

Vaka Çalışması

Beslenme ve Yeme Bozukluğu Eş Tanılı Bir Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Tedavisi: Bir Olgu SunumuÖzkan SARISAKAL^{1*}, Özden YALÇINKAYA-ALKAR¹¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye**Makale Bilgisi****Anahtar kelimeler:***Yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, eş tanı, tanısal değerlendirme, olgu sunumu***Keywords:***Eating disorder, obsessive-compulsive disorder, comorbidity, diagnostic evaluation, case study***Öz**

Bu vaka çalışmasında G. isimli danışanın 10 seans süren psikoterapi ve süpervizyon süreci ele alınmıştır. Vaka çalışmasının ilk bölümünde danışanın demografik bilgileri, yakınmaları, genel durumu, kişisel ve sosyal tarihçesi ele alınmıştır. Elde edilen bilgiler ışığında tanısal değerlendirme amacıyla psikolojik testler uygulanmıştır. Değerlendirme sonrasında olası tanıları ele alınarak ayrıntılı tanıya ulaşılmıştır. Danışanın tanısal değerlendirilmesinde Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Beslenme ve Yeme Bozukluğu (BYB) tanıları ele alınmıştır. Terapist ile danışan arasında terapötik ittifakın kurulması sonrasında danışanın problemlerinin ortaya çıkışı ile ilgili olarak hipotezler oluşturulmuştur. Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ile müdahaleler gerçekleştirilmiştir. Bu müdahaleler ayrıntılı olarak ele alınmış ve müdahalelerin tedaviye katkısı psikolojik testler ile değerlendirilmiştir. Son olarak danışanın terapi sürecindeki kazanımları ve olası prognozu açıklanmıştır. Bu çalışma ile tanısal değerlendirmenin ve psikolojik testlerin tedavi sürecine olan doğrudan etkisi incelenmiştir. Böylece danışanın yakınmaları, psikolojik testler ve tanısal değerlendirmeyi içeren formülasyonun psikoterapi sürecine katkısı incelenerek alanyazına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Abstract

In this case study, the psychotherapy and supervision process of the patient named G., which lasted 10 sessions, was discussed. In the first part of the case study, the patient's demographic information, complaints, condition, personal and social history were examined. In light of the information obtained, psychological tests were applied for diagnostic evaluation. After the evaluation, possible diagnoses were addressed and the differential diagnosis was achieved. The diagnoses of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Eating Disorder (ED) were discussed in the differential diagnostic evaluation of the patient. After establishing the therapeutic alliance between the therapist and the patient, hypotheses were formulated regarding the emergence of the patient's problems. Interventions were performed with cognitive behavioral therapy techniques. These interventions were discussed in detail, and the contribution of interventions to treatment was evaluated with psychological tests. Finally, the patient's gains and possible prognosis in the therapy process are explained. The direct effect of diagnostic evaluation and psychological tests on the treatment process was investigated with this study. Thus, it was aimed to provide a different perspective in the literature by examining the contribution of the patient's complaints, psychological tests, diagnostic evaluation, and the formulation reached in the light of these in the psychotherapy process as a whole.

*Sorumlu Yazar, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Merkez Külliyesi, İnsan Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Dumlupınar Mah. Çubuk, Ankara/TÜRKİYE, Tel: 0 (312) 906 20 00
e-posta: ozkansarisakal@gmail.com

DOI: 10.31682/ayna.560620

Gönderim Tarihi (Received): 06.05.2019; Kabul Tarihi (Accepted): 08.04.2020
2148-4376/ All rights reserved.

Giriş

Bu çalışma obsesif kompulsif bozukluk örüntüleri taşıyan beslenme ve yeme bozukluğu olgusunun 10 seans süren bilişsel davranışçı terapisini içermektedir. Olgu öyküsü sunumu ile danışanın yakınmaları, genel durumu, aile ve sosyal ilişkileri ve cinsel gelişimi ele alınmıştır. Tanısal değerlendirme kısmı elde edilen bu bilgilerden yola çıkarak olası tanıların ele alındığı ve tanısal hipotezlerin kurulduğu, bu hipotezlerden bir taniye ulaşıldığı bölümdür. Bu bölümde beslenme ve yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin alanyazındaki yeri incelenmiştir. Alanyazındaki bu bilgiler ışığında vakanın tedavisi planlanmıştır. Tedavi sürecinde bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılmıştır. Bu teknikler ayrıntılı bir biçimde ele alınmış ve tedavi sürecine katkısı değerlendirilmiştir. Tanısal değerlendirmeye katkı sunan aynı zamanda danışanın kişilik özelliklerini incelemeye kullanılan klinik değerlendirme testleri ve sonuçları ele alınmıştır. Bu süreçte bütün test sonuçları yorumlanarak bir bütünlük içinde değerlendirilmiş olup danışanın yakınma ve problem alanlarına yönelik kapsayıcı formülasyona ulaşılmıştır. Son olarak terapi sürecinde gözlemlenen gelişmeler ele alınmış, sonuç alınamayan problem alanları belirlenmiş ve gelecek seanslara yönelik planlamalar değerlendirilmiştir.

Olgu Öyküsü

Demografik Bilgiler

G. 1998 yılında büyükşehirde doğmuş olup 21 yaşında bekâr, Türk kökenli bir kadındır. Danışan şu anda Ankara’da bir öğrenci yurdunda ikamet etmektedir. Şu an okuduğu üniversitede ikinci yıldır ve 1. sınıf öğrencisidir. Danışanın ebeveynlerinin her ikisi de sağ ve birliktedirler. Babası memur olarak çalışmakta, annesi ise daha önce çalışmazken yeni bir işe girmiş olup bir yıldır aktif olarak çalışmaktadır. Lise öğrenimi gören 15 yaşında bir kardeşi bulunmaktadır.

Danışanın Geliş Nedeni

Danışanın devam eden psikiyatrik bir tedavisi mevcuttur. Bu süreçte ilaç tedavisi sürecinde yaşanan danışanın durumundaki bazı gerilemeler ve yeni problem alanlarının oluşması üzerine psikiyatristi tarafından psikoterapi desteği alması önerilmesi ve konsültasyon yönlendirmesi ile Psikolojik Tedavi Ünitesi’ne başvuruda bulunmuştur.

Danışanın geliş yakınmaları. Danışan Psikolojik Tedavi Ünitesi’ne “yeme bozukluğu” şikâyeti ile gelmiştir. Bu yeme bozukluğu şikâyetini “bazen çok aşırı yerken, bazen

hiç yemek yememek” olarak açıklamıştır. Yemek yerken kendini durduramadığını, tok olduğu halde yemek istediğini, “tokluk hissinin kaybolduğunu”, “tıkanırcasına” yemek yediğini bu süreçte aşırı suçluluk duyduğunu ifade etmiştir. Bu yeme atakları sonrasında yaşadığı suçluluk duygusundan dolayı laktasif etkili ilaçlar kullandığını, bazen kendini kusturmaya çalıştığını, dört aydır menstrüasyon olmadığını, bir ilaç yardımı ile menstrüasyon olabildiğini ve aşırı egzersiz yaptığını eklemiştir. Bu problemler genellikle birinin ona çok zayıf olduğunu ya da kilo aldığını söylemesi üzerine başlamaktadır. Bu yakınmalarının ilk olarak 2018 Haziran ayında başlamış olup önceden 1-2 gün sürerken; Ankara’ya üniversiteye başlamak için geldiğinden bu yana 5-6 gün süren ve günde 1-2 kez ortaya çıkan yeme atağı şeklinde olduğunu ifade etmiştir. Bu problemlere eşlik eden stres kaynakları bölüm derslerinin yoğunluğu, yeni bir odaya taşınması ve oda arkadaşlarını tanımamasıdır. Danışan bu yüzden kendini yalnız ve mutsuz hissettiğini, insanlara tahammülünün kalmadığını, sürekli uyumak istediğini eklemiştir.

Danışanın tedaviden beklentileri. Danışan yeme davranışı üzerine kontrol hissini artırmak istediğini, bedenini sevmemesini aşmak ve sürekli olarak birilerine kilo alıp vermediğini sormamak olarak belirtmiştir.

Genel Durum

Danışan iki yıl öncesinde üniversiteye hazırlık döneminde yaklaşık 122 kiloyken laksatif kimyasallar içermeyen bir diyet ile 56 kiloya düşmüştür. 122 kilo olduğu dönemde arkadaşları ve çevresi tarafından zorbalığa maruz kaldığını ifade etmiştir. Kilo vermiş olmasının danışan için özgüvenini artırıp tatmin edici bir olaya dönüştüğünü ancak danışan hala aynaya baktığında kendini beğenmediğini ifade etmektedir. Şu an “tekrar kilo alıp eskisi gibi olmaktan korktuğunu” ifade etmiştir. Yeme bozukluğu şikâyeti güncel bir sorun olup daha öncesinde herhangi bir tedavi arayışı bulunmamaktadır. Buna ek olarak danışanın 2 yıl önce bir sosyal medya platformunda üyelik oluşturması sonucunda “hesabının ve bazı banka şifrelerini birine mesajla gönderme, tanıdığı insanlara küfürlü mesaj atma, otostop çektiği arabanın şoförüyle cinsel ilişkiye girme, hamile kalma, terörle ilgili kurumlara üye olma, adam öldürme” konularını içeren düşünce ve imajlar şeklinde obsesyonları ortaya çıkmıştır. Bu sürecin sonunda Şubat 2018’de başlayıp halen devam eden psikiyatrik tedavi ve ardından Şubat 2018’de başlayıp 2 ay süren psikoterapi desteği almıştır. Danışan obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış ve Fluoksetin 20 mg ilaç başlanarak ayaktan tedavi sürecine başlanmıştır. İlaç kullanımı devam etmektedir. Üç seans psikolojik tedavi hizmeti almış ve bundan yarar gördüğünü, bu düşüncelerin ortadan kalktığını söylemiştir. Danışan şu an “yeme atakları” yaşadığını ifade etmiştir. Bu yeme atakları onu çok suçlu hissettirdiği ve kilo almaktan korktuğu için aşırı katı diyet ile birkaç gün içinde kilo vermeye çalışarak ve aşırı egzersiz

yaparak yeme atağını telafi eden girişimlerde bulunmaktadır. Bunlara ek olarak gün içerisinde yediği yemeklerin kalorilerini saymaya yarayan bir program ile kalori miktarını hesapladığını söylemiştir. “Yemek yemeyi durduramadığını, tokluk dürtüsünün kaybolduğunu, tıkanırcasına yemek yediğini, bunun kendisini çok suçlu hissettirdiğini” eklemiştir. Bunun sonrasında kendini kusturmaya çalıştığı bu yüzden boğazında tahriş olduğunu söylemiştir. Bu sorunların danışanın işlevselliğinde bozulmalara sebep olduğu gözlenmiştir. Ders dinlemekte zorlandığını, kendisini eleştiren kız arkadaşları ile zaman geçirmediğini, her gün iki sefer yüzünün fotoğrafını arkadaşlarına yollayarak kilo alıp almadığını sorduğu için bazı yakın ilişkilerinin bittiğini, çok yoğun koşturmalı bir yaşamı olduğu için “zamana sığmakta zorlandığını” ifade etmiştir. Danışanın bu belirtileri ve ifadeleri ele alındığında (tıkanırcasına yemek yeme, tokluk dürtüsünün kaybolması, yemek atakları yaşama gibi belirtileri, kullanmış olduğu ilaçları “laksatif ilaç” olarak tanımlaması) psikolog tarafından psikolojik terminolojiyle ilgili (örneğin; Beslenme ve Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri) araştırmalar yaptığı ve bu konuda bilgi sahibi olduğu düşünülmüştür.

Aile İlişkileri ve Yaşam Öyküsü

Danışan iki çocuklu orta gelirli bir ailenin ilk çocuğu olarak 1998 yılında bir büyükşehirde dünyaya gelmiştir. Şu an ailesinden uzakta yaşamaktadır. Bu durumun etkisi ile aile ilişkileri genellikle sorunsuz olmaktadır. Ailesini ziyaret ettiği tatiller sonrasında yeme atağı şikâyetinde artış gözlenmiştir. Görüşme sırasında danışandan alınan bilgilere göre aile üyeleri ile ilişkileri şu şekildedir:

Baba memur olarak çalışmaktadır. 42 yaşındadır. Danışan ile şu an problemsiz ilişkileri olmasına rağmen çocukluk ve ergenlik dönemlerinde problemleri olmuştur. Babasının kendisini sürekli eleştirdiğini, beğenmediğini, onu suçladığını, “sınırının olmadığını” ifade etmiştir. Danışan babasının annesini birkaç kez aldattığını telefon mesajlarından öğrenmiştir. Bu olay üniversite sınavına hazırlandığı dönemde yani yaklaşık 2 yıl önce gerçekleşmiştir. Bu durumu annesine söylediğinde annesinin bu duruma beklediği tepkiyi vermemesi üzerine babası ile ilişkisinin bozulduğunu ifade etmiştir. “Telefonu karıştırmayı” içeren bazı takıntılarının bu olay sonrasında denk gelen dönemde başladığını düşünmektedir. Babasının annesini ikinci kez aldattığını 2018’in haziran ayında yine telefon mesajlarından öğrendiğini söylemiştir. Ona “kırgın, kızgın ve tepkili” olduğunu ifade etmiştir. Bu durum sonrasında yeme atakları olarak ifade ettiği problemleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Şu an ilişkilerinin daha iyi olduğunu bu sorunları aştıklarını söylemiştir. Ancak danışanın babasına yönelik kızgınlığı, kırgınlığı, güvensizlik ile ilgili ifadeler devam ettiğinden ile çözülmemiş problemlerinin var olduğu düşünülmektedir.

Anne danışanın çocukluğu döneminde ev hanımı iken yakın zamanlarda çalışmaya başlamış bir kadındır. Danışanın çocukluk döneminde, annesi tacize uğramış, psikolojik ve psikiyatrik tedaviler almış, bunun sonucunda yataktan çıkmadığı dönemler olmuştur. Çocukluk döneminde annesi tarafından istenen bir çocuk olduğunu hissetmiştir. Anne ile çocukluk döneminde yakın ilişki kuramamasına rağmen şu an sık sık telefonla konuştuklarını, iletişimlerinin iyi olduğunu ifade etmiştir. Şu an için sosyal destek olarak annesini görmektedir. Ancak babasının telefon mesajlarından annesini aldatmış olduğunu söylemesine rağmen annesinin inanmamış olması sonrasında onun için üzüldüğünü ama “ne yapsa ne söylese etkisinin olmadığı” için kendisini çaresiz hissettiğini söylemiştir.

Danışan erkek arkadaşları ile ilişkilerinin genelde onların talep ve istekleri sonrasında ortaya çıkan problemlerin çözülememesi ile bittiğini ifade etmiştir. Danışan karşı cins ile cinsel ve duygusal yakınlık konusunda bazı sorunlar yaşadığını söylemiştir. Birkaç kez fiziksel tacize maruz kaldığı olaylar yaşamıştır. Bu olaylar ulaşım için otostop çektiği sırada onu arabasına alan kişinin arabadan inmesine belli süre izin vermemesi, zorla kendi telefon numarasını vermesi ve danışanın telefon numarasını alması, saçlarına elleri ile temas etmesi gibi davranışları içermektedir. Ek olarak bu olayın olduğu günün akşamında flört aşamasında olduğu kişi tarafından zorla öpülüp, öpüşmeyi istemediğini ifade etmesi ardından hakarete maruz kalmıştır.

Çocukluğuna ilişkin anılarında genellikle annesinin uyduğunu ve kendisinin bakımı ile babasının ilgilendiği hatırlamaktadır. Aile apartmanında oldukları için geniş bir aile tarafından yetiştirildiğini ifade etmiştir. Danışan çocukluk ve ergenlik döneminde kilo fazlalığı ile mücadele etmiştir. Kilosu yüzünden insanlar tarafından aşağılandığını, kimse tarafından beğenilmediğini ve bunun kiloları yüzünden olduğunu düşünmüştür. Aile bireyleri tarafından sıklıkla kiloları ile dalga geçildiği yaşantıları mevcuttur. Bu durum onun özgüvenini düşürmüştür ve bu durumun kendi bedeni ile uğraşlarının temelini oluşturduğu düşünülmüştür. Sosyal aktivitesi çocukluk ve ergenlik döneminde azdır. Bu dönemde geniş bir ailenin birbirine komşu olduğu apartmanda yetişmiştir.

Danışan ilk menstrüasyonunu 14 yaşında görmüştür. Bu dönemde cinsellik ile ilgili bilgileri annesi ve komşuları olan kuzenlerinden öğrenmiştir. Danışanın masturbasyon deneyimleri sorgulandığında ilk masturbasyon deneyimini tam olarak hatırlamadığını, şu an masturbasyon davranışları olmadığını ifade etmiştir. Cinselliğe olan mesafeli tutumunun bu davranışlarını etkilediği düşünülmüştür. Danışan yeme atakları yaşadığı dönem olan 2018 Temmuz ayından itibaren Ağustos, Eylül ve Ekim ayı olmak üzere dört ay amenore dönemi yaşamıştır. Tedavi arayışında vücudunun yağ oranının %10'un altına düşmesinden dolayı amenore dönemi yaşadığını öğrenmiştir. İlaç yardımı ile menstrüasyon gerçekleşmiştir. Ayrıca

danışan erkekleri cinsel olarak çekici bulduğunu ifade etmektedir. Ergenlik döneminde herhangi bir duygusal ve cinsel bir yakınlık yaşamamıştır. Üniversite döneminde flört ettiği kişiler olmaktadır. Danışanın cinsellik üzerine var olan düşüncelerinin cinsel hayatı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Danışan “cinselliğe karşı mesafeli olduğunu” ve “kendini hazır hissetmediğini” belirtmiştir.

Danışan zaman zaman intihara yönelik düşünceleri olduğunu “Eğer canımın acımayacağını bilseydim yapardım” diyerek ifade etmiştir. Ne zaman yemek atağı yaşasa, bir problemi olsa “çekip gitmek” istediğini söylemiştir. Bunun üzerine danışana Beck Depresyon Envanteri uygulanmasına karar verilmiştir. Görüşmelerde danışanın intihar düşünceleri ele alınırken aktif bir planının olup olmadığı sorgulanmıştır. Danışanın aktif bir planının bulunmaması ve bir intihar girişimi öyküsünün olmaması gibi bilgiler ışığında danışan ile bir intihar sözleşmesi yapılmasına ihtiyaç duyulmamıştır. Ancak yapılan görüşmeler öncesinde danışanın depresif duygudurumunu ölçmek için Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Böylelikle danışanın depresif duygudurumu ile birlikte intihar düşüncelerinin düzeyi üzerinde düzenli bilgiler elde edilmiştir.

Danışan yaşamı boyunca herhangi bir yasal problem yaşamamıştır. Ancak suç işleyip işlemediğine ilişkin obsesif düşünceleri sebebiyle bir kez karakola gitmiştir. Daha sonra danışan bu konuda bilgi almak için avukat olan bir tanıdığı ile iletişime geçerek suç işleme, terör örgütü ile irtibata geçme üzerine olan obsesyonlarını ona sorup onay alarak bu konuda kaygısını azaltma yöntemini geliştirmiştir.

DSM-5 Tanı Ölçütlerinin Sorgulanması

Ayrırcı Tanı

Danışanın tedaviye geliş sürecinde ilk yakınması “yeme bozukluğu yaşaması” olmuştur. “Yeme atakları yaşadığı, yemek yemeyi durduramadığı, tokluk dürtüsünün kaybolduğu, kendisini hep şişman olarak gördüğü, aynaya baktığında sanki kendisini diğer insanlar gibi görmediği, sürekli kilo vermesi gerektiğini hissettiği, bunun için sürekli diyet yaptığı, kalorileri saydığı, aşırı egzersiz yaptığı ve bazı dönemlerde ise tıkanırcasına yemek yediği” gibi ifadeleri olmuştur. Olası tanıların değerlendirilmesi sürecinde ilk olarak Beslenme ve Yeme Bozuklukları (BYB) tanılarından Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN) ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) tanıları üzerinde hipotezler oluşturulmuştur. Bu hipotezlerin test edilmesi için ödevler verilmiş, danışanın yemek yeme alışkanlığını incelemek için yaşadığını ifade ettiği yeme ataklarında ne kadar yemek tükettiğini, günlük beslenme düzenini not etmesi istenmiştir. Bunun amacı DSM-5 BN ve TYB tanısının koyulmasında

görülmesi şart olan iki belirtiden ilki olan “Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. Herhangi bir iki saatlik sürede) yeme” belirtisini gözden geçirmektir (American Psychiatric Association [APA], 2013). Danışanın ilk görüşmeye getirdiği ödevler yeme atağı olarak ifade ettiği, tıkanırçasına yemek yediğini söylediği ve kendini durdurmakta zorlandığı yemelerinin çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyecek olmadığı kanaati oluşmuştur.

AN tanısında “Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.” belirtisi ele alındığında danışanın 170 cm boyu ve tedaviye gelişi sırasında 54 kilo olduğu göz önüne bulundurulduğunda vücut kitle göstergesi (VKG) 18.7 olmaktadır (APA, 2013). Bu göstergeden yola çıkıldığında danışanın DSM-5 kriterlerine göre ağır olmayan zayıflık düzeyine ($VKG \geq 17 \text{ kg/m}^2$) sahip olduğu bulunmuştur. Danışanın şu an için vücut kitle göstergesi bu belirtiyi karşılamamasına rağmen kilo vermeye devam edebileceği göz önünde bulundurularak bu tanı tam olarak dışlanmamıştır. Danışan bu süreçte olası kilo verme hızını ve miktarını ölçebilmek hem de kilo alma sürecinde beslenme yardımı alabilmesi adına bir diyetisyen ile görüşmesi için yönlendirilmiştir.

Danışanın güncel durumu incelendiğinde ele alınan beslenme ve yeme ile ilgili belirtileri spesifik bir BYB tanısına uygun olmadığı değerlendirilmiştir. Ancak DSM-5’te yer alan “Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı ve herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında)” kullanılan Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanısı incelenmiştir (APA, 2013). Danışanın güncel durumu, şikâyetleri, tedavi beklentileri ve yaşam öyküsü ele alındığında Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TBYB) tanısı için uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Danışan önceki tedavi geçmişinde almış olduğu tanısı olan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Danışanın sürekli olarak zihnini meşgul eden, yemek yeme davranışını ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına sebep olan obsesyonu kilolu olduğu imajdır. Eski kilosuna döndüğü imgesi danışan için dayanılmaz olarak görülmektedir. Bu imaj kendisini daha kilolu olarak değerlendirmesine sebep olmakta ve danışanın bu düşünceyi

zihninden uzaklaştırmak için kompulsif davranış örüntüleri oluşturmaktadır. Bu davranış örüntüleri gün içerisinde sabah ve akşam olmak üzere iki kere yüzünün fotoğrafını çekip arkadaş ve yakınlarına göndererek kilo alıp almadığını sorması, arkadaşları ve aile bireylerine zayıf gördüğü kişileri göstererek onun mu yoksa kendisinin mi daha zayıf olduğunu öğrenmeye çalışması, her gün yurttan çıkmadan bütün elbiseleri çıkararak ritüel şeklinde gerçekleşen tartılmalarıdır. Danışanın bu obsesif düşünceleri, kompulsif davranışları, mükemmeliyetçi ve katı düşünme tutumu ele alındığında danışanın beslenme ve yeme bozukluğuna ek olarak obsesif kompulsif belirti kümesine sahip olduğu kanaati oluşmuştur.

BYB ile OKB arasındaki ilişkiyi incelemek tanı koyulma sürecinde gözlemlenen zorlukların anlaşılmasında yararlı olacaktır. BYB ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiler alanyazında uzun zamandır bilinmektedir. Palmer ve Jones (1939), AN'yi OKB'nin tezahürü olarak nitelendiren ilk kişidir. Aynı şekilde, Rothenberg (1986) BYB'leri “modern obsesif kompulsif bozukluk” olarak adlandırmıştır. Alanyazında BYB'nin obsesif kompulsif spektrum bozukluklarından birisi olarak ele alınabileceğini ifade eden güncel çalışmalar bulunmaktadır (akt; Culbert ve Klump, 2007).

BYB'nin bir OKB olarak sayılabileceğini tartışan araştırmalar üç noktadaki benzerlikleri kanıt olarak değerlendirmişlerdir. Bunlar: 1) Benzer bilişsel, davranışsal ve kişilik özelliklerine sahip olmaları (Buree, Papageorgis ve Hare, 1997), 2) Yüksek eş tanı oranları (Godart ve ark., 2002), 3) Nörobiyolojik etioloji paylaşımı (Jarry ve Vaccarino, 1996) benzerlikleridir.

BYB ve OKB arasındaki bilişsel, davranışsal ve kişilik özellikleri benzerlikleri inceleyen Pigott ve arkadaşları (1991) genel yetersizlik duygusu, yoğun kişisel beklenti, yabancılaşma endişesi ve yoğun bağımlılık korkularının hem OKB hem de BYB hasta popülasyonunda var olan psikolojik sorunları oluşturan duygu ve davranışlar olduğunu bildirmişlerdir. Hall ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir araştırmada BN tanısı konulmuş 500 hastayı olgu öyküsü ve psikolojik özellikleri açısından incelediklerinde tüm grubun yaklaşık %2'sinde klinik özelliği BN tablosuna öncülük eden ya da tıkanırçasına yeme/çıkarma tablosunun bir parçası olarak bulunan kompulsif ritüellerin olduğu, travmatik öyküsü bulunan ve tekrar travmatik bir incinme yaşamamak için kişiler arası ilişkilerden kaçınma davranışı gösteren, umutsuzluk ve değersizlik duygularına sahip olan ve obsesif-ritüelistik bulimiya adı verdikleri bir alt grup saptamışlardır. Danışanın öyküsü incelendiğinde benzer bir biçimde obezite geçmişine sahip olduğu, sıklıkla eleştirilmesinin oluşturduğu travmatik etkilerin şu an sosyal ve duygusal ilişkilerindeki kaçınmaya sebep olduğu, beslenme ve yeme düzeninde yoğun korkularla mücadele edebilmek için arkadaşlarına yüzünün fotoğrafını çekip yollamak, zayıf olduğunu

düşündüğü birini gördüğünde kimin zayıf olduğunu karşılaştırmalarını istemek gibi kompulsif örüntüleri olan davranışlar ortaya koyduğu gözlemlenmiştir.

BYB ile OKB eş tanısını araştıran çalışmalar klinik popülasyonda anlamlı komorbidite varlığını doğrulamıştır. Yakın zamanda yapılan bir araştırma AN'li bireylerin % 10-60'ının ve BN'li kişilerin % 40'ının bir arada OKB tanısı olduğunu bildirmiştir (Godart ve ark., 2002). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada OKB ve BYB semptomlarının komorbid grupta hemen hemen aynı yaşlarda gözüktüğü ve bu sonuçların geç ergenlik döneminde OKB gelişiminin AN'nin gelişme ihtimalini arttırdığı yazarlar tarafından yorumlandığı görülmüştür (Fahy, Osacar ve Marks, 1993).

BYB ve OKB arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmaların gözlemledikleri ortak noktalardan biri de nörobiyolojik etioloji paylaşımıdır. Jarry ve Vaccarino (1996) serotonin (5-HT) sistemindeki işlev bozukluğunun hem OKB hem de yeme bozukluklarındaki düşünce çizgisinin iki ucundaki tipik davranış biçimlerini açıklayabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu çalışmada AN hastalarla klasik OKB hastalarında gözlemlenen yüksek serotonin (5-HT) düzeyleri kontrol etme ve yıkama davranışları ile BN hastalar ile bazı OKB'li hastalarda bulunan düşük serotonin (5-HT) düzeyleri de eyleme vuruk davranışlar ve kendini yapmaktan alıkoyamama davranışları ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür.

Rothenberg (1986) birçok araştırmacının AN olgularında yiyeceklere ilişkin sürekli, ısrarlı ve sabit bir endişe ve aşırı zihinsel uğraş olduğunu kabul ettiğini ancak hiçbirinin bu zihinsel uğraşların içsel obsesyonel doğası üzerinde durmadığını ifade etmiştir. Aynı şekilde hem AN hem de BN'deki bu gerçek açlığın ve yiyeceklere karşı zihinsel odaklanmanın tanısal önemi değerlendirilmediği için yüzeydeki belirtiler egoya yabancı olarak görünmediğini ve bilinçli ve ısrarlı zayıf olma düşüncesinden dolayı yiyecek reddi amaca yönelik istemli girişimler olarak değerlendirildiğini söylemiştir. Ancak bu zihinsel uğraşlar bir süre sonra amacı aştığında, bireyin kontrolünün dışına çıkmakta ve sonuçta yeme bozukluğu olan hasta duygulanım ve düşüncelerinin yalıtımı için obsesyonel savunmaları kullanmaya başladığını belirtmiştir. Bu noktadan hareketle danışanın "Obsesif Kompulsif Davranış Örüntülü Beslenme ve Yeme Bozukluğu" tanılması ile ele alınması zihinsel uğraşların obsesyonel doğasını gözden kaçırmama çabasının bir yansımasıdır. BYB vakalarında tedavi sürecinde obsesif kompulsif davranış örüntülerinin ele alınmasının tedavi sürecindeki etkililiği arttıracığı düşünülmektedir.

Özet olarak tanılama sürecinde gözlemlenen zorluklar BYB ve OKB arasındaki ilişkiden kaynaklanmaktadır. Alanyazında devam eden BYB'nin obsesif kompulsif spektrum bozukluklarından birisi olduğu tartışması açısından bu olgunun değerli bir katkı olduğu

düşünülmektedir. Bu tartışmanın ele alınmasının olgunun kavramsallaştırılmasında aynı zamanda tedavi planı oluşturulmasında kapsamlı bir etkisi olmuştur.

Ruhsal Durum Muayenesi

Dışa vuran davranışlar. Görüşme sırasında danışan tam göz temasını sağlamıştır. Göz temasından kaçınma gözlenmemiştir. Konuşmaya isteklidir. Genellikle ifade ettiği sorununu anlatmak için uzun bir süre ve çaba sarf etmektedir. Görüşmelerin genelinde görüşme saatinin öncesinde gelmiştir. Dakik olduğu ve görüşme kurallarına riayet ettiği gözlemlenmiştir. İlk görüşmede kaygılı görünen danışan daha sonraki görüşmelerde daha rahat ve sakin olarak gözlenmiştir. Görüşme sırasında konuşulmakta zorlanılan bir konu gözlenmemiştir. Duygulanımı anlattığı olayların içeriği ile uygundur.

Konuşma özellikleri. Sorulan sorulara istekli olarak cevap verdiği gözlemlenmiştir. Ancak görüşme sırasında gergin ve kontrollü konuştuğu gözlemlenmiştir. Konuşma hızı ortalamadır. Görüşme sırasında sorulan soruların içeriğinden daha uzun cevaplar vermiştir. Görüşmeyi toparlamak adına sık sık araya girip müdahalelerde bulunulmuştur. Danışanın sorulan sorulara verdiği cevaplar açık ve anlaşılır bulunmuştur. Geliş yakınmalarından olan “yeme dürtüsünün kaybolması, tıkanırcasına yemesi, yeme bozukluğu yaşaması, laksatif etkili ilaçlar kullandığını belirtmesi” gibi sorunlarını ifade etmesi sonrasında psikolojik terminolojiye hâkim olduğu düşünülmüştür.

Duygudurum. Genellikle kaygılı, gergin bir duygulanım göstermiştir.

Bilişsel durum. Danışanın görüşme içindeki bilişsel yeterliliği, kavraması, yorumlaması ve algılamasının ortalamanın üzerinde olduğu düşünülmüştür. Yönelimi incelendiğinde ismini, yaşadığı yeri, nereye geldiğini ve randevu saatine uyumundan yola çıkarak zamana dair bilgilerin tam ve doğru olduğu gözlenmiştir. Ancak vaka öyküsü alınırken ilk yardım arayışına girmiş olduğu problemler ile yeni sorunları anlatılması sırasında kronolojik sırasının oluşturulmasında zorlanmıştır. Bu durumun temel sebebi iki ayrı dönem olarak danışan tarafından anlatılıyor olsa da problemler içerik ve duygulanım açısından birbirinin devamı niteliğinde olduğu düşüncesi oluşmuştur. Dikkat ve konsantrasyon incelemesinde seçici dikkat, spontane dikkat ve aralarındaki iş birliğinin normal olduğu gözlenmiştir. Ancak zihni sürekli olarak yeme davranışı, kilo alma korkusu ve düşüncesi ile meşgul olduğu için bazen konsantrasyon problemleri gözlenmiştir.

Bellek. Danışan geçmiş yaşantısı ile ilgili bilgileri duraksamadan ayrıntılı bir biçimde anlatmıştır. Bu yüzden uzun süreli bellek problemi olamadığı hipotezi kurulmuştur. Yakın geçmiş ile ilgili bilgilerin aktarılmasında herhangi bir problem gözlenmemiştir. Randevu tarihini hatırlaması buna örnektir. Anlık bellek işlevleri normaldir. Ancak danışan bazı

zamanlar randevunun saatini belirlenmiş olmasına rağmen son kez teyit ettirme ihtiyacı duymuş, birkaç kez onay arayıcı davranış örüntüleri gözlenmiştir.

Zekâ. Kişisel tarihçede elde edilen okul başarısının yüksek olması, başarılı bir üniversitenin başarı sıralamasında üstlerde olan bir bölümü kazanmış olması ve görüşme içerisindeki uyumu, kavrayışı, yorumlamaları göz önüne alındığında zekâsının iyi düzeyde olduğu düşünülmektedir. Soyut düşünme becerisinin var olduğu ve iyi derecede olduğu gözlenmiştir.

İçgörü. Danışanın içgörüsü kısmi olarak değerlendirilmiştir. Tedaviye ihtiyaç duyduğu bir problemi olduğunu kabul etmektedir. Ancak önceki tedavi sürecinde gözlenen kendi isteği ile ilaç kullanımının bırakılması ve yeme bozukluğu yaşadığına yönelik vurgu içgörü konusunda bazı noktalarda problem yaşanabileceği düşüncesi oluşmuştur. Ancak görüşmeler içerisinde danışanın yeni fikirlere açık olduğu ve bunları içselleştirdiği gözlemlenmiştir.

Danışanın Zayıf ve Güçlü Yönleri

Danışan başkalarının düşüncelerinden çok çabuk etkilenmesini, bedenini sevmiyor oluşunu zayıf yönleri olarak görmektedir. Görüşmelerde belirlenen diğer bir zayıf yönün ise insanlara hayır diyememek ile ilgili olduğu gözlemlenmiştir. Bu sorun danışanın hayatında ciddi problemlere sebep olmuştur. Güçlü yönleri sorulan danışan kendisinde güçlü olarak gördüğü yönlerini bulmakta zorlanmıştır. Problemlerine çözüm araması ve sorunları olduğunu kabul etmesi, hırslı ve çaba gösteren yapısı, yeni şeyleri deneyimlemeye açık oluşu ve kavrama, yorumlamayı içeren zekâ işlevlerindeki başarısı terapi sürecindeki güçlü yönleri olarak belirlenmiştir.

Değerlendirmede Karar Araçları

Tedavi Süreci

Danışanın tedavi sürecinde Beck'in Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kuramından yararlanılmıştır (Beck, 2001). Danışanın tedavi süreci 10 seanstır. Tedavi süreci üç ana bölümde değerlendirilebilir. Danışanın ilk üç (1. 2. ve 3. seans) görüşmesi terapötik ittifakın oluşturulduğu, vaka öyküsünün alındığı, terapi hedeflerinin belirlendiği, testlerin uygulandığı ve tanısal açıdan hipotezlerin değerlendirildiği birinci ana bölümdür. Bu sürecin başında danışanın yakınmaları ve terapiden beklentileri ele alındığında BYB ile ilişkili tanılar üzerinde durulmuştur. Bu tanıları netleştirmek ve yeme davranışı üzerinde daha fazla bilgi sahibi olabilmek adına danışandan yeme ataklarını kaydetmesi ve tükettiği yemek miktarını yazması

istenmiştir. Danışan günlük kalori miktarını hesapladığı için bu ödevden hoşlandığını bunu kolaylıkla yapabileceğini belirtmiştir. İlerleyen görüşmelerde yeme atağı olarak ifade edilen yeme davranışında danışanın tükettiği yemek miktarının tıkanırcasına yemek yemeyi karşılamadığı gözlemlenmiştir. Danışanın yeme atağı içeriklerinin genellikle tatlı türü yiyeceklerden oluştuğu değerlendirilmiştir. Danışan yeme atakları yaşadığı günlerde günün yoğunluğu ve koşuşturması içinde bir öğünü atladığını ifade etmiştir. Bu noktada daha önceden kullanmış olduğu aldığı kalori miktarını belirleyen programın verileri danışan ile birlikte incelenmiştir. Bu programa göre danışanın günlük tüketmesi gereken kalori miktarının ancak yarısı kadar kalori aldığı gözlemlenmiştir. Bu noktada danışanla bir diyetisyenden beslenme ile ilgili konularda destek alması konusunda anlaşılmuştur. Danışanın gittiği diyetisyen vücut kilo endeksinin normal sınırlar içinde olduğunu, ancak yağ oranının ortalamaya göre düşük olduğu bilgisini verip bir beslenme programı oluşturmuştur. Danışanın öyküsünde de görüleceği üzere danışanın şikâyetlerini ifade ediş biçiminin psikolojik terminoloji ile uygun oluşu sorgulandığında yeme bozukluğu olduğunu ona hemşire olan yengesinin söylediğini ifade etmiştir. Geçmiş dönemde yaşamış olduğunu ifade ettiği yakınmalar incelendiğinde “Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu” tanısı alabileceği düşünülmüştür. Bu yüzden daha önce olası tanıların değerlendirildiği bölümde ele alındığı gibi danışandan alınan öykünün, test sonuçlarının, alanyazın bilgilerinin ışığında danışanın Obsesif Kompulsif Bozukluk Örüntülü Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanısı üzerinden formülasyonu ve tedavisine karar verilmiştir. Bu değerlendirme ilerleyen görüşmelerde danışan ile paylaşılmıştır.

Terapinin ikinci bölümü 4., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. seansları içermektedir. Bu bölüm seanslarda danışana uygulanan testlerin verilerinden yola çıkarak yaşamış olduğu yoğun mutsuzluk, üzüntü, kaygı, endişe gibi olumsuz duyguların oluşturduğu sıkıntı düzeyinin düşürülmesi ve yeme atakları olarak nitelendirdiği deneyimlerin sıklığının azaltılması için davranışsal müdahalelerin yapıldığı, otomatik düşüncelerin, temel inançların ve koşullu inançların değerlendirildiği bölümdür. Bu davranışsal müdahale tekniklerinden psikoeğitim ile yeme tutumunun katılığı, yeme atakları olarak ifade ettiği yeme örüntülerinin gün içerisinde öğün atlamasından kaynaklanıyor oluşu, yeme bozukluğu olduğu düşüncesi ve obsesif örüntülü olan şişman imajını kontrol etmedeki yoğun çaba üzerinde durulmuştur. Danışanın problemlerine yönelik bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. Danışana otomatik düşünceler, duygular, ara inançlar ve temel inançların belirlenmesini içeren bilişsel kavramsallaştırma sürecinde bilişsel model üzerine gerekli eğitimler ile birlikte örnekler verilmiştir. Gün içerisinde yaşamış olduğu olumsuz duygu ve düşünceleri kayıt etme ödevi ile otomatik düşüncelerin, inançların, tutumların belirlenmesi ve sokratik sorgulama yöntemleri ile

belirlenen otomatik düşüncelerin değerlendirilmesi çalışılmıştır. Ortaya çıkan temel inançları “Ben yetersizim, başarısızım, beğenilmeyen biriyim, sevilmeyen biriyim” olarak ortaya çıkmaktadır. Bu otomatik düşüncelerinin etkilediği “eğer kilo alırsam bu başarısız olduğum anlamına gelir, kendimi sürekli kontrol altında tutmazsam eskisi gibi kilolu olurum, özgüvenimin yüksek olması için diğer insanların beni sevmesi gerekir, kilo alırsam her şey eskisi gibi olur, insanlar (en çok aile bireylerinden baba ve hala) benim ile dalga geçer, her şeyin eskisi gibi olmaması için kilomu kontrol altında tutmalıyım, kilom artarsa bu dayanılmaz bir durumdur, kilom artarsa özgüvenim düşer, diğer insanlar tarafından sevilirsem bu benim beğenildiğim anlamına gelir, diğer insanların söyledikleri her şeyi yaparsam bu beni sevmelerini sağlar” koşullu varsayımları ve inançları bulunmaktadır.

Bu düşüncelerle baş etmede kontrollü olma çabası, mükemmel olmaya yönelik vurgu, diğer insanları memnun etmeye yönelik olarak ortaya çıkan kimseye hayır dememe örüntüsü, sosyal ilişkilerinde yaşadığı problemlerin sebebini kilolu ve çirkin olması olarak görme, herkese kilo alıp almadığını sorma daha sonra ona kilo aldığını söyleyebilecek insanlardan ve ilişkilerden kaçınma, hayatındaki stres verici kaygılı konulardan kaçınmak için yeme davranışı üzerinde kontrol sağlama gibi mekanizmaları kullanmaktadır. Bu süreçte bu hatalı bilişleri kronik hale getiren bilişsel hatalar ele alınmıştır. Danışanın belirlediği miktardan daha fazla yemek tüketmesinin kendisinin ifade ettiği “zincirleri kırmış olduğu ve bunu artık durdurmasının imkânsız olduğuna” ya hep ya hiç düşünme örüntüsüne ilişkin siyah-beyaz düşünme hatası; sürekli olarak diğer insanların onun hakkında ne düşündüğü ile ortaya çıkan ve bu düşüncelerin genelde olumsuz olduğu zihin okuma hataları; planladığından daha fazla yemek yemenin kilo almasına sebep olup her şeyin eskisi gibi olacağı ve kilo almayı durduramayacağına ilişkin felaketleştirme hatası yaptığı gözlemlenmiş ve danışana bu konuda psikoeğitim verilmiştir. Danışan ilerleyen terapi sürecinde kendi bilişsel hatalarını değerlendirebilecek duruma gelmiştir.

Danışan görüşmeler esnasında yeme ile ilgili kaygılı düşüncelerden dolayı gününün çoğu bölümünün kaygı ve endişe ile geçtiğini, bunun ders dinlemedeki konsantrasyonunu azalttığı şikâyetleri sonrasında kaygının ertelenmesini sağlaması amacı ile “Buzdolabı” tekniği kullanılmıştır. Bu teknik ile gün içerisinde çoğunlukla yemek yeme ile ortaya çıkan, sosyal ilişkilerinde ve beden algısı üzerinde gözlenen kaygı, endişe ve tedirginliğin gün içerisinde belirlenen bir saat aralığında kadar ertelenip ayrılan süre içerisinde bu düşüncelere odaklanması örnekler ile anlatılmıştır. Bu uygulama ile danışanın okul, sosyal ilişkiler ve yeme davranışı üzerinde işlevselliğini yeniden kazanmasını kaygısının azalmasına etki ettiği gözlemlenmiştir. Ele alınan otomatik düşünceler sonrasında ortaya çıkan kaygı gündem maddeleri üzerinde kaygı kartları kullanılmıştır. Bu sorun başlıklarında işlevsel alternatif

cevaplar belirlenmiştir. Örnek olarak yeme atağı yaşadığı deneyimleri sonrasında kullanılan kaygı kartında “Bunlar yeme atağı değil, yediğim yemek miktarı beslenmem için gerekli miktardadır.”, kilo aldığına “Kilo değişen bir durumdur, kilo alabilirim de verebilirim de.”, sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşadığında “İnsanlar ile sorun yaşıyor olmamın sebebi her zaman ben değilim, insanlar beni tanımadan yargılıyor olabilir.”, bedeni ile ilgili kaygılar yaşadığında “Ben sadece bedenimden ibaret değilim, bu sadece bir yönüm.”, insanlar tarafından eleştirildiği durumlarda “İnsanların istediği gibi olmam mümkün değil, ben kendim gibiyim.” yalnız kaldığı için kaygılandığında “Yalnız kalmam kendime zaman ayırmam için bir fırsat.” gibi kendi oluşturduğu alternatif cevaplar ile kaygı kartları oluşturulmuştur.

Danışan yalnız olarak bir şeyler yapmaktan çok çekindiğini ifade ettiği için “Davranışsal Etkinleştirme” yöntemi ile kendi başına kahve içtiği, alışverişe gittiği, yemek yediği ödevler verilmiştir. Bu süreç ile danışanın ilişkisel bağımlılık örüntüsünün bağımsızlaşması amaçlanmıştır.

Danışanın görüşmeler sırasında yaşamış olduğu taciz olarak nitelendirdiği olaylar sonrasında bu olayların oluşum aşaması, kendini savunma stratejisinin belirlenmesi, olayda hissetmiş olduğu suçluluk duygusunun belirlenmesi amacı ile “rol yapma” çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada danışanın olaylara yönelik kontrol hissini artırılması, savunma stratejilerinin etkililiğinin değerlendirilmesi ve uygulanması becerisinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu uygulama sırasında başkalarını reddetmeye yönelik duyarlılığının ve zorlanmanın görülmesi üzerine hayır diyebilme, problem çözme ve beceri eğitimi verilmiştir.

Görüşmeler sırasında ortaya çıkan evlenme korkusu ele alınırken danışanın evlilikle ilgili ile temel imajlarını belirlemek için imgelem tekniği kullanılmıştır. Danışandan nasıl bir evliliğe sahip olabileceğini hayal etmesi istense de danışan konuyu sıklıkla anne ve babasının evliliğindeki problemlere yöneltmiştir.

Tedavisinin üçüncü aşaması 8.,9. ve 10. seanslardan oluşmaktadır. Üçüncü aşamada danışanın sorunlarına yönelik olarak problemlerinin doğası, tetikleyicileri, tetikleyicilerin oluşturduğu duyguların, duyguların sebep olduğu davranışsal tepkilerin, bu tepkilerin oluşturduğu ritüellerin kısır döngüsü, mükemmeliyetçilik duygusunun kökeni ve problemlerinin kavramsallaştırılmasına ilişkin hipotezlerin paylaşıldığı bölümdür. Danışanın beslenme ve yeme ile ilişkili korku ve kaygılarının kökeni çocuklukla ilgili verilerden gelmektedir. Babası dâhil olmak üzere çoğu yakın akrabası tarafından sıklıkla eleştirilmiştir. Fazla kilolu olmanın yanlış olduğunu, başarılı ve yeterli bir insan olabilmenin kilosunu kontrol etmekten geçtiğini, insan tarafından sevilmiyor oluşunun beden imgesi ile ilişkili olduğunu ve kilo almanın asıl suçlusunun kendisi olduğunu öğrenerek büyümüştür. İlk çocuklukta yoğun olarak yetersizlik, değersizlik ve suçluluk duyguları yaşamıştır. Bu noktada temel inanç olarak

“ben yetersizim ve değersizim” inançları oluşmuştur. Üniversiteye hazırlık döneminde yaklaşık 60 kilo veren danışan insanlar tarafından eleştirilmeme hatta övülme, erkekler tarafından güzel bulunma gibi pekiştirici olayları deneyimlemiştir. Bu onu dönemselsel olarak tatmin etmiş olsa da özellikle sosyal ilişkilerde gözlemlenen bir kişi ile yarıştırlmasını içeren eleştiri içerikli yorumlar ile karşılaştığı bu durumla baş edebilmek için beslenme ve yeme davranışlarında değişimler olmuştur. Baş etme mekanizmasına ek olarak sık sık kilosu üzerine düşünmüş, bu durum daha sık tartılmasına sebep olmuştur. Bu noktada gözlemlediği ufak kilo değişimleri eskiden kilolu olduğu bedeni zihnine yabancı olan imajını oluşturmuştur. Bu imajın oluşturduğu korkudan dolayı yeme davranışlarını kısıtlamış, egzersiz saatlerini uzatmış, kalori saymaya başlamış, arkadaşına yüzünün fotoğrafını çekerek kilolu alıp almadığını içeren güvenlik davranışları ortaya çıkmıştır. Bu dönemde sosyal ilişkilerden uzak durma, uzun saatler boyunca uyuma gibi kaçınma davranışları sergilemiştir. Bu kaçınma davranışları onu daha yalnız, mutsuz ve umutsuz hissetmesine sebep olmuş, bu hisler bedeni ve kilosuna yönelik olan kaygılarına daha fazla odaklanmasına sebep olup telafi edici davranışların sıklığını arttırmıştır. Bu telafi edici davranışlar kilolu olma korkusunu bir süre azaltmış olsa da atladığı öğünler sonrasında kısıtlanmış yeme miktarından daha fazla bir yemek tüketimi ile sonuçlanmıştır. Bu gelişmeler tekrar baş etme ve güvenlik davranışlarına dönmesine sebep olup kaçınma davranışlarının ortaya çıkmasını tetiklemiştir. Bu durumun oluşturduğu kısır döngü danışanın beslenme ve yeme ile ilgili aşırı zihinsel aktivitesi işlevselliğinin bozulmasına sebep olmuştur. Kişiler arası ilişkilerdeki hassasiyeti, babası ile iletişim problemlerinin devam etmesi, üniversitede hazırlık dönemi sonrasında bölüme yeni başlaması, hassas olduğu kilosu hakkında sık sık diğer insanlara sorular sorması onların onu eleştirmesine fırsat sağlamış ve bu durum beslenme ve yeme sorunları üzerinde sürdürücü bir etkisi olduğu düşünülmüştür. Kısır döngünün görüşmede görsel olarak ele alınmasının problemin algılanma biçimini değiştirdiği gözlenmiştir. Bu bilişsel kavramsallaştırma ile danışanın farkındalık seviyesi arttırılmış ve çözüm odaklı davranışları uygulamasında motivasyon oluşturulmuştur.

Kişilik Değerlendirmesi Sürecinde İlgili Test Sonuçları ve Hipotezler

Danışan ile yapılan görüşme sonucunda şikayetleri ve görüşme ele alındığında danışanın mutsuz ve depresif durumunu değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh, 1961), danışanın kişilik örüntülerini ve hastalığın gidişatını belirlemek amacıyla Mckinley ve Hathavay (1940) tarafından oluşturulan; Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1990) tarafından yapılan Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI),

danışanın açıkça ifade edemediği duygu ve düşüncelerini ve imgeleri öğrenmek için Beier Cümle Tamamlama Testi (CTT) (Weiner ve Greene, 2008), kaygı ve endişelerini değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Beck ve Steer, 1990), yaşamış olduğu yakınmaların daha önceden tanılanmış olan obsesyon ve kompulsiyonların devamı niteliğinde olup olmadığını ve bu obsesyon ve kompulsiyonların süresini, bunlara yönelik kişisel direnci, kontrol altına alma derecesini ve bunlara eşlik eden sıkıntıları değerlendirmek için Yale-Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ) (Goodman ve ark., 1989) testlerinin uygulanması uygun görülmüştür. İlerleyen görüşmelerde danışanın duygu durumundaki değişimleri ve tedavi sürecinin gidişatını belirlemek adına BDE, BAÖ ve Y-BOKÖ bazı görüşmeler öncesinde danışana uygulanmıştır.

Danışana uygulanan BDE sonucuna göre 32 puan almıştır. Buna göre danışanın ciddi düzeyde depresif belirtilerinin olduğu düşünülmüştür (Hisli, 1989). Benzer bir şekilde CTT uygulamasında “gelecek bana belirsiz ve karanlık görünüyor” cevabında bu depresif örüntü gözlenebilmektedir. Ayrıca danışanın uzun süre uyumak istemesi, yataktan çıkmama, geleceği ile ilgili düşünceleri ele alındığında ifade etmiş olduğu “puslu görünmesi” depresif, mutsuz duygudurumun bir göstergesidir. Ek olarak MMPI testinde yer alan klinik alt testlerden “Depresyon” alt ölçeğinden yüksek puan almış olması benlik, dünya ve gelecek ile ilgili karamsarlığa, düşük enerji düzeyine, artmış uyku ihtiyacına ve yalıtılmış duygusuna kanıt niteliktedir (Graham, 1998).

Uygulanan BAÖ sonucuna göre danışan 33 puan almıştır. Bu sonuca göre danışanın ciddi düzeyde kaygısı olduğu düşünülmüştür. CTT cevaplarında genellikle vücudu ve kilo almak ile ilgili kaygıları gözlemlenmiştir. “İçin için korktuğum şey kilo almaktır, vücudum sağlıksızdır, keşke kendimi kontrol etmekte güçlük çekmesem” gibi verdiği cevaplar bunlara örnektir. Benzer bir şekilde danışanın MMPI testinde klinik alt testlerden “Hipokondria” alt ölçeğindeki yükselme danışanın kaygı, endişe gibi duyguları sağlık kaygıları üzerinden ifade ettiğini göstermektedir (Graham, 1998).

Uygulanan MMPI sonucu incelendiğinde testin geçerli olduğu, danışanın sorunlarını paylaşmakta açık bir tutum sergilediği görülmüştür. Klinik alt testler değerlendirildiğinde danışanın daha çok bedensel işlevler ile meşgul olduğu, bu uğraşların daha çok stres dönemlerinde belirginleştiği hipotezine ulaşılmıştır. Görüşmelerde danışanın aile veya arkadaş ilişkilerindeki bir problemin var olması onun yeme atakları olarak ifade edilen şikâyetlerin arttığı gözlemlenmiştir. MMPI sonucuna göre danışanın belirgin organik bir patolojisi olmadığı, ancak az da olsa var olan fiziksel sorunlarını abartma eğilimi gösterdiği düşünülmüştür. Danışanın “hastaneye kaldırılma” öyküsü olarak anlattığı olay incelendiğinde olayın yemek yedikten sonra oluşan mide rahatsızlığı sonrasında kendi isteği ile yürüyerek

hastaneye gitmiş olması, serum takılarak tekrar eve yollanması örnek olarak verilebilir. MMPI sonucuna göre “Hipokondria” ve “Depresyon” klinik alt testlerindeki yükselmenin görüldüğü profile sahip olan hastaların sundukları çok sayıda somatik yakınma arasında baş ağrısı, mide ağrısı ve sırt ağrısı gibi ağrılar; kardiyak yakınmalar ya da yemek yememe, bulantı, kusma ya da ülser gibi, gastrointestinal zorluklar odak noktasını oluşturur. Danışanın bu somatik yakınmalardan en çok mide ağrısı, yemek yememe, gastrointestinal sorunlar yaşadığı gözlenmiştir. Danışanın bir yeme atağı olarak ifade ettiği davranışı sonrasında hazımsızlık yaşadığı için acil servise başvurması bu yakınmalara örnek olabilir. Danışan da sinirlilik, huzursuzluk ve depresyonun eşlik ettiği yorgunluk şikâyetleri bu profilin temel özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (Lancar, 1974).

Uygulanan Y-BOKÖ testi sonucuna göre 26 puan almıştır. Bu sonuca göre danışanın BYB’ye eşlik eden OKB örüntülerinden kaynaklanan problemleri ciddi düzeyde yaşadığı düşünülmüştür. CTT’de “Keşke kendimi kontrol etmekte bu kadar zorlanmasam” ve “Beni en çok kaygılandıran şey ya şişmanlarsam” ifadelerinin varlığı, görüşmede yemek yeme ve kilo alma üzerine yineleyen korkular yaşadığını ifade etmesi bu kanaati güçlendirmektedir.

Danışanın problemlerinin ortaya çıkmasında ailevi problemlerin etkisi hakkında konuşulduğunda babasının annesini aldattığını telefon mesajları üzerinden öğrenmesi, annesine bunu söyledikten sonra bu durumu önemsememesi sonrasında bir başkasının telefonunu kurcalamayı içeren bazı takıntılı düşüncelere sahip olduğunu ifade etmesine rağmen güncel yakınmalarına yönelik etkisi hakkında düşünce sahibi değildir. Danışanın babası ve annesine güncel olarak bir kırgınlık ifadesi ilk görüşmelerde gözlenmemesine rağmen babasına olan kırgınlığı, kırgınlığı ve güvensizliği CTT’de “Babamı severim fakat güvenmem”, “Babam beni hiç haklı bulmadı”, “Keşke babam annemi aldatmasaydı” cümlelerinde görülmektedir. Ancak danışan görüşmeler içerisinde ailesi ile zaman geçirmekten ne kadar hoşlandığını sıklıkla dile getirmiştir. Bunun yanında CCT’de “Annelerin iyisi benim annemdir”, “Eğer annem Ankara’da yaşasaydı sürekli beraber vakit geçirmek isterdim” ifadesi annesinin çocukluk döneminde genelde onunla ilgilenmediği ifadesi ile bir arada değerlendirildiğinde tezatlık oluşturmaktadır. Buna ek olarak CTT’de “Ailem asla beni yalnız bırakmaz”, “Babam benim için en büyük dayanak ama bazen beni anlamadığını düşünüyorum” ifadeleri ebeveynlerine yönelik duygusal karmaşanın göstergesi olarak değerlendirilebilir. Danışan ailesini ziyaret edeceği hafta sonları öncesinde oldukça gergin olduğunu onların “kilo almışsın/vermişsin” cümlesini duymaktan çok rahatsız olduğunu ifade etmiştir. Aile ziyaretleri sonrasında yeme atakları yaşama, kilo alma korkusundaki artış, diyet yapma ve aşırı egzersiz yapma gibi yeme ve beslenme bozukluğu artışları olduğunu gözlenmiştir. Danışan ile bu durumun paylaşılması ile danışan ailesi hakkında daha fazla bilgi

vermeye ve babasına ve annesine yönelik duyguları daha rahat paylaşmaya başladığı bir dönüm noktası olmuştur.

Danışanın kilo fazlalığı yaşadığı dönemden itibaren başlayan ve güncel olarak devam eden yoğun olarak yetersizlik, başarısızlık, suçluluk duyguları yaşadığı düşünülmektedir. Bu duygular ile mücadelede mükemmel olmaya yönelik ihtiyaç ve çaba söz konusudur. Görüşmelerde “Yemek yersem kontrolümü kaybederim, kilo alırım ve başarısız olurum” şeklindeki ifadesi kilo almaya yönelik korkunun suçluluk, yetersizlik ve başarısızlık temel inançları üzerinde inşa edildiği düşüncesini oluşturmuştur. Bu sorun danışanın özgüvenini düşürmekte bu durum onun onay arama davranışını artırmaktadır. Görüşme içerisinde diyetisyenin normal vücut endeksi olduğunu söylemiş olmasının yarattığı rahatlama duygusunu tekrar yaşamak için sık sık diyetisyen desteğine ihtiyaç duyduğunu ifade etmesi, görüşmelerin iyi gidip gitmediğini sorması bunlara örnek olarak söylenebilir. Danışan bu güvensizlik üzerinden kilo alıp vermediği ile ilişkin kararı diğer insanlara vermektedir. Bu da onu diğer insanlardan sözlerine karşı savunmasız hale getirdiği düşünülmüştür.

Danışanın kilo vermiş olmasının bu problemlerin başlangıcı olduğu düşünülmüştür. Ancak ilerleyen görüşmelerde aile ile ilgili bilgilerin derinleştiği bölümlerde aile sisteminde ve rollerde bazı sorunların olduğu gözlemlenmiştir. Danışanın annesinin psikiyatrik bir tanı ve ilaç kullanımı sonrasında onunla ilgilenmemiş olması, anne ve babasının cinselliğine yönelik bilgi sahibi olması, ebeveyn rol sistemindeki cinsellik probleminin çocuklar rol sistemi arasında sık sık tartışılıyor oluşu, babasının annesini aldatma sürecinde danışanın annesinin göstermediği kızgınlık, kırgınlık, güven kaybı gibi duyguları kendinin yaşamasını içeren bazı sınır problemleri bulunmaktadır. Danışan böyle bir ailede yetişirken bu sınırsızlık durumu ile yemek yiyerek mücadele etmiş olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden danışan hayatında stres yaşadığında yeme isteği ortaya çıkmakta, bu isteği karşılama sürecinin oluşturduğu suçluluk ile baş edemeyip bu tüketimi bir “yeme atağı” olarak ifade edip kontrolün kaybolduğu sürece dönüştürme eğiliminde olduğu bir öğrenmenin ürünü olabilir. Danışan için “yeme bozukluğu” tanısındaki vurgunun anlamı bu sorunların bir hastalık olduğu, bunun kontrolüne sahip olmadığı ve bu konuda suçlu olmadığına yönelik bir düşüncenin ikincil kazancı olarak görülebilir.

Özet olarak danışan ile yapılan görüşmeler ve uygulanan testler ışığında danışanın genellikle günlük hayatı, kişilerarası ilişkilerindeki değişimler, bu ilişkileri üzerinden gelen bedensel ve kişilik özellikleri ile ilişkili eleştiriler kendisi için ciddi bir stres kaynağıdır. Çocukluk ve ergenlik döneminde kiloluyken yaşamış olduğu zorbalık, eleştiri ve suçlanma kilo verdikten sonra görece olarak azalmış olsa da bu konudaki hassasiyet devam etmektedir. Problemlerin tetikleyicisinin erken çocukluk yaşantısındaki bu dönem olduğu

düşünülmektedir. Bu yüzden danışan için en dayanılmaz olarak görülen durum yeniden kilo alma durumudur. Danışan hayatındaki belirsizlikler ortaya çıktığında aktive olan yetersizlik, başarısızlık, suçluluk otomatik düşünceleri “ben mükemmel olmalıyım”, “kendimi kontrol edersem başarılı olurum” gibi koşullu inançları ile mücadele etmeye çalışmaktadır. Kendinde görmüş olduğu bu güçsüzlük ve yetersizlik üzerine ortaya çıkan mükemmeliyetçilik yüksek oranda kendini kontrol etme davranışı ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Yeme davranışı üzerindeki katı kontrol güçsüzlük ve yetersizlikle aktive olan olumsuz duyguları beslenme davranışındaki kontrol hissi ile kontrolün yeniden kazanımı sağlamaya yönelik amaçtır. Danışan böylece kaotik, belirsiz ve başarısızlık dönemlerinde kontrollü, katı yeme davranışı belirli bir dönemde kilo vererek başarılı hissetmeye devam etmektedir. Bu durum danışanın çocukluk ve ergenlik döneminin bir bölümünü içeren aşırı kilolu yaşantısı sonrasında oluşan kilo vermenin oluşturmuş olduğu özgüven, beğenilme ve yeterlilik duygularını ve eleştirilmediği bunun yerine diğer insanlar tarafından kilo verdiği için övüldüğü durumları tekrar yaşanmasını sağlayacaktır. Ancak yeme atakları olarak ifade edilen dönemlerden sonra bu olumsuz otomatik düşünceler tekrar aktive olmakta danışan bu dönemde sık sık gelgitler yaşamasına sebep olmaktadır. Tekrar ortaya çıkan diyet girme, egzersiz yapma, kalori sayma davranışları ile kilo verme döneminde öğrendiği en iyi başarısızlık, yetersizlik, beğenilmeme duyguları ile mücadele biçimi olarak ortaya tekrarlayan biçimde oluşmaktadır.

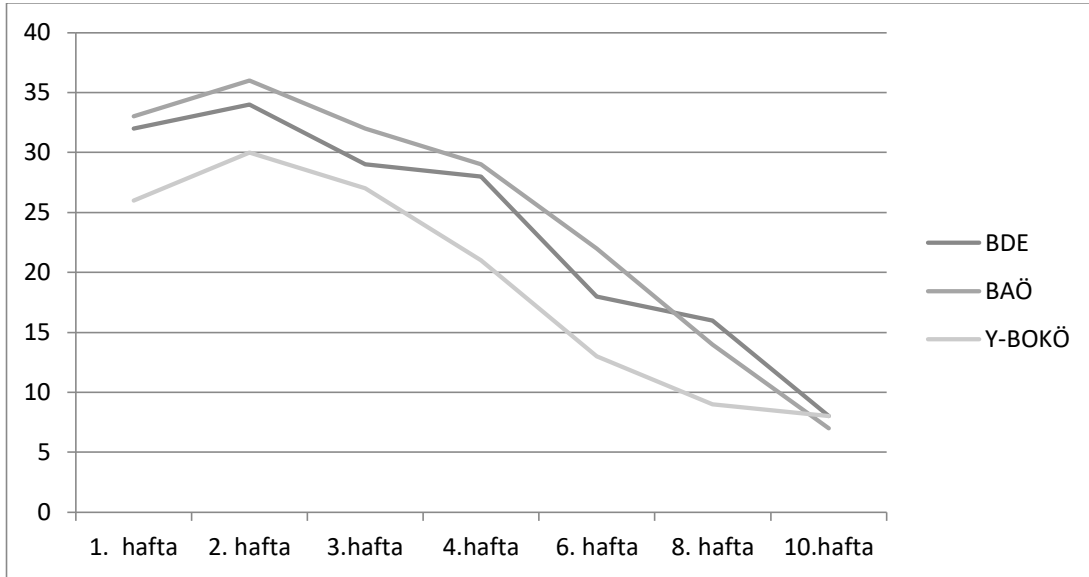
Görüşmede İlerleme Sağlanan Problem Alanları

Danışanda gözlemlenen tek başına bir şey yapamama şikâyeti tek başına kahve içme, alışverişe çıkma, yemek yeme gibi davranışsal etkinleştirme ödevleri ile iyileşme sağlanmıştır.

Danışanın “yeme atakları” olarak ifade ettiği yemeleri verilen psikoeğitim ile artık danışan tarafından yeme atağı olarak görülmemektedir. Danışan sorunlarını “yeme bozukluğu” şikayetiyle açıklamanın yerine “yemeyle ilişkili takıntılı düşüncelere sahip olma” üzerinden ifade etmektedir. Danışanın öz-şefkat kavramını içselleştirmesi ve hayatında uygulamaya başlamıştır. Bu gelişmelerde psikoeğitim uygulaması kullanılmıştır.

Danışan sahip olduğu beslenme ve yeme bozukluğunu oluşturan davranış örüntülerinin içeriği ve aralarındaki kısır döngü hakkında bilgi sahibi olmuştur.

Danışanın üzüntü, mutsuzluk, kaygı, endişe gibi duyguları ve yeme ve beslenme ile ilgili kaygılarının yoğunluğunu haftalık olarak ölçmek için kullandığımız BDE, BDÖ, Y-BOKÖ test sonuçlarında düşüş olmuştur. Bu değişim aşağıdaki grafikte gösterilmektedir.



Şekil 1. Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Yale Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeği (Y-BOKÖ) haftalık puan değişim grafiği.

Danışanın her gün iki kez arkadaşlarına yüzünün fotoğrafını atıp kilo alıp almadığını sormak, her gün bütün elbiselerini çıkartıp tartılmak, gereksiz egzersiz yapmak gibi telafi edici davranışların sıklığı azalmıştır.

Danışan görüşmenin başlarında 57 kilo iken 10. görüşme sonrasında ideal kilosunu olan 64 kiloya ulaşmıştır ve bunu bir sorun olarak görmediğini ifade etmektedir.

Danışanın yeme tutumu değişmiş, gün içerisinde aldığı kalori miktarı artmıştır. Yemek yeme ile ilgili katı inançları değişmiştir. Bunun yerine danışan daha rahat yemekleri tüketmeye başladığını bildirmiştir.

Gelecek Seanslara Yönelik Planlamalar

Danışanın çocukluk döneminde kilo alması sürecine ilişkin kaç yaşında başladığı, tetikleyicileri, bu dönemde bu soruna yönelik aile tutumu ve tedavi arayışı ile ilgili konularda daha fazla bilgi alınması planlanmaktadır. Bununla birlikte çocukluk döneminde olabilecek duygusal, fiziksel, cinsel istismarın ilk görüşmede sorgulanmış olmasına rağmen görüşme içerisinde babanın “sınırsız, hep daha fazlasını bekleyen biri” olarak tanımlaması, anne ile babanın cinsel hayatı hakkında bilgi sahibi olması, annenin çocukluk döneminde yaşamış olduğu psikiyatrik problemler dolayısıyla ile hem danışan ile hem de aile ile daha az ilgilenmiş

olması gibi görüşme içerisinde elde edilen bilgiler ışığında tekrar ele alınması düşünülmektedir.

Prognozun Ele Alınması

Danışan görüşmeler içerisinde ilerleme sağlanan problem alanları başlığında ele alınan konularda ilerleme sağlamış, bu ilerlemeleri içselleştirmiş, sorunun anlaşılmasında ortaya çıkan hipotezleri kavramıştır. Görüşmeler içerisinde otomatik düşünceleri belirleme, bunlara alternatif cevaplar belirleme konusunda artık bir yönlendiriciye ihtiyaç duymadan kendiliğinden yapabildiği gözlemlenmiştir. Danışanın kavrama ve anlama becerisi, sorunlarını çözüme ulaştırma çabası ve görüşmelere devamlılığı göz önüne alındığında birçok güçlü yönü bulunmaktadır. Bunlar tedavinin prognozunu iyileştiren yönleridir. Ancak danışanın ilişki örüntüsü bakımında bağımlı türde ilişkilere yönelik yatkınlığı, daha önceki OKB tedavisi sürecinde görülen yeni problem alanlarının oluşumu prognozunu kötüleşmesine sebep olmaktadır. Danışanın görüşmelerin ilerleyen seanslarında ortaya çıkan evlilik, cinsel birliktelik gibi korkularının olumsuz deneyimlere dönüşme ihtimali en büyük yatkınlık olarak ele alınmaktadır. Bununla birlikte danışanın sorunlarındaki başlangıcı, tetikleyicileri gibi temel konularda aile sisteminin etkisi bu problemlerin tam olarak açıklığa kavuşturulması aile görüşmelerine yönelik ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Aile terapisinin prognozu iyileştireceği düşünülmektedir.

Kaynakça

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve ötesi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Buree, B. U., Papageorgis, D., & Hare, R. D. (1990). Eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa: An application of the tripartite model of anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 22(2), 207-218.
- Culbert, K. M., & Klump, K. L. (2007). Should eating disorders be included in the obsessive compulsive Spectrum? In J. Abramowitz, S. Taylor, & D. McKay (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions* (pp. 230-245). New York: Elsevier Ltd.
- Fahy, T. A., Osacar, A., & Marks, I. (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 439-443.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Graham, J. R. (1998). *MMPI uygulama ve yorumlama rehberi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *Journal of Psychology*, 7(23), 3-13.
- Karamustafaloğlu, K. O., Üçışık, A. M., Ulusoy, M., ve Erkmen, H. (1993). Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*, 86.
- Lachar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation* (Vol. 1). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Jarry, J. L., & Vaccarino, F. J. (1996). Eating disorder and obsessive-compulsive disorder: Neurochemical and phenomenological commonalities. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21(1), 36-48.
- Pigott, T. A., & Altemus, M. (1991). Symptoms of eating disorders in patients with obsessive compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1552-1557.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49(1), 45-53.
- Savaşır, I., & Erol, N. (1990). The Turkish MMPI: Translation, standardization and validation. In J. N. Butcher, & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment. Advances in personality assessment*, Vol. 8 (pp. 49–62). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.

Weiner, I. V., & Greene, R. (2008). *Handbook of personality assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Cognitive-Behavioral Treatment of an Unspecified Feeding and Eating Disorder with Obsessive-Compulsive Disorder Pattern: A Case Report

Summary

G. is a woman who is a student at the university. She was referred to the psychological treatment unit with her complaints about eating. She had previously been treated for Obsessive-Compulsive Disorder. Currently, she has complaints about "eating and not feeling full". Treatment was planned after the first interview with the patient. Within the framework of cognitive behavioral therapy theory, 10 psychotherapy sessions were conducted. During these sessions, information about family relationships, daily activities, complaints, and history of the problems were obtained.

G. experienced a period of obesity problems during childhood and adolescence. During the preparation for the university exam, her weight decreased from 122 kilos to 56 kilos with a diet. Currently, her excessive diet behaviors continue. G. started to experience symptoms of OCD upon learning that her father was cheating on her mother. Although she has anger towards his father, she has difficulty expressing her feelings.

Diagnostic evaluation was made based on the patient's problems. In this diagnostic evaluation, the Beck Depression Inventory (BDI), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Symptom Severity Scale (Y-BOCS), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) were applied. The results of the tests are examined in the case formulation and BDI and Y-BOCS were repeated in some weeks to evaluate treatment developments.

In the differential diagnostic evaluation of the patient, the diagnoses of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Eating Disorder (ED) were discussed. It was decided that the diagnosis that best explains the patient's current complaints is "An Unspecified Feeding and Eating Disorder with Obsessive Compulsive Pattern". To better explain the dilemmas that arise in this diagnostic evaluation, the studies investigating the relationship between OCD and ED and comorbidity are discussed. It is argued that ED can be considered as one of the Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders due to the high comorbidity rate between ED and OCD and similar thought and personality structures.

During the treatment process, the patient was given examples along with the necessary training on the cognitive model in the cognitive conceptualization process, which includes determining automatic thoughts, distorted thinking patterns, emotional responses and behavior reaction, intermediate and core beliefs. With the task of recording negative feelings and thoughts experienced during the day; the evaluation of automatic thoughts, beliefs, attitudes, and assessment of these automatic thoughts determined by Socratic inquiry methods

were studied. Techniques such as refrigerator technique, behavioral activation, imagery have been used in the therapy process.

In this study, the cognitive formulation hypothesis about the patient was examined. In this formulation, discrimination and bullying experienced in her childhood due to her being overweight were considered as early life events. Therefore, the most unbearable situation for the patient is the state of regaining weight. The patient's struggles with his conditional beliefs, such as "I must be perfect" and "I will succeed if I control myself" are automatic thoughts of failure; failure and guilt are activated when uncertainties arise in daily life. Perfectionism, which emerges on the feeling of weakness and inadequacy, is highly effective in the emergence of self-control behavior. Strict control over eating behavior is the goal of regaining control through the sense of control over the amount of eating, with negative feelings activated by weakness and inadequacy. Thus, the patient struggles with controlled solid eating behavior during chaotic, uncertain, and periods of failure. Finally, the problem areas where progress is made in psychotherapy are discussed. Plans for future sessions were evaluated.

In this study, detailed diagnostic evaluation, cognitive behavioral therapy interventions, and case evaluation with cognitive formulation were presented. Thus, it provided an opportunity to examine the relationship between these processes.