

ÇOCUK VE ERGENLERDE BULİMİA NERVOSA TEDAVİSİ

Bulimia nervosa, yineleyen tıkanırcasına yeme dönemleri ve kilo almaktan sakınmak için kendisinin oluşturduğu kusma, laksatif , diüretik, lavman ya da diğer ilaçların yanlış bir şekilde kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma ile uygunsuz dengeleyici davranışların sık sık tekrarlanması ile belirli bir yeme bozukluğudur. Aniden ortaya çıkan bir açlık duygusu eşlik edebilir ya da yoktur. Kişinin tercih ettiği besinler olabilir, ancak genellikle de ayırım gözetilmez. Ağzı doldurma gereksinimi olarak tanımlanabilir. Çiğneme az ya da çoktur. Süreleri bir kaç dakikadan bir kaç saate kadar değişebilen bulimia krizleri olabilir. Boşalmış buzdolabı, dibi bulunmuş reçel kavanozu önündeki hoşnutsuzluk ile bulimia krizi kesilir. Yapılan araştırmalar yeme dönemlerinin daha çok öğleden sonra veya akşam saatlerinde olduğunu göstermektedir. Kriz sırasında beslenmeye yönelik hijyen ve beslenme ile ilgili yiyecek kaprisleri görülmez. Sonunda ağır bir doyumluk hissi, hoşnutsuzluk ya da memnun olma ile birlikte. Ağırlıkları genellikle normal sınırlar içindedir ve olguların %50'sinden azında amenore ortaya çıkar. Kadınlarda daha siktir. Genellikle başlangıç yirmi yaş civarındadır. Tüm toplumlarda yaklaşık %1 olarak görülmektedir. Bozukluğun oluş nedeni aydınlatılmamıştır. Araştırmalar bu rahatsızlığın yineleyici tipte atipik depresyon olduğu görüşünü desteklemektedir. Bulimia nervozalı kadınların çocukluk döneminde fiziksel, cinsel ve diğer kötü davranılma öykülerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Yeme bozukluklarının diğer psikopatolojilerle birlikte bulunabileceği son yıllarda dikkati çeken bir konudur. Duygulanım bozuklukları ve madde bağımlılığı dışında anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve kleptomaninin de yeme bozukluklarıyla birlikte bulunabileceği bildirilmektedir.

TANI KRİTERLERİ: (DSM-IV kriterlerine göre)

A- Yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkanırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1) Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin; herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.

2) Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örneğin; yemeği durduramayacağı yada ne yediğini yada ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B- Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların yada diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe yada aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C- Tıkanırçasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de üç ay süreyle ortalama olarak haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D- Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E- Bu bozukluk sadece anoreksia nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipler:

-Çıkartma olan tip: Bulimia nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş yada laksatifler, diüretikler yada lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

-Çıkartma olmayan tip: Bulimia nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe veya aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş. Ancak kendi kendine kusmamış yada laksatifler, diüretikler yada lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.

(ICD -10 kriterlerine göre)

Kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin tümü bulunmalıdır.

A- Yeme ile inatçı aşırı uğraşma ve karşı konulamayan aşırı bir yeme isteği vardır. Hasta, kısa sürede büyük miktarlarda tıkanarak yeme nöbetlerini durduramaz.

B- Hasta aşağıdaki yollardan biri yada daha fazlası ile yiyeceklerin şişmanlatıcı etkilerini ortadan kaldırmaya çalışır; kusma, müshil ilaçlar kullanma, değişen sürelerle aç kalma, iştah baskılayan ilaçlar, diüretikler yada tiroid preparatları kullanma. Diabetik hastalar bulimik olduklarında insülin tedavilerini ihmal etmeyi seçebilirler.

C- Çok şiddetli bir şişmanlama korkusu vardır. Hasta kendisi için, tıbben en uygun yada sağlıklı olandan çok daha düşük ve kesin olarak belirlenmiş bir beden ağırlığı eşiği saptamıştır. Öyküde, her zaman olmamakla birlikte sıklıkla bir anoreksia nervoza (AN) dönemi vardır ve iki dönem arasındaki süre birkaç aydan yıllara kadar sürebilir. Başlangıçtaki bu dönemde AN'nın tüm belirtileri bulunabileceği gibi orta derecede kilo kaybı veya geçici amenore ile giden hafif gizli bir form olabilir.

Atipik Bulimia Nervoza : Bu tanı bulimia nervozanın temel belirtilerinden biri veya birkaçının bulunmadığı, fakat kliniği oldukça tipik olan hastalar için kullanılmalıdır. Bu duruma

en çok ağırlığı normal hatta normalin üstünde olup, kusma yada ishalin izlediği tipik aşırı yeme dönemleri olan kişiler uyar.

TIBBİ TEDAVİ:

Yayınlarla göre bu bozukluğu olan çocukların çoğu tedaviyle dramatik olarak iyileşir. Kontrollü çalışmalar kısa süreli çalışmalarda hem farmakoterapinin, hem de psikoterapinin bulimia nervosa (BN) üzerinde anlamlı etkisi olduğunu gösterir. Uzun vadadaki sonuçlar daha az ümit vericidir. Çünkü hastalar relaps riski altındadırlar. Günümüzde hangi tedavinin en iyi sonucu vereceğini belirleyici bir faktör yoktur. Çoğu hasta evinde tedaviyi alabilir. Hastaların yeme kontrolünü kazanması hastane dışında daha kolay olduğu için yatarak tedaviden kaçınmak daha olumlu sonuç verir. Genelde önerilen görüş hastane tedavisinin yalnızca acil durumlar için tercih edilmesi ve bunun dışında poliklinik bazında ve uzun süreli tedavi programının oluşturulmasıdır.

Her hasta için ayrıntılı laboratuvar ve fizik değerlendirme incelemeleri gerekmektedir. Özellikle serum elektrolitlerinin bakılması ve EKG çekilmesi önemlidir. Laksatif, diüretik kötüye kullanımı ve kusma alkoloza yol açabilir. Elektrolit ve K eksikliği görülebilir, K destek tedavisi gereklidir. Hipovolemiye sekonder ortaya çıkan, sekonder hiperaldosteronizm nedeniyle K' un renal atılımı artar. Ancak çoğu olguda destekleyici oral K yeterli olacaktır. Stimülan tipteki laksatifler derhal kesilmelidir. Hastaların günde en az 6-10 bardak su veya kafeinsiz içecek içmesi gerekmektedir. Yiyeceklere tuz eklenmemelidir. Çünkü zaten çok fazla Na reabsorpsiyonu vardır (yeterli kan volümünü sağlamak için). Barsak fonksiyonlarını stimüle etmek için egzersiz yapılabilir. Konstipasyon takibi yapılmalıdır. Hastalara laksatif veya diüretiklerin kesilmesi nedeniyle (sıvı geri emilimi nedeniyle) 2-5 kg kadar geçici kilo alacakları söylenmelidir.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ:

1-Antidepresanlar:

Kontrollü çalışmalar bugüne kadar bulimik epizodların sıklığını ve yoğunluğunu azaltmada antidepresanların plaseboya göre daha olumlu sonuç verdiğini göstermişlerdir. Antidepresanların hasta depresyonda olsa da olmasa da eşit derecede etki ettiği görülmüştür. Bu nedenle BN'da bu ilaçların antidepresan etkilerinden ziyade yemek alınımını kontrol eden nörotransmitter sistemlerin direkt aktivasyonu sonucunda etkinin ortaya çıktığı düşünülebilir. Çoğu hastada bulimik semptomların yüzdeinde bir azalma olmakla beraber, sadece hastalığın

çok az kısmı tamamıyla düzelir. Literatürde relaps gösteren hastaların daha adaptif davranış paterni geliştirmeyi öğrenmemesine bağlanmaktadır. En çok üzerinde çalışılan ilaçlar desipramin ve imipramindir. Uygulanan dozlar major depresyon tedavisinde kullanılanlara benzer. Aynı depresyonda olduğu gibi etki 2-3 hafta sonra başlar.

Diet kısıtlaması gerektiği için MAO inhibitörleri daha az sıklıkla kullanılmaktadır. Son çalışmalar seratonerjik ilaçların kullanımı üzerinedir.

BN 'nın patogenezinde seratonerjik transmisyonun azaldığına dair bazı kanıtlar vardır. Fluoksetin'in yüksek dozlarda (60mgr./gün) tedavide etken olacağı gösterilmiştir. Bu ilacın trisikliklere göre yan etki profili de daha uygundur. Temel yan etkiler, anksiyete, bulantı, uykusuzluk ve döküntüdür. Plasebo kontrollü çalışmalarda 60 mgr. fluoksetin, 20mgr. fluoksetin ve plaseboya göre anlamlı bulunmuştur.

Golstein ve ark. (1995) tarafından; BN'lı 483 hastaya çift kör çalışma yapılmış, 60mgr/gün fluoksetine veya plasebo 16 hafta süreyle verilmiş. 225 hasta çalışmayı tamamlamış, değerlendirilmelerde kusma ve tıkiştirme epizodları haftalık olarak incelenmiştir. Fluoksetin ile plaseboya göre kusmada ve tıkiştirerek yemede anlamlı olarak azalma gözlenmiş, ilaç güvenilir olarak saptanmıştır. Sonuç olarak 16 haftalık tedavi ile fluoksetin etkin ve güvenli bulunmuştur.(1)

Brambilla ve ark.(1995) tarafından; 26 BN'lı kadında ve 26 kontrol sağlıklı denekte kolesistokinin -8 konsantrasyonu ve T lenfositlerinde beta -endorfin düzeyleri ölçülmüştür. 10 hasta daha sonra 300mgr/gün fluvoksamin, 5hasta 300 mgr /gün amineptin ile 4 ay tedavi edilmiştir. Tedaviden 1,2 ve 4 ay sonra bu iki peptidin düzeyleri ölçülmüştür. Sonuçta BN'lı hastalarda bazal CCK-8 düzeyleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuş, fluoksamin tedavisi esnasında CCK-8 düzeyleri artıp, 4 ay sonra normal düzeye ulaşmıştır. Amineptin tedavisi sonrasında böyle bir artış olmamıştır. BN'lı hastalarda beta endorfin düzeyi normal iken, 4 aylık fluoksamin tedavisi sonrası azalmıştır.(2)

Antidepresanlarla tedavide sadece çok az bulimik hastanın tıkiştirerek yemeği ve yediklerini boşaltmayı tamamen bırakabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle çoğu hastada ileri tedavi olarak kognitif davranışçı tedaviye gerek duyulur. Antidepresanların, affektif bozukluk öyküsü olduğu zaman verilmesi önerilmektedir. Özellikle affektif bozukluğun yeme bozukluğu başlamadan önce görüldüğü durumlarda verilmelidir. Onun dışında kognitif davranışçı tedavi günümüzde ilk seçenektir. Ayrıca antidepresanlar psikoterapiye kısmi veya hiç cevap vermeyen

hastalarda (depresyonda olsun veya olmasın) faydalı olabilir. Çalışmalarda antidepresan kullanımının minimum 6 ay veya 1 yıl kullanılması, daha sonra azaltılıp kesilmesi gerektiği gösterilmiştir. Kognitif davranışçı tedavi (KDT) ve farmakolojik tedaviyi karşılaştıran çalışmalar tek başına ilaç tedavisine göre; KDT -/+ antidepresan tedavisinin olumlu sonuç verdiğini göstermiştir.

BN’da antidepresan kullanımının kontrollü tedavi sonuçları:

(İlaç ya da plasebo)	GÜNLÜK DOZ(mg)	SONUÇ
İmipramin	200-300	İmipramin > plasebo
Desipramin	150-200	Desipramin > plasebo
Fluoksetin	60	Fluoksetin > plasebo
Mianserin	60	Mianserin = plasebo
Amitriptilin	150	Amitriptilin = plasebo
(İlaç ya da psikoterapi)		
Desipramin ya da KDT	200-300	KDT > desipramine
İmipramin ya da KDT	200-300	KDT > imipramin

2-Anti-konvülsan Tedavi:

BN’nın bir epileptik nöbet eşdeğerini temsil edebileceğinden yola çıkılarak deneysel olarak anti-epileptik ilaçlar kullanılmıştır. Ancak günümüzde epileptik bozukluklar veya EEG anomalileri ve BN arasında tatmin edici kanıt bulunamamıştır. Fenitoin denenmiş, sonuçlar ümit verici olmamıştır. Karbamezapinin kullanıldığı küçük bir çalışmada da, yalnızca affektif öyküsü olan bir hastanın yararlandığı görülmüştür. Benzer biçimde duygusal dalgalanma gösteren bir bulimiya olgusunun da sodyum valproattan yararlandığı bildirilmiştir.

3-Lityum:

Hsu ve ark. lityum plasebo karşılaştırmalı çalışmasında eşlik eden major depresyon tanısı olan hastaların lityumla anlamlı düzelme gösterdiklerini ve depresyonu olmayan grubun ise anlamlıya yakın bir iyileşme kaydettiklerini bildirmişlerdir. Fakat plasebo kullanılan gruptaki hastaların da düzelme göstermeleri ve lityumun bu hasta grubunda kullanımının yaratabileceği sorunlar ve riskler gözönünde tutulduğunda, lityumun BN tedavisindeki yeri tartışılması gereken bir konudur.

4- Opiat Antagonisleri:

Seratoninerjik sistem gibi endojen opioit sistemi de beslenme davranışı kontrolünde önemli rol oynar. Özellikle stresle indüklenen beslenme davranışının bu sistemle bağlantılı olduğu bilinmektedir. Bir narkotik antagonist olan naltrexonun yüksek dozlarda BN'lı bazı hastaların tedavisinde faydalı olabileceğine dair kontrollü çalışmalar vardır. Ancak bu dozlarda hepatotoksisite riski olduğundan klinik kullanımda önerilmez.

5- Psikoterapi:

Çeşitli psikoterapik yaklaşımlar önerilmiştir. Bunlar kognitif davranışçı, psikodinamik yaklaşımlar ve aile tedavisidir. En fazla araştırılan yöntem bozulmuş yeme davranışını değiştirecek spesifik teknikleri kullanan yapılandırılmış kognitif ve davranışçı tedavilerdir. Bu yöntem oldukça etkin bulunmuştur. Bu nedenle BN'nın tedavisinde birinci seçenek kognitif davranışçı tedavidir. Bu tedavide hem sözel-bilişsel elemanlar, hem de performansa dayalı davranışçı tekniklere yönelinir. Tedavi grup, bireysel veya karışık grup + bireysel şekillerinde yapılır. Bu programların süresi sıklıkla sınırlıdır. Minimum 6 hafta, maximum 18 hafta sürer. Bazı yaklaşımlarda erken dönemde, haftada bir görüşmeden daha fazlası önerilir.

A- Kognitif Davranışçı Yaklaşım:

a) Eğitimsel teknikler: BN'nın fiziksel ve emosyonel sonuçları ile ilgili genel bilgiler verilebilir. Hastalar metabolizma, gıda alımı, kusma, laksatif kötüye kullanımı ve tıkıştırarak yemenin fizyolojik işlevlere etkisi, elektrolit dengesi, kalori alımı hakkında bilgilendirilir. BN'da görülebilecek depressif bulgular hakkında da bilgi verilir. Bazı hastalar çoğu davranışların patolojik olduğunu bilirler. Ancak bazıları aşırı diüretik almanın, fazla miktarda kafeinli içecek içmenin, aşırı diyetin ve fazla egzersizin sorun yaratacağını bilmeyebilirler.

b) Kendini Değerlendirme: Hastanın kendi yaşamında yemenin yerini anlaması için sapma gösteren yeme davranışları ile ilgili bir günlük tutması ve bu davranışların yeme davranışından önce, esnasında ve sonrasında ortaya çıkan spesifik düşünce ve duygulara bağlamaları istenir. Böylece kişi özel olarak bulimik davranışının ve genel yemek yeme alışkanlığının farkına varır. Soruna daha iyi odaklanır. Ek olarak, günlük alınacak yemek miktarına ait planların yapılması için bir yemek günlüğü tutturulur. Terapist her görüşmede bu günlükleri dikkatlice incelemelidir.

c) Besin Danışmanlığı: Tedavinin başında besinlere yönelik eğitim verilebilir. Hastaya tedavinin amacının sadece tıkıştırarak yeme ve kusma gibi bulimik davranışları önlemek değil,

aynı zamanda düzenli ve dengeli yemek planlarını oluşturmak olduğu söylenmelidir. Çoğu hasta bu öneriye başlangıçta direnç gösterir. Çünkü düzenli yemek yemenin kilo alımına yol açacağını düşünürler. Bu noktada terapistin kararlı olması gerekir. Hastaya üç öğün dengeli yemek yemeyi öğretmek için hastaya öğün planlama teknikleri anlatılır. Hastalara iştahlarından ve tıkiştırma epizodlarından bağımsız olarak bu öğünleri yaklaşık aynı zamanda yemeleri istenir. Hastalar her gün 10 ile 30 dakikalarını ertesi günün öğünlerini planlamaya ayırmalıdır. Tedavinin erken döneminde yeme patolojisine olumsuz katkılarını azaltmak için, tıkiştirarak yeme epizodları ile ilişkili

yiyceklerden kaçınmaları söylenebilir. Hastalardan haftada sadece bir kere kendilerini tartmaları istenir. Böylece kilo alma korkusu ile ilişkili sağıksız tartılma davranışı engellenmiş olur. Tedavinin bu bölümü bir diyetisyen tarafından yönlendirilebilir.

d)Bulimik davranışla ilgili nedenler, cevaplar ve sonuçları:Bulimik davranışı tetikleyici sosyal, fizyolojik, mental ve ortama bağı bir çok neden olabilir. Cevabın üç çeşit tipi vardır:

- 1- Düşünceler
- 2- Davranışlar
- 3- Duygular

Hastanın bir ortamla ilgili düşünceleri, nasıl hissettiğini ve ardından nasıl davranacağını etkiler. Yeme sorunu olan bir çok hastada sorunlu bazı düşünme şekilleri vardır. Bunlar aşırı genelleştirmeyi, katastrofiye etmeyi, iki uç arasında gidip-gelen düşünceleri, bir şeyleri sadece kendisinin yapabileceğine dair düşünceleri ve başkalarının fikirlerini aşırı önemsemeyi içerir. Bu tarz düşünme sonucu ortaya çıkan düşünceler sonuçta otomatikleşip farkında olmadan hastanın aklına gelebilir.

Bulimik davranışlardan hem (+), hem de (-) sonuçlar açığa çıkabilir. Öfkeden kurtulma, kilo alma korkusundan uzaklaştıran düşünceler gibi (+) sonuçlar, olumsuz sonuçlardan daha çabuk ortaya çıkarlar. Ancak uzun vadede olumsuz sonuçların ağırlık kazanacağını hastanın anlaması çok önemlidir. Yeme alışkanlığını düzeltmenin bir yolu bulimik semptomlara yol açan nedenleri tanımlamak ve kontrol etmeyi öğrenmektir. Bu, neden ile cevap arasındaki ilişkileri kırarak gerçekleştirilir. Buna stimulus kontrolü denir. Bu yöntem stimulus yaratacak nedenlerden kaçınmayı, neden karşısında tıkiştirarak yeme cevabını geciktirmeyi ve belirli nedenler karşısında tıkiştirarak yemeye alternatif davranışlar geliştirmeyi öğrenmeyi içerir. Nedenlerin üzerine gitme

ve nedeni önleme seansları uygulanabilir. Örneğin; hastalara aşırı yemeleri söylenir (burada aşırı yeme “neden” olarak alınır) daha sonra kusmayı önlemeleri sağlanmaya çalışılır. Aynı zamanda davranışların sonuçlarının tekrar gözden geçirilmesi faydalı olabilir. Burada uygun davranışlar ödüllendirilir, uygun olmayan davranışlar ödüllendirilmez. Ödül, olumlu davranışın gerçekleşmesi şartına bağlı olarak olumlu davranışın mümkün olduğu kadar hemen ardından verilmelidir. Hastalara olumlu davranışları için kendilerini bilişsel olarak ve materyal olarak ödüllendirmeleri öğretilir. Sıklıkla neden - cevap - sonuçlar üzerinde defalarca durulması gerekebilir. Bazen bir nedenin yanıtının kendisi ilerde bir neden teşkil edebilir ve bu şekilde devam eder. Böyle bir durumda, bu zinciri kırma üzerine odaklanılır.

e) Düşünceleri Yeniden Yapılandırma: Kognitif işlemleri değiştirmede en etkin yaklaşım davranışçı tekniklerdir. Davranışçı yöntemlere bağlı kalmak sıklıkla mantıksız inançların kuvvetini azaltır. Aynı zamanda tedavide direkt olarak mantıksız inançları sorgulamakta faydalı olabilir. Aksi halde bunlar davranışsal değişikliğe direnç teşkil ederler. Kişi belirgin nedenlerle tetiklenen davranış, duygu ve düşüncelerinin farkına vardıldıktan sonra ve duygusal bir reaksiyonla belirgin bir bilişsel durum arasındaki bağlantıyı kurabilmeyi öğrendikten sonra, hastalar düşüncelerinin tam doğru veya mantıklı olup olmadığını saptamak için, düşüncelerini tekrar gözden geçirmeye ihtiyaç duyacaklardır. Bir teknik, mantıksız düşünceleri içeriklerini sorgulayarak zorlamaktır. İkinci bir teknik, hatalı tahminleri geleceğe yönelik olarak gözden geçirmektir.

f) Relaps Önleme: Relaps potansiyeli çok olduğu için önemli bir alandır. Hastaların yüksek riskli ortam ve yüksek riskli yemeklere maruz kalma pratikleri yapılmalıdır. Eğer bundan korkarlarsa, bu üstüne gitme esnasında bir relaps olacağını önceden düşündürür. Hastalar kendilerini kontrol edebildiklerini hissettikleri andan itibaren, kaçınılmış olan besinler yavaş yavaş diyeteye eklenir. Daha sonra bu pratik, hastaları korkulan sosyal ortamların içine sokulması şeklinde genişletilir. Hastalara tedavinin seyri esnasında semptomların çok az bir kısmında rekürrens görülebileceği, bunların bu dönemde aşılabileceği ve mutlak bir yenilginin göstergesi olmadığı öğretilmelidir. Özellikle gelecekte stress esnasında, geçici olarak kendilerini kontrol etmede zorlanabilecekleri söylenmelidir.

g) Beden İmajı: BN’lı hastaların çoğunun beden imajı bozulmuştur. Sıklıkla beden şekilleri ve boyutları ile ilgili gerçek dışı fikirleri vardır. Bu kadınların bedenleri ve sosyal rolleri ile ilgili kültürel beklentilerine bağlanabilir. Kognitif teknikler temelde beden boyutu ve şekli ile

ilgili spesifik olumsuz düşünceleri zorlamak için kullanılır. Rol oynama egzersizlerinde değişik sosyal yetenek edinme, streslerle baş etme ve sorun çözme teknikleri pratik içerisinde öğrenilebilir. Stresle baş etmede relaksasyon teknikleri kullanılabilir.

ğ) Aile: Aileyi tedaviye katıp katmama hastanın yaşına göre değişebilir. Eğer katmak isteniyorsa, hasta ile aile bireyleri arasında açık ve dürüst bir ilişki gelişimini sağlayabilmek için görüşmeler yapılır. Ayrıca hastaların yeme davranışını etkileyen aile davranışları belirlenmeye çalışılır. Zamanla çoğalan kontrollü çalışmalarda ergen hastalarının yeme bozuklukları tedavisinde aile terapisinin, yetişkinlerden daha başarılı olduğu gösterilmiştir.

Van Furth ve ark. (1996) tarafından; 49 ergen yeme bozukluğu olan hasta ve ebeveynleri ile yapılan çalışmada tedavide ailenin önemi vurgulanmıştır. Tedavide annenin hasta çocuğu ile ilgili görüşleri, duyguları ve davranışlarına dikkat edilerek, anne ve çocuğu arasında ortaya çıkan sorunlara yönelik yapıcı, yargılayıcı olmayan yaklaşımın desteklenmesinin, hastalığın kısır döngüsünü kırmada önemli rol oynadığı düşünülmüştür.(3)

Horesh ve ark. (1996) tarafından; Ergenlerde yeme bozuklukları ve anormal psikososyal durumlar arasındaki ilişki değerlendirilmiş, 20 yeme bozukluğu olan kız ile 20 sağlıklı kız, 20 de temel psikiyatrik bozukluğu olan kız çocuğu incelenmiştir. Sonuçta uygunsuz ebeveyn baskısının sadece yeme bozukluğu olan çocuklara spesifik olduğu saptanmıştır. Ayrıca yeme tutumlarının, ebeveynlerin çocuklarına karşı düşmanca davranışları, aşırı koruyucu ebeveyn davranışları, uygunsuz baskılar, aile içindeki olumsuz değişiklikler ile anlamlı olarak ilişkide olduğu bulunmuştur.(4)

Cooper ve ark. (1995) tarafından; BN'nın idame tedavisinde kognitif faktörlerin rolünü saptamak için randomize kontrollü bir çalışmada iki psikolojik tedavi araştırılmıştır. Üstüne gitme yöntemleri ile ilgili açıklamaların açıkça yapılmadığı kognitif davranışçı tedavi ile kognitif yeniden yapılandırma işlemlerinin olmadığı cevabı önleyerek üstüne gitme metodu (saf davranışçı tedavi ile) karşılaştırılmıştır. Kısa vadede iki tedavide de hastaların hem spesifik, hem de nonspesifik psikopatoloji üzerinde olumlu sonuç verdiği görülmüştür. Ancak bir senelik takip sonucunda kognitif davranışçı tedaviyi alanlarda iyilik hali devam etmiş, saf davranışçı tedaviye cevap verenlerde ise relaps gözlenmiştir. Bu da BN'nın idamesinde kognitif modelin kullanılması gerektiğini destekler.(5)

Brambilla ve ark.(1995) tarafından; 15 bayan BN'lı hastaya 4 ay süreyle kombine kognitif davranışçı, nutrisyonel ve antidepresan tedavi uygulanmıştır. 5'ine amineptin, 10'una

fluoksamin verilmiştir. Bu hastalar 1.,2. ve 4. aylarda değerlendirilerek semptomların bazılarında 4.ayın sonunda düzelme izlenmiştir.(6)

Reiss ve ark. (1995) tarafından; 32 BN'lı hasta 5 sene süreyle izlenmiş, sosyal olarak tatmin edici ve dengeli stabil ilişkiler içinde olan hastalar içinde seyir olumlu bulunmuştur. Ayrıca üst düzey sosyal sınıfa ait iyi bir mesleği ve tatmin edici bir sosyal hayatı olanlarda seyir olumlu bulunmuştur.(7)

Yapılan bir araştırmada diğerlerinden farklı olarak, Kora ve ark. (1995); BN için 5 değişik tedavi şekli etkinlik ve ekonomi açısından karşılaştırılmış. 15 haftalık KDT, 16 haftalık desipramin tedavisi, 24 haftalık desipramin tedavisi (= veya<300mgr /gün), 16 haftalık desipramin +KDT, 24 haftalık desipramin + KDT uygulanmıştır. 32 haftalık araştırma sonucunda 16 haftalık desipramin tedavisi en etkin ve ekonomik olarak saptanmış. 1 yıl sonundaki değerlendirmede ise 24 haftalık desipramin tedavisinin en etkin ve ekonomik olduğu bulunmuş. Her iki değerlendirmede KDT ve 16 haftalık ilaç tedavisi en az etkin ve ekonomik olarak saptanmıştır.(8)

B) Psikodinamik Yaklaşımlar:

İki tane yapılandırılmış kısa psikodinamik yaklaşım BN tedavisi için adapte edilmiştir ve kontrollü çalışmalarda kognitif davranışçı tedavi kadar etkin bulunmuştur.

a) Yapılandırılmış Kısa Psikoterapi: Temel teorik yaklaşım patolojik davranışı temel psikodinamik yaklaşımları kullanarak anlamaktır. Hastanın duygularını açığa vurması sağlanır. Davranışın anlamı tespit edilir ve mevcut tutumların gelişimi araştırılır. Bir sorun veya bir odak seçilir, yani başlı başına kognitif davranışçı tedavideki gibi bozulmuş yeme davranışı değil, örneğin; ilişkilerdeki zorluklar ele alınır.

b) Kişisel Psikoterapi: Bu yaklaşım hastanın mevcut sosyal uyumuna, kişiler arası ilişki ve bağlantılarına odaklanır. Sosyal ilişkiler sistematik olarak gözden geçirilir. Sosyal sorunlar tanımlanır ve ardından patolojik davranışla ilişkilendirilir.

Gidiş Ve Sonuç:

Bulimia nervosada poliklinik izlemlerinde % 30-70 , hastane çalışmalarında ise %13-40 oranında iyileşme bildirilmektedir. İyileşme sıklıkla ilk bir yıl içinde olmakta, birinci yılın

sonunda iyileşmeyen olguların sonraki iki yıl içinde de iyileşemedikleri gözlenmektedir. Ayrıca öyküde alkol kötü kullanımı, suicid girişimi ve depressif semptomatolojinin olması kötü prognoz işareti olarak kabul edilirken, bulimik epizodların süre ve frekansı, başlama yaşı ve öyküde anoreksiya nervozanın olup olmaması prognozu etkilememektedir. Bunun dışında laksatif kullananlarda psikopatolojinin daha ağır olduğu görüşüne karşın, laksatif kullanımının iyi prognoz belirtisi olduğunu ileri sürenler de vardır.

Yeme bozuklukları halen güncelliğini ve bir yere kadar da belirsizliğini koruyan bir hastalık grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde, henüz çok yaygınlaşmamış olması dışında, kronik seyri, tedavisinin güç ve zaman alıcı olması dolayısıyla hekimlerde uyandırdığı umutsuzluk ve çaresizlik duyguları nedeniyle gelecekte, bu hastalık grubunda olası bir artışı da gözönüne alarak çalışmalara yoğunluk verilmesi ve koruyuculuk hekimlik çalışmalarının tartışılması uygun olabilir.