

Bulimiya Nervozu ile Birlikte Yaşamak: Bir vaka Sunumu

Hasan Mervan Aytaç¹, Çiçek Hocaoglu¹

ÖZET:

Bulimiya nervozu ile birlikte yaşamak: Bir vaka sunumu

Yeme bozuklukları (YB), biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyokültürel etkenler nedeniyle çeşitli şekillerde yeme davranışının bozulması ile karakterizedir. Batı toplumlarında yeme bozukluklarının görülme yaygınlığı anoreksiya nervozu (AN) için %1, bulimiya nervozu (BN) için %2-4 ve tıknırçasına yeme bozukluğu için %3-4 civarında bildirilmektedir. Yeme bozukluklarında sıklığın artışı kültürel değişim, artan batılılaşma ve sanayileşme, aile ilişkilerinin zayıflaması ve sosyal desteğin azalması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaygınlıktaki bu artış bu konuya daha fazla akademik ilgiyi çekmektedir. BN, yineleyen tıknırçasına yeme nöbetlerini takiben kendi kendini kusturma ya da kilo almayı önleyici diğer telafi edici yöntemler (örn., laksatifler, diüretiklerin kötüye kullanımı, aşırı egzersiz) ile karakterize yaşamı tehdit eden bir bozukluktur. Bu bozukluk kadınlarda daha sık görülür ve kadınlarda BN'ın ortalama başlangıç yaşının erkeklerden daha erken olduğu bildirilmiştir (15-18 yaş). Bu vaka sunumunda 27 yıldır yineleyen tıknırçasına yeme nöbetlerini takiben kendisini kusturan 46 yaşındaki kadın hasta, özgeçmiş bilgileri, tıbbi öykü ve psikiyatrinin dinamik kuramları çerçevesinde tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: bulimiya nervozu, kadın, yeme bozuklukları

Journal of Mood Disorders (JMood) 2016;6(3):158-63

ABSTRACT:

Living with bulimia nervosa: a case report

Eating disorders are characterized by the deterioration of eating behavior in various ways due to biological, psychological, familial, and socio-cultural factors. The prevalence of eating disorders is reported around 1% for anorexia nervosa (AN), 2-4% for bulimia nervosa (BN), and 3-4% for binge eating disorder (BED) in Western societies. The increasing of frequency in eating disorders is thought to be associated with cultural changes, increasing assimilation of Western culture and industrialization, weakening of family relations, and diminishing of social support. This increase in prevalence appeals more academic interest to this topic. BN is a life-threatening disorder that is characterized by recurrent binge eating episodes followed by self-induced vomiting or other compensatory methods (e.g., abuse of laxatives, diuretics, or excessive exercise) to prevent weight gain. The disorder is more common in women and average age of onset of BN in women is reported to be earlier than men (15-18 years). In this case report, we discuss a 46-year-old woman with the recurrent binge eating episodes followed by self-induced vomiting for 27 years, in the framework of her background and medical history, and dynamic theories of psychiatry.

Keywords: bulimia nervosa, female, eating disorders

Journal of Mood Disorders (JMood) 2016;6(3):158-63



¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Rize-Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding Author:
Çiçek Hocaoglu,
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Rize-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address:
cicekh@gmail.com

Geliş tarihi / Date of received:
10 Ocak 2016 / January 10, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance:
28 Mart 2016 / March 28, 2016

Bağlantı beyanı:

H.M.A., Ç.H.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

H.M.A., Ç.H.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Bulimiya nervozu; yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı tıknırçasına yeme dönemlerinin ve telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri yanlış yere kullanma, yememe veya aşırı spor yapma) üç ay içinde, haftada en az bir kere olmasıyla karakterize olan ve kişinin kendini çoğunlukla görünüm ve kilosuyla değerlendirip yargılamasına yol açan bir yeme bozukluğu türüdür (1). Bulimiya nervozalı hastalar ya normal ya da normalin

üstünde kilodadırlar ve bu özellikleriyle beden ağırlıkları normalde olmaları gerekenin %15 altında olan anoreksiya nervozanın tıknırçasına yeme/çıkarma tipli hastalarından farklıdır. Yine telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri yanlış yere kullanma, yememe veya aşırı spor yapma) varlığı nedeniyle de tıknırçasına yeme bozukluğu tanımlı hastalardan ayrılmaktadırlar. BN, toplumda yaklaşık %1 oranında görülmektedir (2). Genç kızlarda ve kadınlarda erkeklere oranla 10 kat sık görülür (3). BN nöbetler halinde gelen, yıllar boyu birçok

kez yineleyen, aralıklı süregelen bir bozukluktur. Aşırı zayıflık olmamasına karşın, BN da iyi gidiş göstermeyen uzun süreli bir bozukluktur (4). Yeme bozuklukları özellikle genç kadınlarda sık görülür. Batılı çalışmalara göre yeme bozukluklarının yaygınlığı ergen ve genç kadınlarda %1-4 oranında değişmektedir (5). Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite çağındaki kızlarda %5 oranında BN saptandığı bildirilmiştir (3). Bu vaka sunumunda literatürdeki sık görülen yaş aralığından farklı olarak 27 yıldır tıkanırmasına yemek yeme nöbetlerini takiben kendini kusturan 46 yaşında kadın hasta, hastalık öyküsü ve özgeçmiş bilgileri çerçevesinde ele alınmakta ve dinamik kuramlar çerçevesinde tartışılmaktadır.

VAKA

Kadın, 46 yaşında, bekar, ilkokul mezunu, ev kadını, Rize'ye bağlı bir ilçede doğmuş, halen ailesi ile birlikte aynı ilçede yaşıyor.

Yirmi yedi yıldır yemek yeme nöbetini takiben kendisini kusturan 46 yaşındaki kadın hasta 2-3 aydır hayattan tat alamama, ilgi-istek kaybı, yaşamayı anlamsız bulma şikayetlerinden ötürü psikiyatri polikliniğine yakınlarıyla birlikte başvurdu. Hasta mevcut depresif şikayetlerinin 2006 yılında annesini kaybettikten sonra başladığını ve son 2-3 aydır arttığını ifade etti. Şikayetlerini "Hayattan zevk alamıyorum, hiçbir şey yapasım gelmiyor. Kendimi kilolu hissediyorum, kilo almaktan çok korkuyorum. Hiçbir şey yemek istemiyorum ve ölmek istiyorum" şeklinde ifade ediyordu.

Hastanın ilk yakınmaları 19 yaşında iken orakla ot biçme sırasında sağ ayak bileğinin yaralanması ve uzun süre tedavi görmesine rağmen iyileşmemesi sonrası başlamış. Ailesi tarafından İstanbul'daki bir hastanenin ortopedi ve travmatoloji kliniğine götürülen hasta ilgili hastanede 3 ay süre ile yatarak tedavi görmüş. Hastanede yattığı süre içinde kilolu olduğunu düşünme, yemek yememe, kendi kendini kusturma ve kilo kaybı olan hasta bu durumunu adını bilmediği hastanede yatarken kullandığı ilaçlara bağlamış. Taburculuk sonrası da dönem dönem benzer yakınmaları olan hastanın tıkanırmasına yeme ve kusma nöbetlerinin 2002 yılında babasını kaybettikten sonra artış göstermesi nedeniyle farklı bir ildeki psikiyatri hastanesinde iki kez altı ay yatarak tedavi görmüş. Ancak, hastanın yakınmalarında bir düzelme olmamış. Taburculuk sonrası düzenli kontrollerine devam etmemiş. En son bir yıl önce aşırı kusmalara bağlı metabolik tabloda bozulma sonucu SVO geçiren has-

tanın sol tarafı hemiplejik kalmış. Yine son bir yıl ve iki ay önce olmak üzere iki kez epileptik nöbet geçirme öyküsü de olan hasta son bir yıl içerisinde yemek yeme nöbetlerine bağlı 38 kilodan 59 kiloya yükselmiş. Hastanın 27 yıl boyunca en düşük 38 kg, en yüksek ise 62 kg ağırlığına sahip olduğu belirtildi. Hasta ve yakınlarının bildirdiğine göre, ilk kez hastalığın başlangıç dönemi olan 19 yaşında iken 38 kg olduğu yaklaşık 6 ay süre ile bu kiloda kaldığı daha sonraları ise kilosunun 45-62 kg arasında seyrettiği, bir yıl öncesi de 4-5 ay kadar kilosunun 38 kg olduğu öğrenildi. Onbeş yıldır adet görmeyen hasta kilo almaktan çok korktuğunu ve kendini şişman olarak gördüğünü ifade etmekteydi. Hastalığı döneminde bir süre ailesinden gizlice tiroid ilaçları kullandığı öğrenildi. Tıkanırmasına yeme nöbetleri sonrası kusan hasta bunu yakınlarından gizliyor ve hastalığını inkar ediyormuş. Annesinin vefatından önce annesi ile yaşadığı öğrenilen hasta ebeveynlerinin kaybindan sonra ağabeyinin evinde yaşamaya başlamış. Son dönemde yeme ve kusma nöbetlerinin sıklığındaki artışa bağlı aile bireylerinin de tepkisini çektiğini fark eden hasta bu durumu; "Ben bu hale annem ve babam öldükten sonra geldim. Annemi çok seviyordum, ölene kadar ona çok bağlıydım. Annemin vefatından sonra abim bana çok baskı yaptı, hayatıma çok müdahale etti. Sigara parasını bile bana çok gördü ve beni tekrar kusarsam bakımevine vermekle tehdit etti." şeklinde ifade etmekteydi. Hasta ile gerçekleştirilen ikili görüşmede kilo almaktan kaçındığı ancak, haftada 2-3 kez olan yaklaşık 2 saat sürebilen kendisini kontrol edemediği aşırı yemek yemelerinin olduğu ve sonrasında kustuğu öğrenildi. Hasta bu durumu 'yeme davranışımı kontrol edemiyorum, o anlar kendimi kaybetmiş oluyorum, adeta çiğnemedim yutuyorum, o an elime kolay yutabileceğim ne geçerse yemiş oluyorum, özellikle kek, pasta, dondurma gibi yumuşak gıdalar en çok tükettiğim yiyecekler oluyor, sonrasında ise kilo almaya endişesi ve pişmanlık ile kendimi kusturuyorum' diye belirtti. Yakınlarının tepkisinden çekindiği için yatağının altında sakladığı leğene kusmaya başlayan hasta, son günlerde odasından gelen kötü kokular nedeniyle dikkat çekmekteymiş. Yakınları sabah kalktıklarında buzdolabındaki gıda ürünlerinde büyük miktarda eksikliklerle karşılaşmalarından hastalığın devam ettiğine yönelik büyük şüphe içindelermiş. Yine aşırı yeme dürtüsüne mağlup olduğu bir gece pişmanlık duyup yatağın altındaki leğene kusarken öğürme sesiyle uyanan yeğeni tarafından fark edilmeden videoya kaydedilen hasta mevcut tıkanırmasına yeme-kusma nöbetleri ve depresif yakınmalarında artış nedeniyle

yakınları tarafından polikliniğimize getirilmiş ve servise kabul edilmişti.

Özgeçmiş: Normal doğum ile evde doğan hastanın bebeklik çağında geçirdiği hastalık ve bozukluk bulunmamakta, temizlik eğitimi, yürüme ve konuşması zamanında olmuş, ilk adet görme yaşı 15 miş ve 15 yıldır adet görmüyor, çocukluktan beri geçirdiği ciddi hastalık, kaza, fiziki ve ruhsal travma bulunmamakta, 30 yıl boyunca günde iki paket sigara içme öyküsü mevcut. Farklı işletmelerde kısa süreliğine aççılık öyküsü mevcut.

Soygeçmiş: Hastamız 5 kız ve 3 erkek kardeşe sahip; annesi ev hanımı, okur-yazar değil, 64 yaşında iken myokard enfarktüsü nedeniyle vefat etmiş. Babası fırıncı, okur-yazar, 78 yaşında iken myokard enfarktüsü nedeniyle vefat etmiş. Ailede psikiyatrik, nörolojik bir hastalık öyküsü tanımlanmadı

Laboratuvar Değerleri: Demir eksikliği anemisi mevcuttu, Hematoloji konsültasyonu ile demir tedavisi önerildi. EEG:N, EKG:N, Kr. MR: sağ parietal lobda daha önce geçirdiği SVO'ya bağlı sekel bulguları mevcuttu.

Fiziksel muayenesinde boyu 1.52 m, 59 kg ağırlığında, vücut kitle endeksi 25.5 kg/m² olarak değerlendirildi.

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşından büyük gösteren hastanın görünümü sosyokültürel seviyesi ile uyumluydu, sandalyede oturan hastanın ağız çevresinde kusmaya bağlı çatlaklar ve belirgin diş kayıpları göze çarpıyordu. Vücudunun sol kısmı hemiplejik olan hastanın sol kolu askıyla desteklenmişti. Hasta konuşurken göz teması kuruyordu, sorulara verdiği cevaplar kısa ve reaksiyon süresi uzamıştı, ancak yönelik ve probleme dönük cevaplar veriyordu, affektif anksiyöz ve duygudurumu çökkündü, bilinç açık, yönelim ve bellek yerindeydi algılamasında görsel ve işitsel varsanılara rastlanmadı. Beden algısında bozulma göze çarpıyordu, gerçeği değerlendirme yetisi ve yargılaması kısmen yerindeydi, düşünce sürecinde çağrışımları kısmen yavaşlamıştı, duygudurumuyla alakalı karamsar düşünceler mevcuttu. Kilo alma korkusu ve kilolu olduğuna dair değer yükü düşünceleri mevcuttu. Dışa vuran davranışlarda psikomotor retardasyon vardı ve sosyal katılımı yetersizdi. Hamilton Depresyon Ölçeği 18 puan, Yeme Tutum Testi 49 puan (kesme puanı 26) olarak saptandı. Minnesota çok yönlü kişilik envanterine göre mükemmeliyetçi, güvensiz, kırıl-

gan ve kişiler arası ilişkilerde duyarlılığın ön planda olduğu bir profil olarak değerlendirilmiştir. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda DSM-5'e göre tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de üç ay süreyle ortalama olarak haftada en az bir kez ortaya çıkması nedeniyle tıkanırcasına yeme/çıkartma tip BN ve depresyon tanısı ile hastaya fluoksetin 20 mg/gün, topiramet 25 mg/gün başlandı. Daha önce epileptik nöbet geçirme öyküsü mevcut olduğundan ötürü Fenitoin 300mg/gün kullanmakta olan hastanın ilaç dozları yatış süresince kademeli olarak fluoksetin 60 mg/gün ve topiramet 100 mg/gün'e dek yükseltildi. Fenitoin 300 mg/gün tedavisine nöroloji bölümünün de önerisiyle aynen devam edildi ve kan fenitoin düzeyi takip edildi. Vakanın çok zayıf olmaması nedeniyle ayırıcı tanısında AN tıkanırcasına yeme/çıkartma tipi düşünülmemiştir. Ayrıca, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, kilo kaybının eşlik edebileceği diğer psikiyatrik hastalıklar, tıbbi hastalık öyküsü ve madde kullanımına dair herhangi bir bulgu da yoktu. Ancak, vakanın mevcut klinik tablosu tıkanırcasına yeme/çıkartma tip BN olarak değerlendirilmiş olmakla birlikte, geçmiş hastalık öyküsü incelendiğinde özellikle hastalığın başlangıç yıllarında kilosunun 38 kg (vücut kitle endeksi 16 kg/m²) ve amenoresinin bulunması nedeniyle AN tıkanırcasına yeme/çıkartma tipi tanısının önceki yıllarda mevcut olduğu, hastalığın yıllar içinde bulimiya nervozaya dönüştüğü yüksek olasılıktır. Bilişsel davranışçı tedavi (BDT) programı ile hastanın şişmanlık, kilo alma korkuları ve beden algısı üzerinde duruldu. Aile terapisi ile aile bireylerinin hastalık ve tedavisi konusunda eğitimi, aile ilişkilerinin gözden geçirilmesi sağlandı. Diyetisyenle görüşüldü, hastanın diyeti 3 ana ve 3 ara öğün olacak şekilde düzenlendi. Yeme ve kusma takibi yapılan hastanın servise içerisinde yemek yemeği reddettiği fakat kusma davranışının olmadığı gözlemlendi. Yatışının 29. gününde taburculuğu planlanan hastanın dört kilogram civarında kilo kaybı olduğu saptandı. Taburcu edildikten sonra poliklinik kontrollerinde yakınlarının ifadesiyle hastanın tıkanma ve kusma nöbetlerinin kaybolduğu öğrenildi.

TARTIŞMA

Ruhsal bozukluklar içinde en ölümcül hastalıklar arasında yer alan yeme bozuklukları genellikle ergenlik, delikanlılık veya ilk gençlik çağında başlar ve yıllarca sürer. Hastalık boyunca iyileşme ve yinelenme dönemleri olabilir. İlk belirtiler genellikle yeme alışkanlığında değişikliklerle (kala-

balıkta yemek yememe, sofraya oturmama, karbonhidrat içerikli besinlerle tıkanırcasına beslenme, aşırı katı diyet yapma) başlar. Yiyeceklerle aşırı ilgilenme, başkaları için yemek hazırlama, yemek tarifleri toplama, yiyecekleri evin içerisinde acayip yerlere saklama gibi kompulsif tarzda garip davranışlarla devam eder. Bizim hastamız atakları esnasında özellikle karbonhidrat içerikli gıdalara aşırı ilgi duymaktaydı, yine meslek olarak da açılıkla uğraştığını ifade eden hasta yemek tarifleri konusunda oldukça bilgiliydi. Duygudurum, bunaltı bozuklukları ya da madde kötüye kullanımının tabloya eşlik etmesi, hastanın işlevselliğinin bozuk olması, uzun hastalık süresi gibi durumlar prognozu olumsuz etkilemektedir (6). Bizim vakamızda da tabloya depresif belirtilerin eşlik etmesi hastalığın gidişatını ve tedavisini olumsuz etkilemekteydi. Bulimiya nervozanın oluş nedeni hala tam olarak aydınlatılamamıştır. Bazı araştırmalar bu bozukluğu atipik depresyonun yineleyici türü olarak öne sürse de biyolojik ve psikososyal birçok nedenin rol oynadığı düşünülmektedir (7). Bulimik hastalarda ailesel yükünlüğün ve depresyon komorbiditesinin yüksek bulunuşu kalıtım etkenini ön plana çıkarmaktadır. Yine psikososyal nedenler, psikodinamik açıdan hastaya yaklaşımı ve bireysel psikoterapinin çalışma alanlarını belirlemesi bakımından yeme bozukluklarında büyük önem arz etmektedirler. Psikososyal etkenler arasında anneden ayrılmaya, bireyselleşmeye, büyümeye karşı aşırı korku çatışmanın çekirdeğini oluşturmaktadır. Bu hastalarda çocuğun özerkleşmesine engel olan aile patolojisinin mevcudiyeti ileri sürülmüştür (3). Yine yapılan çalışmalarda bazı bulgular hastaların ailelerinde yakın fakat, sorunlu ilişkilerin söz konusu olduğunu göstermektedir. Yeme nöbetlerinin anne ile bütünleşmeyi temsil ettiğini, ancak sonrasında anneden ayrılma ve bireyselleşme çabasının dışı atım ve kusma davranışları olarak kendini gösterdiği düşünülmektedir (8). Bizim vakamızda da benzer şekilde hastamız ailesine çok düşkün biriydi. Ağabeyinin ifadesine göre ebeveynlerden özellikle anne, ailede otoriter ve baskıcı figür olarak göze çarpmaktaydı ve bu durum hastamızın büyüme çağında aşırı kontrollü ve sınırlayıcı engellerle karşılaşmasına neden olmuştu. Özellikle annesinin vefatından sonra şikayetlerinin artış göstermesi ve depresif belirtilerin de tabloya eklenmesi bunu desteklemekteydi. Anneye karşı beslediği ambivalan duyguları ve bireyselleşmesine ket vurulmasına duyduğu öfkeyi onun ölümünden sonra ağabeyine yansıtmıştı. Babasının ölümünden sonra annesiyle birlikte yaşayan hastamız, annesinin kaybindan sonra da ağabeyinin yanına taşınmış ve bu

durum hayatına bazı müdahaleleri kaçınılmaz kılmıştı. Taşındığı evin kurallarına uyması gereken hastamız, ağabeyini vefat eden annesinin yerini almış yeni otorite figürü ve tehdit unsuru olarak görmekteydi. Ergenliğinden, genç kızlığından itibaren hayatına yapılan müdahalelerden bıkmış şekilde kendi kabuğuna çekiliyor ve bedenine hapsolmayı yeğliyordu; adeta bedenini fethedilmesi imkansız kalesi olarak görüyor, müdahalelere kapatıyordu. Kendisine yapılan her türlü uyarıya karşın kadınsı görünümünün ve menstruasyon döngüsünün yıllar önce kaybolmasına aldırış etmeden tıkanırcasına yeme nöbetlerinden sonra kendisini kusturmaya devam ediyordu. Bütün bu yeme ve kusma nöbetlerinin yaratmış olduğu hemostatik bozukluğa ve metabolik dengesizliğe rağmen bu hastalar genel olarak canlı ve hareketlidir (9). Aslında bizim hastamızda da gözlemlediğimiz, beklenenin aksi hareketlilik ve kabına sığmayan bu tür ergen tipi davranışlar, içinde bulunduğu ve kısıtlandığını düşündüğü düzene varoluşsal meydan okuma olarak değerlendirilebilir. Servisteki sağlık personelinin ve diğer hastaların günlük rutinlerine gereksiz müdahaleleri ve haftanın belli günlerinde yapılan sosyal etkinliklerdeki canlılığı ve aşırılığı bunu kanıtlar nitelikteydi. Psikososyal etkenlerden bir diğeri toplumsal olarak son dönemdeki zayıf olmaya, inceliğe verilen aşırı değer olarak değerlendirilmektedir. İletişim araçlarında ve sosyal medyada yer alan programlarda, dizilerde işlenen "sıfır beden" algısının bu konuda etkili olduğu düşünülmekle birlikte bu algının olmadığı toplumlarda ve geçmiş yüzyıllarda da bu hastalığın mevcut olması toplumsal etkenin önemini son dönemde azaltmıştır. Bulimiya nervozalı hastaların özgeçmişlerinde çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma ve aile içi sorunların çokluğu; yine bu hastaların ailelerinde kontrollere göre daha fazla ölüm ve ayrılma, ruh hastalığı, alkol ve kumar bağımlılığı dikkat çekmektedir (3). Bizim vakamızda da yakın zamanda ve kısa aralıklarla yaşanan ebeveyn kayıpları sonrası şiddetlenen tıkanırcasına yeme ve kusma nöbetleri dikkat çekmekteydi. Yine madde bağımlılığı olarak günde iki pakete varan sigara kullanım öyküsü mevcut olup bu konuda da yardım arayışındaydı. Serotonin yolaklarının beslenme, duygudurum ve dürtü kontrol bozuklukları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Son yıllarda yeme bozukluklarına neden olan biyolojik etkenler arasında serotonin yolaklarındaki ayar bozukluğu üzerindeki çalışmalar dikkat çekmektedir. PET çalışmalarında AN'lı hastalarda 5HT-2A reseptör aktivitesinde azalma, Bulimia Nervoz'a da ise 5HT-1A aktivitesinde artma gözlenmiştir. BN tedavisinde etkili olduğu gözlemle-

nen Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI) -özellikle yüksek doz fluoksetin- kullanımı bunu kanıtlar niteliktedir. Yine hipotalamustaki açlık/tokluğu düzenleyen sistemlerdeki, hipotalamus-hipofiz-tiroid eksen ve hipotalamus-hipofiz-adrenal bez eksenindeki bozuklukların da (kortizol yüksekliğinin mevcut adet düzensizliği etyopatogenezinde yer alması nedeniyle) rol oynadığı düşünülmektedir (10). Beyin görüntüleme çalışmaları da yeme bozukluklarında altta yatan biyolojik etkenleri yansıtmaktadır. BN'lı hastaların beyinlerinde hem beyaz cevher hem de gri madde miktarında azalma ve ventriküllerde genişlemeye rastlanılmaktadır (11). Tedavide yeme bozukluklarında temel olarak hastanın beslenme bozukluğunu ve bozuk yeme ve çıkarma davranışlarını düzeltmek üzere iki çalışma alanımızın olması gerekmektedir. Bu da psikofarmakoloji ile birlikte bilişsel davranışçı terapi, aile terapisi ve psikoeğitimin beraber yürütülmesi gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Yaşamı tehlikeye sokan durumlarda kısa süreli yatışlar dışında hastanın poliklinikten takibinin yapılması önem teşkil etmektedir. Aşırı kilo kaybı, hipotermi, hipotansiyon gibi vital bulgularda bozulma, kan metabolitlerinin ve elektrolitlerinin bozulması durumlarında, hasta gerekirse yoğun bakım koşullarında monitorizasyon ile sıkı vital ve laboratuvar takip ile gözlenmelidir. Bu şekilde hasta stabil hale getirildiyse psikofarmakolojik ajanların kullanımı ve psikoterapiler gözden geçirilebilir. Yüksek doz SSRI'lar özellikle fluoksetin (60mg/gün) kullanımı tedavide ön plana çıkmaktadır. Fluoksetin, FDA tarafından BN tedavisinde onaylı tek antidepresandır (12). Topiramet kullanımının da tıkanırcasına yeme nöbetlerini azaltmada kullanıldığına dair çalışmalar mevcuttur (13,14). Bu hastalarda her şeyden önce bilişsel değişmeye yönelik bilişsel davranışçı psikoterapi gereklidir. Ailenin işbirliğiyle de birlikte mevcut tablo düzelir düzelmez uzun süreli dinamik yönelimli ve destekleyici psikoterapiye ihtiyaç vardır. Biz de hastayı fluoksetin (60 mg/gün) ve topiramet (100 mg/gün) ile serviste yaklaşık bir ay takip edip taburculuğunu planlamıştık. Servis içerisindeki takiplerinde diyetisyen eşliğinde diyeti (3 ana ve 3

ara öğün ve her öğün en az 500 kalori) düzenlendikten sonra bilişteki çarpıklıklara ve beden algısındaki mevcut anormallik üzerine çalışılmış, farmakoterapi eşliğinde bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Tıkanırcasına yeme problemi azalan hastanın kusma nöbetleri hiç kalmamıştır. Daha önce sık sık tartılıp kendini aynada kontrol etme ihtiyacı hisseden hasta artık kilosunu eskisi kadar gündeme getirmiyordu ve sosyal işlevselliğindeki artış yüz güldürücüydü. Kalan terapi seansları poliklinik kontrollerinde uygulanmaya ve mevcut farmakoterapisi aynı pozolojide reçete edilmeye devam edildi.

SONUÇ

Yeme bozuklukları özellikle genç kadınlarda sık görülen ve ruhsal bozukluklar içinde yer alan en ölümcül hastalıklardan biridir. Özellikle belli yaşın üstünde erişkin hastalarda görülen yeme tutum değişiklikleri, dirençli kusma nöbetleri, kısa sürede hastanın kilosunda gözlenen değişiklikler akla altta yatan tıbbi nedeni getirmektedir. Bu yaş grubunda kilo kaybını açıklayacak altta yatan fiziksel hastalığın olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda addison hastalığı, panhipopitüiterizm, sheehan sendromu gibi endokrinolojik hastalıklar; çölyak, chron ve irritable barsak sendromu gibi gastrointestinal rahatsızlıklar, lenfoma gibi kanser ve tüberküloz, sarkoidoz gibi kronik enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar öncelikli olarak akla getirilmelidir. Bu vakada 46 yaşında ve 27 yıldır yeme bozukluğu tanısı ile takipli, şikayetlerinde stresle tetiklenen ara ara düzelmeye dönemlerinin de eşlik ettiği tıkanırcasına yeme-çıkarma atakları olan hasta güncel literatür bilgileri ışığında ele alınmıştır. Bu vakada da gözlemlendiği gibi yeme bozukluklarının anoreksiya nervoza tanısı ile başlayıp daha sonra bulimiya nervozaya dönüşebileceği, ileri yaş grubu hastalarda yeme bozuklukları azımsanmayacak ölçüde gözlemlenmekle birlikte iyi bir anamnez alınarak bu tür hastaların özgeçmişlerinde bu bozukluğun ipuçlarının izlerini sorgulamak yine biz klinisyenlere düşmektedir.

Kaynaklar:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Current Psychiatry Reports. 2012;14:406-14.
3. Gwirtsman HE, Ebert MH. Eating disorders. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry New York: Lange Medical Books/Mc Graw-Hill, 2000.
4. Zandian M, Ioakimidis I, Bergh ve ark. Cause and treatment of anorexia nervoza. Phsiol Behav. 2007;10.1016/j.physbeh.2007.05052.

5. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 1993;150:208-28.
6. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2007;40:293-309.
7. Bruch H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books.1993.
8. Toker ED, Hocaoglu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2009;22:36-42.
9. Öztürk MO, Uluşahin A. Yeme Bozuklukları. Ruhsal Etkenlerle Bağlantılı Fizyolojik İşlev/Yapı Bozuklukları-II. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 12. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2014. p.618-629.
10. Halmi KA. Eating Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Cilt II. BJ Sadock, VA Sadock, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
11. Wagner A, Greer P, Bailer UF, et al. Normal brain tissue volumes after long-term recovery in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2006;157:469-71.
12. Sysko R, Sha N, Wang Y, Duan N, Walsh BT. Early response to antidepressant treatment in bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2010;40:999-1005.
13. Arbaizar B, Gómez-Acebo I, Llorca J. Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:471-5.
14. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13:2015-26.