Anoreksiya nervoza kronik seyirli, kilo kaybı ile hayatı tehdit edebilen ağır bir ruhsal rahatsızlıktır. Hastaların en önemli korkusu kilo almaktır ve kendini kilo vermeye adanmıştır. Kilo vermek için sık çıkartma, aşırı egzersiz, yeme kısıtlama davranışları izlenir. Anoreksiyanın tedavisinde ilaç tedavilerinin ve psikoterapilerin etkinliği sınırlıdır. Bu sunumda son 2 yılda 33 kiloya kadar kilo kaybeden ve psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi başlanan 28 yaşında ağır bir anoreksiya nervozalı olgu tartışılmıştır. İlk 2 haftalık psikiyatrik bakım ardından, 10 seanslık bir BDT sürecinde başarılı biçimde tedavisi yürütülmüştür. Olgu, 8 haftalık yatarak tedavi gördükten sonra, devam eden terapi sürecini ayakta tamamlamıştır. Sonuçta 50 kg ulaşmış ve 6 aylık izlem sürecinde kilosunu koruyabilmiştir. Olgu bilişsel davranışçı psikoterapi altında kilo alma korkusunu azaltabilmiş, kusma ve kısıtlama davranışlarını kontrol edebilmiş sonrasında anoreksiyi sürdürücü güvenlik sağlayıcı davranışlarını, aşırı fiziksel egzersizleri ve kusma davranışları azaltmıştır. Azaltılan güvenlik sağlama davranışları arasında kaç kilo olduğunu kontrol etmek, bedenini elleriyle ile kontrol etmek, görünüşünü sormak yer almıştır. Maruz bırakma alıştırmalarından yarar gören olgu normal kilosuna alılabilmiş ve uzun süre etkili biçimde kilo alma korkusunu azaltmayı başarmıştır. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2016; 94-103**)

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoza, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi, Olgu

Abstract

Cognitive Behavioral Psychotherapy of a Severe Anorexia Nervosa Case

Anorexia Nervosa is a chronic, severe psychiatric illness characterized with life threatening weight loss. Patients with eating disorder almost devote their lives to lose weight. In the course of disorder, patients hold irrational fears of becoming overweight and are committed to lose weight with/without engaging bulimic behaviors. The effectiveness of drug treatment and psychotherapy is scant. Therefore, in this paper, treatment process of a 28 year-old patient with anorexia nervosa whom hospitalized to inpatient unit with 33kg is presented to discuss the effectiveness CBT treatment. After two weeks of intense psychiatric care, 10 sessions of CBT is delivered in inpatient unit resulting with significant improvements in her weight control behavior. She completed 6-week inpatient treatment and followed by this, she completed her treatment process as an outpatient client. By the end of treatment, she reached 50 kg and sustained her weight during 6 month follow up period. The records revealed that she manages to cope with her fears of gaining weights and stopped using safety behaviors. Moreover, it is reported that her maintaining behaviors like excessive exercising habits, purging and restrictive dieting abated. Exposure intervention is combined with CBT treatment introduced to help her to first accommodate an imaginary acceptance to idea of gaining weight and tolerating to reach her healthy targeted weight. This followed by using exposure interventions as a preventative instrument to help her overcome her fears of gaining weights in the future and maintain the healthy weight. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2016; 94-103**)

Keywords: Anorexia Nervosa, Cognitive Behavioral Psychotherapy, Case Study

Yazışma adresi/Address for correspondence:

*Selçuk Aslan, Psikiyatri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ankara
e-posta: drselcukaslan@gmail.com Alınma tarihi: 14/01/2016 Kabul tarihi: 01/02/2016

GİRİŞ

Yeme bozuklukları tanım olarak yeme davranışının değişik şekilde bozulmasıyla seyreden, birçok psikolojik, biyolojik, sosyal etkenin rol oynayabildiği, erken yaş aile ilişkilerinin önemli olduğu psikiyatrik bozukluklardır (Jacobi, Morris ve Zwaan, 2004; Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor ve Palmer, 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Anoreksiya yaygınlığında artışın nedenleri incelenmiş ve sanayileşme, beslenme tutumlarının değişmesi, medyanın etkisi, şehir yaşamı gibi faktörlerin ön planda olduğu görülmüştür (Vardar ve Erzen, 2011).

Yeme ile ilişkili bozukluklar günümüzde DSM-5 ölçütlerine göre Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kaçınan Gıda Alım Bozukluğu, Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve Başka Türü Sınıflandırılmayan Yeme Bozuklukları olarak 7 gruba ayrılmıştır. Yeme ile ilişkili bozukluklar toplumda giderek artan oranlarda görülmektedir. Bu bozukluklar içerisinde en çok çalışılanı, tedavi açısından yararlı yöntemleri en az bilineni ve en ölümcül olanı Anoreksiya Nervosa olarak kabul edilir.

Anoreksiya Nervosa sıklıkla ergenlik çağındaki kızlar ve genç kadınlarda görülen bir bozukluktur (Becker, Grinspoon, Klibanski ve Herzog, 1999). Önemli alan çalışmalarında yaşam boyu yaygınlığı % 0.9 ile 2.2 arasında bulunmuştur (Keski-Rahkonen ve ark., 2007). Olgular sıklıkla kendilerini normal bulur ve tedavi sağlık yardımı almak için isteksizdir. Anoreksiyanın 15 ile 19 yaşları arasında ortaya çıkma sıklığı 270/100,000'tir. 5 yıl içinde iyileşme oranı % 66.8'dir. Tedaviye başvuran olgularda iyileşme oranları yetersizdir. Klinik iyileşme sağlanan olgularda düzelme adım adım ve uzun bir süreçte sağlanmaktadır. Anoreksiya nervosa ruhsal hastalıklar içerisinde ölümcül riski en yüksek olanıdır. Hem aşırı kilo kaybı hem de intihar ile ölüm sıktır. Anoreksiyalı hastaların %20'sinin öz kıyım girişimi ile hayatını kaybettiği ortaya konmuştur (Arcelus, Mitchell, Wales ve Nielsen, 2011).

Tedavi yöntemleri incelendiğinde, farklı terapi yöntemlerinin etkinliği tartışılmaktadır. Ancak ağır olgularda hangi tedavi rejimi seçilecek olursa olsun öncelik, hastanın ayaktan mı yoksa yataklı serviste mi takip edileceği sorusunu cevaplamak olmalıdır. Ayaktan terapi programları daha uzun süreli ve yavaş ilerlemektedir. Ayaktan Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamalarında en uygun süreyi bulmak için bir çalışmada hastalar 40 hafta boyunca takip edilmiş ve bu sürenin sonunda sadece % 35'inin hedeflenen ki-

loya ulaşabildiği sonucuna ulaşılmıştır (Calugi, Dalle Grave, Sartirana ve Fairburn, 2015). Ayrıca hastaların daha önce tedavi almış olması hâlihazırda tedavisini zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak, literatür seçilecek terapi yöntemi ne olursa olsun iç görü çalışmaları, diyet yapmayı tetikleyen uyaranlara karşı farkındalık geliştirmenin önemini vurgulamıştır (Carr, McDonnell ve Afnan, 1989).

Tüm bu bilgileri göz önünde bulundurarak literatürde birden fazla tedavi yönteminin etkinliğinden bahsedilmektedir (Waller ve ark., 2007; Fairburn, 2008; Berman, Boutelle ve Crow, 2009; Dolhanty ve Greenberg, 2009; Fairburn ve ark., 2015). Örneğin, tedavi almış anoreksiya hastalarla yapılan bir olgu serisi çalışmasında hastalara Kabullenme ve Kararlılık Terapisi uygulanmış ve bu terapinin etkinliği ölçülmüş ve çalışmaya katılan tüm hastalarda anlamlı derecede kilo artışı tespit edilmiştir (Berman ve ark., 2009). Duygu odaklı terapinin kullanıldığı bir olgu bildiriminde hastanın terapi sonrası takiplerinin 18. ayında iyilik halini sürdürdüğü tespit edilmiştir (Dolhanty ve Greenberg, 2009). Fakat birçok araştırma Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) etkinliğinin en güçlü olduğunu savunmaktadır (Waller ve ark., 2007; Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2015).

AN olgularda kendi bedenini kilolu görme biçiminde gerçekçi olmayan olumsuz bir beden algısı vardır. Bu algı olumlu yönde değişime dirençli olduğu saptanmıştır, bu etken yeme bozukluğunun tekrarlamasında çok önemli bir belirleyicidir. (Freeman, Beach, Davis ve Solyom, 1985; Rosen, 1990; Fairburn, Peveler, Jones, Hope ve Doll, 1993; Key ve ark., 2002). Diğer bir yandan ise, maruziyet tekniği yeme bozukluklarındaki kısıtlayıcı, tıknırcasına yeme, çıkarma (purgatif) davranışları ve vücut memnuniyetsizlik algısının yarattığı kaygılar gibi hastalığı sürdü-rücü faktörleri tedavi ettiği öngörülmektedir (Pallister ve Waller, 2008). Bu tedavi edici gücü yüksek olan tekniğin sıklıkla kullanılmamakta olduğu iddia edilmekte ve bu yüzden de ümit edilen terapi başarısına ulaşamadığı yada tedavi basarisinin sürdürülemediği iddia edilmektedir. Bunun yanı sıra yeme bozukluklarında sık izlenen kilo alma korkusu gibi felaket düşüncelerinin BDT ile birlikte kullanılan maruz bırakma terapisi ile etkin bir biçimde çözüldüğü farklı çalışmalarda kanıtlanmıştır (Waller ve ark., 2007; Fairburn, 2008; Waller, Walsh ve Wright, 2016). Bu maruz bırakma psikoterapi tekniklerine örnek olarak ayna ile duyarsızlaştırma, hasta tarafından kendisine yasak koyduğu yemekleri tüketmekle ilgili korkuları yenme çalışmaları araştırılmıştır (Key ve ark., 2002). Fakat bildiğimiz kadarı ile yeme bozukluğu literatü-

ründe imgesel maruziyet tekniği ile ilgili hiçbir çalışma yapılmamıştır.

Bu olgu sunumunda, kliniğimizde Anoreksiya Nervoza tanısı ile izlediğimiz bir olgunun bilişsel davranışçı psikoterapi ile birlikte uygulanan maruz bırakma tekniği ile başarılı sağaltımı paylaşılmıştır.

OLGU

28 yaşında kadın hasta, evli, çocuksuz, üniversite mezunu 3 yıl öncesinde başlayan zayıflama çabaları ve son 6 ay içerisinde ciddi kilo kaybı nedeniyle servimize yatırıldı. Yatışı sırasında boyu 160 cm., kilosu 33kg. (VKİ:12.9) bulundu.

Olgu diyet yapmaya ilk kez 3 yıl önce 25 yaşında iken başlamış, bu zayıflama dönemi evliliğinin hemen öncesinde gelinliğe sığabilme çabaları ile tetiklenmişti. O dönemde sadece haşlanmış gıdalar yemeye, günde ortalama 5 saati bulacak şekilde spor yapmaya başlamış. 54 kilo iken 45 kiloya kadar düşmüş. Evlendikten sonra da zayıflama çabalarına devam etmiş. Laksatif ve diüretik kullanmaya başlamış. Evliliğin 1. Yılında 38 kg'a kadar düşmesi nedeniyle bir üniversite kliniğinde yatırılarak tedavi edilmiş. Bu yatışı sırasında herhangi bir diyet ve beslenme programı uygulamamış. 2 ay yattıktan sonra yaklaşık 41 kg'ya ulaşarak taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası yaklaşık 3 ay boyunca kilosunu korurken, sonrasında yeniden kendi istediği gibi diyet yapmaya başlamış ve zayıf kalabilmek için hem öğünleri atlamaya hem de kısıtlama ile çok az yemeye başlamıştı. Günde yaklaşık 10 adet tatlandırıcı kullanmaya, bol çay ve sigara tüketmeye başlamış. Olgu dışkılama yaparsa zayıflayacağını düşünerek her gün lavman yapmaya başlamış. Bu süreçte menstrual döngüsü bozulmuş ve başvuru sırasında 8 aydır adet kanaması kesilmişti. Son 15 gündür yemekleri hızlıca yemeye başlamış, ne bulursa ayırt etmeden tıknırcasına yiyormuş ve sonrasında birkaç saat içinde sık sık kusma davranışı ile bu süreçte 33 kiloya kadar inmişti.

RUHSAL DURUM MUAYENESİ

Kliniğe yatışındaki ruhsal durum muayenesinde görünümü sosyoekonomik durumuyla uyumluydu. Görüşmeciye karşı konuşmakta isteksizdi. Psikomotor yavaşlama, etkinliklere karşı istek kaybı, çökkün duygu durumu vardı. Düşünce içeriğine kilolu olduğu, kilo alacağı ve bunu durdurmayacağı, zayıf kalması gerektiği düşünceleri hâkimdi. Soyut düşünebilme ve diğer bilişsel yetileri normaldi.

Gıda alımını günlük gereksiniminin çok altında olacak şekilde kısıtlaması, vücut ağırlığının belirgin

biçimde düşük olması, kilo almaktan çok korkması, son derece zayıf olmasına rağmen kilolu olduğunu düşünmesi nedeniyle DSM 5 tanı ölçütlerine göre Anoreksiya Nervoza Kısıtlayıcı Tür tanısı konuldu.

AİLE ÖZELLİKLERİ VE KISA ÖZGEÇMİŞ

Ailenin ilk çocuğu olan S. Planlanan bir bebektir ve sezaryen ile hastanede doğum gerçekleşmişti. Tüm akrabalarla iç içe, kuzenleriyle kardeş gibi büyümüş-tü. Muhafazakâr ve kontrollü bir aile ortamında büyümüş, evde erkekler daha ayrıcalıklıymış. O dönemlerde ailenin ekonomik durumu çok iyi değilmiş, babası geçimini amcası sayesinde sağlıyormuş.

Anne ve babası 2. derece akraba, annesinin titizlik ve temizlik takıntıları varmış. Annesi sürekli ders çalışıp çalışmadığını kontrol edermiş. Lise yıllarında kilolu olduğu dönemde annesinin sıklıkla kendisine kilolu olduğunu söylediğini, zayıflaması için ısrar ettiğini hatırlıyor. Kilosu ile alay edildiğini ve aşağılandığını, beğenilmediğini düşünürmüş. Bu dönemde diyet yapmaya çalışır ve sıklıkla yürüyüşlere gidermiş. Annesi erkeklerle arkadaşlıklarını engeller ve cinsel konularda korkuturmuş. Aileyi ve evi annesi yönetiyormuş, çocuğun kıyafetine, uyku düzenine, kimlerle arkadaşlık yaptığına, eve kaçta girip çıktığına karar verirmiş, annenin bu davranışları onda direnç tepkisi oluşturmuyormuş. Bir kaç kez masası dağınık olduğu zaman annesi iyice dağıtıp yere atarmış ve topla bunları dermiş. Ortaokula giderken anımsadığı üzücü bir olay yaşamış, öğle arası eve geldiğinde eşyalarının annesi tarafından balkondan dışarı fırlatıldığını, kitaplarının ve arkadaşının aldığı doğum günü hediyesinin yollara atıldığını görmüş. O dönemlerde zaman zaman annesine çiçek topladığını, bunu annesinin kendisini sevmesi ve yumuşaması için yaparmış. Annesi bu gelişme sürecinde her konudan tartışma çıkarıp terlikle dövermiş ve suratına tükürürmüş. Bu yaşantılar olumsuz bir kendilik algısı oluşturmada etkili olmuş.

Baba ise annenin tam tersi, her şeye evet diyen, hayır diyemeyen bir karaktermiş. Fedakâr ancak kendi bildiğinde inatçı birisiymiş. Sevgi sözcüklerini nadiren kullanırmış. Eşi ile ilişkisi geçmişte genel olarak çalkantılıymış. Çocukların önünde sık sık kavga ederlermiş. Babasından korkmadığını ifade ediyor. Olgu küçükken çarşıya beraber gittikleri çarşıda yemek yedikleri anıları en güzel anıları olarak tarifliyor. En kötü anılarını ise annesiyle kavgaları, aşağılanmalar yaşamayırmış. Hastaya göre anne ve babasının ortak yönleri çok azdı ve genel olarak evde para konusunda çatışma yaşanırırmış. Eşi ile evlenmeden önce 2 yıl süren yakın arkadaşlığı olmuş. Mutlu bir aile kurmak ve çocuk yapmayı isteyerek evlenmiş. Ancak sonradan

eşinin de annesi gibi çok kontrolcü ve otoriter biri olduğunu anlamaya başlamış. Eşi hastanın kıyafetine, yediğine, içtiğine, konuşmalarına müdahaleci, kendi ailesine de müdahaleci aynı zamanda çok kontrolcü ve temizlik konusunda çok titizmiş. Bütün bu denetlenme davranışların hastanın karşı direnç geliştirmesinde ve davranışları üzerindeki rolü olduğu psikoterapi sürecinde paylaşmış ve hasta tarafından kabul edilmiştir.

Hastanın özgeçmişinde annesinin kontrolcü ve eleştirici bir ebeveyn olduğu ortaya konmuştur. Şimdi evlilik sürecinde eşi ile benzer bir iletişim tarzı yaşadığını eşinin kendisini denetlemeye çalışması karşısında direnç geliştirdiği psikoterapi sürecinde hasta tarafından fark edilmiş ve açıklanmıştır. Eşinin kendisine karıştığı noktada şimdi kendi bedenini ve kilosunu kendi denetiminde tutmak konusunda çaba gösterdiği tespit edildi. Hasta kendisini mükemmeliyetçi ve inatçı kişiliğe sahip birisi olarak tanımlıyordu. Çevresi tarafından ise alıngan, sinirli ve her şeye çabuk duygusal tepki veren birisi olarak tanınmış.

TEDAVİ PLANI

Hasta kliniğimizde 8 hafta yatarak tedavi gördü, kliniğe yatırıldıktan sonra 1 hafta boyunca yeme tutumlarını öğrenebilmek ve gözlemllemek amacıyla herhangi bir beslenme programına alınmadı. 1. Haftanın sonunda hastanın ekmeği asla yemediği, öğünde sunulan yemeklerin çok büyük bir kısmını reddettiği, yedikten sonra tuvalete giderek yediklerini kusmaya çalıştığı, genellikle çay ve sigara tükettiği gözlemlendi. Gözlem ve değerlendirme ardından sağlık sorunları ve içinde bulunduğu sağlığı tehdit eden kilo kaybı açıklandı, hastanın diyetisyenle görüşmeyi kabul etmesi ile yapılan sözlü anlaşma ile hızlı bir biçimde 1. Haftadan başlayarak diyetisyen kontrolünde hasta ile uzlaşma içinde günlük 1700 kalori alacak şekilde beslenme programına alındı. Hasta ile yapılan anlaşma ve uzlaşma ile yemek sonrası duygu ve davranışlarını ve olası kusma davranışını izleyebilmek amacıyla yemeğini hemşire masasında yemesi ve 1 saat boyunca beklemesi istendi. Hastanın BDT tedavisinde yapılan değerlendirme sonrasında uygulamaya başlanan tedavi stratejisinde kilosunu bilmeden belirsizliğe tahammül edebilme becerisini kazandırmak amacıyla haftalık 1 kez olmak üzere, değişen günlerde tartılarak kilosu takip edildi. Hastaya kilosu tedavi süresince söylenmedi.

Medikal tedavisi hastanın obsesif özellikleri, kaygılı yapısı ve çökkün duygu durumu nedeniyle fluoksetin 20mg bir hafta sonra 40mg ve Olanzapin 10mg olarak düzenlendi. Yatışı sırasında Hamilton depres-

yon ölçeği 29 puan, Beck anksiyete ölçeği 28 puan, Beck depresyonu ölçeği 36 puan, yeme tutumu ölçeği 71 puan olarak hesaplandı. Anamnez ve özgeçmiş görüşmeleri tamamlandıktan sonra değerlendirme görüşmesi yapıldı. Hastaya 10 seans süren bilişsel davranışçı terapi uygulandı süreç BDT alanında uzman ve anoreksiya nervozalı olgular konusunda tecrübeli psikiyatrist S.A.'nın süpervizyonu altında uygulandı.

MMPI Kişilik değerlendirmesi

Hastaya 07.10.15 tarihinde MMPI uygulandı. Hastanın test profili geçerlidir. Geçerlilik ölçeklerine bakıldığında hastanın sorunlarını kabullendiği ve ego gücünün zayıflama eğiliminde olduğu söylenebilir. Klinik alt test puanlarına göre hasta, narsistik, öfkeli, gergin kaygılı ve depresif olabilir. "Hastada dürtüsellik, eyleme vuruk davranışlar sonrasında pişmanlık ve suçluluk duyguları, iş etkinliğinde azalma, kurallar, sınırlamalar ve düzenlere uyum sağlamakta güçlük, intihar düşünceleri ve girişimleri, garip düşünce örüntüleri, anoreksiya aşırı hareketlilik, okul ve iş yaşamında sorunlar, alkol/madde kötüye kullanımı görülebilir. Sosyal ilişkilerde çekingen ve içe kapanık olabilir. Tüm test bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastada sosyal içe çekilmenin ve depresif belirtilerin eşlik ettiği öfke kontrol sorunlarının anksiyetenin ve psikotik belirtilerin görülebileceği düşünülmektedir." Klinik değerlendirme ve DSM ölçütleri uygulandığında hastada DSM III-R ölçütlerine göre Pasif Agresif kişilik Özelliklerini belirgin olduğu izlenmiştir. Klinik gözlemlerde olgunun annesi ve ailenin diğer üyeleri ile uzlaşmadığı, karşı gelme davranışı içinde olduğu izlendi. Eşi ile kilo durumu ve gündelik bağımsız yapabileceği işler konusunda küçük detaylarda direniş göstererek işleri ertelediğini, ev ortamında eşine uyum sağlamadığı ve yemeyerek çevresine tepki gösterdiğini sıklıkla ifade etmiştir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ GÖRÜŞMELERİ

İlk görüşmede değerlendirme seansında hazırlayıcı ve altta yatan etkenler belirlendi. S'nin çocukluğundan beri inatçı bir yapısı olduğu, titiz ve mükemmeliyetçi özellikler taşıdığı, annesi ile iletişiminde kendini iyi ifade edemediği ve anneden bağımsızlaşmakta zorlandığı, çok yakın arkadaşı olmadığı, dar bir çevrede yaşadığı ve edindiği erkek arkadaşı ile de anne ile benzer bir inatlaşma sürecinde olduğu anlaşılmıştır. Altta yatan diğer bir etken çocukluk yıllarında kilolu olduğu dönemde annesi tarafından dış görünümünün eleştirilmesi ve alay edildiğine dair inancıdır. Öyleki o dönemde zayıf olanlara gıpta ile bakmış ve zayıf-

lamayı büyük bir hedef olarak görmüştür. Terapiye başlama konusunda isteksiz olduğunu çünkü kilo almaktan korktuğunu, kilo almaya başlarsa kendini kontrol edemeyeceğini ve aşırı kilolu hale geleceğini ifade etti.

Tetikleyici etken olarak hastanın evlilik öncesinde kilo verme ve elbiselerle iyi görünme isteğinin başlatıcı etken olarak rol oynadığı gözlemlendi.

Sürdürücü etken olarak eşi ile inatlaşması ve kendi bedenini kontrol edebilmeyi bir başarı olarak görmesi izlendi.

Birinci Seans

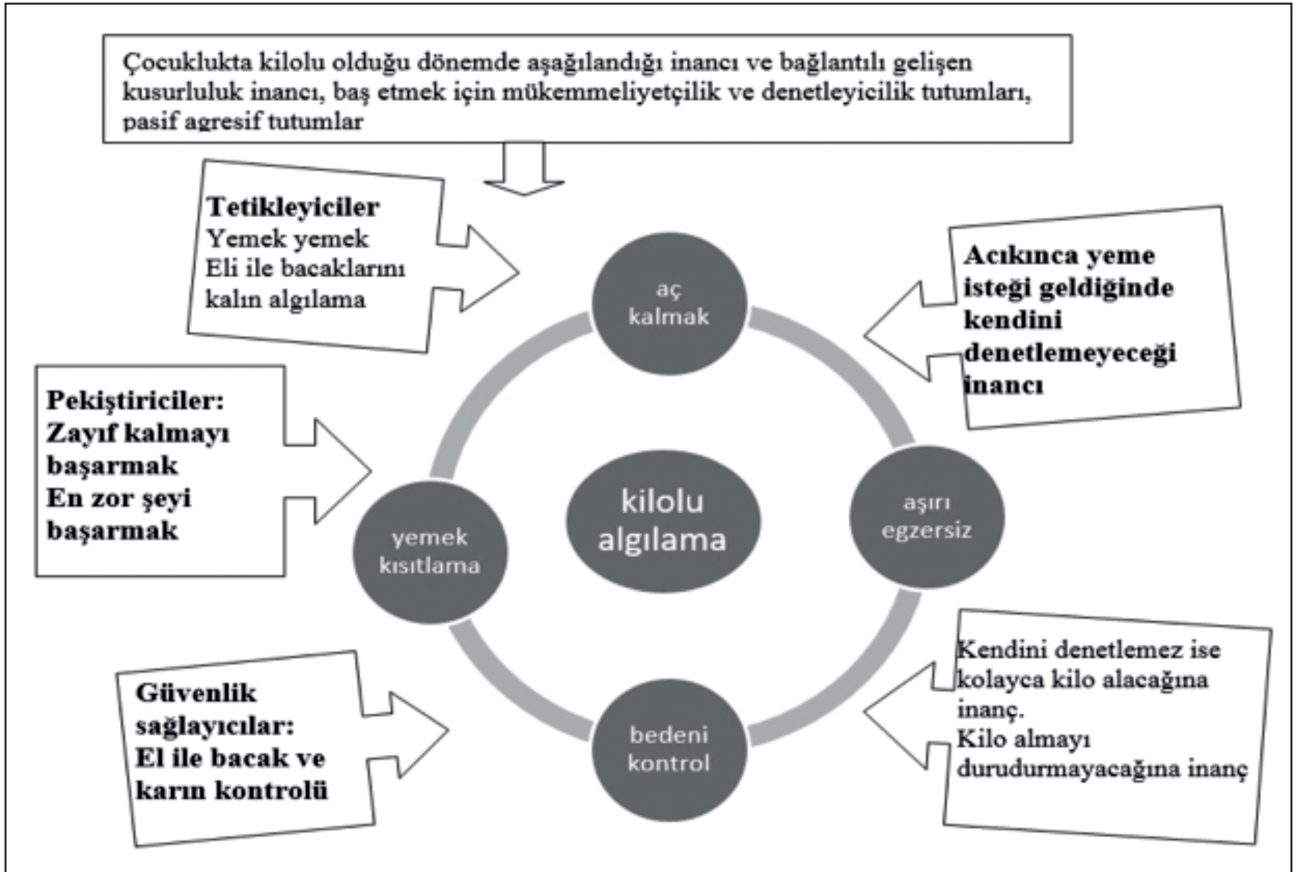
Hasta anoreksiya nervosa konusunda bilgilendirildi. Yeme bozukluğunun tıbbi komplikasyonları açıklandı. Psikoeğitim üzerinde duruldu. Ölüm orucuna benzer biçimde yaptığı gıda alımını kısıtladığını ifade etti. Gıda kısıtlamalarının, kusma ataklarının, diüretik ve laksatif kullanımının zararları konuşuldu. Hastanın kusma ile neler sağladığı ve kusmayı tetikleyen düşünceleri öğrenildi. Kustuğunda veya lavman yaptı-

ğında vücudundan bir şey gittiğini ve kilosunun daha az göründüğünü söyledi.

Tedavi sürecinin uzun olduğu, kendisinden ani bir değişim beklenmediği ifade edildi. Kendisi ile birlikte bir hedef kilo belirlendi. Hedef kilosu adet görebildiği sağlıklı duruma yakın bir kilo olan 44 kg olarak belirlendi. Anoreksiya nervosa formülasyonu hastayla paylaşıldı.

Şekil 1’de verilen formülasyonlara göre:

Geçmişten beri gelen kişilik özellikleri, hazırlayıcı etkenler sonucunda olgu kafasında anoreksik bir odak oluşturmuştur. Bir konuda verdiği karar konusunda çok ısrarcıdır eğer bu odağın taleplerine uymaz ise çok yoğun sıkıntı yaşamaktadır. Bu nedenle gerçek kendiliği zayıf kalma talebine karşı koyamamakta ve bu talebi kendi öz isteği olarak algılamaktadır. Gerçek kendiliği ise bu anoreksik odağın bir kurbanı durumundadır ve onun buyruklarına boyun eğmektedir. Zayıf kalmak için neler gerekiyorsa yapmaktadır. Az yemek, aç kalmak, fazla yerse kusmak, laksatif almak gibi.



Şekil 1. Anoreksiya nervosa formülasyonu.

Hasta ile bu formülasyon çizilerek bir şema halinde paylaşıldı (Şekil 2). Kendisine bu sorunun içinden nasıl çıkılabileceği soruldu, hastanın formülasyon sürecine dâhil edilmesi ve tedavi sürecinde katılımın etkin biçimde sağlanması hedeflendi. Anoreksik odağın beslenmesi kesilerek baş edilebileceğini ifade etti. Basamaklar açıklandı ve hastaya kusmanın durdurulması, kilo alma korkusu ile yüzleşme, içindeki odağın söylediği talepler, buyruklar ve felaket düşüncelerine direnmesi basamakları soruldu. Hasta eğer diğer insanlar gibi yemek yemeye başlarsa kontrolü kaybetmekten korktuğunu, obez olabileceğini söyledi. Problemin kontrolü kaybetmekten değil de aşırı kontrolcü olmaktan kaynaklandığı açıklandı. Bu açıklamaları anladığını ifade etti ve işbirliği içinde çalışma konusunda sözleşme yapıldı.

İkinci Seans

Bu seansta A-B-C kaydından getirdiği örnek konuşuldu. Otomatik düşünceleri ortaya çıkarıldı. Kilo alırsam felaket olur ve dışlanırım, kimse beni beğenmez düşünceleri üzerinde konuşuldu. Yeme kaydının öğretilmesi amaçlandı. Günlük tutması istendi. Tuttuğu günlüğe ne zaman yediği, ne yediği, nerede yediği, ne kadar yediği, yemesini tetikleyen olaylar- düşünceler, duygular gibi değişkenleri günlük biçimde yazması istendi.

Üçüncü Seans

Olumsuz otomatik düşünceleri çerçevesinde kendisinin kilolu olduğu, bacaklarının yağ ile şişmiş ol-

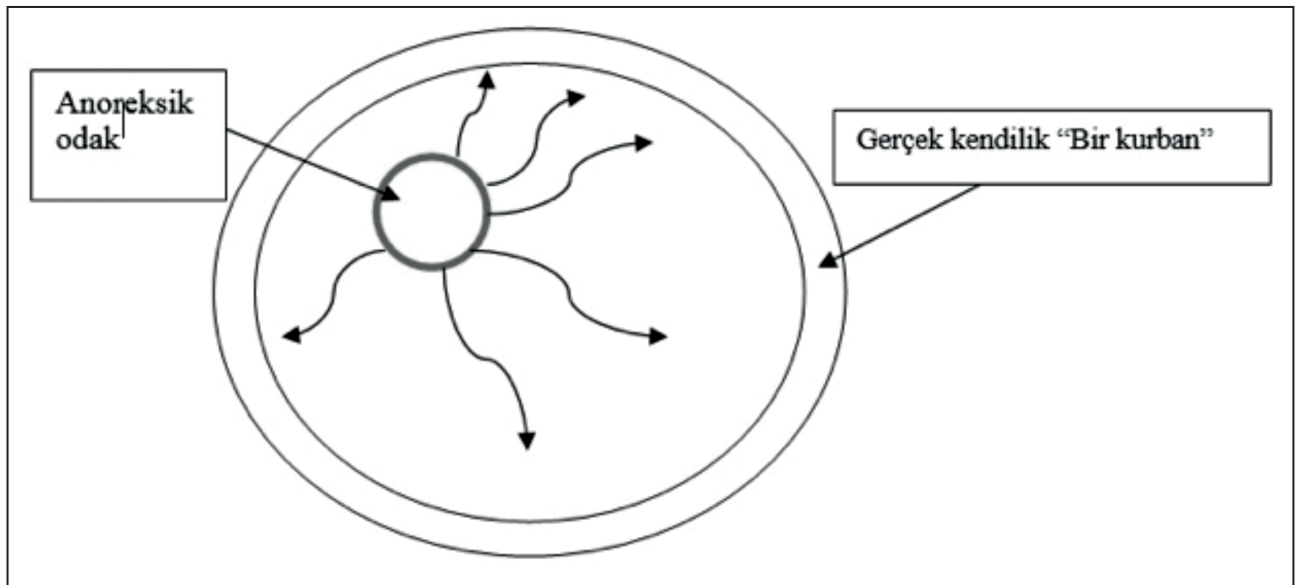
duğu inancı test edildi. Bunu destekleyen kanıtlar incelendi. Daha sonra anatomi atlasından görüntüler ile bunların kas dokusu olduğu, yağ olmadığı kanıtlarıyla aktarıldı. Görüşme sonunda hastanın inancını tekrar değerlendirilmesi istendi. İnancına olan bağlılığı azalmıştı. Hastanın kilolu olduğunu kendisine kanıtlayan kontrol davranışlarını not etmesi ve bunları mümkün olduğunca azaltması ödev olarak verildi.

Dördüncü Seans

Hasta bacaklarının kalınlığını kontrol etme isteğinin çok yoğun olduğunu fakat hiç kontrol etmediğini ifade etti. Düşünce hataları listesi verildi. Bu listeden kendisine uyanlar ile ilgili örnekler verilmesi istendi. Buna göre hastanın özellikle aşırı genelleme, ya hep ya hiç, zihin okuma, düşünce hatalarını sıklıkla kullandığı tespit edildi. Hastanın yaşamından örnekler ile düşünce hataları açıklanmaya ve farkındalığını artırmak sağlanmaya çalışıldı.

Beşinci Seans

Hastaya kendisinin kilolu bir insan olduğu ve kilo alarak dışlanan bir insan haline geleceğini iddia eden savcı rolü verildi ve kanıtlarıyla savunması istendi. Terapist bunları dinledikten sonra hastanın avukatı rolünü oynadı. Bu haliyle kilo almasının hakkı olduğunu ve onu çirkinleştirmeyeceğini bilakis normale yaklaştıracakını savundu. Ek gündem olarak kusma önlenmesi konusunda işbirliği üzerinde çalışılarak, kusmanın zararları konusunda araştırma yapıldı.



Şekil 2. Hasta ile paylaşılan anoreksik odak formülasyonu. Bu formülasyon hastanın gerçek kendiliği ile anoreksik odağın ayrıştırılması ve bu odak ile mücadele için veri toplamaya yardımcı olur.

6. 7. ve 8. Seanslar

Hastanın güvenlik sağlayıcı davranışları tedavi ekibinden hemşireden gelen gözlemlerle tespit edildi. Karnını kontrol, elle kontrol, tartılma isteği, lavman yapma isteği mümkün olduğunca güvenlik sağlayıcı davranışları önlenerek hastanın kilolu olmaya tahammül gücünün artırılması kilo almış haline maruz kalma çalışmalarına başlandı. Maruz kalma çalışması amacıyla imgesel maruziyet için senaryo oluşturuldu. 40 kg olmuş halini hayal ederek şimdiki halinin öyle olduğunu hayal etmesi istendi ve sıkıntı dereceleri bir grafikte not edildi. Davranışsal deneyler planlandı. Hastaya geçmişte kilolu olduğunu varsaydığı fotoğrafları getirmesi istendi. Seans içinde resimlere bakarak ne hissettiğini ifade etmesi istendi.

Sonraki seansta gündemde yaşam hedefleri konuşuldu. Kısa-orta-uzun vadeli planlar yapması istendi. Özel hayatındaki ve iş hayatındaki hedefleri konuşuldu. Hastaya göre geçmişte önemli olan ve şimdi önemli olmasını istediği değerler tartışıldı. Kilosunu bilmemeye maruz kalma devam edildi.

9. ve 10. Seans

Kaç kilo olduğunu bilmemenin nasıl bir durum olduğu ve yol açtığı duygular konuşuldu. Kilo aldığı varsayımı ile yüzleşerek bunun sonuçları konuşularak imgesel maruz bırakma çalışması yapıldı. Tedavisinin başlangıcında yoğun biçimde lavman, laksatif isteği olduğu, 3 haftadır böyle bir istekte bulunmadığı konusu geri bildirim olarak hastayla paylaşıldı.

Yineleme durumunda ne yapacağı konuşuldu. İlerde tekrar uykuya yatan zayıf kalma isteği ortaya çıkarsa bununla nasıl baş edebileceği tartışıldı. Bu olgu ile yapılan bilişsel davranışçı terapi süreci standart BDT özelliklerine uygun seans yapılanması, gündem oluşturma, ödevler belirleme 45 dk. görüşmelerden oluşan 10 seanslık bir süreç olarak tamamlanmıştır. Kilo almayı belirsizliğe tahammül edememe olarak algılayan olguya kilo almaya maruz kalma ve kilosunu bilmeden kalmaya alıştırma süreci çalışıldı. Bu psikoterapi süreci sonunda olgunun açıklanan bilişsel formülasyonu benimsediği ve içselleştirdiği izlendi, içindeki anoreksik odak ile kendisini ayırttığı ve daha iyi mücadele ettiği gözlemlendi. Olgu terapi süreci sonunda aşamalı olarak 40, 44, 48 ve 50 kg ulaştı. Kilo artışları kendisiyle paylaşılmadı ve hastanın elle kendin incelemesi, ayna karşısında zaman geçirmesi, diğerlerine görünümünü sorması gibi güvenlik sağlayıcı davranışlarının anoreksiyalı düşünce odağını beslediği anlatılarak bu davranışları azaltması ve bırakması önerildi. Bir ay sonra yapılan kontrol

görüşmesinde olgu iyilik halini sürdürdü. Kilosunu öğrenmişti ancak tartılma davranışını yapmamaya özen gösteriyordu. Eşi ile ve evliliği ile ilgili sorunları ele alındı. Eşinin kendisi üzerinde sıkı denetim kurması sonucunda kendisini kısıtlanmış hissettiğini ve bunun sonucunda farkında olmadan kendi bedeni ile uğraşmaya başladığını fark ettiğini belirtti. Eşinin bu tutumu ile nasıl baş edebileceği ve yaşadıkları sözlü tartışmalarda kendisini ben dili ile nasıl ifade edebileceği üzerinde konuşuldu.

Kontrol Seansları

Hastanın terapi sürecinin tamamlanmasından sonra bir ay ara iki kez kontrol seansı gerçekleşmiştir. Görüşmelerde hastanın kilosunu koruduğu, ancak eşi ile sorunların görüşme gündemine getirildiği izlendi.

Hastanın güvenlik sağlayıcı davranışlarını bıraktığını, kilosunu artık kontrol etmediği ve yeme kısıtlama davranışını bıraktığı gözlenmiştir. Hasta eşi ile tartışma ve iletişim sorunlarını öncelikli gündem maddesi olarak getirdi. Eşinin 6 ay önce anoreksiyası düzelmediği için kendisinden ayrılmak istediğini ancak artık psikoterapi süreci sonucunda anoreksiyanın iyileştiğini ama eşiyle iletişim sorununun ön plana çıktığını anlattı. Eşinin kendisine çok fazla müdahale ettiğini, yaşamının en küçük detaylarına kadar karıştığını ve onun bu davranışları sonucunda kendisinin sinirli ve gergin hale geldiğini aktardı. Diyetisyene gitmeye devam ettiğini ve sorular sorduğu ve daha iyi hissettiğini paylaştı. Bu durumun güven sağlama davranışı olabileceği ve ondan onay anlamına gelen bu yöndeki davranışların yararlı olmayacağı bu nedenle diyetisyene gereksinimi olmadığı ve sonlandırabileceği belirtildi.

Bir ay sonra yapılan 2.kontrol görüşmesinde eşinin katılımı ile bir görüşme yapıldı. Eşi de artık anlaşılmadıklarını, boşanmayı planladığını açıkça ifade etti. Hasta ile bu durumda nasıl zorluklar yaşayabileceği konuşuldu. İyi bir eğitimi olan ancak bir süredir çalışmayan olgunun yaşam hedefleri, iş bulabilmek için sınav hazırlıkları değerlendirildi. Eşinin kendisini bunalttığı ancak o bırakırsa da tek başına nasıl yapacağını bilemediği, ailesinin de artık kontrolüne girmek istemediğini anlattı. Hastanın denetlenmeye karşı aşırı bir hassasiyeti olduğu ve pasif agresif kişilik örüntüsünü taşıdığı izlendi.

TARTIŞMA

Yeme bozuklukları yaygınlaşarak, günümüz toplumları için giderek daha ciddi bir sorun haline gelmektedir. Yeme bozukluğu oluşumunda biyolojik, çevresel, psikolojik, genetik birçok faktör suçlanmaktadır

(Andersen ve Yager, 2009). Aile içi dinamiklerin, yetiştirilme tarzının ve ebeveyn özelliklerinin birçok kuramcı tarafından yeme bozukluklarında psikopatolojinin temelinde yattığı iddia edilmektedir. Burada sunduğumuz olgunun süreci incelendiğinde, bu görüşlerin doğrulandığını bulabiliriz. Annesinin çocukluk yıllarında kilolu bulması ve bununla dalga geçmesi, sık sık aşağılanması ve öfkeli biçimde saldırganca tepkilerle karşılaşması, evde eşyalarına zarar verilmesi ve sık hırpalanması bir çocuk olarak kendilik algısının olumsuz biçimde gelişmesine yol açmış gibidir. Hastanın aile yapısı incelendiğinde pasif ve sıcak bir baba, reddedici- kontrolcü, baskın bir anne dikkati çekmektedir. Olgunun hem ailesinin hem de eşinin benzer biçimde koruyucu-kollayıcı davranış örüntülerine sahip olması anoreksik davranışları göstermesinde etkin olmuş gibi durmaktadır.

Olgu daha önce de yatırılarak tedavi edilmiş, ancak belirli bir terapi programı içine dahil edilememiş ve yeterli bir işbirliği sağlanamamıştır. Olgunun 33 kilo gibi çok tehlikeli bir sınıra inmesi ve ayaktan işbirliğini yapmaması nedeniyle yataklı serviste tedavi edilmiş ve sonrasında ayaktan takip edilmiştir.

Bu olgunun psikoterapi sürecinde kanıta dayalı etkinlik araştırmaları dikkate alınarak bilişsel davranışçı terapi modeli ve maruz bırakma tekniği uygulanmıştır. Bu güne kadar bilimsel kaynaklarda bilişsel davranışçı terapi modelleri yeme bozukluklarının sağaltımı için yapılandırılmış ve olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Fairburn, 1997). BDT modeline göre düşük benlik değeri ve engelleyici yaşam olayları sonucu kişinin bedeni zihinsel odak haline dönmekte, kişi bedenine ve görünüşüne odaklanmakta, odaklandıkça gerçekçi değerlendirmesi bozulmaktadır. Anoreksiya Nervoza oluşumunda ve kısıtlama davranışının sürmesinde ise uyum bozucu düşünme kalıpları suçlanmaktadır (Manner, 2013). Yatan hastalarla yapılan, mükemmeliyetçi düşünce yapısını düzenlemeyi hedef alan bilişsel davranışçı terapi temelli bir grup çalışmasında 6 oturum sonunda hastaların çoğunun Çok Boyutlu Mükemmeliyet Ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür (Lloyd, Fleming, Schmidt ve Tchanturia, 2014). Tüm bunlara ek olarak, literatür araştırmalarında da belirtilmiş olduğu gibi terapi görüşmelerinin etkili olabilmesi için bazı kuramcılar hasta ile güçlü bir işbirliği kurulmasının önemli olduğunu vurgulamıştır (Garner ve Bemis, 1982).

Tüm bu verilere dayanarak, sunulan olgunun lise yıllarında kiloları nedeniyle alay edildiği bir dönem olduğu ve ilk zayıflama girişimlerinin evliliğinin hemen öncesinde gelinliğe sığabilme çabaları ile başladığı öğrenilmiş olması önceki öz benlik eksikliği ile

yeme bozukluklarını ilişkilendirme araştırmalarını (Fairburn, 1997) doğrular niteliktedir. Sunduğumuz olgunun mükemmeliyetçi ve esnek olmayan düşünce yapısı, obsesif özellikleri dikkat çekmektedir. Hasta, yatılı tedavisi dahilinde yararlandığı bireysel BDT’de bu kati düşünce stillerini yeniden yapılandırma sürecine girmiş ve bu gözlemlerini terapi odası dışı yaşantısına taşıma konusunda terapisti ile hem fikir olmuştur. Bunu servis takipleri sırasında haftada 2 kez olmak üzere 6 hafta boyunca grup terapilerine dâhil edilerek, mükemmeliyetçi yapısını grup içinde tartışmaya açması yönünde yapması için cesaretlendirilmiştir. Olgu bu konuşulanları göz önünde bulundurarak, grup içi tartışmalara kendini açıp, yeniden değerlendirme sürecine girmiştir. Buna ek olarak yeme bozukluklarında hastaya sunulan güven ortamı sayesinde hasta son derece korkutucu bulduğu kilo alma ihtimali çalışma cesaretini gösterebildi ve terapistiyle işbirliği içinde oldu.

Hasta, ayaktan takipleri sırasında eşi ve ailesinin müdahaleleri nedeniyle kendisine ait alan bırakıldığını, kontrol edebildiği tek şeyin kendi bedeni olduğunu ve diyet yapma isteğinin bu şekilde oluştuğunu belirtmiştir. Hastanın bu ifadesi bütün ilgisinin kendi bedenine dönmesi, bedenini zayıf kılmayı başarmasının en büyük başarısı olarak gördüğü biçimindeki formülasyonumuzu desteklemiştir. Bu noktada hasta kendisi ile ilgili iyi bir iç görüş sağlamaya başlamıştır. Terapi sürecince olgu hastanın kontrolü kaybedebileceği kaygısı ile tüm ilgisini bedenine yönelttiğini, başarıyı zayıf kalma ile özdeşleştirdiğini ve bundan bir geçici tatmin sağladığını fark etmiştir.

Sık tartılma, bacak kalınlığını ölçme, bol giysiler giyme bu hastalarda kilo alma korkusu ile ortaya çıkan sıkıntı duygusu ve anksiyeteyi giderici güvenlik sağlayıcı davranışlar olarak saptanmıştır. Bu davranışlar birçok benzer AN olgusunda izlenebilir (Fairburn, 2005). Maruz bırakma tekniğinin işe yaradığı bir diğer nokta ise hastanın kilo alma korkusuna duyarsızlaşmasının, alışmasının sağlanması, kilosunu merak etmemeyi, kilosunun bilmeden yaşamayı öğrenmesi olmuştur. Bu gelişme giderek tüm güvenlik sağlayıcı davranışları bırakmasını ve bunlara ihtiyaç duymadığını, sıkıntısının kendiliğinden azalacağını fark etmesini sağlamıştır.

SONUÇ

Yeme bozukluklarının daha iyi ve etkili tedavisi için yöntemlerin geliştirilmesi için çabalar devam etmektedir. Ancak henüz var olan tedaviler ile kanıta dayalı etkin ve uzun süre etkili bir psikoterapi ya da ilaç tedavisi açık olarak ortaya konulamamıştır. Bu olgu

standart BDT ilkeleri ile yapılan ve imgesel ve seans içi davranışsal deneylerle kilo almaya “maruz bırakma” eklenen olguda iyi bir terapötik işbirliği içinde başarılı sonuçlar alınabileceğini desteklemektedir.

Olguların terapi sürecinde altta yatan, hazırlayıcı ve tetikleyici etkenlerinin incelenmesi, özellikle var olabilecek bir obsesif kompulsif kişilik, pasif agresif kişilik, narsistik ve sınır kişilik özellikleri dikkate alınmalıdır. Bu olguda pasif agresif davranışlar ve mükemmeliyetçi kişilik özellikleri belirgindi. Klinik gözlemlerimize göre birçok olguda ergenlik döneminde bir kilolu olma ve bu dönemde alay edilmiş olma, bu nedenle kilolu olmayı en büyük felaketlerden birisi gibi algılama önemli bir hazırlayıcı etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Tetikleyici etkenler arasında okul ve iş yaşamındaki başarısızlıklar, eş ile ilgili sorunlar, evlilik çatışmaları dikkate çarpmaktadır. Sürdürücü etken olarak ise güvenlik sağlayıcı davranışların etkileri, sık tartılma, sık diyetisyene gitme, anne ile teyit edici ilişki kurma vb. birçok özellik izlediğimiz olguda da karşımıza çıkmıştır.

BDT ilkeleri ile terapi süreci tamamlanan bu olgu bizlere anoreksiya nervoza standardize edilmiş 10 seans BDT süreci ile kilo kaybetme ve kötüye giden süreç durdurulabilir ve hastanın kilo almaya alışması ve kilo ile ilgili belirsizliğe tahammülü sağlanabilir olduğunu göstermiştir. Bu olgunun psikoterapi sürecinde elde ettiğimiz gelişmeler anoreksiyalı olguların kilo alma korkusuna maruz bırakma ve güvenlik sağlama davranışlarını azaltabilen sistematik bir BDT süreci ile tedavi edilebileceğini desteklemektedir. Maruz bırakma terapisinin BDT içinde eklenerek anoreksiyalı bir olguda başarılı uygulanması açısından bu olgu önemli bir kanıt sağlamaktadır. Bunların yanı sıra bu olgu anoreksiyalı olguların yataklı tedavi sürecinde, hastanın tedaviye katılımının sağlanmasının, etkin bir psikoterapi uygulaması içine dâhil edilmesi ile daha verimli ve etkin sonuçların elde edilebileceğini desteklemektedir. Yataklı tedavi süreci ile başlayan terpinin ayaktan BDT devam etmesi olumlu sonuç alınmasında diğer bir önemli etken olarak sayılabilir.

Bu olgu ile edilen klinik bulgular aynı yöntemin başka olgulara da uygulanması ile güçlendirilmelidir. İleri araştırmalarda bu olguda uygulanan BDT yönteminin, psikiyatri servisinde BDT uygulanmadan psikiyatrik tedavi alan olgularla karşılaştırılması ile yöntemin gerçek etkinliği ortaya konulabilir.

BDT eğitmeni ve süpervizör, Klinik Psikolog Dr. Satwant Singh’e bu olguyu süpervizyon sürecinde değerlendirdiği ve önerilerde bulunduğu için çok teşekkür ediyoruz.

KAYNAKLAR

- Andersen, A. E., & Yager, J. (2009). Eating disorders. In Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (Eds.) *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (pp. 2128–49). Lippincott: Williams and Wilkins.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives Of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). ‘Eating disorders’: Reply. *The New England Journal Of Medicine*, 341(8), 615-616.
- Berman, M., Boutelle, K., & Crow, S. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 426-434. doi:10.1002/erv.962.
- Calugi, S., Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal Of Eating Disorders*, doi:10.1186/s40337-015-0057-z
- Carr, A., McDonnell, D., & Afnan, S. (1989). Anorexia nervosa: the treatment of a male case with combined behavioural and family therapy. *Journal Of Family Therapy*, 11(4), 335-351.
- Dolhanty, J., & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 336-382.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark, C. G. Fairburn, D. M. Clark, C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-241). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *The International Journal Of Eating Disorders*, 37(51) 526-530
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., & ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research And Therapy*, 70 64-71. doi:10.1016/j.brat.2015.04.010
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research And Therapy*, 51 R2-R8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A., & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61(4), 696-698.
- Freeman, R., Beach, B., Davis, R., & Solyom, L. (1985). The prediction of relapse in bulimia nervosa. *Journal Of*

- Psychiatric Research*, 19(2-3), 349-353. doi:10.1016/0022-3956(85)90039-1
- Garner, D., & Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia-nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150.
- Jacobi, C., Morris, L., & Zwaan, M. (2004) Risk factors, etiology and comorbidity: In Brewerton (Ed.). *Clinical Handbook of Eating Disorders*. (pp: 117- 231): Marcel Dekker
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., & ... Kaprio, J. A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal Of Eating Disorders*, 31(2), 185-190.
- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2014). Targeting perfectionism in anorexia nervosa using a group-based cognitive behavioural approach: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 366-372. doi:10.1002/erv.2313
- Maner, F. (2013). *Anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler. Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*. Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366-386. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.001
- Rosen, J. (1990). Body Image and eating disorders. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance, and change*. (pp. 190-214). The Guildford Press.
- Vardar, E. T., & Erzen, M. T. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205.
- Waller, G., Corder, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., & Russell, K. (2007). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Waller, G., Walsh, K. D., & Wright, C. (2016). Impact of education on clinicians' attitudes to exposure therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 76-80. doi:10.1016/j.brat.2015.11.014.