

Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: Bulimiya Nervozaya Üzerine Bir Gözden Geçirme

Merve OĞUR¹, Nermin TAŞKALE²

¹Istanbul Kent Üniversitesi İktisadi,
İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi,
Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Istanbul Üniversitesi, Edebiyat
Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul,
Türkiye

MO: 0000-0002-5318-4996

NT: 0000-0001-9082-9944

Öz

Yeme bozukluğu vakalarında bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile olumlu sonuçlar alınmıştır. Yeme bozuklukları için BDT ilk olarak bulimiya nervozaya (BN) vakalarının tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve ardından terapi yöntemleri genişletilmiştir. BDT ile vakaların yalnızca yaklaşık yarısının remisyonuna girmesi nedeniyle tedavi için ek mekanizmaların gerekebileceği düşünülererek standart BDT güncellenmiş ve geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) haline almıştır. Bu derlemenin amacı, BN tedavisinde G-BDT'nin kuramsal çerçevesi ve etkinliğini incelemektir. G-BDT'nin etkinliğini sunmak amacı ile, Pubmed, Ebscohost, Google Akademik veri tabanlarından son 20 yılda, "bulimiya nervozada geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi", "geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi", "enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia", "enhanced cognitive behavioral therapy" anahtar kelimeleri ile BN tedavisinde G-BDT'nin yüz yüze kullanıldığı etkinlik makaleleri derlenmiştir. Yapılan aramada 18,905 çalışmaya ulaşılmış olup inceleme ve dışlama kriterleri ile 23 makale derleme kapsamına alınmıştır. Erişilen çalışmaların, yalnızca G-BDT kullanılanlar, G-BDT'nin farklı biçimlerini karşılaştıranlar, G-BDT ve BDT'yi karşılaştıranlar, G-BDT ile BDT dışındaki psikoterapileri karşılaştıranlar olmak üzere dört ana başlık altında toplandığı gözlenmiştir. Bu çalışmalarda G-BDT'nin BN vakalarında BN, depresyon ve anksiyete belirtileri ile stres ve yaşam kalitesi düzeyi gibi sonuç ölçümleri üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Farklı terapilerle karşılaştırıldığına ise G-BDT ile daha hızlı olumlu sonuçlar alındığı görülmekle birlikte uzun vadede bu avantaj azalmaktadır. Bu bulgular güncel tanı üstü bir yaklaşım olan G-BDT'nin etkinliğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, bulimiya nervozaya, bilişsel davranışçı terapi

Abstract

Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Review on Bulimia Nervosa

Positive results have been obtained for eating disorders patients with cognitive-behavioral treatment (CBT) interventions. CBT for eating disorders was first used in the treatment of bulimia nervosa (BN) patients. Subsequently, treatment strategies were expanded. However, the standard CBT was updated and took the form of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) since only about half of the patients have remitted with CBT implying the need for additional treatment mechanisms. The purpose of this review is to examine the theoretical framework and the effectiveness of CBT-E in the treatment of BN. Articles about the effectiveness of face-to-face CBT-E that are published in Pubmed, Ebscohost, and Google Scholar databases in the last 20 years were included. Keywords in the English and the Turkish languages as "enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia/bulimiya nervozada geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi", and "enhanced cognitive behavioral therapy/geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi" were searched. Twenty-three of the 18.905 studies were included in the review following the inclusion and exclusion criteria. The articles obtained were collected under four main topics: using only CBT-E, comparing different forms of CBT-E, comparing with CBT and CBT-E, and studies comparing psychotherapies other than CBT with CBT-E. In these studies, it is seen that CBT-E is effective on outcome measures such as BN, depression and anxiety symptoms, stress, and level of quality of life in BN cases. CBT-E provides positive and faster results compared to other therapies, but this advantage weakens in the long run. These results support the effectiveness of the current transdiagnostic CBT-E approach.

Keywords: Eating disorders, bulimia nervosa, cognitive behavioral therapy

Correspondence / Yazışma:
Merve Oğur, Cihangir, Siraselviler Cd.
No:71, 34433 Beyoğlu/İstanbul, Türkiye

E-mail: merve_ogur@hotmail.com,
merve.ogur@kent.edu.tr

Received / Geliş: 29 Nisan 2021
Accepted / Kabul: 29 Mayıs 2021
Online published / Çerimici yayını:
31 Mayıs 2021

©2021 JCBPR, Available online at
<http://www.jcbpr.org/>

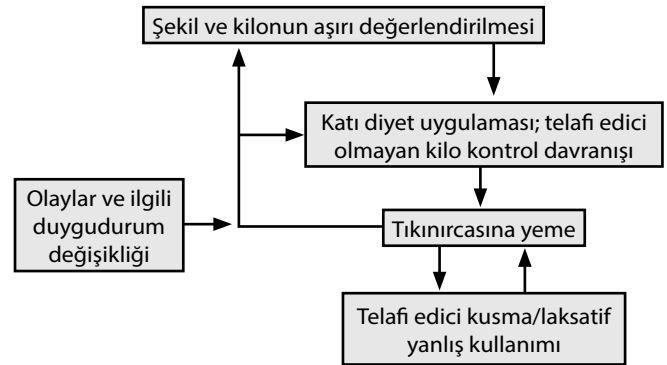
Cite this article as: Oğur, M., Taşkale, N. (2022). Yeme Bozukluklarında Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi: Bulimiya Nervozaya Üzerine Bir Gözden Geçirme. J Cogn Behav Psychother Res; 11(1),58-73. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.77511>

GİRİŞ

Bulimiya nervozanın (BN) bir belirtisi olan tıknırcasına yeme ile ilgili ilk araştırmalar üniversite öğrencileri arasında görülen *bulimareksiya* terimi ile başlamıştır (Boskind-Lodahl, 1976). Bulimiya ise ilk olarak Russell tarafından *anoreksiyanın kaygı verici bir türü ve inatçı* olarak tanımlanmıştır (Russell, 1979). Russell, bulimiyası olan yirmi sekiz kadın ve iki erkek vakayı anlattığı makalesinde vakaların temel olarak karşı konulmaz bir yeme dürtüsünü takiben kusma ya da diğer çıkarma davranışlarının yanında şişman olmaktan aşırı korku yaşadıklarını bildirmiştir. Yanı sıra vakaların neredeyse tamamının geçmişlerinde anoreksik oldukları veya çok aşırı zayıf oldukları bir dönem olduğunu belirtmiştir. Fairburn'un anlattığı dört bulimiya vakasında ise vakalarının üçünün geçmişinde anoreksiya öyküsü bulunmamakla birlikte bir tanesinin kusmaya bağlı ciddi fiziksel belirtileri olduğu bildirilmiştir (Fairburn, 1980). Böylelikle hastalığın anlaşılması konusunda önemli adımlar atılmış, bulimiyanın pek çok farklı şekilde ortaya çıkabileceği ortaya konmuştur. Tanı kriterlerinin belirlenmesinin ardından bulimiya 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) tanıs el kitabına girmiştir (APA, 1980). Hastalığın en güncel ve tanı kriterlerinin genişlemiş hali ise Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5) yer almıştır. DSM-5'e göre, BN genellikle katı bir diyetin ardından tıknırcasına yeme ve ardından bu yemeyi telafi eden davranışlarla (kusma, laksatif ve/veya diüretik kullanımı, aşırı egzersiz, kendini aç bırakma) karakterizedir (APA, 2013). Tanı için en az üç ay boyunca devam eden ve haftada en az bir kez ortaya çıkan tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışların görülmesi gerekmektedir. Tıknırcasına yeme dönemleri genellikle stres ile tetiklenmekte ve bu dönemlere kontrol kaybı eşlik etmektedir. Tıknırcasına yeme dönemlerinden sonra bireyler kendilerinden tikslenme, suçluluk ve utanç gibi duygular yaşamaktadırlar.

Yeme bozukluğu vakalarında kilo ve görünüm gibi noktaların bilişsel değerlendirmesinde temel sorunlar göze çarpmaktadır. Bilişsel değerlendirmedeki bu sorunlar belirtilere esas oluşturmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) doğası gereği bilişsel değerlendirmeler ve bu değerlendirmelerdeki değişime odaklandığından yeme bozukluğu vakalarında BDT uygulamalarının çok iyi uyum gösterdiği söylenebilmektedir (Fairburn, 2008). BN'nin tedavisinde ilk BDT formülasyonu Fairburn (1981) tarafından geliştirilmiştir. İlk BDT formülasyonu üç aşamadan oluşmaktadır (Fairburn ve Cooper, 1989). Buna göre ilk aşama, yeme davranışı üzerinde kontrol kurulması

amacı ile davranışçı teknikleri içermektedir. İkinci aşama, işlevsiz düşünceler ve inançların belirlenip değiştirilmesi için bilişsel teknikleri kapsamaktadır. Son olarak üçüncü aşamada, terapi sonlandırılırken değişimin sürdürülmesi ve tekrarın önlenmesi amaçlanmaktadır. BDT genel olarak bozukluğun ilk gelişiminden sorumlu olan süreçlerden ziyade daha yakın olan sürdürücü süreçlerle ilgilenmektedir (Cooper ve Fairburn, 2011; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Yeme bozukluğunun bilişsel davranışçı kuramının temelinde vakaların kendilerini değerlendirirken işlevsel olmayan şemaları kullanması yer almaktadır. Bu işlevsel olmayan şemalar "*Zayıf olursam başarılı olurum.*" "*Zayıf olursam daha çok sevilirim.*" gibi düşüncelerden oluşmaktadır. Yeme bozukluğunun sürmesinde rol oynayan kusma, aşırı egzersiz, laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışların nedeninin bu işlevsel olmayan şemalar olduğu düşünülmektedir (Fairburn, 2008, bkz. Şekil 1). BN'de tıknırcasına yeme ise, hastalığın sürmesinde rol oynayan önemli bir faktördür ve BDT'ye göre çoğunlukla beslenme kısıtlamasının bir ürünüdür (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Tıknırcasına yemenin ardından gelen telafi edici davranışlar ise yemeyi telafi etmeyip yeme bozukluğu kısır döngüsünün sürmesinde etkili rol oynamaktadır (Fairburn, 2013).



Şekil 1. Bulimiya nervozanın bilişsel davranışçı teorisi (Fairburn 2008).

Yapılan çalışmalarda BN için BDT'nin etkili olduğu ve tıknırcasına yeme, çıkarma sıklığı, depresyon, anksiyete, stres gibi farklı sonuç değişkenlerinde iyileşme görülmektedir (Anderson ve Maloney, 2001; Boyacıoğlu, 1996; Garner ve ark., 1993; Fairburn ve ark., 1991; Shapiro ve ark., 2007; Waller ve ark., 2014; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh ve Kraemer, 2002; Yücel, 2009). BDT ile tedavi sonunda BN vakalarının %50'sinde iyileşme gözlenmiştir. Bu oran takip ölçümünde %37'ye düşmüştür (Waller ve ark., 2018). Yine benzer bir çalışmada BN'de BDT ile tedavi sonunda tıknırcasına yeme, çıkarma sıklığında

azalma gibi iyileşmeyle ilişkilendirilen davranışlarda anlamlı derecede azalma görülmekle birlikte bu etkinin takip çalışmasında düştüğü görülmüştür (Wilson ve ark., 2002).

Bu çalışmalar birlikte ele alındığında BDT ile vakaların neredeyse yarısının uzun süreli iyileşme gösterdiği görülmektedir (Linardon ve Wade, 2018). Yine de vakaların yaklaşık yarısı ise uzun süreli iyileşme göstermemektedir. Bu durum neden bazı vakalar iyileşme gösteriyorken diğerleri göstermiyor sorusunu akıllara getirmiş ve araştırmacıları terapi yöntemlerini geliştirmeye yönlendirmiştir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bu süreçte tedavi için ek mekanizmaların gerekebileceği düşünülerek BDT geliştirilmiş ve geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) şeklinde güncel bir hal almıştır. Pek çok farklı klinik deneyim ve gözlemleri içinde bulunduran bu yeni yaklaşım alt türünden bağımsız olarak yeme bozukluğuna odaklanmaktadır. G-BDT ile anoreksiya nervoza (AN), BN ve tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluklarının (TABYB) temelinde aynı sorunu paylaştıklarını, bu temelin ise *kilo, beden şekli ve bunların kontrolünün aşırı değerlendirilmesi* olduğu belirtilmiştir. Bu durum yeme bozuklukları arasında çok yaygın olan tanılar arası geçişi açıklayan önemli bir yaklaşım olarak görülmektedir (Cooper ve Fairburn, 2010; Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003; Murphy, Straebl, Cooper ve Fairburn, 2010).

Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT)

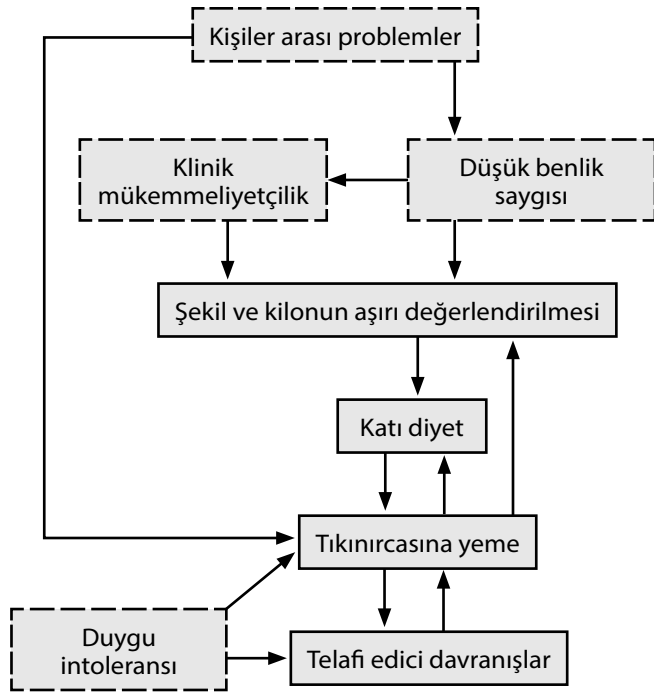
G-BDT temellerini BDT ilkelerinden almaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bununla birlikte BDT'den ayrıldığı noktalar bulunmaktadır. Örneğin, G-BDT, BDT'nin kullandığı bilişsel yeniden yapılandırma, sokratik sorgulama gibi teknikleri; otomatik düşünceler, şemalar gibi terimleri kullanmamaktadır. Bunun yerine bilişsel değişime ulaşmak için vakaların davranış değişimlerinin etkili olduğunu ve tedavinin geri kalanının bu değişimin üzerine inşa edilmesi gerektiğini savunmaktadır (Fairburn, 2008). G-BDT, yeme bozukluğunun ilk gelişiminden çok onu sürdüren süreçlere odaklanmakla birlikte değişimin önünde engel oluşturabilecek yeme bozukluğundaki dışsal faktörleri de göz ardı etmemektedir. Kişilerarası problemler, duygu intoleransı, düşük özgüven, klinik mükemmeliyetçilik ek mekanizmaları ele alınarak vakaların daha büyük bir kısmının tedaviye yanıt verebileceği düşünülmektedir. G-BDT'nin temel yöntemi ise vakada bozukluğu devam ettiren süreçlerin bir

formülasyonunu oluşturmak ve tedavi hedeflerini belirleyen bu formülasyonu kullanmaktır.

G-BDT yaklaşımının bir diğer önemli katkısı ise yeme bozukluklarına tanı üstü bir bakış açısı sağlaması, bu bozuklukların farklılıklarından ziyade benzerliklerine odaklanması ve temelde aynı sorunu paylaşmasına dikkat çekmesidir. G-BDT kullanılarak yürütülen çalışmalarda tedavi sonuçlarının yeme bozukluğu tanısına göre değişiklik göstermemesi, farklı tanılarda benzer oranlarda önemli ilerlemeler görülmesi tanı üstü yaklaşımı desteklemektedir (örn. Dalle Grave ve ark., 2015; Fairburn ve ark., 2009; Knott, Woodward, Hoefkens ve Limbert, 2015; La Mela ve ark., 2013). Sonuçta, yeni ve tanı üstü bir yaklaşım olan G-BDT yaklaşımı BDT formülasyonuna eklemeler yapılarak geliştirilmiştir (Fairburn, 2008). Böylelikle BDT'nin temel ilkelerini kullanan ve vakaların ancak yarısının tam olarak iyileşmesini sağlayan uygulamalar yeni bir bakış açısı ile değerlendirilmiştir (Cooper ve Fairburn, 2011).

Yeme bozukluğu tanıları arasındaki farklılıklardan ortaklıklara vurgu yaparak tanı üstü bakış açısını sunan ve hızlı değişimin önemine vurgu yapan G-BDT dört aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama vakayı sürece adapte etmek, kişisel formülasyon oluşturmak amacı taşır ve seanslar haftada iki kez gerçekleştirilmektedir. Seans içi tartılma ve düzenli yeme davranışlarını oluşturmak, hastalığın doğası ile ilgili psikoeğitim sağlamak birinci aşama için büyük önem taşımaktadır. Diğer tüm süreçler bu ilk aşamanın üzerine inşa edilmektedir. İkinci aşamada, süreci gözden geçirme ve değişimin önündeki engelleri belirlemekte; üçüncü aşama, bozukluğu sürdüren ana mekanizmaları ele almakta ve dördüncü aşama ise değişimin sürdürülmesine ve tekrar riskini en aza indirmeye odaklanmaktadır (Cooper ve Fairburn, 2011).

G-BDT'nin iki biçimi bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan odaklanmış biçimi yeme bozukluğunun temelindeki sorunu, duygu intoleransını ele almakta ve varsayılan olarak kabul edilmektedir. G-BDT'nin ikinci biçimi ise, sorunu sürdüren yeme bozukluğu haricindeki dışsal mekanizmaları da içeren 'geniş' biçimdir (bkz. Şekil 2). Geniş biçim, klinik mükemmeliyetçilik, kişilerarası problemler ve düşük benlik saygısı ek mekanizmalarını ele almaktadır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Geniş biçimde, iyi ilerleme gösteremeyen vakalarda hastalığı sürdüren süreçlerin potansiyel rolünün değerlendirilmesi ve bu süreçlerin tedavide ele alınması amaçlanmaktadır (Agras, 2019).



Şekil 2. G-BDT'nin 'geniş' versiyonunda yeme bozukluğunu sürdüren süreçlerin modeli (Fairburn ve ark. 2003).

Not: Düz çizgiler 'odaklanmış' formülasyonu, kesikli çizgiler 'geniş' G-BDT formülasyonuna eklenen ek mekanizmaları göstermektedir.

G-BDT, zaman sınırlı ve bireysel tedaviye uygun olarak formüle edilmiştir. Bunun en önemli avantajları, belli bir süre içinde terapistin de vakanın da tedavi için zihnini yoğunlaştırması, sıkı çalışmasını teşvik etmesi, tedavinin sonunun belirsiz olmasının getireceği olumsuzluklara karşı koruyucu olması olarak gösterilmektedir (Cooper ve Fairburn, 2010). Bireysel olarak tasarlanmış olmasının yanı sıra BDT'nin etkili olduğu gibi (Chen ve ark., 2003; Jones ve Clausen, 2013; Lee ve Rush, 1986) G-BDT'nin de grup formatına uygun bir çerçeve sunduğu düşünülerek yürütülen randomize kontrollü ilk çalışmada hem yeme bozukluğunda hem de kişilerarası problemler, duygu intoleransı, düşük özgüven, klinik mükemmeliyetçilik ek mekanizmalarında olumlu yönde önemli ilerlemeler görülmüştür (Wade, Byrne ve Allen, 2017).

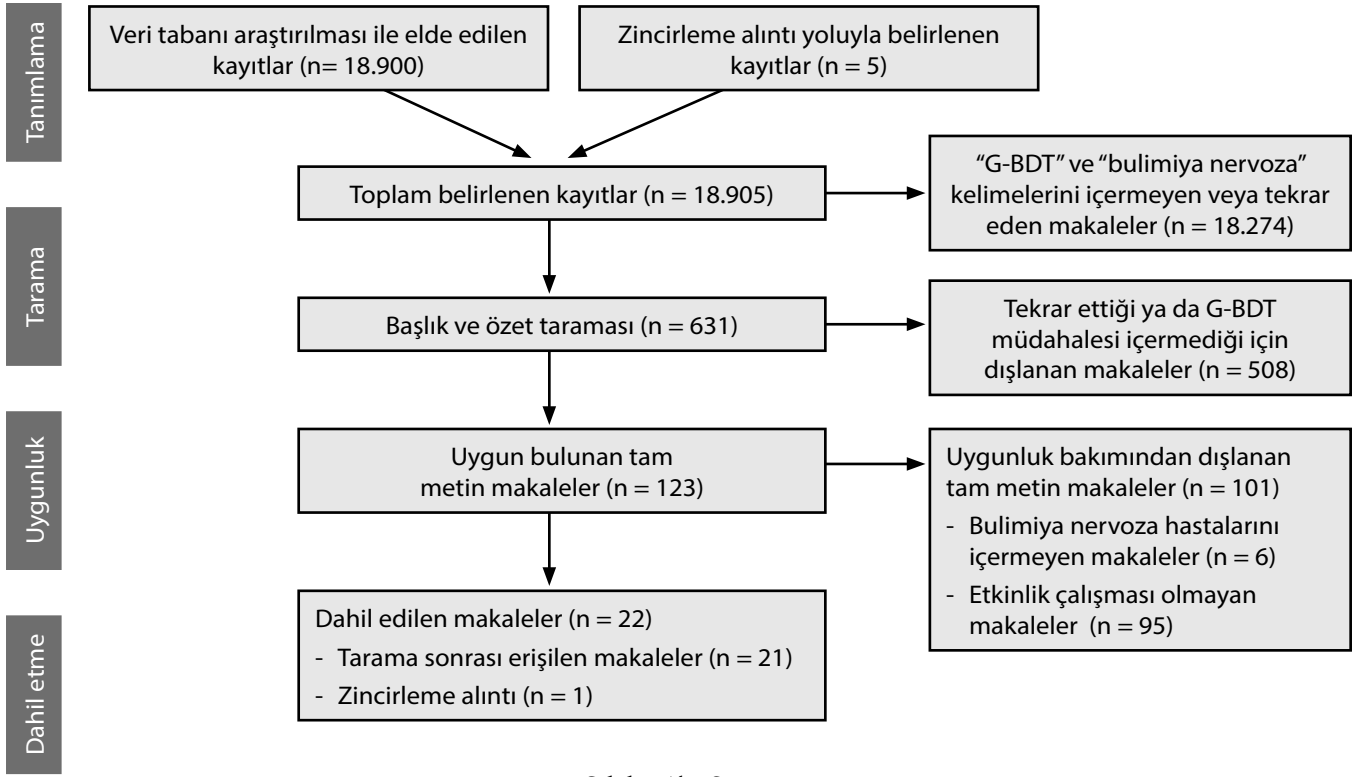
G-BDT'nin süresi, belirgin derecede düşük kilolu olmayan vakalar için (Beden Kitle İndeksi (BKİ) >17,5) 20 seans olarak planlanmıştır. Bu kilonun altındaki vakalar için ise tedavinin düzenlenmesi ve tedavi süresinin uzatılması (40 seans) gerekmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Yanı sıra ergenler için G-BDT formatı ise yetişkinlerle yürütülen ile aynıdır ancak genel olarak ailelerin

tedaviye en başından itibaren katılım göstermesi önerilmektedir (Fairburn, 2008).

G-BDT'nin etkinliği farklı randomize kontrollü çalışmalarla ile incelenmiştir. Örneğin, Fairburn ve arkadaşları tarafından (2009) 149 BN ve TABYB vakası ile yürütülen çalışmada tedavi sonunda BN'lerin %52,7'si, TABYB'lerin %53,3'ünde yeme bozukluğu davranışları açısından olumlu ilerlemeler görülmüştür. Bu ilerlemelerin 60 hafta sonra da gözlenmesi G-BDT'nin tedavi kazanımlarının uzun süreli olduğunu göstermektedir. Bu çalışma bulguları farklı randomize kontrollü çalışmalarla da desteklenmiştir (Fairburn ve ark., 2015; Knott ve ark., 2015; Ohara ve ark., 2020; Thompson-Brenner ve ark., 2016).

G-BDT tedaviye iyi başlamanın ve değişimi hızlı sağlamanın önemine vurgu yapmaktadır (Cooper ve Fairburn, 2010; Fairburn, 2008). Bunu destekler şekilde G-BDT kullanılarak yürütülen çalışmada tedaviye hızlı yanıt vermenin olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Raykos, Watson, Fursland, Byrne ve Nathan, 2013). Tedaviye iyi başlamak danışan ve terapist arasında iyi kurulmuş bir ilişki ile mümkün olacaktır. Bu durum G-BDT'nin de vurguladığı terapötik ittakın göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir (Fairburn, 2008). G-BDT'de terapötik ittifakın incelendiği çalışmalarda ittifak tedavi boyunca güçlü bulunmuştur (Accurso ve ark., 2015; Raykos ve ark., 2014).

Bahsi geçen kuramsal gelişmeler yeme bozukluklarında yeni bir tedavi olan G-BDT'nin yeme bozukluğu vakalarında etkili bir tedavi yöntemi olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu konuda klinik çalışmalar literatürde yeni yeni ortaya çıkmaktadır. Ancak ülkemizde G-BDT uygulanan herhangi bir müdahale çalışması bulunmamaktadır. Ayrıca, uluslararası literatürdeki mevcut gözden geçirme çalışmalarında da G-BDT'nin sonuç değişkenleri üzerindeki etkinliği esas alınmış, diğer terapi yöntemleri ile karşılaştırılması geri planda kalmıştır (Atwood ve Friedman, 2019; Dahlenburg, Gleaves ve Hutchinson, 2019; Dalle Grave, Conti, Sartirana, Sermattei ve Calugi, 2021; de Jong, Schoorl ve Hoek, 2018; Groff, 2015). Ayrıca, daha önce de belirtildiği üzere, yeme bozukluklarında tanılar arası geçiş yüksek olduğundan farklı yeme bozukluğu türlerine kesitsel bir bakış açısıyla ayrı ayrı odaklanarak yapılan çıkarımlar G-BDT perspektifinden boylamsal bir bakış açısıyla örtüşmemektedir. Bu nedenle bu çalışmada, tüm yeme bozuklukları yerine yaygınlık oranları diğer yeme bozukluğu türlerine görece daha yüksek ve artış trendinde



Şekil 3. Akış Şeması

olan BN vakalarına odaklanılmıştır (Dahlgren, Wisting ve Rø, 2017; Hoek ve van Hoeken, 2003). Dolayısıyla bu gözden geçirme çalışması ile literatürdeki BN vakaları ile gerçekleştirilen G-BDT müdahalelerinin karşılaştırmacı bir bakış açısıyla derlenmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Çalışmada BN vakalarında G-BDT'nin etkinliğini incelemek amacıyla, Pubmed, Ebscohost, Google Akademik veri tabanlarından "bulimiya nervozada geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi", "geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi" "enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia", "enhanced cognitive behavioral therapy" anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Güncel bir yaklaşım olan G-BDT üzerine son on yıldır yoğun olarak çalışıldığından arama süresi daha geniş tutularak Ocak 2000 ve Eylül 2020 olarak belirlenmiştir. Erişilen toplam 18,905 çalışmadan tezler, vaka çalışmaları, tekrar eden makaleler ve konuya uygun olmayan makaleler elenmiştir. Elde edilen çalışmaların özet ve içerikleri incelenerek toplamda 23 makaleye ulaşılmıştır (bkz. Şekil 3). Çalışmada işleme kriterleri, makalelerin BN vakaları ile müdahalenin yüz yüze yürütülmesi olması ve G-BDT içermesi olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Derleme kapsamında erişilen çalışmalar yalnızca G-BDT uygulanan ($N=11$), G-BDT'nin farklı biçimlerini karşılaştıran ($N=2$), G-BDT ve BDT'yi karşılaştıran ($N=2$), G-BDT ile BDT dışındaki psikoterapileri karşılaştıran ($N=8$) çalışmalar olarak belirlenmiştir. Derlemeye dahil edilen tüm çalışmalar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Yalnızca G-BDT Uygulanan Çalışmalar

Yalnızca G-BDT kullanılarak yürütülen randomize kontrollü iki çalışmada yeme bozukluğu belirtileri, depresyon ve anksiyete gibi sonuç ölçümleri açısından anlamlı ve olumlu yönde ilerlemeler görülmektedir (Knott ve ark., 2015; Ohara ve ark., 2020). Ohara ve ark.'nın yürüttüğü çalışmada bu ilerlemeler takip ölçümlerinde de gözlenmiştir.

Randomize kontrollü olmayan çalışmalarda, tedaviye hızlı yanıtın G-BDT'de remisyon üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Raykos ve ark., 2013; Thompson-Brenner, Shingleton, Sauer-Zavala, Richards ve Pratt, 2015). Bu çalışmalarda ayrıca G-BDT ile yeme bozukluğu belirtilerinde, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olumsuz duygudurumda olumlu ilerlemeler görülmüştür.

Tablo 1: Gözden geçirmeye dahil edilen çalışmaların özetlenmesi

Çalışma	Müdahale (Süresi)	Araştırma Deseni	Örneklem özellikleri ve tanı	Değişkenler	Sonuçlar
Yalnızca G-BDT uygulanan çalışmalar					
Byrne ve ark., 2011 (Batı Avustralya)	G-BDT (BKİ >18,5 olan hastalar için 20; BKİ <18,5 olan hastalar için 40 seans)	Boylamsal desen	17 yaşından büyük 122 K 3 E (BKİ ≥14) 40 BN, 34 AN, 51 TABYB (Tedaviyi tamamlayan 24 BN, 12 AN, 30 TABYB)	YB belirtileri YB şiddeti Duygu intoleransı Klinik mükemmeliyetçilik Kişilerarası problemler Benlik saygısı Depresyon Anksiyete Stres Yaşam kalitesi	- Tedavi sonucunda, duygu intoleransı dışındaki sonuç ölçümlerinde önemli ilerlemeler görülmüştür. - Tedaviyi tamamlayan AN'lerde %50, BN'lerde %66,7, TABYB'lerde %73,3 oranında kısmi ve tam remisyon gözlenmiştir. - Tedavi için uzun bekleme süresi tedaviyi bırakma ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.
Watson ve ark., 2012 (Batı Avustralya)	G-BDT (BKİ >18,5 olan hastalar için 20; BKİ <18,5 olan hastalar için 40-50 seans)	Boylamsal desen	16 yaşından büyük vakalar (BKİ ≥14) 87 BN, 34 AN, 75 TABYB (Tedaviyi tamamlayan 57 BN, 11 AN, 42 TABYB)	YB belirtileri Yaşam kalitesi Depresyon Anksiyete Benlik saygısı	- Tedavi sonrasında sonuç ölçümleri açısından önemli ilerlemeler görülmüştür. - Tedavi sonrasında tedaviyi tamamlayanların %85'i yaşam kalitesi, %92'si YB açısından normal sınırlara girmiştir.
La Mela ve ark., 2013 (İtalya)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen Öncesi-Sonrası ve Takip (4 hafta) ölçümü	18 yaşından büyük 61 K (BKİ >17,5) 21 BN, 18 AN, 18 TABYB (Tedaviyi tamamlayan 15 BN, 12 AN, 13 TABYB)	Pozitif sonuç: DSM IV'e göre YB kriterlerinin karşılanmaması (Remisyon) Negatif sonuç: DSM IV'e göre YB kriterlerinin karşılanması ya da tedaviyi bırakma Dissosiyatif deneyimler Benlik saygısı	- BN, AN ve TABYB vakalarının tümünde benzer pozitif sonuçlar gözlenmiştir. - Tedaviyi tamamlayanların %42,2'si remisyona girmiştir. - YB dissosiyasyon ile ilişkili bulunmuştur. - Negatif sonuçlar daha yüksek YB ile ilişkili bulunmakla birlikte tıknırcasına yeme sıklığı ile ilişkili bulunmamıştır. - Düşük benlik saygısı ve dissosiyasyon negatif sonuçlarla ilişki göstermiştir.
Raykos ve ark., 2013 (Batı Avustralya)	G-BDT (BKİ >18,5 olan hastalar için 20; BKİ <18,5 olan hastalar için 40 seans)	Boylamsal desen	16-56 yaş arasında 103 K, 2 E (BKİ >14) Tedaviye hızlı yanıt veren 20 BN, 4 AN, 12 TABYB Tedaviye hızlı yanıt vermeyen 30 BN, 13 AN, 26 TABYB	YB belirtileri Anksiyete Depresyon	- Tedaviye hızlı yanıt verenler tedavi sonrasında YB açısından daha iyi gelişme göstermiştir. - Tedaviye hızlı yanıt verenlerin tam remisyona girme olasılıklarının daha yüksek ve ihtiyaç duydukları tedavi seansı sayısının daha düşük olduğu görülmüştür. - Tedavi sonunda iki grup arasında anksiyete ve depresyon semptomları açısından bir farklılık bulunmamıştır.
Knott ve ark., 2015 (İngiltere)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma)	18-65 yaş arasında 264 K, 8 E (BKİ >17,5) (Tedaviyi tamamlayan 135 BN ve TABYB)	YB belirtileri Anksiyete Depresyon	- G-BDT ile sonuç ölçümlerinde önemli ilerlemeler ortaya konmuştur. - Tedaviyi tamamlayanlar, daha yüksek anksiyete skorları göstermiştir.
Raykos ve ark., 2014 (Batı Avustralya)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen	16 yaşından büyük 92 BN ve 20 ABN (BKİ >17,5)	YB belirtileri Anksiyete Depresyon Kişilerarası problemler Terapötik ittifak	- G-BDT boyunca terapötik ittifak güçlü bulunmuştur. - Sonucun en önemli yordayıcısı, erken semptom değişikliğidir.
Dalle Grave ve ark., 2015 (İtalya)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen (Kohort çalışması)	13-19 yaş arasında 66 K, 2 E (BKİ >18,5) 20 BN, 14 TYB, 34 TABYB	YB belirtileri Psikiyatrik belirtiler (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm)	- Tedavi sonunda düşük kilolu olmayan ergen hastalar için sonuç ölçümleri açısından olumlu yönde ilerlemeler görülmüştür.

Tablo 1 devamı: Gözden geçirmeye dahil edilen çalışmaların özetlenmesi

Çalışma	Müdahale (Süresi)	Araştırma Deseni	Örneklem özellikleri ve tanı	Değişkenler	Sonuçlar
Yalnızca G-BDT uygulanan çalışmalar					
Onslow ve ark., 2016 (İngiltere)	G-BDT (14–29 seans)	Boylamsal desen (Retrospektif çalışma) Öncesi-Sonrası ve Takip (2 yıl) Ölçümü	26–55 yaş arasında 8 BN	YB belirtileri	<ul style="list-style-type: none"> Görüşmeler sonucunda, “tedavi öncesi hastalık deneyimi”, “tedavinin değerli yönleri”, “tedavinin zorlayıcı yönleri”, “değişikliklere değer verme ve sürdürme” olmak üzere dört tema elde edilmiştir. Son test ve 2 yıl sonraki takip görüşmesindeki değerlendirmelerde G-BDT ile sonuç ölçümlerinde önemli ilerlemeler sağladığı görülmüştür. Terapistin özellikle son birkaç yıldır yalnızca YB üzerinde uzmanlaşan klinik psikolog olması vaka ile kurduğu empati düzeyini arttırmıştır.
Thompson-Brenner ve ark., 2015 (ABD)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen Öncesi-Sonrası ve Takip (6 ay) Ölçümü	18–65 yaş arasında 43 kadın (BKİ >17,5) BN	YB belirtileri BN’de davranışsal semptomlar (objektif tıknırcasına yeme, kusma, laksatif kullanımı gibi çıkarma davranışı vs.) Bilişsel YB semptomları (beden memnuniyetsizliği vs.) Depresyon	<ul style="list-style-type: none"> Hem çıkarma hem de olumsuz duygudurumdaki olumlu değişim remisyonu anlamlı derecede öngörmüştür. Çıkarma sıklığı ve depresyonda 4. haftadan (8. seans) önce görülen değişim BN remisyonunun pozitif yordayıcısı. 4. haftada BN’de davranışsal semptomlar (%82,1) ve depresyon (%51,2) açısından vakaların %44,2’si remisyona girerken; YB’nin bilişsel semptomlarında daha düşük oranda (%12,4) iyileşme gözlenmiştir. BN’nin BDT’inde tedaviye hızlı yanıtın remisyonun yordayıcısı.
Signorini ve ark., 2017 (Avustralya)	G-BDT (20–40 seans)	Boylamsal desen Öncesi-Sonrası ve Takip (5 ay) Ölçümü	18–52 yaş arasında 114 kadın (BKİ ≥16) 39 BN, 22 AN, 45 TABYB (Not: 2 vaka dışlanmış)	YB belirtileri Genel psikopatoloji YB’ye bağlı psikososyal bozulma Depresyon Anksiyete Stres	<ul style="list-style-type: none"> Sonuç ölçümleri açısından tedavi sonunda ve 20 haftalık takip ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı ilerlemeler görülmüştür. Başlangıçtaki psikososyal ve çevresel sorunların varlığı tedaviyi bırakmayı öngörmüştür.
Ohara ve ark., 2020 (Japonya)	G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi–Sırası (20 haftalık sürecin 6. Haftası), Sonrası ve Takip (40 ve 80 hafta) Ölçümü	18 yaşından büyük 140 yetişkin (40>BKİ >17,5) G-BDT grubu: 70 BN, normal tedaviye devam eden grup: 70 BN	YB belirtileri YB’de davranışsal semptomlar (tıknırcasına yemeyi uygunsuz telafi edici davranışlar) YB’de bilişsel semptomlar (kendini değerlendirirken kilo ve şekli aşırı önem verme) Anksiyete Depresyon Psikiyatrik belirtiler (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm) Aile işlevselliği Tedavi memnuniyeti	<ul style="list-style-type: none"> G-BDT alan BN’li hastalar normal tedaviye devam edenlerden sonuç ölçümleri açısından daha iyi ilerleme göstermişlerdir.
G-BDT’nin farklı formlarını karşılaştıran çalışmalar					
Fairburn ve ark., 2009 (İngiltere)	Odaklanmış G-BDT veya Geniş G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi, Sonrası ve Takip (60 hafta) Ölçümü	147 K, 7 E (Not: 5 kişi dışlanmış) (BKİ ≥17,5) 57 BN, 92 TABYB Odaklanmış G-BDT grubu: 53, geniş G-BDT grubu: 50, bekleme listesi grubu: 51	YB belirtileri Genel psikiyatrik özellikler (somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm) Tedaviye uygunluk ve tedavi beklentisi Ek mekanizmaların (klinik mükemmeliyetçilik, duygu intoleransı, kişilerarası problemler, düşük benlik saygısı) şiddeti	<ul style="list-style-type: none"> YB özellikleri açısından 20 hafta sonunda BN’lerin %52,7’si, TABYB’lerin %53,3’ü toplum örnekleminin 1 standart sapma altında kalmıştır. Bu durum 60 hafta sonra ise sırayla %61,4 ve %45,7 olarak bulunmuştur. Bekleme listesi grubunda semptom şiddeti değişmemiştir. Tedavi sonuçları tanıya bağlı (BN veya TABYB) değişiklik göstermemiştir. Ek mekanizmaların bulunduğu hastalar geniş G-BDT’ye daha iyi yanıt vermiştir.

Tablo 1 devamı: Gözden geçirmeye dahil edilen çalışmaların özetlenmesi					
<i>Çalışma</i>	<i>Müdahale (Süresi)</i>	<i>Araştırma Deseni</i>	<i>Örneklem özellikleri ve tanı</i>	<i>Değişkenler</i>	<i>Sonuçlar</i>
G-BDT'nin farklı formlarını karşılaştıran çalışmalar					
Thompson-Brenner ve ark., 2016 (İngiltere)	Odaklanmış G-BDT ve Geniş G-BDT (20 seans)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi, Sonrası ve Takip (6 ay) Ölçümü	18–65 yaş arasında 50 K BN Odaklanmış G-BDT grubu: 25, geniş G-BDT grubu: 25	YB belirtileri Duygu intoleransı Kişilerarası problemler	- Tedavi sonunda hastaların %42'sinde tıknırcasına yeme ve çıkarma bakımından remisyon gözlenmiş ve takip ölçümlerinde bu etki sürmüştür. - BN'ye daha ağır borderline kişilik bozukluğu eşlik ettiğinde geniş versiyonu, daha hafif semptomlar eşlik ettiğinde odaklanmış versiyonunun daha etkili olduğu görülmüştür.
G-BDT ve BDT karşılaştıran çalışmalar					
Lampard ve ark., 2011 (Batı Avustralya)	BDT veya G-BDT	Kesitsel desen (Yapısal Eşitlik Modellemesi)	162 K (BKİ >17,5) 129 BN, 33 ABN	YB belirtileri Benlik saygısı Duygu intoleransı Kişilerarası problemler Klinik mükemmeliyetçilik	- İki model de yapısal eşitlik modelinde iyi uyum istatistikleri göstermiştir. - Geliştirilmiş model diyet kısıtlaması ve tıknırcasına yeme için daha fazla varyans açıklamıştır.
Dakanalis ve ark., 2015 (İtalya)	BDT veya G-BDT	Kesitsel desen (Yapısal Eşitlik Modellemesi)	68 E, 611 K 281 BN, 195 TYB, 203 TABYB	YB belirtileri Depresyon Duygu intoleransı Benlik saygısı Kişilerarası problemler Klinik mükemmeliyetçilik	- İki model de yapısal eşitlik modelinde iyi uyum istatistikleri göstermiştir. - Geliştirilmiş modelin YB davranışları açısından daha fazla varyans açıkladığı görülmüştür.
G-BDT ile BDT dışındaki psikoterapileri karşılaştıran çalışmalar.					
Allen ve ark., 2012 (Batı Avustralya)	G-BDT + motivasyon odaklı terapi(G-BDT seanslarından önce +4 motivasyon odaklı seans) veya G-BDT (BKİ >18,5 olan hastalar için 20; BKİ <18,5 olan hastalar için 40 seans)	Boylamsal desen	16 yaşından büyük vakalar G-BDT grubu: 13 BN, 12 AN, 18 TABYB G-BDT+MOT grubu: 18 BN, 9 AN, 25 TABYB	YB belirtileri Değişime hazır olma Depresyon Anksiyete Stres Benlik saygısı	- İki grup arasında tedaviyi bırakma açısından fark yoktur. - İki grupta da YB semptomlarında azalma görülmüştür. - İki grupta da sonuç ölçümleri açısından farklılık bulunmamıştır.
Berg 2014 (ABD)	G-BDT(5 ay) veya PP(2 yıl)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) G-BDT: Öncesi, Sonrası ve Takip (19 ay) Ölçümü PP: Öncesi, Sırası (5. Ay) ve Sonrası Ölçümü	18 yaşından büyük vakalar G-BDT grubu: 36 BN, PP grubu: 34 BN	YB belirtileri	- BN hastalarında G-BDT, PP'den anlamlı derecede daha etkili bulunmakla birlikte G-BDT'nin etkisi çok daha hızlı gözlenmiştir.
Poulsen ve ark., 2014 (Danimarka)	G-BDT(5 ay) veya PP(2 yıl)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) G-BDT: Öncesi, Sonrası ve Takip (19 ay) Ölçümü PP: Öncesi, Sırası (5. Ay) ve Sonrası Ölçümü	69 K, 1 E G-BDT grubu: 36 BN, PP grubu: 34 BN	YB belirtileri Genel psikiyatrik özellikler Depresyon Anksiyete Kişilik bozuklukları	- Beş ay sonunda G-BDT alan hastaların %42'si ve PP alan hastaların %6'sında tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışları görülmemiştir. - İki yıl sonunda G-BDT alan hastaların %44'ü ve PP alan hastaların %15'i tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarının sona erdiğini bildirmişlerdir. - G-BDT ile daha hızlı sonuç alınmıştır.
Wonderlich ve ark., 2014 (ABD)	BBDT veya G-BDT	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi, Sonrası ve Takip (4 ay) Ölçümü	72 K, 8 E (BKİ >18) G-BDT grubu: 40 BN, BBDT grubu: 40 BN	YB belirtileri YB şiddeti Duygu düzenleme Depresyon Anksiyete Benlik saygısı Kendine yönelik inanç	- İki terapi de tüm sonuç ölçümleri açısından önemli ilerleme ortaya koymuştur. - Sonuçlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 1 devamı: Gözden geçirmeye dahil edilen çalışmaların özetlenmesi

Çalışma	Müdahale (Süresi)	Araştırma Deseni	Örneklem özellikleri ve tanı	Değişkenler	Sonuçlar
G-BDT ile BDT dışındaki psikoterapileri karşılaştıran çalışmalar.					
Accurso ve ark., 2015 (ABD)	BBDT veya G-BDT	Boylamsal desen (Randomize klinik çalışma) Öncesi, Sırası (Tüm seanslar), Sonrası ve Takip (32 hafta) Ölçümü	72 K, 8 E (BKİ >18) BN	YB belirtileri Depresyon Anksiyete Duygu düzenleme Kişilik bozukluğu Terapötik ittifak	<ul style="list-style-type: none"> - İki tedavi grubunda da güçlü terapötik ittifak gözlenmiştir. - Tedaviden bağımsız olarak daha büyük terapötik ittifak bulimik semptomlarda daha fazla azalma sağlarken bulimik davranışlardaki azalma güçlü ittifakı yordamıştır. - Daha yüksek seviyede depresyon, anksiyete ve duygu düzenleme güçlüğü olan hastalar G-BDT'de; daha fazla yakın ilişki problemi olan hastalar BBDT'de daha güçlü terapötik ittifak geliştirmişlerdir.
Fairburn ve ark., 2015 (İngiltere)	G-BDT veya KAP (20 seans)	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi, Sonrası ve Takip (20, 40, 60 hafta) Ölçümü	18 yaşından büyük 127 K, 3 E (40>BKİ >17,5) 53 BN, 8 TYB, 69 TABYB G-BDT grubu: 65, KAP grubu: 65	YB belirtileri ve şiddeti Psikosozyal bozulma Genel psikiyatrik özellikler Tedaviye uygunluk ve tedavi beklentisi	<ul style="list-style-type: none"> - Tedavi sonrasında G-BDT alanların %65,5'i, KAP alanların %33,3'ü remisyona girmiştir. Takip çalışmasında, KAP alanların %49'u, G-BDT alanların %69,4'ünde remisyon gözlenmiştir
Accurso ve ark., 2016 (ABD)	BBDT veya G-BDT	Boylamsal desen (Randomize klinik çalışma) Öncesi, Sonrası ve Takip (4 ay) Ölçümü	72 K, 8E BN	YB belirtileri Depresyon Anksiyete Duygu düzenleme Yakın ilişki problemleri Uyarıcı arayışı Afektif labilite Öz-tutarsızlık Kendini suçlama Kendini kontrol	<ul style="list-style-type: none"> - Tedavi sonunda diyet kısıtlaması, takip ölçümünde ise kilo ve şekil endişesi daha yüksek olan hastaların bulimik davranışlarında daha fazla azalma görülmüştür. - Yüksek depresif semptomlar gösterenlerde iyileşme oranı daha düşüktür. - Uyarıcı arayışı ve afektif labilitesi düşük hastalarda G-BDT ile bulimik davranışlarda daha fazla azalma gözlenmiştir.
Peterson ve ark., 2017 (ABD)	BBDT veya G-BDT	Boylamsal desen (Randomize kontrollü çalışma) Öncesi, Sırası (14. Seans), Sonrası ve Takip (4 ay) Ölçümü	72 K, 8 E (BKİ >17,5) BN	YB belirtileri Duygu düzenleme Öz tutarsızlık Pozitif öz-yönelimli davranış Negatif öz-yönelimli davranış	<ul style="list-style-type: none"> - Sonuç ölçümlerinde iki terapi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. - Tedavi boyunca duygu düzenleme ve öz yönetim davranışlarındaki ilerlemeler tedavi sonucundaki toplam YB skorundaki ilerlemeleri; tedavi sonundaki ilerlemeler takip ölçümlerindeki YB toplam skorlarındaki ilerlemeleri anlamlı derecede yordamıştır.
<p>ABN, atipik blumiya nevroza; AN, anoreksiya nervoza; BBDT, bütüncül bilişsel duygusal terapi; BDT, bilişsel davranışçı terapi; BKİ, beden kitle indeksi; BN, bulimiya nevroza; E, erkek; G-BDT, geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi; K, kadın; KAP, kişilerarası psikoterapi; PP, psikanalitik psikoterapi; TABYB, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu; TYB, tikinircasına yeme bozukluğu; YB, yeme bozukluğu.</p>					

Retrospektif yürütülen bir çalışmada tedavi sonunda ve takip ölçümlerinde yeme bozukluğunda G-BDT ile önemli gelişmeler gözlenmiştir (Onslow, Woodward, Hoefkens ve Waddington, 2016). Bir çalışmada ise, G-BDT ile yeme bozukluğu belirtileri, psikososyal işlevsellik, depresyon, anksiyete, stres belirtilerinde olumlu yönde anlamlı ilerlemeler görülmüştür. Çalışmadaki bir diğer bulgu, başlangıçtaki psikososyal ve çevresel sorunların varlığının tedaviyi bırakmada etkili olduğudur (Signorini, Sheffield, Rhodes, Fleming ve Ward, 2018).

G-BDT'nin uygulandığı bir başka çalışmada düşük benlik saygısı, kişilik bozuklukları ve dissosiyasyon deneyimlerinin yeme bozukluğu ile ilgili tedavi sonuçlarını öngörmedeki rolleri değerlendirilmiştir. G-BDT ile vakaların %42'si remisyona girmiştir. Düşük benlik saygısı ve dissosiyasyon ise negatif tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (La Mela ve ark., 2013).

G-BDT'de tedaviyi tamamlayanlar tamamlamayanlara göre yeme bozukluğunda anlamlı ilerlemeler

göstermişlerdir (Knott ve ark., 2015; Onslow ve ark., 2016). Tedaviyi tamamlamayanların anksiyete skorları tamamlayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Knott ve ark., 2015).

Erişilen çalışmaların çoğunda BKİ >17,5 olan vakalar örnekleme dahil edilmekle birlikte düşük kilolu vakaların yer aldığı çalışmalar da mevcuttur. G-BDT'ye ilk defa BKİ <17,5 olan vakaların dahil edildiği çalışmada tedavi sonucunda, duygu intoleransındaki iyileşme istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, klinik mükemmeliyetçilik, depresyon, anksiyete, stres, kişilerarası problemler, düşük benlik saygısı ve yaşam kalitesinde önemli ilerlemeler görülmüştür. AN'lerde %50, BN'lerde %66,7, TABYB'lerde %73,3 oranında kısmi ve tam remisyona gözlenmiştir. G-BDT, yeme bozukluklarında istatistiksel olarak anlamlı gelişmeler sağlamakta olup, tedaviye başlayan vakaların yaklaşık %40'ı, tamamlayanların üçte ikisinden fazlası için etkili bulunmuştur (Byrne, Fursland, Allen ve Watson, 2011).

G-BDT'nin etkileri daha çok yetişkinler üzerinde gösterilse de ergenler için de G-BDT'nin umut vaat edici sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür. Ergen yeme bozukluğu vakalarında tedavi sonucunda yeme bozukluğu ve psikiyatrik özellikler açısından olumlu yönde ilerlemeler olduğu görülmüştür (Dalle-Grave ve ark., 2015).

G-BDT'nin yaşam kalitesi üzerine etkileri ise Watson, Allen, Fursland, Byrne ve Nathan (2012) tarafından incelenmiştir. Sonuçta bu örneklem için G-BDT'nin yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olmuş, tedaviyi tamamlayanların yaklaşık %85'inin yaşam kalitesi skorları açısından, %92'si yeme bozukluğu belirtileri açısından normal sınırlara girmiştir (Watson ve ark., 2012). G-BDT'nin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerine dair bulgular Byrne ve arkadaşlarının (2011) çalışması ile benzer sonuçlar ortaya koymaktadır.

G-BDT boyunca terapötik ittifakın değerlendirildiği bir çalışmada ise tedavi başında, ortasında, sonunda ölçümler yapılmış ve G-BDT boyunca terapötik ittifak güçlü bulunmuştur. Ek olarak sonucu yordayan en önemli faktörün ise belirtilerdeki değişiklik olduğu görülmüştür (Raykos ve ark., 2014).

Bulgular özetlendiğinde, G-BDT kullanılarak yürütülen çalışmaların G-BDT ile pek çok farklı sonuç ölçümünde olumlu yönde önemli ilerlemeler elde edildiğini ortaya koyduğu görülmektedir.

G-BDT'nin Farklı Biçimlerini Karşılaştıran Çalışmalar

Randomize kontrollü bir çalışmada G-BDT'nin iki biçimi BN, TABYB vakalarında (BKİ $\geq 17,5$ olanlar dahil edilmiştir) tedavi sonrası ve takip ölçümleri ile karşılaştırılmıştır. 20 hafta sonunda BN'lerin %52,7'si, TABYB'lerin %53,3'ü; 60 hafta sonra BN'lerin %61,4'ü ve TABYB'lerin %45,7'si yeme bozukluğu özellikleri açısından toplum örnekleminin bir standart sapma altında kalmıştır. Bekleme listesi koşulundaki vakaların ise belirtti şiddetinde bir değişiklik gözlenmemiştir. Yanı sıra, G-BDT'nin odaklanmış biçiminin varsayılan olarak kabul edilmesi, geniş biçiminin ise daha karmaşık vakalarda tercih edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Fairburn ve ark., 2009). Yine G-BDT'nin odaklanmış ve geniş biçimi karşılaştırıldığında BN'ye görece ağır borderline kişilik bozukluğu eşlik ettiğinde geniş biçimi, görece hafif belirtiler eşlik ettiğinde odaklanmış biçiminin daha etkili olduğu görülmüştür. G-BDT'nin odaklanmış biçimi iyi sonuçlar ortaya koymasına karşın duygusal veya kişilerarası sorunların ciddiyeti tedavinin etkilerini hafifletebilmektedir (Thompson-Brenner ve ark., 2016).

Yukarıda özetlenen ve G-BDT'nin farklı biçimlerini değerlendiren çalışmalar, G-BDT'nin odaklanmış biçiminin varsayılan olarak kabul edilmesi yönünde tutarlı bulgular sunmaktadır.

G-BDT ve BDT Karşılaştıran Çalışmalar

Bilişsel Davranışçı ve Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı modeller arasında yapılan karşılaştırmalarda iki model de yapısal eşitlik modellemesinde iyi uyum istatistiklerine işaret etmektedir. Bununla beraber, geliştirilmiş modelin diyet kısıtlaması, tıknırcasına yeme ve genel olarak yeme bozukluğu davranışları açısından daha fazla varyans açıkladığı ortaya konmuştur (Dakanalis ve ark., 2015; Lampard, Byrne, McLean ve Fursland, 2011).

G-BDT ile BDT Dışındaki Psikoterapileri Karşılaştıran Çalışmalar

G-BDT ve Kişilerarası Psikoterapinin (KAP) karşılaştırıldığı bir çalışmada, tedavi sonrasında G-BDT uygulananların %65,5'i, KAP uygulananların %33,3'ü remisyona girmiştir. Takip çalışmasında, KAP uygulananların %49'u, G-BDT uygulananların %69,4'ünde remisyona gözlenmiştir (Fairburn ve ark., 2015). Sonuçta tedavi sonrasında ve takip ölçümlerinde G-BDT'nin remisyona yüzdesi KAP'tan yüksek bulunmuştur.

Randomize kontrollü bir çalışmada beş ayda 20 seanslık G-BDT uygulanan vakalar ile, iki yıl Psikanalitik Psikoterapi (PP) uygulanan yetişkin vakalar beş ay sonunda karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada G-BDT uygulanan BN vakaların %42'si, PP uygulanan vakaların %6'sı; iki yıl sonunda G-BDT uygulanan vakaların %44'ü ve PP uygulanan vakaların %15'i tıknırçasına yeme ve çıkartma davranışlarının sona erdiğini bildirmişlerdir (Poulsen ve ark., 2014). Benzer şekilde beş aylık G-BDT ile iki yıl PP uygulanan yetişkin BN vakalarında G-BDT, PP'den anlamlı derecede daha etkili bulunmakla birlikte G-BDT'nin etkisi çok daha hızlı gözlenmiştir (Berg, 2014).

G-BDT ve Bütüncül Bilişsel Duygusal Terapi (BBDT) arasında yapılan karşılaştırmalarda iki tedavide de sonuç ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı ilerlemeler görülmüş ve tedaviler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Accurso ve ark., 2015; Accurso ve ark., 2016; Peterson ve ark., 2017; Wonderlich ve ark., 2014). Terapötik ittifak açısından ise iki tedavide de ittifak güçlü bulunmakla birlikte yüksek seviyede depresyon, anksiyete ve duygu düzenleme güçlüğü yaşayan vakaların G-BDT'de; daha çok yakın ilişki problemi olan vakaların ise BBDT'de daha güçlü terapötik ittifak geliştirdiği gözlenmiştir (Accurso ve ark., 2015).

G-BDT ile G-BDT+motivasyon odaklı terapi yeme bozukluğu vakalarında tedaviyi bırakma oranı, yeme bozukluğu ve ilgili bozukluklar açısından karşılaştırılmıştır. İki grup da G-BDT protokollerini izlemekle birlikte ikinci grup ek olarak dört seans motivasyon odaklı terapi eklemiştir. Allen ve arkadaşları (2012) tanı üstü modele dayalı motivasyon odaklı terapinin G-BDT'ye eklenmesiyle tedaviyi bırakma oranlarında azalma beklemiş olsa dahi sonuçlar iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ayrıca, iki grupta da yeme bozukluğu belirtilerinde önemli ölçüde ve benzer düzeyde azalma gözlenmiştir.

Özetle, derlemeye dahil edilen çalışmalar G-BDT'nin etkinliği veya BDT ya da diğer çalışmalarla kıyaslamasına odaklanmaktadır. Tüm çalışmalarda güncel bir yaklaşım olan G-BDT, diğer terapilerden ya üstün bulunmuş ya da neredeyse yakın etkiler göstermiştir.

TARTIŞMA

Bu derleme çalışması, BN'nin tedavisinde kaynağını BDT'den alan G-BDT'nin kuramsal zeminini ve kendi başına veya başka terapilerle kıyaslandığındaki etkinliğini

mevcut çalışmalarını gözden geçirme yoluyla ortaya koymaktadır. BN tedavisinde kullanılan BDT ile vakaların yarıya yakınının remisyona girmesi ve tedavide değişime engel olabilecek ek mekanizmaların ele alınmasının gerekliliği ile BDT zamanla genişletilerek G-BDT halini almıştır. Ek mekanizmaların varlığında geleneksel BDT'ye yenilikçi bir bakış açısı sunan G-BDT farklı terapi yaklaşımlarına kıyasla daha olumlu sonuçlar ortaya koyabilmiştir. G-BDT kullanılarak yapılan çalışmalarda pek çok farklı sonuç ölçümünde, farklı terapilerle yapılan karşılaştırmalarda, farklı gruplarda önemli ilerlemeler sağlanmıştır.

G-BDT ile elde edilen olumlu sonuç çıktılarının terapi sonunda ve uzun süreli takip çalışmalarında da gözlenmesi G-BDT'nin uzun süreli etkisine, vakaların tedavi kazanımlarını sürdürdüğüne destek oluşturmaktadır (Accurso ve ark., 2015; Accurso ve ark., 2016; Berg, 2014; Fairburn ve ark., 2009; Fairburn ve ark., 2015; La Mela ve ark., 2013; Ohara ve ark., 2020; Onslow ve ark., 2016; Peterson ve ark., 2017; Poulsen ve ark., 2014; Signorini ve ark., 2017; Thompson-Brenner ve ark., 2015; Thompson-Brenner ve ark., 2016; Wonderlich ve ark., 2014). Araştırma bulgularında, G-BDT'nin farklı terapi yaklaşımlarından daha hızlı etki gösterdiği ve uzun vadede de bu etkinin korunduğu görülmektedir (Berg, 2014; Fairburn ve ark., 2015; Poulsen ve ark., 2014). Yeme bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan PP ile G-BDT arasında yapılan karşılaştırmalarda G-BDT ile daha hızlı sonuçlar alınmıştır (Berg, 2014; Poulsen ve ark., 2014). Bu durum hem maliyet hem de süre açısından G-BDT'yi tercih edilebilir kılmaktadır. G-BDT ile KAP'a göre tedavi sonunda ve takip ölçümlerinde daha yüksek remisyon oranları elde edilmiştir (Fairburn ve ark., 2015). Geliştirilmiş bilişsel davranışçı modelin temel aldığı bilişsel davranışçı modelden daha fazla varyans açıklaması ise G-BDT'nin daha kapsamlı bir model olduğu yönünde bulgular sunmaktadır (Dakanalis ve ark., 2015; Lampard ve ark., 2011). Yine G-BDT'nin daha karmaşık vakalar için de uygun oluşu, ek mekanizmaların ele alınmasına olanak sağlaması bakış açısının daha kapsamlı olduğuna işaret etmektedir (Fairburn ve ark., 2009; Thompson-Brenner ve ark., 2016). Yanı sıra G-BDT ile hem düşük kilolu olmayan vakalar (Dalle-Grave ve ark., 2015) hem de düşük kilolu vakalar (BKİ <17,5) için etkili sonuçlar ortaya konmuştur (Byrne ve ark., 2011; Raykos ve ark., 2013; Watson ve ark., 2012).

G-BDT'de BDT ve diğer psikoterapilere kıyasla elde edilen bu kazanımların BDT formülasyonunu geliştirmede başvurulan ek mekanizmalardan ileri geldiği savunulabilir.

G-BDT ile bu ek mekanizmalarda önemli iyileşmeler görülmüştür (Byrne ve ark., 2011; Dakanalis ve ark., 2015; Fairburn ve ark., 2009; Lampard ve ark., 2011). BDT yaklaşımlarında yeme bozukluğu vakalarının tedaviyi bırakma oranları incelendiğinde geleneksel BDT’de tedaviyi bırakma oranlarının G-BDT’ye göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Linardon, Hindle ve Brennan, 2018). Yine tedavi başlangıcında psikososyal ve çevresel sorunların varlığının tedaviyi bırakma oranlarını öngörmesi G-BDT’ye eklenen mekanizmaların önemini göstermektedir (Signorini ve ark., 2017).

Gözden geçirilen çalışmalar dikkate alındığında göze çarpan bir diğer sonuç ise çalışmalarda başvuru alan örneklem gruplarının bu gözden geçirme çalışmasında hedeflediği gibi yalnızca BN vakaları olmayıp farklı yeme bozukluklarını kapsamasıdır. G-BDT sadece BN için değil tüm yeme bozukluğu türleri için uygun olacak şekilde genişletilmiştir (Cooper ve Fairburn, 2010). Bu durumda tanıdan ziyade altta yatan temel sorun ön plana çıkmaktadır. Kilo, şekil ve bunların kontrolünün aşırı değerlendirilmesi AN, BN ve TABYB tanısı konulan vakaların temel sorunu olarak kabul edilmektedir (Fairburn, 2008). G-BDT ile yürütülen çalışmaların çoğu tanı üstü grupta gerçekleştirilmiştir (örn. Byrne ve ark., 2011; Knott ve ark., 2015; La Mela ve ark., 2013; Raykos ve ark., 2013; Watson ve ark., 2012). Bu çalışmalarda farklı tanılarda G-BDT ile benzer sonuçlar elde edilmesi, tanıları arasındaki temel sorunun benzerliğine ve tanı üstü teoriye destek oluşturmaktadır.

Alanyazında terapötik ittifakın tedavi sonuçlarını güçlü bir şekilde etkilediğine ilişkin bulgular mevcuttur (Leahy, 2008; Safran, Crocker, McMain ve Murray, 1990; Wright ve Davis, 1994). BDT yaklaşımlarında tedaviyi bırakma oranları incelendiğinde en yüksek bırakma oranlarının fiziksel temasın en aza indiği internet tabanlı BDT’de görülmesi G-BDT’nin de sıklıkla altını çizdiği terapötik ittifakın önemine kanıt oluşturabilmektedir (Linardon, Hindle ve Brennan, 2018). G-BDT ile yapılan çalışmalarda da terapötik ittifakın önemli olduğu görülmektedir (Accurso ve ark., 2015; Raykos ve ark., 2014). Dahası, terapötik ittifakın tedaviden bağımsız olarak etkili bulunması (Accurso ve ark., 2015) ittifakın önemine ve terapi yöntemi ötesinde bir konu olduğuna yönelik vurguyu pekiştirmektedir. Terapötik ittifakın pozitif etkisi gelecekteki çalışmalar için motivatör olmaktadır. Benzer şekilde G-BDT’de terapötik ittifakın tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Accurso ve ark., 2015; Raykos ve

ark., 2014). Ek olarak G-BDT’ye hızlı cevap veren vakaların olumlu gelişme gösterdiği görülmüştür (Raykos ve ark., 2013). Hem ittifak hem de hızlı yanıt verme tedavi motivasyonunun bileşenleri olarak düşünüldüğünde G-BDT’nin terapi etkinliği artırıcı faktörleri kapsadığı düşünülebilir. Bunu destekler şekilde G-BDT’ye eklenen motivasyon odaklı terapinin öte kazanım sağlamadığı görülmüştür (Allen ve ark., 2012).

Sonuç olarak G-BDT kullanılarak yürütülen çalışmalar görece az olmakla birlikte, yapılan çalışmalarda G-BDT’nin umut verici sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür (Atwood ve Friedman, 2019; Dahlenburg ve ark., 2019; de Jong ve ark., 2018; Groff, 2015). G-BDT ile yeme bozukluğu tanısından bağımsız olarak farklı sonuç değişkenleri bakımından BDT ve başka psikoterapi yöntemlerine kıyasla daha erken evrelerde ve etkili sonuçlar elde edilmesi G-BDT’nin tedavi mekanizmalarının önemine işaret etmektedir. G-BDT’nin pek çok farklı sonuç ölçümünde, farklı yaş gruplarında ve kültürlerde etkin olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde ise yeme bozuklukları üzerine G-BDT kullanılarak yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu derlemenin literatüre katkı sunacağı ve ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmalara ışık tutacağı ümit edilmektedir. Ayrıca, yeni bir yaklaşımı ülkemiz literatürüne tanıtmayı hedefleyen mevcut çalışmanın metaanalitik yöntemlere de başvurarak tekrarlanması elde edilen bulguların istatistikî bakımdan desteklenmesini sağlayacaktır. Dahası, bu çalışma BN hastaları üzerinde G-BDT’yi incelemekle birlikte, G-BDT’nin tanı üstü doğası gereği sonuçlarda diğer yeme bozukluklarındaki etkinliğine de değinilmiştir. İlerideki çalışmalarda G-BDT’nin tüm yeme bozukluklarını kapsayarak incelenmesi bu sonuçların genişletilmesine destek olacaktır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

- Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A., Cao, L., Crosby, R. D., Smith, T. L., ... & Peterson, C. B. (2015). Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 637-642. <https://doi.org/10.1037/ccp0000021>

- Accurso, E. C., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., ... & Peterson, C. B. (2016). Predictors and moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for adults with symptoms of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(2), 178-184. <https://doi.org/10.1037/ccp0000073>
- Agras, W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatric Clinics, 42*(2), 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- Allen, K. L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., & Byrne, S. M. (2012). Motivation-focused treatment for eating disorders: A sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorders Review, 20*(3), 232-239. <https://doi.org/10.1002/erv.1131>
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III: diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, 5. Baskı (DSM-5) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
- Anderson, D. A., & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review, 21*(7), 971-988. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00076-3](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00076-3)
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 53*(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Berg, K. C. (2014). Comparing a 5-month trial of enhanced cognitive behavioural therapy to a 24-month trial of psychoanalytic psychotherapy for the treatment of bulimia nervosa. *Evidence-based Mental Health, 17*(3), 92-93. <https://doi.org/10.1136/eb-2014-101761>
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs: Journal of Women in Culture and Society, 2*(2), 342-356. <https://doi.org/10.1086/493362>
- Boyacıoğlu, G. (1996). Yeme bozukluklarında bilişsel-davranışçı tedaviler. İçinde: *Bilişsel davranışçı terapiler*, (s. 104-125). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(4), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., . . . Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 33*(3), 241-254. <https://doi.org/10.1002/eat.10137>
- Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of "enhanced" cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(3), 394-402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*, CM Grilo, JE Mitchell (Ed), New York, Guilford Press, s. 243-270.
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating Disorders, 27*(5), 482-502. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240>
- Dahlgren, C. L., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders, 5*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Zanetti, M. A., Gaudio, S., Caccialanza, R., . . . & Clerici, M. (2015). Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic-type eating disorder diagnostic groups: a multi-centre study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 265*(8), 663-676. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0560-2>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>
- Dalle Grave, R., Conti, M., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2021). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: A systematic review of current status and future perspectives. *Italian Journal of Eating Disorders and Obesity, 3*(3), 1-11. <https://doi.org/10.32044/ijedo.2021.01>
- de Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Current Opinion in Psychiatry, 31*(6), 436-444. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000452>
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In: K Hawton, PM Salkoskis, JE Kirk. (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problem: A Practical Guide*. (pp. 277-314): Oxford: Oxford Univ. Press.
- Fairburn, C. G. (1980). Self-induced vomiting. *Journal of Psychosomatic Research, 24*(3-4), 193-197. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(80\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0022-3999(80)90041-0)
- Fairburn, C. G. (1981) A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine, 11*(4), 707-711. <https://doi.org/10.1017/s0033291700041209>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press, p. 324.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating: The proven program to learn why you binge and how you can stop* (2nd Ed.), New York: Guilford Press, p. 243.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., . . . & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 70*, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., . . . & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 311-319. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>

- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., . . . & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810290075014>
- Fairburn, C.G., Cooper Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5): 509-528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M. P. & Eagle, M. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 37-46. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.37>
- Groff, S. E. (2015). Is enhanced cognitive behavioral therapy an effective intervention in eating disorders? A review. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12(3): 272-288. <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.835756>
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Jones, A., & Clausen, L. (2013). The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: A brief report. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 560-562. <https://doi.org/10.1002/eat.22120>
- Knott, S., Woodward, D., Hoefkens, A., & Limbert, C. (2015). Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified: translation from randomized controlled trial to a clinical setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 641-654. <https://doi.org/10.1017/s1352465814000393>
- La Mela, C., Maglietta, M., Lucarelli, S., Mori, S., & Sassaroli, S. (2013). Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: The effects of self-esteem, personality disorders and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 933-942. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.024>
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 529-535. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.002>
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777. <https://doi.org/10.1017/s1352465808004852>
- Lee, N. F., & Rush, A. J. (1986). Cognitive-behavioral group therapy for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 599-615. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(198605\)5:4<599::aid-eat2260050402>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1098-108x(198605)5:4<599::aid-eat2260050402>3.0.co;2-w)
- Linardon, J., & Wade, T. (2018). How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 51(4), 287-294. <https://doi.org/10.1002/eat.22838>
- Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381-391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Ohara, C., Sekiguchi, A., Takakura, S., Endo, Y., Tamura, N., Kikuchi, H., . . . & Ando T. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for bulimia nervosa in Japan: a randomized controlled trial protocol. *BioPsychoSocial Medicine*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-0174-z>
- Onslow, L., Woodward, D., Hoefkens, T., & Waddington, L. (2016). Experiences of enhanced cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 168-178. <https://doi.org/10.1017/s135246581400068x>
- Peterson, C. B., Berg, K. C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Accurso, E. C., Ciao, A. C., . . . & Wonderlich, S. A. (2017). The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: Examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 636-647. <https://doi.org/10.1002/eat.22669>
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 109-116. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D., Byrne, S. M., Fursland, A., & Nathan, P. (2014). Therapeutic alliance in Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for bulimia nervosa: Probably necessary but definitely insufficient. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.004>
- Raykos, B. C., Watson, H. J., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. (2013). Prognostic value of rapid response to enhanced cognitive behavioral therapy in a routine clinic sample of eating disorder outpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 764-770. <https://doi.org/10.1002/eat.22169>
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>
- Safran, J. D., Crocker, P., McMains, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.154>
- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336. <https://doi.org/10.1002/eat.20372>
- Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C., & Ward, W. (2018). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E): a naturalistic study within an out-patient eating disorder service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1), 21-34. <https://doi.org/10.1017/s1352465817000352>
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Sauer-Zavala, S., Richards, L. K., & Pratt, E. M. (2015). Multiple measures of rapid response as predictors of remission in cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.004>
- Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., Richards, L. K., Pratt, E. M., & Barlow, D. H. (2016). Focused vs. Broad enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa with comorbid borderline personality: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 36-49. <https://doi.org/10.1002/eat.22468>

- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders, 50*(8), 863-872. <https://doi.org/10.1002/eat.22723>
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders, 47*(1), 13-17. <https://doi.org/10.1002/eat.22181>
- Waller, G., Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Bennetts, A., Bramwell, K., ... & Ingram, L. (2018). A 10-session cognitive-behavioral therapy (CBT-T) for eating disorders: Outcomes from a case series of nonunderweight adult patients. *International Journal of Eating Disorders, 51*(3), 262-269. <https://doi.org/10.1002/eat.22837>
- Watson, H. J., Allen, K., Fursland, A., Byrne, S. M., & Nathan, P. R. (2012). Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life? *European Eating Disorders Review, 20*(5), 393-399. <https://doi.org/10.1002/erv.2186>
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 267-274. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.2.267>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 44*(3), 543-553. <https://doi.org/10.1017/s0033291713001098>
- Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and Behavioral Practice, 1*(1), 25-45. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80085-9](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80085-9)
- Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim, 20*, 39-44. http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/7.pdf

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

INTRODUCTION

Positive results have been obtained with cognitive behavioral therapy (CBT) in cases of eating disorders. CBT perspective provides a comprehensive explanation for eating disorders with regard to the cognitive evaluation of weight, appearance, etc. which constitute the basis for the symptoms (Fairburn, 2008). CBT for eating disorders was first used in the treatment of bulimia nervosa (BN) cases, and then the therapy methods were expanded. However, since only about half of the cases have remitted with CBT, it is thought that additional mechanisms may be required for treatment. Therefore, the standard CBT has been updated as enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E).

According to CBT-E, anorexia nervosa (AN), BN, and unspecified eating disorders (UED) essentially share the same problem. This main problem is the *over-evaluation of weight, body shape, and their control*. This transdiagnostic perspective change is viewed as a crucial step since it helps to explain the transition between diagnoses, which is very common among eating disorders (Cooper & Fairburn, 2010; Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Murphy, Straebl, Cooper & Fairburn, 2010). Although CBT-E focuses on the processes that sustain the eating disorder rather than its initial development, it does not ignore the external factors in eating disorder that may pose an obstacle against change. It is assumed that a greater proportion of the cases may respond to treatment when these additional mechanisms of interpersonal problems, mood intolerance, low self-esteem, and clinical perfectionism are considered. The purpose of this review is to examine the theoretical framework and the effectiveness of CBT-E in the treatment of BN.

METHOD

Articles about the effectiveness of face-to-face CBT-E published, in Pubmed, Ebscohost, and Google Scholar databases in the last 20 years were included in this review. Keywords in the English and the Turkish languages as “enhanced cognitive behavioral therapy for bulimia/bulimiya nervozada geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi”, and “enhanced cognitive behavioral therapy/geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi” were used while searching. Theses, case studies, repetitive articles, and articles not suitable for the subject were eliminated from a total of 18.905 studies accessed, leading to a total of 23 articles to be reviewed.

RESULTS

The articles obtained were classified under four main topics: using only CBT-E ($N=11$), comparing different forms of CBT-E ($N=2$), comparing with CBT and CBT-E ($N=2$), and studies comparing psychotherapies other than CBT with CBT-E ($N=8$).

Studies revealed positive outcomes at the end of the therapy (Byrne et al., 2011; Watson et al., 2012; Raykos et al., 2013). Also, gains were continued in the long term (Accurso et al., 2015; Accurso et al., 2016; Berg, 2014; Fairburn et al., 2016; Peterson et al., 2017; Poulsen et al., 2014; Signorini et al., 2017; Thompson-Brenner et al., 2015; Thompson-Brenner et al., 2016; Wonderlich et al., 2014).

The explained variance of the studies that applied structural equation modeling was higher in CBT-E compared to the standard CBT

(Dakanalis et al., 2015; Lampard et al., 2011). Similarly, CBT-E presented higher remission rates at the end of treatment and in follow-up compared to interpersonal psychotherapy (Fairburn et al., 2015). The results revealed that CBT-E has a faster effect than other prevalent psychotherapy approaches, e.g., psychoanalytic psychotherapy and this effect is preserved in the long term (Berg, 2014; Poulsen et al., 2014). Accordingly, the authors evaluated CBT-E as preferable to other approaches in terms of its cost and time-effectiveness.

In addition, CBT-E showed effective results for both non-underweight patients (Dalle-Grave ve ark., 2015) and low-weight patients (BMI <17.5) (Byrne et al., 2011; Raykos et al., 2013; Watson et al., 2012).

DISCUSSION

The fact that CBT-E explains higher variance compared to the standard CBT supports the view that it is also suitable for more complex cases in a comprehensive manner (Dakanalis et al., 2015; Fairburn et al., 2009; Lampard et al., 2011; Thompson-Brenner et al., 2016). CBT-E was also comparable or advantageous compared to other psychotherapies in terms of treatment gains (Berg, 2014; Fairburn et al., 2015; Poulsen et al., 2014). The methods and procedures used in dealing with eating disorders have been improved and improved over the years until the suggestion of the enhanced model to obtain these positive results. The additional mechanisms of mood intolerance, clinical perfectionism, low self-esteem, and interpersonal problems have been addressed for complex case groups, in turn. Significant improvements in these additional mechanisms have been seen with CBT-E (Byrne et al., 2011; Dakanalis et al., 2015; Fairburn et al., 2009; Lampard et al., 2011).

When the cessation rates of eating disorder cases in CBT approaches were examined, it was seen that the rate of discontinuing treatment in traditional CBT was significantly higher than in CBT-E. This suggests that the new mechanisms (interpersonal problems, mood intolerance, low self-esteem, clinical perfectionism) added to CBT-E are effective in terms of treatment adherence and preserving positive results in the long run (Linardon, Hindle & Brennan, 2018). Supporting this view, additional motivational treatments to CBT-E does not seem to create further significant gains (Allen et al., 2012). Also, results revealed that the presence of psychosocial and environmental problems at the beginning of the treatment, which is addressed via additional treatment mechanisms of CBT-E, predicts the rate of discontinuation of the treatment (Signorini et al., 2017).

To sum up, although studies using CBT-E are relatively few, it has been observed that CBT-E has revealed promising results in the studies conducted (Atwood & Friedman, 2019; Dahlenburg et al., 2019; de Jong et al., 2018; Groff, 2015). CBT-E has been shown to be effective in many different outcome measures, in different age groups and cultures. However, there is no study on eating disorders using CBT-E in Turkey. It is hoped that this review will contribute to the literature and shed light on the national and international future studies.

Keywords: eating disorders, bulimia nervosa, cognitive behavioral therapy