

# Bulimia Nervozada Tedavi

Atila EROL\*, Fadime YAZICI\*\*

## ÖZET

Psikiyatrik sınıflama sistemine son dönemde giren bulimia nervoza, yinelemelerle seyreden kronik bir hastalıktır. Etkin tedavi şeklini belirlemek için birçok tedavi yöntemi denenmektedir. Psikofarmakolojik tedaviler içinde antidepresanlar psikososyal tedaviler içinde bilişsel-davranışçı terapi (BDT) öne çıkmıştır. BDT antidepresanlara üstün bulunmuştur fakat diğer psikolojik tedavilere üstünlüğü kesin değildir. Farklı bir psikolojik tedavi seçeneği olarak kişiler arası ilişkiler terapisinin (KİT) de etkin olduğu gösterilmiştir. Bu yazıda bulimia nervozanın etiolojisi ve tedavisi için farklı açıklamalar getiren yaklaşımlar gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Bulimia nervoza, terapi, kişilerarası, bilişsel-davranışçı, alıştırma-tepki önleme.

KLİNİK PSİKİYATRİ 1999;2:172-178

## SUMMARY

### Treatment in Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa, which was recently accepted as a psychiatric entity in psychiatric classification system, is a chronic course disorder. A lot of therapy methods were investigated to determine the effective treatment type. Antidepressants in psychopharmacologic treatments and cognitive-behavioral therapy (CBT) in psychosocial treatments are prominent. CBT is superior to antidepressants, but it is not clear that whether it is superior to the other psychological therapies. As a psychological therapy inter-

personal therapy was shown that effective. In this paper different approaches explaining for the etiology and the therapy of bulimia nervosa were reviewed.

**Key Words:** Bulimia nervosa, therapy, interpersonal, cognitive-behavioral, exposure-response prevention.

## GİRİŞ

Seksenli yılların başlarında ender görülen bulimia nervoza (BN)'lı hastaların sayısında 90'lı yıllarda ani bir artış olduğu belirtilmiştir (Agras 1991). Toronto Genel Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre (Garner ve ark. 1985) BN vakalarında 1970 sonlarında tedrici olan artış, daha sonra dramatik bir artışa dönüşmüştür. Turnbull ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmanın sonuçları da bu bulguları desteklemektedir. 1983'ten 1993'e kadar yapılan BN vaka kayıtları incelendiğinde 1993'te başvuran bulimik vaka sayısının 1983'te başvuranlardan üç kat fazla olduğu saptanmıştır.

Bulimia nervozanın ilk formal tanımını yapan Russel (1979) bu bozukluğun tedavisinin zor olduğunu belirtmiştir. DSM-III'te ise hastalığın kronik, yineleyici ve prognozunun olumsuz olduğu vurgulanmıştır (APA 1980). Kronik bir hastalık olduğu, yüksek oranda relapslar ve kalıcı klinik belirtilerle seyrettiği başka araştırmacılar tarafından da belirtilmiştir (Herzog ve ark. 1991). Hasta sayısındaki bu artış ve prognozunun genelde olumsuz olması klinisyenleri tedavi konusunda güç durumda bırakmaktadır. Son döneme

\* Yrd. Doç. Dr., \*\*Dr., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ESKİŞEHİR

kadar kontrollü çalışmalarla geçerliliği gösterilmiş tedavilerin olmaması başka bir açmazdır. Kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açtığı, sıkıntı verdiği, sosyal uyumunu bozduğu, çoğunlukla kronik veya yinelemelerle seyrettiği için yeterli ve etkili tedavi şeklini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların sayısı artmıştır (APA 1994). Sonuçlar gözönüne alındığında tedavi konusunda başlangıçta belirtilen "Tedavi edilemez" durumuna göre gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gözden geçirme yazısında BN'nin tedavisi ile ilgili gelişmeler ele alınacaktır. BN tedavisi temelde iki başlık altında ele alınabilir; psikofarmakolojik ve psikolojik yaklaşımlar.

### PSİKOFARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Antikonvülzanlar (Wermuth ve ark. 1977, Kaplan ve ark. 1983), lityum (Hsu 1984) ve opiyat blokerleri de denendiği halde bulimia nervozanın psikofarmakolojik tedavisinde antidepresanlar daha çok öne çıkmıştır (Yates 1990). Antidepresanların BN'de kullanılma nedeni başlangıçta BN'nin bir duygudurum bozukluğu türü olduğu varsayımından kaynaklanmıştır. Antidepresan ilaçların etkili olabilmesi için hastanın depresyonda olması gerekmektedir; yani bulimia nervozalı hastaları iyileştirici etkisi antidepresan etkiden bağımsızdır. Başka bir deyişle depresif belirtileri olmayan bulimik hastalar da antidepresandan yarar görmektedir.

Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte antidepresanların serotonerjik sistem üzerinde etkisini gösterdiği düşünülmektedir. Antidepresanlar tıknırcasına yeme nöbetleri (binge eating), çıkarma davranışı (purge) ve genel psikiyatrik belirtileri azaltmaktadır fakat aşırı diyet uygulaması ve kilo-beden ile ilgili tutumlar değişmemektedir (Fairburn 1993).

Bulimia nervoza tedavisinde antidepresanların plaseboya üstün olduğu kontrollü çalışmalarda gösterilmiştir: İmipramin (Pope ve ark. 1983, Agras ve ark. 1987), desipramin (Hughes ve ark. 1986, Walsh ve ark. 1991), fenelzin (Walsh 1984, Walsh 1988), bupropion (Horne ve ark. 1988), mianserin (Sabine ve ark. 1983), amitriptilin (Mitchell ve Groat 1984). Antidepresan çalışmalarının büyük çoğunluğu kısa dönem etkinlik araştırması olduğu için uzun dönemdeki etkinlik ve yararları bilinmemektedir. Çalışmaların çoğu 6 ila 8 haftada sonlandırılmıştır. Bu nedenle ilaca yanıt veren hastaların iyilik hallerinin tedavi devam ettiğinde veya kesildiğinde sürüp sürmeyeceği bilinmemektedir.

Antidepresan tedavisi uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada (Pyle ve ark. 1990) 12 haftalık başlangıç tedavisinden sonra altı aylık çift kör imipramin veya plasebo verilen idame tedavisi uygulanmıştır. Başlangıç tedavisinde imipramin alıp idame tedavisinde plasebo alan hastalarda %47; hem başlangıç hem de idame tedavisinde imipramin alan hastalarda %30 relaps oranı saptanmıştır. Bu çalışmada metodolojik zayıflıklar (deneklerin bir kısmı destek gruplarına katılmıştır ve denek sayısı azdır) olduğunu da belirten yazarlar sürdürüm tedavisinde antidepresan eklemenin relapsları önlemediğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada (Walsh ve ark. 1991) sekiz haftalık başlangıç tedavisinden sonra 16 haftalık idame tedavisi uygulanmıştır. Desipramin kullanılan çalışmada başlangıç tedavisi bitiminde tıknırcasına yeme nöbet sıklığında %47 oranında azalma saptanmıştır. Desipramine yanıt veren hastalar açık sürdürüm tedavisine alındıklarında, çalışmanın bu bölümüne katılan hastaların %29'unda relaps gözlenmiştir. Yazarlar BN tedavisinde yalnızca antidepresan ilaç kullanılmasının sıklıkla yetersiz olacağını belirtmişlerdir.

### PSİKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

BN'nin psikolojik tedavisinde pek çok farklı yaklaşımlar uygulanmış ve denenmiştir: Yasak gıdalara alıştırma, kayıt tutma, gevşeme teknikleri, bilişsel yeniden yapılandırma, beslenme danışmanlığı (nutrisyonel konsültasyon), psikodrama, psikodinamik yaklaşım, alıştırma-tepki önleme, kısa psikoterapi, davranışçı terapi ve bilişsel-davranışçı terapiler (Fairburn 1988). Seçtiğimiz tedavi yöntemi aynı zamanda BN'nin etiolojisi ve sürdüren faktörlere ilişkin kuramsal tercihimizi de yansıtmaktadır.

### Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

Psikolojik tedaviler arasında en çok kullanılan ve araştırma bulgularıyla en çok desteklenen tedavi bilişsel-davranışçı terapidir (BDT) (cognitive behavioral therapy). Bunun başlıca nedenleri tanımlanan ilk özgül kuramsal yaklaşım olması; bulimia nervozanın bilişsel kuram açısından nasıl ele alındığı ve bu kuram uyarınca tedavisinin ayrıntılı bir şekilde açıklandığı kitabın (Fairburn 1985) yayınlanmış olmasıdır. Aynı nedenlerden ötürü karşılaştırmalı araştırmalarda standart deneysel durumlardan biri olarak en çok (Fairburn 1988) bu yaklaşımın ele alınması ve tedavi sonuçlarının olumlu olmasıdır. Bu avantajlar nedeniyle BN'nin psikolojik tedavisinde ilk seçenek olarak da önerilmektedir (Agras 1991).

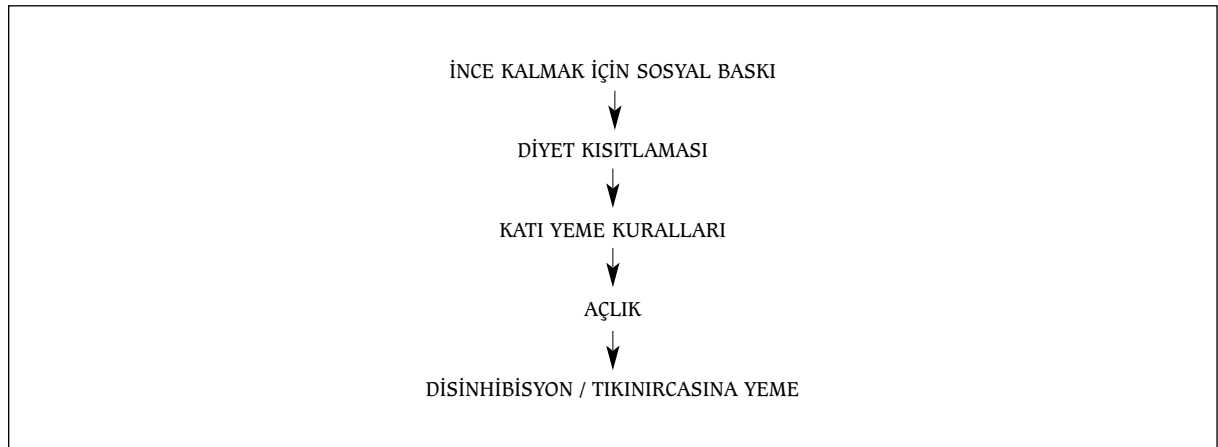
BDT'nin bireysel ve grup uygulamaları vardır fakat bunların etkinlik karşılaştırılması yapılmamıştır. En yaygın olanı bireysel BDT'dir. Başlangıçta BDT kontrolsüz çalışmalarda denenmiştir, olumlu sonuçlar alınınca kontrollü çalışmalar başlamıştır (Kirkley ve ark. 1985, Wilson ve ark. 1986).

BDT'nin gelişim temeli BN'nin bilişsel modeli üzerinedir (Fairburn 1985, Wilson ve Fairburn 1993). Aşırı diyet, kusma, laksatif kötüye kullanımı, yemek ve yeme ile ilgili düşünce uğraşları, beden biçimi ve kilodaki değişikliklere duyarlılık, sık kilo ölçümü veya ölçülmekten tamamen kaçma. Bunların hepsi şöyle bakıldığında anlaşılabilir: Bu hastalar için beden biçimi ve ağırlığı aşırı önemlidir ve her ikisi de sıkı kontrol altında tutulmalıdır inancını taşırlar. Görünürde paradoks olan tıkanırmasına yeme bile bilişsel temelde anlaşılabilir, çünkü aşırı diyet kısıtlamasına ikincil yanıt gibi görünmektedir. Bu nedenle basit bulimi semptomları olmalarından öte bu inançlar ve değerler durumun sürdürülmesinde birincil önemde görünmektedirler. BN'nin BDT modeli Şekil 1'de sunulmuştur.

Bu modelden hareketle, tedavinin birincil hedefleri beden biçimi ve kiloya ilişkin kişisel tutumların değiştirilmesi, işlevsel olmayan diyet kısıtlamasından normal yeme düzenine geçilmesi olmalıdır (Wilson ve Fairburn 1993). BDT pratiğinde tedavi, soruna yönelik, öncelikle şimdi ve geleceğe odaklanmıştır ve iyi bir terapist-hasta ilişkisi esastır. Terapinin üç aşaması vardır: Birinci aşama BN ve BDT ile tedavisi hakkında eğitimidir. Bilişsel görüş açısından hastalığın seyri ve değiştirilmesi, hastanın şimdiki problemleriyle ilişkisi açıklanmaktadır. Tedavinin

yapısı, amacı ve olası sonuçları tartışılır. Gıda alımı, kilo düzenlenmesi konusunda ve bunların yeme bozukluğunun ortaya çıkışındaki kritik rolü anlatılır. Temel davranışçı teknikler uygulanır: Yeme alışkanlıkları, tıkanırmasına yeme nöbetleri ve çıkarma davranışlarını tetikleyen durumların tespit edilmesi için kayıt tutma. İkinci aşamada artan bir bilişsel odaklanma vardır. Birinci aşamadaki tekniklere diyet kısıtlanmasını azaltmak için değişik uygulamalar ve tıkanırmasına yemelere direnmek için bilişsel ve davranışsal başa çıkma yolları geliştirilmesi eklenir. Bu bilişsel yaklaşım, Beck'in (1976) depresyon için geliştirdiği bilişsel terapidendir model alınmıştır. Hastalardan yeme, kilo ve beden biçimine ilişkin işlevsel olmayan düşünce ve tutumlarını belirlemeleri ve değiştirmeleri için düşünmeleri istenilmektedir. Üçüncü aşamada tedavi sonucu gelişen iyilik halinin sürdürülmesi ve relapsın önlenmesi hedeflenir, bilişsel ve davranışçı bileşenleri içerir.

BDT tıkanırmasına yeme nöbetleri, kusmaları ve genel psikiyatrik belirtileri azaltmada en az antidepresanlar kadar etkili bulunmuştur. Ayrıca diyet kısıtlaması düzelmekte ve beden biçimi ve kilo konusundaki hatalı tutumun şiddeti azalmaktadır. Başlangıçtaki çalışmalar, bu tedavinin diğer psikolojik yaklaşımlara karşı kesin üstünlüğünü göstermemiştir. Diğer çalışmalarda bilişsel-davranışçı birleşiminin bu tedavi tiplerinden yalnız birinin uygulandığı duruma göre daha üstün olduğu bildirilmiştir. Kısa süreli etkinlik açısından kısa fokal psikoterapi (Fairburn ve ark. 1986) ve suportif-ekspresif terapiye (Garner ve ark. 1993) üstün bulunmuştur. Henüz tüm kanıtlar kesinleşmemiş olsa bile bu yaklaşımı uygulayanlar bilişsel-



Şekil 1. Bulimia nervozanın bilişsel-davranışçı modeli (Agras1991)

davranışçı yaklaşımın bulimia nervoza için özgül ve etkili olduğunu savunmaktadırlar.

### **BDT ile Antidepresan Uygulamaları**

Mitchell ve arkadaşlarının (1990) yaptığı çalışmada imipramin ve plasebo ile BDT temelli grup psikoterapisinin (GPT) birlikte uygulamaları etkinlik açısından karşılaştırılmıştır. GPT'ye imipramin eklenmesinin yeme davranışını düzeltme açısından katkısı olmamıştır fakat depresyon ve anksiyetenin azalmasını sağlamıştır.

Antidepresan (desipramin) ile bireysel BDT'nin birlikte kullanıldığı çalışmada BDT desipramine üstün bulunmuştur ve iki tedavinin birlikte kullanıldığı durumun en etkili yöntem olduğu belirtilmiştir (Agras ve ark. 1992). Yazarlar bu sonuçlara dayanarak en etkili tedavi şeklinin antidepresan ve BDT'nin birlikte uygulanması olduğunu öne sürmüşlerdir. Fakat çalışmadaki önemli yöntem-bilimsel sorunlar nedeniyle bu sonuç ve öneriler tartışmalıdır (Wilson ve Fairburn 1993).

Bu iki çalışma ele alındığında ilaç ve psikososyal tedavi kombine edildiğinde bazı avantajlar söz konusudur, bu avantaj yeme ve çıkarmaya ilişkin değil eşlik eden depresyon ve diyetle uğraş gibi psikopatolojiyle ilgilidir. Kombinasyon tedavilerinin BN'deki rolüne ilişkin kesin çıkarımlar yapmadan önce daha fazla izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu aşamada kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ile birlikte antidepresan kullanımını sınavan çalışma yoktur.

### **Kişiler Arası İlişkiler Terapisi (Interpersonal Therapy)**

BN'nin tedavisinde BDT'nin etkisi diğer psikolojik tedavilerle de karşılaştırılmıştır. Herhangi bir psikoterapinin uygulanmadığı bekleme listesi gruplarından üstün bulunmuştur. Bireysel ve grup şekliyle uygulanan BDT'nin destekleyici psikoterapiye üstün olduğu bildirilmiştir (Kirkley ve ark. 1985). Davranışçı terapi, kısa fokal psikoterapi ile de karşılaştırılmıştır. Fakat karşılaştırma yapılan bu yöntemlerle ortak özellikler (kayıt tutma, davranışçı terapi) içerdiği için sonuçların yorumu güçleşmektedir. Ancak diğer yöntemlerden görece üstün veya daha avantajlı görünmektedir. Kuramsal olarak daha bütünlüklü görünen ve karşılaştırma çalışmalarında da etkili bulunan bu terapinin ne kadar özgül olduğu ve içerdiği teknik ve yöntemlerin tedaviye ne ölçüde katkı yaptıklarını belirlemek amacıyla başka çalışmalar yapılmıştır. Bu

çalışmalarda BDT'ye benzemeyen ve aynı teknikleri içermeyen KİT bu özellikleri nedeniyle denenmiştir.

Ayaktan depresyon hastalarının tedavisi için Klerman ve arkadaşları tarafından geliştirilen KİT'te, depresyonu sürdüren faktör olarak kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar sorumlu tutulmuştur (Kaplan ve Sadock 1994). Söz konusu çalışmalarda KİT bulimiaya uyarlanmıştır (Fairburn ve ark. 1991). KİT'te kişinin kişilerarası ilişkileri değerlendirilip bu alandaki sorunları işlenmektedir ve yeme problemleri ile ilgilenilmektedir.

Fairburn ve arkadaşlarının (1991, 1993, 1995) yaptıkları çalışmalarda BDT ile davranışçı terapi (DT) ve kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) karşılaştırılmıştır. İlk çalışmada (Fairburn ve ark. 1991) her üç gruptaki hastalarda belirgin düzelmeye gözlenmiştir fakat BDT tedavi bitiminde diğer iki tedavi yaklaşımına üstün bulunmuştur. Aşırı yemeden kendini alabilen hasta oranı BDT'de %71; KİT'te %62 davranışçı tedavide (DT) %61 bulunmuştur. Bir yıllık izlemde DT grubu yüksek oranda tedaviyi terk ederken KİT grubu dördüncü ayda BDT'ye yaklaşmış ve bir yılı tamamladıklarında BDT grubu kadar etkili bulunmuştur (Fairburn ve ark. 1993). Aynı gruplar ortalama altı yıllık izlem sonucunda değerlendirildiklerinde DT grubunda kötüleme oranı artmış BDT ve KİT grubu iyileşme durumunu korumuş ve KİT'in BDT kadar etkili olduğu gözlenmiştir (Fairburn ve ark. 1995). Bu sonuçlar Wilfley ve arkadaşlarının (1993) yaptığı farklı bir çalışma ile de desteklenmiştir. Bu çalışmaya çıkartma olmayan tip bulimik kadınlar alınmıştır. BDT ve KİT grup şeklinde uygulanmıştır ve KİT, BDT kadar etkili bulunmuştur.

Buradaki ilginç bulgu terapi süresince diyet, beden şeması ve ağırlık konularından sözedilmeyen, tamamen farklı bir terapinin (KİT) en az bu konuları hedef seçen terapi (BDT) kadar etkin olmasıdır. Ayrıca bu çalışmalarda uygulanan KİT sırasında yeme konularına değinilmemesine büyük özen gösterilmiştir. Bu sonuçların doğurduğu ilginç soru şudur: Yeme davranışına odaklanmayan terapi neden BN'yi iyileştirmektedir? Bir ihtimal diyet kısıtlaması etkisinden ayrı bir ikinci mekanizma aşırı yemek yemeye neden olabilir. Birçok çalışmada gösterilmiştir ki bulimiklerde sosyal ilişkilerinden hoşnutsuzluk ve sosyal bozulma vardır. Bunlarda KİT'in hedefleridir. Ayrıca bulimikler yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı göstermektedirler ki bunların KİT ile yarar görmesi beklenmektedir. Son olarak, pekçok çalışmada aşırı yeme nöbetleri başla-



Şekil 2. Bulimia nervozanın kişilerarası ilişkiler modeli (Agras 1991)



Şekil 3. Anksiyete bozukluğu modeli. Alıştırma tepki önleme (Leitenberg ve Rosen)

madan önce olumsuz duygulanım ve kişilerarası sorunlarda hemen geri çekilme gösterilmiştir. Bu bulgularla birlikte KİT'in BN'nin tedavisindeki başarısı BN'nin ikinci psikososyal modelini düşündürmüştür (Agras 1991) (Şekil 2).

KİT, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan olumsuz duyguların azaltılmasıyla aşırı yemek yeme olasılığını düşündürdüğünü savlamaktadır. Hoşnutsuz ilişkilerin çözümlenmesiyle olumsuz duygular azalmakta ve gıda alımı üzerinde denetim sağlanabilmektedir. Terapinin başlangıç fazı yeme bozukluğunun başladığı ilişkiler bağlamının ayrıntılı gözden geçirilmesinden oluşmaktadır. Bu doğal olarak o andaki kişilerarası ilişkilerin ayrıntılı tartışılmasına olanak sağlamaktadır. Duyguların üzerinde özellikle durulmakta ve bu, duyarsızlaştırma süreci olarak değerlendirilmektedir. Hem kişinin kişilerarası sorunlarla başa çıkmasını hem de emosyonel olarak hemen yıkılmamasını sağlamaktadır. Terapinin sonlanma döneminde, ilişkinin bitmesi ve ilişki sonlandığında böyle bir kayıpla nasıl başa çıkılacağı konusu işlenmektedir.

BDT ile KİT'in farklı yollardan etki ettiği düşünülmektedir (Fairburn ve ark. 1993). BDT kişinin yeme alışkanlıklarını, beden ve kilo tutumlarını değiştirmektedir. Genel psikiyatrik tablodaki düzelme ve sosyal işlevsellikte iyileşme ikincil olarak gelişmektedir. KİT'te ise kişinin ilişkilerinde düzelme olumlu yaşantılara neden olmakta ve bunu yeme davranışında değişiklikler izlemektedir; bu değişiklikler tedavinin sonunda da sürmektedir. BDT'nin etkisi doğrudan KİT'in etkisi ise dolaylı devreye girmektedir. Farklı yollardan mekanizmalar aynı hastalığa iyi gelmektedir. KİT'te hastalığın temel belirtileri ele alınmadan iyileşme gözlenmektedir.

#### Alıştırma Tepki Önleme (ATÖ) (Exposure-response prevention)

Diğer tedavi yaklaşımlarından BN'nin yeme bozuklukları içinde farklı ve özgün yanının gözardı edildiğini öne süren Leitenberg ve arkadaşları (1988) kusma davranışının BN'ye özgü ve tabloyu belirleyici yönünün ihmal edildiğini vurgulamışlardır. Farklı bir kuram ve tedavi yöntemi geliştirmişlerdir. Bu kurama

göre, obsesif-kompulsif bozukluktaki (OKB) kompulsif davranış (el yıkama veya kontrol ritüelleri) gibi BN'de kusma davranışının anksiyeteyi azaltıcı işlevi vardır. BN'li hastalar için çoğu gıdayı yemek, obsesif-kompulsif hastaların kontamine oldukları düşüncesine eşittir ve normal miktarda birçok gıda şişmanlatıcı, iğrenç ve tehlikelidir. Kusma davranışı kişiyi ürkütücü sonuçlardan koruyan büyüsel bir ritüeldir ve sonrasında çıkarmayı planladıkları tıknırcasına yeme nöbetleri gelişmektedir. Hastaların tıknırcasına yemeleri sağlanıp kusmaları bloke edilirse, OKB'nin davranışçı tedavisinde olduğu gibi kusmadan da anksiyetelerini azaltabileceklerini keşfedeceklerdir. Tehlikeli gıdaları yeme, alıştırma (exposure); terapistin varlığında kusmanın engellenmesi, tepki önleme (response prevention) sayesinde kişi anksiyetesiyle başa çıkmayı öğrenecektir, yeme ve gıdalara ilişkin yanlış bilişleri de değiştirecektir.

Kontrollü çalışmalarda bu tedavinin etkili olduğu gösterilmiştir. Wilson ve arkadaşlarının (1986) sözel bilişsel yeniden yapılandırma (SBYY) ve SBYY ile ATÖ yöntemlerinin bir yıllık izlem sonucunda etkinliklerini karşılaştırmışlardır. SBYY ile ATÖ uygulanan grupta özellikle tıknırcasına yeme nöbetleri ve kusma davranışı açısından sadece SBYY uygulanan gruba göre düzelme oranı daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada (Leitenberg ve ark. 1988) (1) tek ortamda (klinik) uygulanan ATÖ, (2) bir çok ortamda uygulanan (klinik, ev, lokanta...) ATÖ, (3) bilişsel-davranışçı terapi BDT-ATÖ bileşeni olmadan ve (4) bekleme listesi kontrol gruplarının (waiting-list cont-

rol group) altı aylık izlem sonuçları karşılaştırılmıştır. İlk üç tedavi grubunda 4. gruba göre daha iyi sonuçlar alınmıştır ve bu üç tedavi grubu eşit oranda iyileşmiştir. 4. grupta hiçbir değişiklik olmamıştır. Çoklu ortamın tek ortama göre daha etkili olacağı varsayımı doğrulanmamıştır. ATÖ olmadan da BDT, ATÖ kadar etkin bulunmuştur.

Ancak, başka bir çalışmanın sonuçları bu bulguları desteklememektedir. Agras ve arkadaşlarının (1989) (1) bekleme listesi kontrol grubu, (2) kayıt tutma ile direktif olmayan terapi, (3) BDT, (4) BDT ve tepki önleme yöntemlerini karşılaştırdıkları çalışmada BDT en etkili bulunmuş ve BDT'ye tepki önlemenin eklendiği grup ise ikinci etkili yöntem olmuştur. Daha önceki bulgularla çelişen durum, tepki önleme BDT'ye eklendiğinde BDT'nin etkinliğinin düşmesidir. Yazarlar bu bulguya bazı açıklamalar getirmekle birlikte tepki önlemenin BN tedavisindeki yeri ve önemini henüz netleşmediğini de belirtmişlerdir.

#### SONUÇ

Son zamanlara kadar BN'nin psikososyal tedavisinde BDT, öne çıkan ve alternatif olmayan tedaviydi. KİT, klinisyenler için yeni ve farklı yaklaşım olarak BN'nin tedavisinde etkili görünmektedir. BDT kısa ve uzun dönemde DT'ye göre daha etkili görünmektedir. BDT'nin etkili olmadığı vakalara ikinci psikososyal tedavi olarak KİT'in programa eklenmesi önerilmektedir. Antidepresanlar kısa dönemde etkilidir fakat uzun dönem etkileri tartışmalıdır.

#### KAYNAKLAR

- Agras WS (1991) Nonpharmacologic treatments of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 52(suppl 10):29-33.
- Agras WS, Dorian B, Kirkley BG ve ark. (1987) Imipramine in the treatment of bulimia: a double-blind controlled study. *Int J Eating Disord*, 6:29-38.
- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B ve ark. (1992) Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry*, 149:82-67.
- Agras WS, Schneider JA, Arnow B ve ark. (1989) Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*, 57:215-221.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Baskı, (DSM-III), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
- Fairburn CG (1988) The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *J Psychosom Res*, 32:635-645.
- Fairburn CG (1985) Cognitive-behavioral treatment for bulimia. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, DM Garner, PE Garfinkel (Ed), Guilford Press, New York, s.160-191.
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC ve ark. (1991) Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch Gen Psychiatry*, 48:463-469.
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC ve ark. (1993) Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 50:419-428.
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL ve ark. (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 52:304-312.

- Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M ve ark. (1986) A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther*, 24:629-634.
- Garner DM, Olmsted MP, Garfinkel PE (1985) Similarities among bulimic groups selected by weight and weight history. *J Psychiatr Res*, 19:129-134.
- Garner DM, Rockert W, Davis R ve ark. (1993) Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 150:37-46.
- Herzog DB, Keller MB, Lavori PW ve ark. (1991) The course and outcome of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 52(suppl 10):4-8.
- Horne RL, Ferguson JM, Pope HG ve ark. (1988) Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 49:262-266.
- Hsu LKG (1984) Treatment of bulimia with lithium. *Am J Psychiatry*, 141:1260-1262.
- Hughes PL, Wells LA, Cunningham CJ ve ark. (1986) Treating bulimia with desipramine: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 43:182-186.
- Kaplan I, Sadock BJ (1994) *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock, JA Grebb (Ed), Williams & Wilkins, s.835-836.
- Kaplan AS, Garfinkel PE, Darby PL ve ark. (1983) Carbamazepine in the treatment of bulimia. *Am J Psychiatry*, 140:1225-1226.
- Kirkley BG, Schneider JA, Agras WS ve ark. (1985) A comparison of two group treatments for bulimia. *J Consult Clin Psychol*, 53:43-48.
- Leitenberg H, Rosen JC, Gross J ve ark. (1988) Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*, 56:535-541.
- Mitchell JE, Groat R (1984) A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptilin in bulimia. *J Clin Psychopharmacol*, 4:186-193.
- Mitchell JE, Pyle RL, Eckert DE ve ark. (1990) A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 47:149-157.
- Pope HG Jr, Hudson JI, Jonas JM ve ark. (1983) Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry*, 140:554-558.
- Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ve ark. (1990) Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *Am J Psychiatry*, 147:871-875.
- Russel GFM (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9:429-448.
- Sabine EJ, Yonace A, Farrington AJ ve ark. (1983) Bulimia nervosa: a placebo controlled double-blind therapeutic trial of mianserin. *Br J Clin Pharmacol*, 15(suppl):195-202.
- Turnbull S, Ward A, Treasure J ve ark. (1996) The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry*, 169:705-712.
- Walsh BT, Collen MH, Devlin MJ ve ark. (1991) Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa *Am J Psychiatry*, 148:1206-1212.
- Walsh BT, Gladis M, Roose SP ve ark. (1988) Phenelzine vs placebo in 50 patients with bulimia. *Arch Gen Psychiatry*, 45:471-475.
- Walsh BT, Stewart JW, Roose SP ve ark. (1984) Treatment of bulimia with phenelzine: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 43:1105-1109.
- Wermuth BM, Davis KL, Hollister LE ve ark. (1977) Phenytoin treatment of the binge-eating syndrome. *Am J Psychiatry*, 134:1249-1253.
- Wilfley DE, Agras WS, Telch CF ve ark. (1993) Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychology*, 61:296-305.
- Wilson GT, Fairburn CG (1993) Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol*, 61:261-269.
- Wilson GT, Rossiter E, Kleifield EI ve ark. (1986) Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 24:277-288.
- Yates A (1990) Current perspectives on the eating disorders: II Treatment, outcome and research directions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:1-9.