

Bulimia Nervosa (Aşırı Yeme-Kusma İsteği)

Bulimia nervosa (Eß-Brechsucht)

Sayfa 48-49

? Kimler söz konusudur?

? Wen betrifft sie?

Bulimi gizli ve gizlenen bir hastalıktır. Hastalananların %90'ını genç kadınlar oluşturur. Kaç kişinin bu hastalıktan etkilendiğini söylemek zordur; toplumun yaklaşık % 1 veya 2 kadarının, herhangi bir zamanda aşırı açlık krizlerine tutulup arkasından da, kusma, aşırı perhiz, tualete gidişi hızlandıran ilaçların suiistimali, iştah kesiciler ve diyetetikler kullanma gibi, kilo ayarlayıcı tedbirlere başvurduğu olmuştur. Ancak aşırı açlık krizine tutulup yemekten sonra kusmayan kişiler ayrı bir grup oluştururlar. Buna *binge eating disorder* denir. Bu tür insanlar, hemen yemeğin ardından kilo düzenleyici önlemlere başvurmadıkları için, aşırı bir şişmanlama söz konusu olur.

? Hastalığın belirtileri nelerdir (semptomoloji)?

? Was für Krankheitszeichen treten auf (Symptomatologie)?

Bulimi hastaları günün büyük bir bölümünde yemek yeme olayını düşünürler. Yemek krizleri ve alınan gıdalardan tekrar hemen kurtulma çabası birbirini peş peşe takip eder. Açlık evreleri, boşalma, yıkama veya kusma gibi yöntemlere başvurulur. Yeme krizleri farkettilmez ve mümkün olduğu kadar uzun bir süre mahcup bir şekilde gizlenir. Gıda maddeleri gizlenir, biriktirilir, ve bu yığma işi için çok para harcanır. Oburca bir yeme krizinden sonra düzenli olarak bunalımlı bir ruhsal durum oluşur. Suçluluk duygusu, vücudun bozulduğu

ve çok kilo alındığı yolunda hastalık derecesine varan abartılı endişeler başlar. Aslında, zayıflama isteği (anoreksi, bkz. s. 45) hastalığının tersine, bulimi hastalarında çoğunlukla ortalama veya ortalamaya yakın bir kilo muhafaza edilir. Ancak, dışarı atma, yıkama ve kusma nedeniyle metabolizma sorunları ve vücudun su ve elektrolit seviyesinde bozulmalar da her an oluşabilir.

? Hastalığın nedenleri nelerdir?

? Was sind die Ursachen?

Bulimiyi açıklamak için genelde geçerli ve her açıdan güvenli olan bir model henüz yoktur. Bir yaklaşıma göre, yaşam öyküsüyle ilgili faktörler göz önüne alınmaktadır: Bulimi hastası kadınların çoğunda, aile içinde karışık ve belirsiz bir güvensizlik atmosferi hakimdir. Bu güvensizlik, anne ve baba arasında hangisinin daha „güvenilir“ olduğuna yöneliktir. Göreceli bir sıklıkla anne aşırı koruyucu ve bunalımcı, baba da çoğunlukla orada olmayan olarak veya duygusal yönden ikircikli ve itici olarak tanımlanır. Aileye hakim olan hava, kontrol, çatışmadan uzak durma ve aşırı ilgi şeklindedir; bulimi hastasının kendisini geri çekmesi mümkün değildir. Bulimi hastası kadının geçmişteki aile çevresinde yaşadığı, bireysel isteklerinin saygı görmediği ortamda, vücudun açlık ve doyma gibi sinyallerinin anlamı da unutulur. Yemek, bu tür ailelerde gayet doğal olan temel bir ihtiyaç gibi değil, ancak daha çok dikkat dağıtma, ödüllendirme, gevşeme ve örneğin, masada birlikte, görünüşte harmonik bir ortam sergileyerek geleneklerin sürdürülmesi için araç olarak görülür.

Bulimiyi açıklamaya çalışan diğer bazı yaklaşımlarda kişisel risk faktörleri ön plana çıkarılır. Yeme-

kusma nöbeti geçiren insanlar çoğunlukla kendilerini beğenmeyen, özgüveni az ve depresif kişilerdir. Çoğunlukla ruhsal durumları itibarıyla başkalarının kendilerine gösterdikleri ilgi ve verdiği değere çok önem verirler. Bu durumda, insanlardan aşırı beklentilerin yarattığı hayal kırıklığı neticesinde, şiddetle kaybetme ve ayrılık korkusu yaşarlar. Depresif can sıkınlığı ve çaresizlik, kendisini yemek alışkanlıklarındaki bozukluk olarak gösterir. Bunun yanında, açlık ve doyma gibi vücut sinyallerini algılama konusunda oluşan aksamalar da söz konusudur. Bu sinyaller ya yanlış, ya da hiç algılanmazlar. Kilo kontrolü ve perhizler yanlış bir güven verir, çünkü hasta bu sayede görünüşte bedensel ve duygusal ihtiyaçlarını kontrol edebilme hissi edinir.

Zayıflama isteğinde olduğu gibi, yeme-kusma krizlerinde de yaşam öyküsü ve ailevi faktörlerin yanında bedensel arazlar da söz konusudur. Bu arazların hekim tarafından tespiti ve tedavisi çok zordur, çünkü bluminin kendisi salgı bezlerinin çalışmasında, hormon seviyelerinde ve metabolizmada bir dizi aksaklığa neden olur. Bu nedenle hekimler, çoğu kez nelerin yeme bozukluğuna yol açtığı, nelerin ise bu bozukluktan dolayı oluştuğunu ayırt etmede oldukça güçlük çekerler. Ama yine de hekim, bedensel durumu, vücudun su ve elektrolit seviyesini ve hormon durumunu incelemelidir. Bu sonuncusunu yapmak özellikle gerekir, çünkü yeme bozukluklarının ağır durumlarında adetler kesilebilir (amenore) ve/veya tuvaleti çabuklaştıran veya kusturan ilaçlar nedeniyle aşırı kalsiyum kaybından dolayı kemikler zayıflar ve kırılabilir duruma gelir (osteoporoz).

? Hangi tedavi olanakları vardır?

? Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Genelde yemek tarzı bozuklukları, özelde de bulimi için tedavi oldukça güç ve çoğu kez de uzun süreli olur. Başlangıç için temel şart, söz konusu kişinin ve ailesinin bulimiyi bir hastalık olarak kabul etmesi ve utanarak saklamaması veya inkâr etmemesi gerekir. İlgili kişi ve aile üyelerinin bu konuda açıkça konuşabilmesi demek, sorunu „masaya yatırmaları“ anlamına gelir. Bu iş için en uygun yol „yuvarlak masa“ toplantısıdır, yani

hekim ve terapistle birlikte tüm taraflar bir araya gelir, kendileri hakkında, ihtiyaçları, istekleri, korkuları ve aile içindeki ilişkileri üzerine, ama yemek alışkanlığında oluşan bozukluk da dahil olmak üzere, her şeyi konuşurlar. Karşılıklı nasıl davranılacağı konusunda kararlar alınır. Aile içindeki birlikteliğin „oyun kuralları“ tespit edilir. Artçı toplantılarda yeni düzenlemenin getirdiği deneyimler konuşulur. Kurallara belli bir kontrol de dahildir, örneğin, gıda maddelerinin saklanması açısından. Davranış terapistleri blumi hastasının bir „yemek protokolü“ tutmasını önermektedirler; yani bir tür yemek çeşitleri ve zamanı planlaması. En iyi ihtimalle, buna bakarak gelişme olduğu görülebilir. Veya düzelme olmamışsa bu durum tespit edilebilir, böylece hekim ve hasta konuşarak bu raydan çıkmanın nedenlerini bulmaya çalışırlar. Bu şekilde, yemek alışkanlıklarında ortaya çıkan bozuklukların tekrarlanmasındaki „kritik“ noktalar analiz edilebilir.

İlgili hekim, elbetteki aydınlatıcı konuşmaların yanısıra, hastayı bedensel açıdan ve laboratuvar olanaklarıyla muayene de edecektir. Bu arada depresyon, alkol, hap, ve uyuşturucu bağımlılığı gibi bulimi yanında ortaya çıkan diğer psikolojik rahatsızlıkları da dikkate almak hekimin görevidir.

Bazı durumlarda hekimle konuşma ve hastanın tıbbi açıdan gözetimi yeterli olmaz. Bu durumlarda hedefe yönelik (çoğunlukla davranış terapisi şeklinde) ayakta veya yatılı psikoterapi yapmak gerekir. Profesyonel yardıma önemli bir tamamlayıcı önlem olarak, kendi kendine yardım gruplarında, aynı sorunu yaşayan kişilerle yapılacak açık konuşmalar önerilebilir. Bu konuşmalar utanma hissini yenmek, yalnızlıktan ve gizlilikten çıkmak için yardımcı olurlar. Böylece rahatsızlık çeken kişinin, hastalık ve yaşamın getirdiği sorunlara karşı sorumluluk duygusu daha da güçlenir. Bölgede ulaşması kolay bu tür grupların adresleri sorumlu hekimden, yetkili sağlık merkezlerinden veya günlük basın yoluyla öğrenilebilir.

Belli durumlarda destekleyici (gerekirse nedenleri yok edici) ilaç tedavisi de düşünülebilir. Bazı diğer ilaçların yanında serotoninin yeniden alınışını seçici olarak engelleyen antidepresanların faydası kanıtlanmıştır. Bunlar, yemek alışkanlıklarını normale döndürür, karbonhidratlara karşı duyulan aşırı açlığı engeller ve depresyonları giderirler. Alışkanlık yapma tehlikeleri yoktur.