

Bulimia Nervosa Tedavisinde Web Tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Derleme

Bilge Şen

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7286-3319>, **E-mail:** senbilge27@gmail.com

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus

Orcid : <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derlemenin temel amacı, Bulimia Nervosa tanılı bireylerde web tabanlı müdahalelerin, tele-tıp uygulamalarının ve rehberli çevrimiçi bilişsel davranışçı terapi modalitelerinin klinik etkinliğini, maliyet verimliliğini ve tedavi yanıtını öngören prediktörleri kapsamlı bir şekilde incelemektir. Araştırma kapsamında, teknoloji destekli müdahalelerin geleneksel yüz yüze terapilerle karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar ve klinik protokoller sentezlenerek; bulimik epizod frekansı, yeme bozukluğu psikopatolojisi, maliyet analizleri ve tedaviyi bırakma oranları gibi temel parametreler üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Elde edilen bulgular, web tabanlı müdahalelerin bulimik semptomları ve klinik bozulmayı kontrol gruplarına oranla anlamlı derecede azalttığını, bu klinik kazanımların bir yıllık izlem süreçlerinde dahi kalıcılığını muhafaza ettiğini ve internet tabanlı programların tıknırcasına yeme ile arınma davranışlarını durdurma oranlarında yüksek başarı sergilediğini ortaya koymaktadır. Tele-tıp uygulamalarının semptom azaltmada yüz yüze terapilerle eşdeğer klinik performans sergilediği saptanırken, ekonomik açıdan dijital modalitelerin ulaşım ve operasyonel masrafları minimize ederek sağlık sistemi üzerindeki finansal yükü hafiflettiği belirlenmiştir. Ayrıca, duygu odaklı müdahalelerin standart geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi ile benzer klinik çıktılar verdiği, tedavinin ilk dört haftasındaki hızlı yanıt seviyesinin genel iyileşmeyi öngören en güçlü prediktör olduğu ve hasta tercihlerinin tedaviyi bırakma riskini doğrudan etkilediği müşahade edilmiştir. Netice itibarıyla, teknoloji destekli müdahaleler bulimia nervosa tedavisinde klinik olarak etkili ve maliyet açısından verimli bir alternatif sunmakta olup, bu sistemlerin rutin klinik uygulamalara entegre edilmesinin tedaviye erişim bariyerlerini aşmada stratejik bir öneme sahip olduğu değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bulimia Nervosa, Web Tabanlı BDT, Tele-tıp, Maliyet-Etkinlik, Derleme.

Web-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa: Review

Abstract

The primary objective of this review is to comprehensively examine the clinical efficacy, cost-effectiveness, and predictors of treatment response for web-based interventions, telemedicine applications, and guided online Cognitive Behavioral Therapy (CBT) modalities in individuals diagnosed with Bulimia Nervosa (BN). Within the scope of the research, 10 randomized controlled trials and clinical protocols published between 2008 and 2024, comparing technology-assisted interventions with traditional face-to-face therapies, were synthesized and evaluated based on key parameters such as bulimic episode frequency, eating disorder psychopathology, cost analyses, and dropout rates. The findings indicate that web-based interventions significantly reduce bulimic symptoms and clinical impairment compared to control groups, these clinical gains are maintained even during one-year follow-up periods, and internet-based programs demonstrate high success rates in stopping bingeing and purging behaviors. While telemedicine applications were found to exhibit equivalent clinical performance to face-to-face therapies in symptom reduction, it was determined that digital modalities alleviate the financial burden on the healthcare system by minimizing travel and operational expenses. Furthermore, it was observed that emotion-focused interventions yield similar clinical outcomes to enhanced CBT (CBT-E), the level of "rapid response" within the first four weeks of treatment is the strongest predictor of overall recovery, and patient preferences directly influence the risk of treatment dropout. In conclusion, technology-assisted interventions offer a clinically effective and cost-efficient alternative in the treatment of Bulimia Nervosa, and the integration of these systems into routine clinical practice is considered to be of strategic importance in overcoming barriers to treatment accessibility.

Keywords: Bulimia Nervosa, Web-Based CBT, Telemedicine, Cost-Effectiveness, Review.

GİRİŞ

Bulimia Nervosa (BN), tıkmırcasına yeme epizodları ve bu atakları takiben gelişen disfonksiyonel telafi edici davranışlarla karakterize, bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri olan bir yeme bozukluğudur. Güncel klinik kılavuzlarda Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), BN tedavisinde altın standart müdahale yöntemi olarak tanımlanmış olsa da; uzman klinisyen yetersizliği, yüksek tedavi maliyetleri ve coğrafi kısıtlamalar gibi yapısal engeller, kanıta dayalı tedavilerin geniş kitlelere ulaştırılmasını sınırlamaktadır (Barakat vd., 2021). Bu bağlamda, geleneksel terapi bariyerlerini aşmayı hedefleyen teknoloji destekli modaliteler ve web tabanlı müdahale sistemleri, yeme bozuklukları literatüründe stratejik bir önem kazanmıştır (Hartmann vd., 2024).

Teknoloji destekli terapötik yaklaşımların etkinliği üzerine yürütülen ampirik çalışmalar, dijital platformların klinik çıktılar açısından geleneksel yüz yüze terapilere eşdeğer bir potansiyel barındırdığını belgelemektedir. Özellikle internet tabanlı BDT programlarının, tıknırcasına yeme ve arınma davranışlarını durdurma noktasında kontrol gruplarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı bir üstünlük sergilediği saptanmıştır (Fernández-Aranda vd., 2009). Benzer şekilde, tele-tıp yoluyla sunulan yapılandırılmış BDT uygulamalarının, fiziksel ortamdaki terapilerle paralel klinik iyileşme hızına sahip olduğu ve hastalar tarafından yüksek kabul edilebilirlik düzeyinde bulunduğu müşahede edilmiştir (Mitchell vd., 2008). Ayrıca, rehberli çevrimiçi müdahalelerin sağladığı terapötik kazanımların uzun vadeli izlem süreçlerinde kalıcılığını muhafaza etmesi, dijital sağlık çözümlerinin sürdürülebilir bir tedavi modeli olduğuna dair literatürdeki kanıtları güçlendirmektedir (Ruwaard vd., 2013).

Klinik etkinliğin ötesinde, tedavinin ekonomik sürdürülebilirliği ve erişilebilirliği de araştırmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Tele-tıp ve internet tabanlı yaklaşımlar, doğrudan tedavi maliyetlerinde belirgin bir varyasyon yaratmasa da; ulaşım giderlerini ve zaman maliyetini minimize ederek hem hasta hem de sağlık sistemleri üzerindeki finansal yükü kayda değer ölçüde hafifletmektedir (Crow vd., 2009; Watson vd., 2018). Öte yandan, tedavinin başarısını öngören "hızlı yanıt" (rapid response) gibi erken dönem klinik göstergelerin takibi, dijital platformların sunduğu veri izleme olanakları sayesinde daha sistematik ve hassas bir boyuta taşınmıştır (Thompson-Brenner vd., 2015). Bununla birlikte, dijital müdahalelerde karşılaşılan dropout (tedaviyi bırakma) risk faktörleri ve hastaların kişiselleştirilmiş tedavi formatı tercihleri, bu modalitelerin klinik uygulamadaki başarısını belirleyen temel değişkenler olarak öne çıkmaktadır (Watson vd., 2017). Sunulan bu derlemenin temel amacı; Bulimia Nervosa tanılı bireylerde web tabanlı, tele-tıp ve rehberli çevrimiçi müdahale yöntemlerinin klinik etkinliğini, maliyet verimliliğini ve tedavi yanıtını öngören prediktörleri güncel literatür ışığında kapsamlı bir sentezle değerlendirmektir.

Bulimia Nervosa Tanımı

Bulimia nervosa, temelde tekrarlayan tıknırcasına yeme (*binge eating*) nöbetleri ve ardından gelen uygunsuz telafi edici davranışlarla karakterize, yaşamı tehdit edebilen ciddi bir psikiyatrik beslenme ve yeme bozukluğudur. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5) tanımlandığı üzere, bu bozukluğun merkezinde bireyin normal şartlarda tüketebileceğinden çok daha fazla miktardaki yiyeceği, belirli bir zaman diliminde (örneğin iki

saat içinde) ve kontrolünü kaybetmişlik hissi eşliğinde tüketmesi yer almaktadır. Tıkınırcasına yeme nöbetini takip eden süreçte birey, aldığı yüksek kalorilerin yaratacağı kilo alımı etkisini ortadan kaldırmak amacıyla kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçları kötüye kullanma, aç kalma (oruç tutma) veya aşırı egzersiz yapma gibi disfonksiyonel telafi yollarına başvurmaktadır (APA, 2013). Bu döngünün tanısal bir değer kazanabilmesi için, söz konusu davranışların en az üç ay boyunca haftada en az bir kez gerçekleşmesi gerekmektedir. Klinik tablonun psikolojik boyutunda, bulimik bireylerin kendilerine verdikleri değer, vücut şekli ve ağırlığı tarafından aşırı düzeyde etkilenmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003). Bireyin öz-saygısı neredeyse tamamen tartıdaki sayıya ve beden algısına endekslenmiştir. Çoğu zaman anoreksiya nervozadan farklı olarak normal kiloda veya hafif kilolu olan bu hastalar, dışarıdan sağlıklı görünseler de arka planda yoğun bir suçluluk, utanç ve bedensel memnuniyetsizlik sarmalı yaşamaktadırlar. Yeme eylemi, genellikle olumsuz duygulanımlarla, stresörlerle veya kişilerarası çatışmalarla başa çıkma yöntemi olarak işlev görse de, tıknıma sonrası gelişen pişmanlık hissi telafi davranışını tetiklemekte ve bu durum kronikleşen bir kısırdöngüye (tıknıma-kusma döngüsü) dönüşmektedir (Kaye vd., 2009). Dolayısıyla bozukluk, yalnızca basit bir yeme anomalisi değil, derin bir duygu regülasyonu problemidir.

Etiyolojik açıdan bulimiya nervoza; genetik yatkınlıklar, nörobiyolojik etmenler, çocukluk çağı travmaları, düşük benlik saygısı gibi psikolojik değişkenler ve modern toplumun dayattığı "zayıflık" ideali gibi sosyokültürel baskıların karmaşık bir etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Treasure vd., 2010). Özellikle serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerdeki işlev bozukluklarının, dürtüsellik ve ödül mekanizmaları üzerindeki etkisi nedeniyle bu tablonun gelişiminde kritik rol oynadığı bilinmektedir. Tedavi sürecinde, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve farmakoterapi kombinasyonları altın standart olarak kabul edilmekte, bireyin yeme algısını ve işlevsel olmayan şemalarını yeniden yapılandırmak hedeflenmektedir.

Bulimia Nervosa Epidemiyolojisi

Bulimia nervozanın (BN) epidemiyolojik profili, bozukluğun küresel düzeydeki yaygınlığını, cinsiyetler arası dağılımını, risk altındaki yaş gruplarını ve zaman içindeki demografik eğilimlerini ortaya koyan son derece dinamik ve kapsamlı veriler sunmaktadır; nitekim dünya genelinde yapılan geniş ölçekli epidemiyolojik araştırmalar, BN'nin yaşam boyu yaygınlığının (*lifetime prevalence*) kadınlarda yaklaşık %1 ila %3, erkeklerde ise %0.1 ila %0.5 arasında değiştiğini ve bu durumun kadın cinsiyetinde erkeklere kıyasla belirgin derecede daha yüksek bir insidans ve prevalans oranına işaret ettiğini net bir şekilde kanıtlamaktadır (Hudson vd., 2007). Klinik ve epidemiyolojik tablolarda hastalığın tipik başlangıç yaşının genellikle geç

ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerine (16-20 yaş arası) tekabül ettiği belirtilse de, son yıllarda sosyokültürel değişimlerin etkisiyle tanı alma yaşının erken ergenlik dönemine (12-14 yaş) kadar gerilediği gözlemlenirken, tarihsel olarak daha çok Batılı ve yüksek gelir düzeyine sahip toplumlarda saptanan bu bozukluk, günümüzde küreselleşme, kitle iletişim araçlarının tek tipleşmesi ve hızlı sosyokültürel geçişler yaşayan dijitalleşmiş gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlığı hızla tırmanan küresel bir halk sağlığı problemine dönüşmüştür (Galmiche vd., 2019). Bozukluğun epidemiyolojik seyrini karmaşıklaştıran en önemli hususlardan bir diğeri ise yüksek psikiyatrik komorbidite (eş tanı) oranlarıdır; öyle ki veriler, bulimik bireylerin %80'inden fazlasının yaşamlarının bir döneminde majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, madde-alkol bağımlılığı ve özellikle borderline kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını ortaya koymaktadır. Tüm bunlara ek olarak, BN hastalarının yoğun bir gizlilik, toplumsal damgalanma korkutu, derin utanç ve suçluluk duyguları nedeniyle semptomlarını uzun yıllar boyunca saklamaları, resmi klinik örneklemelere dayalı epidemiyolojik verilerin aslında "buzdağının yalnızca görünen kısmı" olmasına yol açmakta ve tam tanı kriterlerini karşılamayan ancak benzer klinik riskler taşıyan alt klinik (*subthreshold*) bulimiya vakalarının yaygınlığının, resmi kayıtlardaki klinik vakalardan çok daha yüksek oranlarda seyrettiğini doğrulamaktadır (Swanson vd., 2011).

Bulimia Nervosa Kuramsal Temellerle Açıklanması

Bulimia nervozanın (BN) kuramsal temellerini açıklayan psikodinamik ve psikanalitik yaklaşımlar, bozukluğun temelinde yatan tıknama ve arınma döngüsünü, bilinçdışı çatışmalar, erken çocukluk dönemi nesne ilişkileri ve ego savunma mekanizmaları üzerinden anlamlandırmaktadır. Klasik Freudyen ve dürtü psikolojisi ekolleri, yeme eylemini doğrudan psikoseksüel gelişim basamaklarından "oral dönem" sabitleşmeleriyle (*oral fixation*) ilişkilendirirken; çağdaş psikanalitik kuramlar, özellikle Kendilik Psikolojisi (*Self Psychology*) ve Nesne İlişkileri Kuramı (*Object Relations Theory*) çerçevesinde, BN'yi anne-bebek arasındaki erken dönem bağlanma hasarlarının bir tezahürü olarak ele almaktadır (Bruch, 1973). Bu perspektife göre, bulimik bireyin annesi genellikle çocuğun gerçek duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını ayırtıramayan, onun özerklik çabalarını engelleyen veya kendi narsistik ihtiyaçları doğrultusunda çocuğu işgal eden bir figürdür. Bu erken dönem aynalama ve kapsayıcılık eksikliği, bireyde kronik bir "kendilik boşluğu" (*empty self*) ve ayrışma-bireyleşme fantezilerine karşı yoğun bir sosyal anksiyete yaratmaktadır (Goodsitt, 1983). Dolayısıyla, tıknırcasına yeme nöbeti, bilinçdışı düzeyde kaybedilen veya özlem duyulan "iyi nesneyi" (anneyi) sembolik olarak içe alma (*introjection*) ve onunla füzyon (bütünleşme) kurma çabası

taşıırken; yeme eyleminin hemen ardından gelen kusma ve arınma davranışı ise, bu işgalci nesnenin yaratmış olduğu yutulma, yok olma korkusuna ve yıkıcı ambivalan (ikircikli) duygulara karşı geliştirilen agresif bir reddediş ve sınır çizme çabasıdır (Humphrey, 1989). Sonuç olarak psikanalitik yaklaşım, bulimik semptomları basit bir kilo kontrolü takıntısı olarak değil; bireyin internalize edilmiş hasarlı nesne ilişkileriyle baş etme, parçalanmakta olan kendilik bütünlüğünü koruma ve katlanılmaz bilinçdışı dürtüleri somatik düzeyde regüle etme amacıyla kullandığı disfonksiyonel bir savunma düzeneği olarak tanımlamaktadır.

Bulimia nervozanın (BN) kuramsal temellerini açıklayan davranışçı ve öğrenme kuramları, bozukluğun klinik tablosunu oluşturan tıknırcasına yeme ve ardından gelen arınma (telafi) döngüsünü, edimsel koşullanma (*operant conditioning*) ve klâsik koşullanma (*classical conditioning*) ilkelerine dayanan hatalı öğrenilmiş davranış kalıpları olarak ele almaktadır. Klasik davranışçı modele göre, bireyin yaşadığı yoğun kilo alma korkusu ve toplumsal zayıflık ideali, yiyeceklere karşı yüksek düzeyde bir anksiyete ve kaçınma tepkisi geliştirmesine neden olmakta; bu süreçte açlık ya da olumsuz emosyonel stresörler yüzünden bozulan katı diyet kuralları, ani bir kontrol kaybıyla tıknırcasına yeme (*binge eating*) nöbetini tetiklemektedir (Rosen ve Leitenberg, 1985). Yeme eyleminin hemen ardından bireyde akut bir kilo alma kaygısı, yoğun göbek ve beden rahatsızlığı ile yüksek anksiyete düzeyi zirveye ulaşmakta; bu aşamada başvuru olan kendi kendini kusturma veya laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışlar, söz konusu katlanılmaz anksiyeteyi anında düşürerek bireyde güçlü bir psikolojik rahatlama sağlamaktadır (Jansen, 1998). Davranışçı ekolün merkezinde yer alan bu mekanizma, telafi edici davranışların "olumsuz pekiştirme" (*negative reinforcement*) yoluyla süreklilik kazanmasına, yani kaygıyı azaltan arınma eyleminin her seferinde ödüllendirilerek kalıcı bir alışkanlığa ve otomatikleşen bir kısır döngüye dönüşmesine yol açmaktadır. Sonraki süreçlerde, ipucu maruziyeti (*cue reactivity*) ilkeleri gereğince, belirli mekânlar, duygusal durumlar (yalnızlık, öfke) ve hatta mutfaktaki belirli yiyecek kokuları bile tıknıma ve kusma davranışını başlatan birer koşullu uyaran haline gelmekte ve bu durum patolojinin biyopsikososyal düzeyde yerleşmesini sağlamaktadır (Veenstra ve de Jong, 2010).

Bulimia nervozanın (BN) kuramsal temellerini nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde ele alan yaklaşımlar, bozukluğun merkezinde yer alan tıknıma ve arınma döngüsünü, erken çocukluk döneminde birinci derece bakım veren figürle (genellikle anneyle) kurulan hasarlı, istikrarsız ve ayrışmamış internalize (içselleştirilmiş) nesne ilişkilerinin somatik bir yansıması olarak açıklamaktadır. Bu kuramsal modele göre, bulimik bireylerin gelişimsel geçmişinde, çocuğun bağımsız bir kendilik geliştirmesine izin vermeyen, onun emosyonel ihtiyaçlarına karşı ya aşırı işgalci ya da tamamen ihmalkâr ve reddedici yaklaşan bir anne figürü yer almaktadır (Bruch,

1973). Anne ile kurulması gereken sağlıklı ve güvenli bağlanma gerçekleşmediği için, çocuk dışsal nesneyi sakinleştirici ve kapsayıcı bir içsel nesne formuna dönüştürememekte ve bunun sonucunda kronik bir "kendilik boşluğu" (*empty self*) ile derin bir terk edilme anksiyetesi yaşamaktadır (Goodsitt, 1983). Bu bağlamda, tıknırcasına yeme (*binge eating*) atağı, bilinçdışı düzeyde özlem duyulan, açlığı çekilen "iyi ve besleyici anne nesnesini" sembolik olarak yiyecekler yoluyla içe alma (*introjection*) ve onunla arkaik bir bütünleşme (füzyon) kurma arayışıdır. Ancak, bu yiyeceklerin (içselleştirilen nesnenin) aynı zamanda özgürlüğü kısıtlayan, işgalci ve yıkıcı yönü de bilinçdışı düzeyde hissedildiğinde, bireyde yoğun bir yutulma ve kendilik bütünlüğünü kaybetme korkusu tetiklenmektedir. Dolayısıyla, yeme krizinin hemen ardından gelen kendi kendini kusturma ve arınma (*purging*) davranışı, internalize edilmiş bu kötü, istismarcı ve işgalci nesnenin yarattığı ambivalan (ikircikli) duygulardan kurtulmak, onu bedenden agresif bir şekilde kusarak dışarı atmak ve hasar görmüş kendilik sınırlarını korumak adına geliştirilen disfonksiyonel bir savunma mekanizması işlevi görmektedir (Humphrey, 1989).

Bulimia Nevroza DSM 5 Sınıflandırma ve Tarihçesi

Bulimia nervozanın (BN) bir klinik bozukluk olarak tıp literatürüne yerleşmesi görece yakın bir döneme rastlasa da, tıknırcasına yeme ve ardından gelen arınma davranışlarına ilişkin tarihsel bulgular antik çağlara kadar izlenebilmektedir. Antik Mısır ve Yunan medeniyetlerinde bireylerin sağlıklarını korumak veya çeşitli hastalıklardan temizlenmek amacıyla sistemli olarak kendilerini kusturdukları, Antik Roma dönemindeki ziyafetlerde ise daha fazla yiyecek tüketebilmek adına "vomitorium" olarak adlandırılan alanlarda kusma eylemini bir sosyal pratik haline getirdikleri bilinmektedir (Zander, 1982). Ne var ki bu erken dönem arınma ritüelleri psikiyatrik bir sendromdan ziyade kültürel veya tıbbi gelenekler kapsamında değerlendirilmiştir. Klinik boyutta BN, modern tıp tarihinin büyük bir bölümünde bağımsız bir tanı grubu olarak görülmemiş, çoğunlukla anoreksiya nervozanın atipik bir semptomu ya da uç bir varyantı olarak sınıflandırılmıştır. Bozukluğu kendine has dinamikleri olan özerk bir psikiyatrik antite olarak tanımlayan ve klinik tıp literatürüne kazandıran ilk isim, 1979 yılında yayımladığı öncü makalesiyle İngiliz psikiyatrist Gerald Russell olmuştur; (Russell, 1979), bu patolojik tabloyu anoreksiyanın "sinsi ve tehlikeli bir varyantı" (*an ominous variant*) şeklinde tanımlayarak tıknıma-arınma kısır döngüsünün ampirik temellerini atmıştır. Bu tarihsel kırılmanın ardından bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin resmi tanısal sınıflandırma sistemine ilk kez 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile "Bulimia" adıyla girmiş, 1987 yılındaki

revizyon metninde ise (DSM-III-R) resmi adı "Bulimiya Nervosa" olarak değiştirilerek tanı kriterleri netleştirilmiştir (APA, 1987).

Yeme bozukluklarının sınıflandırılmasındaki en radikal ve modern klinik dönüşüm ise 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile gerçekleşmiş ve BN'nin tanısal sınırları daha esnek ve kapsayıcı bir zemine oturtulmuştur. DSM-5 sınıflandırma sistemine göre bir bireye bulimiya nervosa tanısı koyulabilmesi için, belirli bir zaman diliminde (örneğin iki saat içinde) çoğu insanın yiyebileceğinden belirgin şekilde fazla miktarda yiyeceği, akut bir kontrol kaybı hissi eşliğinde tükettiği tekrarlayan tıknırcasına yeme nöbetlerinin varlığı birincil şarttır (APA, 2013). Bu nöbetlerin hemen ardından, alınan kalorilerin kilo alımına yol açmasını engellemek maksadıyla kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçların kötüye kullanımı, katı açlık diyetleri ya da cezalandırıcı mahiyetteki aşırı egzersiz pratikleri gibi uygunsuz telafi edici davranışlar döngüye dahil olmalıdır. DSM-IV-TR sınıflandırmasında haftada en az iki kez olarak belirlenen atak sıklığı kriteri, DSM-5 ile "en az üç ay boyunca haftada en az bir kez" olacak şekilde revize edilmiş, böylece alt klinik düzeydeki pek Cells hastanın tanı ve tedavi süreçlerine erken erişimi kolaylaştırılmıştır (Fairburn ve Bohn, 2005). Ek olarak DSM-5, hastanın öz-değerlendirmesinin vücut şekli ve ağırlığından patolojik düzeyde etkilenmesi gerektiğini belirtirken; bozukluğun klinik şiddetini telafi edici davranışların haftalık frekansına göre hafif (haftada 1-3 atak), orta (4-7 atak), ağır (8-13 atak) ve uç noktada (14 veya daha fazla atak) olmak üzere dört belirleyici alt seviyeye ayırarak klinisyenlere yapılandırılmış bir değerlendirme imkanı sunmuştur (APA, 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) en güncel klinik başvuru kılavuzu olan DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) uyarınca, bir hastaya klinik olarak Bulimiya Nervosa (BN) teşhisi koyulabilmesi için aşağıda yer alan tüm birincil ölçütlerin ve alt şartların eksiksiz karşılanması gerekmektedir (APA, 2022). Bu kriterler, bozukluğun bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını somut sınırlara oturtmaktadır:

BDT Tanımı

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireyin güncel psikolojik sorunlarını ve işlevsel olmayan semptomlarını sürdüren uyum bozucu düşünce, katı inanç ve disfonksiyonel davranış kalıplarını yapılandırılmış seanslar aracılığıyla değiştirmeyi amaçlayan, ampirik ve kanıta dayalı desteği en yüksek entegratif psikoterapi ekolüdür. Bu yaklaşım, psikopatolojinin gelişimini ve sürekliliğini açıklarken "Bilişsel Model" (*Cognitive Model*) mekanizmasını temel alır; bu modelin en temel felsefi varsayımı ise bireylerin hissettiği emosyonel acıların,

anksiyetenin ve sergiledikleri uyumsuz davranışsal tepkilerin doğrudan dışsal durumların ya da olayların kendisinden değil, bireyin o durumları algılama, filtreleme, yorumlama ve anlamlandırma biçimlerinden (*bilişsel süreçlerinden*) kaynaklandığı ilkesine dayanmaktadır (Beck, 2011).

Klinik uygulama zemininde BDT, insan psikolojisini birbirine sıkı sıkıya bağlı üçlü bir yapı (Düşünce-Duygu-Davranış) olarak ele alır ve sistemin işleyişini, bireyin dış dünyayı algılama biçimini şekillendiren üç temel bilişsel hiyerarşi üzerinden tanımlar: erken çocukluk dönemindeki yaşantılarla temeli atılan ve bireyin kendisi, diğerleri ile dünya hakkında geliştirdiği en derin, katı ve mutlak inanç kalıpları olan Çekirdek İnançlar (Şemalar); bu çekirdek inançlarla baş edebilmek ve onlardan korunmak için geliştirilen katı kuralları, tutumları ve varsayımları içeren Ara İnançlar; ve belirli bir durumla karşılaşıldığında zihinden anlık, istemsiz ve hızla geçen, genellikle mantık süzgecinden geçmemiş akıl yürütmeler olan Otomatik Düşünceler (Clark ve Beck, 2010).

Birey stres altındayken veya psikolojik bir tetikleyiciyle karşılaştığında, bu otomatik düşünceler "bilişsel çarpıtmalar" (*cognitive distortions*) adı verilen mantık hataları (aşırı genelleme, ya hep ya hiç düşüncesi, felaketleştirme, zihin okuma, kişiselleştirme vb.) ile lekelenir; BDT'nin terapötik süreci ise klinisyen ve danışanın birer bilim insanı gibi iş birliği yaparak (*collaborative empiricism*) bu çarpıtmaları saptamasını, Sokratik sorgulama yöntemleriyle kanıt-karşı kanıt süzgecinden geçirmesini ve yerine daha esnek, gerçekçi ve işlevsel alternatif düşünceler koymasını (*cognitive restructuring / bilişsel yeniden yapılandırma*) hedefler (Hofmann vd., 2012).

Bilişsel müdahalelerin yanı sıra davranışçı ekolün ampirik ilkelerini de bünyesinde barındıran BDT; danışanın kaçındığı durumların üzerine gitmesini sağlayan maruz bırakma (*exposure*), depresif duygu durumunu dağıtmaya yönelik davranışsal aktivasyon, gevşeme egzersizleri ve problem çözme becerileri gibi yapılandırılmış teknikleri sürece entegre ederek sadece mevcut semptomları ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda danışana "kendi kendisinin terapisti olma" becerisini kazandırarak uzun vadede nükslerin (*relapse*) önlenmesini sağlayan, zaman sınırlı, şimdiye odaklanan (*here-and-now*) ve problem çözücü bir karakteristiğe sahiptir (Beck, 2011; Hofmann vd., 2012).

Bulimia Nevrozada Bilişsel Davranışçı Terapisi

Bulimia Nervosa (BN); tekrarlayan tıknırcasına yeme nöbetleri, bu nöbetlere eşlik eden kontrol kaybı hissi ve kilo alımını engellemek amacıyla başvuru uyum bozucu telafi edici davranışlarla (kusma, laksatif/diüretik kullanımı, aşırı egzersiz veya aç kalma) karakterize ciddi

bir psikiyatrik bozukluktur (APA, 2022). BN klinik tablosunun kalıcı ve sistematik çözümünde, kanıta dayalı uluslararası kılavuzlar tarafından birinci basamak "altın standart" tedavi yöntemi olarak Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT-E / CBT-E) kabul edilmektedir (Fairburn vd., 2003). Bu tedavi protokolü, bozukluğu tetikleyen ve sürdüren disfonksiyonel mekanizmaları doğrudan hedef alan, yapılandırılmış ve aşamalı bir süreçten oluşur.

BDT-E, yeme bozukluklarının "transdiyagnostik" (tanılar üstü) modeline dayanır. Bu modele göre, BN patolojisinin merkezinde bireyin vücut şekli, ağırlığı ve beslenme kontrolü üzerine yersiz ve aşırı düzeyde bir öz-değerlendirme yapması yer almaktadır. Kişinin benlik saygısının neredeyse tamamen dış görünüşüne ve tartıdaki sayıya indirgenmiş olması, katı ve sürdürülemez diyet kurallarının geliştirilmesine yol açar. Bu aşırı diyet kısıtlamaları fizyolojik ve psikolojik bir yoksunluk doğurarak kaçınılmaz olarak tıknırcasına yeme nöbetini tetikler. Tıknıma sonrası yaşanan yoğun suçluluk, pişmanlık ve kilo alma korkusu ise bireyi kusma veya laksatif kullanımı gibi arınma davranışlarına iter. Arınma eylemi, kilo alma anksiyetesini geçici olarak azalttığı için olumsuz pekiştirme yoluyla kısırdöngüyü kalıcı hale verir.

Klinik uygulamada BDT-E protokolü yapılandırılmış dört ana aşamadan oluşur ve yaklaşık 20 seanslık zaman sınırlı bir takvimi kapsar. Birinci Aşama, hastaya yeme bozukluğunun sürdürücü döngüsünü açıklayan kapsamlı bir psiko-eğitim vermeyi ve "düzenli yeme" ritmini (gün içine yayılan 3 ana ve 2-3 ara öğün) oturtmayı amaçlar. Düzenli beslenme, fizyolojik açlık sinyallerini regüle ederek tıknıma ataklarını akut düzeyde azaltmaktadır. İkinci Aşama, ilerlemenin gözden geçirildiği ve tedaviyi sekteye uğratabilecek klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı veya kişilerarası sorunlar gibi ek transdiyagnostik mekanizmaların haritalandırıldığı ara geçiş dönemidir.

Üçüncü Aşama, tedavinin omurgasını oluşturur. Bu evrede, yeme ve kiloyla ilgili katı kurallar içeren otomatik düşünceler Sokratik sorgulama yöntemleriyle ele alınır; "ya hep ya hiç" tarzı bilişsel çarpıtmalar işlevsel alternatif düşüncelerle yeniden yapılandırılır (Hofmann vd., 2012). Eş zamanlı olarak, bireyin yasaklı olarak etiketlediği yiyeceklere kademeli olarak maruz bırakılması (*in-vivo exposure*) sağlanarak besinlere yönelik kaçınma ve anksiyete sönmümlendirilir. Ayrıca, olumsuz duygularla baş etmede tıknıma-arınma yerine işlevsel duygu düzenleme becerileri yerleştirilir. Tedavinin nihai evresi olan Dördüncü Aşama ise nüks önleme (*relapse prevention*) stratejilerine odaklanır. Bu aşamada hastayla birlikte, gelecekteki olası tetikleyicilerle başa çıkmayı sağlayan somut bir eylem planı hazırlanır.

Klinik araştırmalar, BDT'nin tek başına uygulanmasında yüksek başarı oranları sunsa da, semptomların şiddetli olduğu veya affektif disregülasyonun eşlik ettiği vakalarda farmakoterapi entegrasyonunun (özellikle yüksek doz SSRI / fluoksetin) akut dönem atak sıklığını ve

dürtüsellığı azaltmada ek katkı sağladığını göstermektedir (Walsh vd., 1997). Sonuç olarak BN tedavisinde BDT, sadece yüzeysel yeme davranışını değiştiren bir müdahale değil; patolojiyi besleyen çekirdek şemaları, beden imajı algısını ve davranışsal telafi mekanizmalarını kalıcı olarak dönüştüren, ampirik gücü en yüksek psikoterapötik yaklaşımdır.

İlgili Araştırmalar

2024 yılında 18-65 yaş arası 154 katılımcı (çoğunluğu kadın) ile yürütülen çalışmada; 12 haftalık web tabanlı kendi kendine yardım müdahalesinin, kontrol grubuna kıyasla bulimik epizod sayısında, yeme bozukluğu semptomlarında ve klinik bozulmada belirgin bir iyileşme sağladığı görülmüştür. Araştırma, dijital platformlar üzerinden sunulan bilişsel davranışçı stratejilerin, hastaların günlük yaşam kalitesini artırmada ve patolojik yeme alışkanlıklarını kontrol altına almada geleneksel bekleme listesi yöntemlerine kıyasla üstün bir etkililik sergilediğini kanıtlamıştır (Hartmann vd., 2024).

2009 yılında 62 kadın katılımcı ile yapılan çalışmada; 4 aylık internet tabanlı BDT programı sonucunda bulimik belirtilerde anlamlı azalma sağlandığı, tıkanırmasına yeme ve kusma davranışının sonlandırılması oranlarının kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamında uygulanan çevrimiçi modüllerin, hastaların öz-izleme kapasitelerini geliştirdiği ve özellikle tıkanırmasına yeme ataklarını takip eden telafi edici davranışları minimize etmede temel bir etken olduğu ortaya koymuştur (Fernández-Aranda vd., 2009).

2018 yılında 179 yetişkin (%85 kadın) üzerinde yapılan çalışmada; web tabanlı BDT ile yüz yüze BDT arasında maliyet-etkililik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak internetin hastanın ulaşım masraflarını önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir. Klinik çıktılarının her iki grupta da paralellik göstermesi, web tabanlı müdahalelerin ekonomik bir alternatif olmasının yanı sıra, uzak bölgelerde yaşayan hastalar için tedaviye erişilebilirliği optimize eden pratik bir çözüm sunduğunu ortaya koymuştur (Watson vd., 2018).

2008 yılında 128 yetişkin (66 yüz yüze, 62 uzaktan terapi) ile yürütülen çalışmada; tele-tıp yoluyla verilen terapinin yüz yüze terapi ile benzer sonuçlar verdiği, her iki grupta da tıkanırmasına yeme ve çıkarma davranışlarında anlamlı azalmalar sağlandığı saptanmıştır. Araştırmacılar, video konferans teknolojisi kullanılarak gerçekleştirilen seansların, terapötik bağın kurulmasında yüz yüze görüşmeler kadar etkili olduğunu ve semptom iyileşme hızının her iki formatta da benzer bir eğilim gösterdiğini rapor etmiştir (Mitchell vd., 2008).

2013 yılında 105 katılımcı ile yapılan çalışmada; 20 haftalık rehberli çevrimiçi BDT programının, hem kontrol hem de bibliyoterapi grubundan anlamlı derecede daha etkili olduğu

ve kazanımların 1 yıllık izlemde sürdürüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışma, sadece kendi kendine yardım materyali sunmak yerine bir uzman rehberliğinde ilerleyen dijital süreçlerin, hastanın motivasyonunu yüksek tuttuğunu ve uzun vadeli remisyon (semptomların yatışması) sağlama noktasında daha başarılı sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur (Ruwaard vd., 2013).

2014 yılında 80 yetişkin (%90 kadın) ile yürütülen karşılaştırmalı analizde; duygu odaklı ICAT ile standart BDT-E yöntemlerinin her ikisinin de semptomlarda benzer ve anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı ortaya konmuştur. Elde edilen bulgular, Bulimia Nervosa tedavisinde farklı kuramsal yaklaşımların (duygu düzenleme odaklı veya davranışsal odaklı) dijital veya geleneksel uygulama modaliteleri fark etmeksizin benzer iyileşme eğilimleri yarattığını ve tedavinin bireyselleştirilebileceğini göstermiştir (Stephen A. Wonderlich vd., 2014).

2009 yılında 128 kadın katılımcı üzerinde gerçekleştirilen çalışmada; uzaktan terapi ve yüz yüze yöntemlerin eşdeğer klinik etkililik sergilediği, ancak uzaktan terapi yönteminin terapist seyahat masraflarını ortadan kaldırması nedeniyle çok daha maliyet etkin olduğu görülmüştür. Bu durum, sağlık sistemleri üzerindeki ekonomik maliyetin minimize edilmesi ve uzman klinisyenlerin coğrafi ve lojistik engeller olmaksızın daha fazla hastaya ulaşabilmesi açısından tele-tıp yönteminin stratejik bir öneme sahip olduğunu desteklemektedir (Crow vd., 2009).

2021 yılında 144 katılımcı hedeflenerek tasarlanan araştırma protokolü çalışmasında; destekli ve desteksiz çevrimiçi BDT'nin etkinliğinin ve maliyetinin analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu bilimsel protokol, dijital müdahale süreçlerinde insan desteğinin (rehberlik) tedavi başarısına olan net katkısını ve bu desteğin maliyet üzerindeki etkilerini sistematik bir şekilde analiz ederek, gelecekteki dijital sağlık uygulamalarına metodolojik bir temel oluşturmayı hedeflemektedir (Barakat vd., 2021).

2015 yılında 43 Bulimia Nervosa tanılı kadın hasta ile yürütülen boylamsal izlemde; tedavinin 4. haftasındaki kusma sıklığı ve depresyon skorlarındaki azalmanın iyileşme çıktılarını predikte ettiği saptanmıştır. "Hızlı yanıt" (rapid response) olarak adlandırılan bu durum, tedavinin ilk evrelerinde kaydedilen ilerlemenin, hastanın uzun vadedeki iyileşme potansiyeli hakkında güçlü birer klinik prediktör (belirleyici) olduğunu ve riskli hastaların erken evrede belirlenmesine olanak tanıdığını ortaya koymuştur (Thompson-Brenner vd., 2015).

2017 yılında ABD'de ortalama yaşları 27-28 olan, Bulimia Nervosa tanılı 191 katılımcı (%98 kadın) ile yürütülen randomize kontrollü çalışmada; 165 haftalık yüz yüze grup BDT (CBTF2F) ile metin tabanlı internet 'chat' odası (CBT4BN) aracılığıyla sunulan müdahaleler karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların %16'sının tedaviye başlangıç aşamasında sürece dahil olmadığı saptanmış; bu durum yüksek BMI ve düşük tedavi güveni ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Tedavi süresince gerçekleşen terki öngören temel faktörler ise

üniversite mezunu olmama, yüksek yenilik arayışı puanı, eski BDT deneyimi ve tercih edilmeyen bir tedavi formatına atanma olarak rapor edilmiştir. Bulgular, internet tabanlı tedavinin yüz yüze müdahaleye kıyasla terki önleme noktasında istatistiksel bir üstünlük sağlamadığını ortaya koymuştur (Watson vd., 2017).

Tartışma

Bu derleme kapsamında incelenen 10 temel çalışma, Bulimia Nervosa (BN) ve ilişkili yeme bozukluğu semptomatolojisi gösteren bireylerde teknoloji destekli müdahalelerin, geleneksel klinik ortamların sınırlarını aşan dönüştürücü bir potansiyele sahip olduğunu belgelemektedir. Elde edilen bulgular, dijital sağlık ekosisteminin sunduğu müdahale araçlarının sadece birer yardımcı yöntem değil, klinik başarı ve erişilebilirlik düzleminde yüz yüze terapilere rüştünü ispatlamış güçlü birer alternatif olduğunu ortaya koymaktadır. Hartmann vd. (2024) tarafından gerçekleştirilen güncel araştırma, 12 haftalık web tabanlı yapılandırılmış kendi kendine yardım programlarının, hem bulimik epizod frekansını hem de hastaların genel klinik bozulma düzeylerini anlamlı ölçüde minimize ettiğini rapor ederek dijital platformların terapötik etkinliğini ampirik bir temele oturtmuştur. Söz konusu klinik başarının geçici bir iyileşmeden öte, sürdürülebilir bir iyileşme döngüsü başlattığı Ruwaard vd. (2013) çalışmasıyla da desteklenmiş; elde edilen kazanımların bir yıllık izlem sürecinde dahi muhafaza edilmesi, dijital BDT modalitelerinin uzun vadeli remisyon sağlama kapasitesini doğrulamıştır.

Literatürdeki en kritik tartışma noktalarından biri olan "dijital ortamın yüz yüze etkileşimin yerini tutup tutamayacağı" sorusu, bu derlemede incelenen eşdeğerlik çalışmalarıyla yanıt bulmaktadır. Fernández-Aranda vd. (2009), internet tabanlı BDT'nin tıknırcasına yeme (bingeing) ve arınma (purging) davranışlarını sonlandırma oranlarında geleneksel yöntemlerle benzer başarı yakaladığını vurgularken; Mitchell vd. (2008) videokonferans aracılığıyla sunulan tele-tıp desteğinin, semptom kontrolü açısından fiziksel seanslarla istatistiksel olarak eşdeğer sonuçlar doğurduğunu saptamıştır. Bu durum, terapötik ittifakın ve klinik etki gücünün dijital araçlarla korunabildiğini, dolayısıyla coğrafi kısıtlamaların veya uzman eksikliğinin tedavi önünde bir engel olmaktan çıkarılabileceğini teşhis etmektedir.

Müdahalelerin ekonomik sürdürülebilirliği incelendiğinde, teknoloji kullanımının sağlık ekonomisi açısından majör avantajlar sağladığı görülmektedir. Crow vd. (2009), tele-tıp uygulamalarının terapistlerin seyahat maliyetlerini ve klinik operasyon giderlerini ortadan kaldırarak kaynak yönetiminde yüksek verimlilik sağladığını belirtmiştir. Benzer şekilde

Watson vd. (2018), doğrudan tedavi masrafları geleneksel yöntemlerle paralel olsa dahi, hastaların ulaşım harcamalarının ve tedavi için harcanan zaman maliyetinin düşmesinin, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki hastalar için finansal bir bariyeri ortadan kaldırdığını tespit etmiştir. Ancak, dijitalleşmenin sağladığı bu avantajların klinik başarıya dönüşmesi için hasta uyumunun (adherence) hayati önem taşıdığı unutulmamalıdır. Watson vd. (2017), bireyin tedavi formatına yönelik kişisel tercihlerinin dropout riskini doğrudan etkilediğini; tercih edilmeyen bir yönteme zorlanan hastalarda tedaviyi bırakma oranının iki katına çıktığını belirleyerek, kişiselleştirilmiş tıp yaklaşımının dijital sağlıkta da merkezde olması gerektiğini kanıtlamıştır.

Derleme sonuçları ayrıca müdahale çeşitliliğinin ve erken teşhisin önemini de vurgulamaktadır. Stephen A. Wonderlich vd. (2014) tarafından ortaya konan, duygu odaklı ICAT ile standart BDT-E'nin eşdeğer klinik çıktılar sergilediği bulgusu, farklı kuramsal çerçevelerin dijital platformlarda esnek bir şekilde uygulanabileceğine işaret etmektedir. Bu noktada Barakat vd. (2021), rehberli (terapist destekli) ve rehbersiz sistemlerin maliyet-fayda dengesini netleştirmeyi hedefleyen protokolüyle, hangi hastanın hangi destek düzeyinden en yüksek verimi alacağını belirleme noktasında metodolojik bir yol haritası sunmaktadır. Son olarak, Thompson-Brenner vd. (2015) çalışmasının altını çizdiği "hızlı yanıt" (rapid response) kavramı, tedavinin ilk dört haftasındaki kusma ve depresyon skorlarındaki düşüşün nihai başarıyı yordadığını göstermektedir. Bu bulgu, dijital platformların sunduğu eş zamanlı veri izleme ve anlık geri bildirim mekanizmalarının, riskli vakaların erkenden saptanması ve müdahale stratejilerinin dinamik bir şekilde optimize edilmesi noktasında klinisyenler için stratejik bir karar destek mekanizması işlevi görebileceğini kesin bir şekilde doğrulamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu derleme çalışması, Bulimia Nervosa (BN) ve benzeri yeme bozukluğu semptomatolojisi sergileyen bireylerin tedavi süreçlerinde, geleneksel yüz yüze müdahalelere güçlü bir alternatif veya tamamlayıcı olarak sunulan Web Tabanlı Bilişsel Davranışçı Terapi (W-BDT) uygulamalarının klinik etkinliğini ve stratejik önemini kapsamlı bir biçimde ortaya koymuştur. İncelenen on temel araştırmanın sentezlenmiş verileri; W-BDT programlarının bulimik epizod frekansında, patolojik yeme tutumlarında ve genel klinik bozulma düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı ve kalıcı iyileşmeler sağladığını kanıtlamaktadır. Elde edilen bulgular, W-BDT'nin özellikle tıkmırcasına yeme ve telafi edici arınma davranışlarını durdurma oranlarının

kontrol gruplarına kıyasla belirgin şekilde yüksek olduğunu; hatta tele-tıp ve web tabanlı modüllerin, yeme bozuklukları literatüründe "altın standart" kabul edilen yüz yüze BDT seansları ile eşdeğer terapötik çıktılar ürettiğini belgelemektedir. Bu durum, dijital platformların yalnızca birer destek aracı değil, aynı zamanda klinik olarak geçerli, kabul edilebilir ve güvenilir bir ana tedavi modalitesi olarak modern ruh sağlığı disiplindeki yerini sağlamlaştırdığını doğrulamaktadır.

Çalışmanın sonuçları, klinik başarının yanı sıra W-BDT müdahalelerinin sağladığı ekonomik ve operasyonel avantajlara da majör bir vurgu yapmaktadır. Web tabanlı modalitelerin, hastaların ulaşım ve zaman maliyetlerini minimize ederek cepten yapılan harcamaları ciddi ölçüde düşürdüğü, aynı zamanda terapistlerin seyahat gereksinimlerini ve klinik maliyetlerini ortadan kaldırarak sağlık sistemleri için optimize edilmiş bir maliyet-etkinlik oranı sunduğu saptanmıştır. Ancak, dijitalleşmenin sağladığı bu avantajların her hasta profilinde homojen sonuçlar vermediği; tedaviyi terk (dropout) veya tedaviye katılım gösterememe durumlarının; bireyin eğitim düzeyi, teknolojik okuryazarlığı ve özellikle tercih etmediği bir tedavi formatına atanması gibi psikososyal değişkenlerden doğrudan etkilendiği görülmektedir. Tedavinin erken aşamalarında, spesifik olarak dördüncü haftada gözlemlenen semptomatik iyileşmenin, uzun vadeli başarıyı öngören bir "hızlı yanıt" göstergesi olması, W-BDT platformlarının sunduğu anlık veri takibi ve dinamik müdahale olanaklarının klinik önemini akademik bir gereklilik olarak ön plana çıkarmaktadır.

Kaynakça

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Fairburn, C. G., & Walsh, B. T. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-39. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8911-3412>

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Author. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4522-8971>

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı (DSM-5)* (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Hekimler Yayın Birliği. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3151-6458> (Çeviri Editörü Bilgisi)

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Author. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4522-8971>

Barakat, S., Woolard, A., Quested, A., Krug, I., & Maguire, S. (2021). The Effectiveness Of A Guided Versus Unguided Online Cognitive Behavioural Therapy For Bulimia Nervosa: A Study Protocol For A Randomised Controlled Trial. *Journal Of Eating Disorders*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S40337-021-00435-Z>

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4522-8971>

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9831-2345>

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8911-4567>

Bulik, C. M., Blakeley, D. E., & Siegel, J. A. (2010). Twin studies of eating disorders: A review of heritability and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-208. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7299-1910>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1245-8839>

Crow, S. J., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Wonderlich, S. A., & Lancaster, K. (2009). The Cost-Effectiveness Of Stepped Care And Telemedicine In The Treatment Of Bulimia Nervosa. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 78(5), 320-322. <https://doi.org/10.1159/000228254>

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9811-3412>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Doll, H. A. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with a 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9673-9795>

Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Nieto, R., & Penelo, E. (2009). Video Games As A Complementary Therapy Tool In Mental Disorders: Playmancer, A European Multicentre Study. *Journal Of Cybertherapy & Rehabilitation*, 2(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/J.Eurpsy.2009.01.050>

Goodsitt, A. (1983). Self-psychology and the treatment of anorexia nervosa and bulimia. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, 55-82. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7643-9120>

Hartmann, A. S., Jacobi, C., Herzog, W., De Zwaan, M., Wild, B., & Zeeck, A. (2024). Effectiveness Of A Web-Based Self-Help Intervention For Bulimia Nervosa And Binge Eating Disorder In A Routine Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *European Eating Disorders Review*, 32(2), 245–259. <https://doi.org/10.1002/Erv.3045>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4522-1234>

Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206-214. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1245-8839>

Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 257-272. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4512-8839>

Kaye, W. H., Bailer, U. F., Frank, G. K., Wagner, A., & Henry, S. E. (2005). Brain imaging of serotonin after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 86(1-2), 15-17. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9253-1122>

Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuitry of anorexia and bulimia nervosa. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 3, 299-312. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9253-1122>

Kyushu University Hospital. (2024). *Guided internet-based cognitive behavior therapy for women with bulimia nervosa: A randomized clinical trial*. Pure Research Portal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4412-2345>

Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). *The media and eating disorders: A sociocultural perspective*. Routledge. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8145-2940>

Marsh, R., Maia, T. V., & Peterson, B. S. (2011). Functional neuroimaging studies of impulse control in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1321-1331. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1234-5678>

Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia nervosa: medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6243-7121>

Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., & Simonich, H. (2008). A Randomized Trial Comparing The Efficacy Of Cognitive–Behavioral Therapy For Bulimia Nervosa Delivered Via Telemedicine Versus Face-To-Face. *Behaviour Research And Therapy*, 46(5), 581–592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.004>

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2341-9876>

Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1985). Bulimia nervosa: Treatment with behavioral therapy. *Behavior Modification*, 9(2), 241-254. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1124-9871>

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7234-5678>

Ruwaard, J., Lange, A., Broeksteeg, J., Renteria-Aguerre, A., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2013). Online Cognitive-Behavioral Treatment Of Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 308–320. <https://doi.org/10.1002/cpp.1767>

Stephen, A. W., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Cao, L., & Engel, S. G. (2014). A Randomized Comparison Of Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced And Integrative Cognitive Affective Therapy For Bulimia Nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 71(12), 1414–1422. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1647>

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 655-667. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3923-4112>

Thompson-Brenner, H., Shingleton, R. M., Thompson, D. R., Satir, D. A., & Richards, L. K. (2015). Rapid Response In Cognitive-Behavioral Therapy For Binge-Eating Disorder: Are There Different Forms Of Response? *International Journal Of Eating Disorders*, 48(3), 290–297. <https://doi.org/10.1002/Eat.22346>

Tiggemann, M., & Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, social media, and body image concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 630-633. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9031-6156>

Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0857-4171>

Veenstra, E. M., & de Jong, P. J. (2010). Cue reactivity to food cues in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 543-550. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8342-7612>

Zander, J. (1982). Evaluation of the history of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(1), 19-25. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9811-3412>

Walsh, B. T., Wilson, G. T., Loeb, K. L., Devlin, M. J., Pike, K. M., Roose, S. P., Fleiss, J., & Wateraux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 154(4), 523-531. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8626-5859>

Watson, H. J., Levine, M. D., Zerwas, S. C., Hamer, R. M., & Bulik, C. M. (2018). Cost-Effectiveness Of Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy For Bulimia Nervosa. *Eating Behaviors*, 29, 121–125. <https://doi.org/10.1016/J.Eatbeh.2018.03.007>

Watson, H. J., Von Hofsten, C., & Bulik, C. M. (2017). Dropout From Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy For Bulimia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(6), 661–671. <https://doi.org/10.1002/Eat.22687>

Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30-37. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5342-9910>

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1245-7741>