

# Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu

Aylin Ağırman<sup>1</sup>,  
Fulya Maner<sup>2</sup>

*1Asist. Dr., 2Klinik Şef Yrd., Doç. Dr.,  
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir  
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
4. Psikiyatri Kliniği*

## ÖZET

Yeme bozuklukları ve duygusal istismar: Olgu sunumu

Yeme bozuklukları, yeme davranışlarında birçok sorunla seyreden, oluşumunda biyolojik, psikolojik, sosyal etkenlerin önemli olduğu psikiyatrik bozukluklardır. Kişilik özellikleri ve travmatik yaşantıların yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rolü vardır. Psikiyatrik ek tanı ve travma öyküsü yeme bozukluğu hastalarında sık rastlanabilir, prognoz ve tedavi sürecini etkileyebilir. Travma öyküsüne bulimik hastalarda, bulimik olmayan hastalara göre daha sık rastlanmaktadır. Travma ile ilgili yapılan ilk çalışmalar cinsel kötüye kullanım üzerine yoğunlaşmış olsa da, daha sonraki çalışmalarda yeme bozukluklarında travma spektrumunun cinsel kötüye kullanımdan fiziksel ya da duygusal kötüye kullanım, ihmal ve ilgisizliğe kadar uzandığı anlaşılmıştır. Bu olgu sunumunda, gelişiminde psikolojik etmenler ve travmatik yaşantıların önemli olduğu anoreksiya nervoza (tıkınan, çıkarıcı tip) tanısı alan genç kadın hasta aktarılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Yeme bozuklukları, travma, anoreksiya nervoza

## ABSTRACT

Eating disorders and emotional neglect: a case report

Eating disorders are psychiatric disorders presenting various problems in eating behavior and have biological, psychological, social factors as important causes. Personality features and traumatic experiences have significant role in its development. Psychiatric comorbidity and trauma history are frequently seen among eating disorder patients and are important matters affecting prognosis and treatment course. Trauma history is more frequently encountered among bulimic patients than in non-bulimic patients. Although initial studies about trauma have focused on sexual abuse, later studies have demonstrated that trauma spectrum in eating disorders range from sexual abuse to physical and emotional abuse, neglect and indifference. In this case report, a young female patient diagnosed with anorexia nervosa (binge eating/purging) that psychological factors and traumatic experiences have significant role in its development, is presented.

**Key words:** Eating disorders, trauma, anorexia nervosa

DOI: 10.5350/DAJPN2010230207

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Dr. Aylin Ağırman, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar  
Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, 4. Psikiyatri Kliniği,  
İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/1552

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
aylinagirman@superonline.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
05 Mayıs 2010 / May 05, 2010

## GİRİŞ

Yeme bozuklukları, özellikle genç kadınlar arasında daha sık görülen, yeme davranışlarının değişik şekilde bozulmasıyla seyreden, oluşumunda biyolojik, psikolojik, sosyal etkenler, kişilik özellikleri ve travma öyküsünün önemli olduğu psikiyatrik bozukluklardır (1).

Psikiyatrik ek tanı ve travma öyküsüne yeme bozukluğu hastalarında sıklıkla rastlandığı, bunların prognoz ve tedavi sürecini etkilediği bilinmektedir. En sık ek tanı olarak majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları görülmektedir (2,3). Ayrıca yeme bozukluğu gelişiminde travmanın önemi üzerinde durulmakta ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) üzerine ilgi giderek artmaktadır. Travma ile ilgili yapılan ilk çalışmalar cinsel kötüye kullanım üzerine

yoğunlaşmıştır (4,5). Daha sonraki çalışmalarda yeme bozukluklarındaki travma spektrumu cinsel kötüye kullanımdan fiziksel ya da duygusal kötüye kullanım, ihmal ve ilgisizliğe kadar genişlemektedir (6). Özellikle aile içi ilişkiler, anne baba ilişkisindeki sorunlar ya da aile üyelerinin yaşadığı travmalara öyküde sık rastlandığı bildirilmiştir (7).

Yeme bozuklukları ile travma ilişkisi şu şekilde özetlenebilir (6):

- Cinsel kötüye kullanım yeme bozuklukları için özgül olmayan risk etmenidir.
- Yeme bozukluklarında cinsel kötüye kullanımdan duygusal ve fiziksel ihmale kadar birçok travmatik yaşantıya rastlanabilir.
- Travma öyküsüne bulimik hastalarda, bulimik olmayan hastalara göre daha sık rastlanır.
- Yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde de

travma sıklığı fazladır.

e) Tekrarlayan travmalar yeme bozuklukları ile ilişkilidir.

f) Travma öyküsünün olduğu yeme bozuklukları olgularında ek tanı daha sık görülür.

g) Parsiyel ya da eşik altı TSSB yeme bozukluğu için risk etmeni olabilir .

Bu sunumda, anoreksiya nervoza (tıkınınan/çıkarıcı tipi) tanısı ile takip ve tedavisi sürdürülen, duygusal ihmal ve aile ilişkilerindeki bozukluğun hastalığın gelişiminde rol oynadığını düşündüğümüz bir olguyu aktarmaktayız. Bu olguda, ergenlik döneminde ailenin travmatik yaşantısı, aile içi çatışmalar sonucunda ihmal ve karşı cinsle olan ilişkisinde reddedilme yaşayarak kendilik saygısının azalması, beden algısında değişiklikler ve yeme davranışlarında bozulma ortaya çıkmıştır.

## OLGU

AA, 21 yaşında kadın, Mersin doğumlu, İstanbul Üniversitesi Türkçe öğretmenliği 3. Sınıf öğrencisi, ağabeyi ile İstanbul'da yaşıyor, anne ve babası Mersin'de oturuyor.

### Yakınmaları

Başvuru sırasında, "Yemekler midemde büyüyor. Önüne geçemediğim yemelerim ve ardından kusmalarım oluyor. Her yemekten sonra kusmak istiyorum, bu hastalık örümcek ağı gibi bütün hayatımı sardı, bütün paramı yemek için harcıyorum." şeklinde yakınmaları olan hasta, yaklaşık 4 yıl önce kilo almamak için bazı öğünlerden sonra kusmaya başladığını belirtmişti. Son dönemde yakınmalarının daha da arttığını, bütün parasını ve zamanını yemek yiyip kusarak geçirdiğini, arkadaşlarıyla bu nedenle görüşemediğini, son iki yıldır adet dönemlerinin düzensizleştiğini, bazen bu hastalıktan kurtulamayacağı ile ilgili karamsarlığa kapıldığını ifade ediyordu.

### Yaşam öyküsü

AA ailenin ikinci çocuğu, kendisinden 9 yaş büyük bir ağabeyi var. Üniversite sınavını kazandıktan sonra

İstanbul'da okuyan ağabeyinin yanına geliyor ve ağabeyi ile yaşamaya başlıyor. AA doğduğunda anne 29, baba 34 yaşında olup Mersin'de yaşıyorlar. AA'nın annesi ve babası ortaokul yıllarında tanışıyor, severek evleniyor. Anne ve babası emekli öğretmen, annesi şu an çalışmıyor, babası özel bir okulda sınıf öğretmeni olarak çalışıyor.

Annesinin iki gebelikten başka gebelik öyküsü yok. AA kendisinin planlı bir gebelik olmadığını, fakat istenerek dünyaya getirildiğini söylüyor. Anne ve babasının herhangi bir sorunu olmadığını, aile içinde huzursuzluk yaşanmadığını ifade ediyor. İsminin babası tarafından, ağabeyinin adına uygun olduğu için konulduğunu söylüyor.

Baba Mersin'de doğmuş, yedi kardeşin üçüncüsü olarak dünyaya gelmiş. Öğretmen lisesi mezunu, sınıf öğretmenliği yapıyor. AA babasının köyde yetiştiğini, 'köylü' olduğunu söylüyor. Dedesi köyün önde gelenlerinden olup, babaanne ve dedesi hastalanarak AA'nın bebekliğinde öldüklerinden, onları hiç tanımamış. Babasını 'sert ve otoriter' olarak tanımlıyor, annesi babasına her zaman çok bencil olduğunu söylemiş.

Anne Mersin doğumlu, beş kardeşin ikincisi, anne bütün kardeşleriyle beraber büyümüyor, en küçük ikiz kız kardeşleri kendisi 8 yaşındayken dünyaya geliyor. Annenin ikiz kız kardeşi teyzesinin çocukları olmadığı için teyzesine veriliyor, bu karar anneannenin gebeliği döneminde alınmış ve onları teyze büyütmüş. İkizlerden biri hem öz annesine hem de teyzesine anne derken, diğer kız sadece öz annesine teyze diyor ve bu kız kardeşin diğer kardeşleriyle ilişkileri iyi değilmiş. Annesi kendi ailesiyle ilişkisinde sorun yaşamıyor. AA ve ailesi anneannesine yakın oturuyor ve çok sık görüşüyorlar. Annesini "Duygularını çok göstermeyen fakat fedakar birisi" olarak tanımlıyor.

### Bebeklik ve çocukluk dönemi (0-6 yaş)

AA, miadında, normal doğumla hastanede dünyaya geliyor. Kendisinden alınan bilgiye göre nöromotor gelişimi normal seyrediyor. Annesi çalıştığı için ona kırk gün bakabiliyor ve yarım gün okula başlıyor. İlkokula başlayana kadar kendisinin ve ağabeyinin bakımını anneanne yapıyor. Mutlu ve sorunsuz bir

çocukluk geçirdiğini ifade ediyor. Çocukluk dönemine dair mahalle arkadaşlarıyla dışarıda oyun oynadığı zamanları hatırlıyor. Fakat ağabeyi ile hiç oyun oynadıklarını hatırlamadığını, ağabeyine ilişkin aklında kalan bir anısı olmadığını söylüyor.

### Okul çağı (6-13 yaş)

Okula, annesinin öğretmen olduğu okulda, annesinin sınıfında başlıyor. Hastanın ilkokula başladığı yıl ağabeyi yatılı olarak fen lisesine gidiyor. AA, zamanında okuma yazma öğreniyor. "Annem ayrıcalık göstermezdi, okulda öğretmenimdi. Bazen evde de 'öğretmenim' diyordum" diye anlatıyor. İlkokul döneminde mutlu bir çocukluk yaşadığını söylüyor. Ortaokula başladığı yıl, ağabeyi tıp fakültesi üçüncü sınıfta okurken bir örgüte üye olduğu gerekçesiyle yaklaşık altı ay kadar aranıyor. O yıl polisler, birkaç kez ağabeyini aramak için Mersin'e evlerine geliyor ve evi arıyorlar. Aynı yıl, hasta 12 yaşında iken, ağabeyi yakalanarak cezaevinde gönderiliyor. O dönemin ailede sıkıntılarının yaşanmaya başladığı dönem olduğunu, annenin adeta 'yas' sürecine girdiğini söylüyor. Anne iş dışında hiçbir yere, arkadaşlarına, toplantılara ve düğünlere gitmiyor, hiçbir şekilde makyaj yapmıyor, kendini çevreden ve hatta aileden soyutluyor. AA annesinin bu dönemde kendisini ikinci plana ittiğini, neredeyse kendisiyle hiç ilgilenmediğini söylüyor, annesiyle olan ilişkilerinin bu dönemden sonra koptuğunu ifade ediyor. Bu dönemde ağabeyine, ailesini bu duruma düşürdüğü için kızıyor ve onu suçluyor. Anne ve babası sık sık ağabeyini ziyarete gidiyor, fakat AA'yı etkilenmemesi için götürmüyorlar.

### Ergenlik (13-21 yaş)

AA, cezaevinde olduğu sürece ağabeyini ziyarete hiç götürülmüyor, fakat ağabeyi ile sık sık mektuplaşıyor. Ağabeyi, AA'ya hangi kitapları okuması gerektiğini, kendisini geliştirmek için neler yapması gerektiğini yazıyor. "Ağabeyim, cezaevinde olmasına rağmen kendisini benden daha iyi yetiştirdi." diyor. AA 15 yaşında, lise hazırlık sınıfındayken ağabeyi ve cezaevindeki arkadaşları ölüm orucuna başlıyor. Üç yüz on gün

ölüm orucunu sürdürüyorlar. Ağabeyinin bazı arkadaşları ölüyor. Ağabeyi tedaviyi kabul etmiyor. AA, anne ve babasının ağabeyinin öleceğini kabul ettiklerini ve bu nedenle ilk kez ağabeyini görmek için kendisini açık görüşe götürdüklerini ifade ediyor. O dönemde kendisinin çok kilolu olduğunu, ağabeyinin ölmek üzere, çok zayıf ve neredeyse konuşamaz halde olduğunu belirtiyor. Ağabeyi kardeşini gördüğünde çok kilo aldığını söylüyor, o ise ailedeki kilo dengesini sağlamak istediğini söyleyerek espri yapıyor. O dönemi hayatı boyunca en kilolu olduğu dönem olarak tanımlıyor, o sırada 55 kilo imiş ve şu an o kiloda olmaya dayanamayacağını söylüyor.

AA, o dönemde yaz tatili için mide rahatsızlığı olan ve isteyerek yediklerini kusan yengeyi ziyarete gidiyor ve daha fazla kilo almamak için kendini kusturmaya başlıyor. Zayıflamak için değil, sadece kilo almamak için kustuğunu ifade ediyor. Fakat bir süre sonra her yemekten sonra kusma ihtiyacı duyuyor, kusmayınca rahat edemiyor. Bu dönemde lise birinci sınıfa geçiyor, okulda aynı dönemden bir erkek arkadaşıyla flört etmeye başlıyor. Yaklaşık üç ay sonra nedensiz olarak erkek arkadaşı ayrılmak istiyor ve birkaç gün sonra ayrılmış olduğu erkek arkadaşının en yakın kız arkadaşıyla flört ettiğini öğreniyor. Kızı 'zayıf, uzun ve güzel bir kız' olarak tanımlıyor. Bu dönemde kendini çok kötü hissettiğini, okuldan ve bütün arkadaşlarından koptuğunu, bu durumunun öğretmenleri tarafından fark edildiğini söylüyor. Kısa bir süre sonra kendisinin durduramadığı yemeleri başlıyor ve kolay kusabilmek için her yemekten sonra yaklaşık bir litre su içiyor. Bu süreçte en zayıf dönemini yaşıyor (38 kg). Annesi kızının kusmalarını fark etmiyor, anne ile aralarındaki mesafe o dönemde daha da artıyor, fakat babası kızıyla çok ilgileniyor ve aralarında çok iyi bir ilişki olduğunu söylüyor. AA 16 yaşında lise birinci sınıftayken, ağabeyi ölüm orucunu bırakıyor, tedaviyi kabul ediyor ve anne uzun süre ağabeyi ile beraber hastanede kalıyor. Lise ikinci sınıftayken ağabey cezaevinden çıkıyor ve üniversite sınavlarına giriyor, iktisat fakültesini kazanıyor. AA'nın ifadesine göre, anne yas sürecinden çıkıyor, insanlarla görüşmeye, dışarı çıkmaya, makyaj yapmaya başlıyor. O dönemde üniversite sınavına hazırlanmakta olan AA ile annesi çok ilgileniyor, bunun nedeni olarak ağabeyinin

cezaevinden çıkmasını ve kendisinin sınava hazırlanıyor olmasını gösteriyor. AA edebiyat fakültesini kazanınca İstanbul'da okuyan ağabeyinin yanına taşınıyor. Ağabeyi ve ağabeyinin cezaevinde avukatı olan kız arkadaşı ile aynı evde yaşıyorlar. AA, "Ağabeyimle aramızdaki duvarları yıkamadık" diye ifade ediyor. Evde hiç konuşmuyorlar, birbirlerini görmezden geliyorlar, 'aynı evde yaşayan iki yabancı gibiyiz' diye belirtiyor. Ağabeyi AA'nın kusmalarını yanına taşınırken öğreniyor ve kusmalarını fark ettikten sonra kardeşine mektup yazarak odasına bırakıyor. Mektupta, bu hastalıklardan dolayı ağabeyini suçladığını bildiğini, fakat suçlunun kendisi olmadığını, artık kendine gelmesi ve tedavi olması gerektiğini yazıyor.

### Sosyal yaşam

AA çok arkadaşı olduğunu söylüyor, fakat arkadaşlarının hiçbiri hastalığını bilmiyor. Neden olarak kimseye yeteri kadar güvenememesini ileri sürüyor. Arkadaşlarıyla iyi anlaşmış, ortamda fark edildiğini, arkadaşlarının kendisini çok eğlenceli ve esprili bulduğunu söylüyor. Fakat yemek söz konusu olduğunda arkadaşlarından ve ortamdan uzaklaşıyor. Okul dışında bütün zamanı evde yemek yiyip kusarak geçiyor, kusma sonrası çok halsiz düştüğü için yatıyor. Sessizce kusabiliyor, kusmaları beraber yaşadığı ağabeyi ve kız arkadaşı tarafından kabulleniliyor.

İlk flörtü 15 yaşında iken aynı yaşta bir erkekle oluyor. Üç ay kadar süren ilişkileri flörtünün isteği üzerine bitiyor. İkinci ilişkisi, 20 yaşında memleketinden tanıdığı birisi olup, yaklaşık altı ay süren bu ilişki de flörtünün isteği üzerine bitiyor. "Ne olduğunu anlamıyorum, ama hastalık nedeniyle arkadaşlarıma vakit ayıramamamdan olabilir" diyor. AA bu ilişkilerde cinsel birliktelik yaşamıyor.

### Öz geçmişi

İlk adetini 14 yaşındayken görüyor. AA adet dönemleriyle ilgili ilk bilgiyi arkadaşlarından öğreniyor. İlk adetinde korkmadığını, gerekenleri bildiğini, annesiyle paylaştığını söylüyor. Son iki yıldır hiç adet olmuyor, daha öncesinde ise adetleri düzensiz olduğunu belirtiyor.

### Soygeçmiş

Bir özellik yok

### Tedavi arayışları

İlk psikiyatrik başvurusu lise ikinci sınıftayken oluyor, bazı davranışçı ödevlerle beraber fluoksetin başlanıyor ve dozu kısa sürede 60 mg/gün'e çıkılıyor. Hasta kısa süre tedaviye devam ediyor ve tedaviyi bırakıyor. Hasta tedaviye başvurduğunda 40 mg/gün fluoksetin kullanıyordu, yaklaşık 3 ay kadar önce kendisi başlamıştı.

### Psikiyatrik muayene

Genel görünümü, 1.63 m boyunda, 43 kg ağırlığında, öz bakımı iyi, zayıf görünüşlü, yüzü bedenine göre daha toplu idi. İletişime istekli, saygılı, göz teması kuruyor, işbirliğine giriyor, konuşma hızı ve miktarı normaldi. Afekti hafif depresif, dikkat ve yoğunlaşması yeterli, gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş olmakla beraber kendi bedeniyle ilgili algısı bedeninin normal sayılabileceği yönünde bozulmuştu. Varsanı ya da sanrı tanımlamıyordu. Düşünce içeriğinde yeme ve kusmalarla ilgili aşırı zihinsel meşguliyetleri mevcuttu.

Düşünce çarpıtmalarında 'beğenilmiyorum' gibi seçici soyutlamaları, 'ben hiçbir konuda başarılı olamadım' gibi aşırı genellemeleri, 'ağabeyimle ilişkim benim hastalığım nedeniyle kötü' gibi keyfi çıkarsamaları ve 'ben iradesizim' gibi etiketlemeleri, 'arkadaşlarımla arasında fark edilmeliyim', 'belli kılının üzerinde beğenilmem' gibi ara inançları mevcuttu.

### Laboratuvar tetkikleri

RBC: 4,42x10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>, WBC: 6000/mm<sup>3</sup>, Glukoz: 75 mg/dl, Üre: 10 mg/dl, Demir: 32 µg/dl, Total demir bağlama kapasitesi: 450 µg/dl, TSH: 1.13 µIU/dl, FT4:0.77 ng/dl, B12: 684 pg/ml, Folat: 5.3 pg/ml, Potasyum: 4.66 mmol/L, Sodyum: 140 mmol/L, Klor: 109 mmol/L saptandı.

EEG: Normal sınırlardaydı.

## Psikometrik incelemeler

MMPI: Orta düzeyde depresyonun, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin ve kişiler arası ilişkilerde duyarlılığın ön planda olduğu bir profil olarak değerlendirilmiştir.

RORSCHACH: Kişiler arası ilişkilerde izolasyon, güvensiz, kırılabilir ve kendini gizleyen bir tutum ön plandadır. Kişi olgun ve yakın ilişkiler geliştirmekte ve bu ilişkileri sürdürmekte zorlanmaktadır. Kadın figürü ile özdeşleşme çabalarının ve bu alanda yaşanan çatışmaların kişinin iç dünyasının baskın temaları olduğu görülmektedir. Anne figürü ile yoğun bağımlılık arzuları anneye yönelik öfkeyi düzenlemekte, ayrılma, bireyselleşme ve yetişkin bir kadın kimliği oluşturmakta yoğun güçlük yaşamaktadır. Karşı cinsle ilişkilerinin son derece kısıtlı olduğu, bedene yönelik narsistik yatırımlarının oldukça yoğun olduğu gözlenmektedir. Bununla beraber, cinsellik kişide yoğun kaygı uyandırmakta, kaygıyla baş etmekte zorlanmakta ve izolasyon mekanizmasını kullanmaktadır.

Sonuç olarak, anneden ayrılma, bireyselleşme ve kadın cinsel kimliği geliştirmekte yoğun güçlüklerin yaşandığı, dürtü kontrolünde sorunlarla beraber oldukça olumsuz bir kendilik algısının sergilendiği bir profil olarak değerlendirilmiştir.

Yeme Tutum Testi'nden 49 puan (kesme puanı 26) almıştır (8).

## TANI

Tüm bu belirti ve bulgular, DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre Anoreksiya Nervoz (Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma tip) olarak ve ağabeyinin ölüm orucu, erkek arkadaşının hastanın en yakın kız arkadaşıyla flörtü, annenin reddedici tutumu psikososyal stresör kaynaklar olarak değerlendirildi (9).

## AYIRICI TANI

Dahili muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda, zayıflama oluşturan genel tıbbi duruma bağlı bir hastalık saptanmadı. Tıkınırcasına yeme/çıkartma tip bulimiya nervoz, ağırlığın çok düşük olması nede-

niyle dışlandı. Depresif bozukluklardaki zayıflamalardan ayırıcı tanısı, şişmanlamaya dair yoğun korku hissetmesi, amenorenin eşlik etmesi, diğer depresif belirtilerin olmaması ile yapıldı. Hastada şişmanlama korkusu, çok zayıf olduğu halde kendisini şişman hissetmesi ve yeme ya da gıdalarla ilgili düşünceler, davranışlardan başka obsesyonlar ve kompulsiyonların olmaması nedeni ile obsesif kompulsif bozukluk dışlandı. Sosyal fobi tanısı, toplum önünde yemeden kaçınma olmakla birlikte, düşük ağırlık olması gerektiği ve şişmanlamaya dair yoğun korku içermediği için, beden dismorfik bozukluğundaki beden imgesinin çarpıtılması sıklıkla bedenin belli bir bölümüne yönelik yanlış inanışla ilişkili olduğu için dışlandı (9).

## TARTIŞMA

Sunulan olguda bağımlı kişilik özellikleri ön planda olup, ebeveynlerinde, özellikle annesinde, mükemmeliyetçi kişilik yapısı dikkat çekiciydi. Baba figürü anne kadar baskın değildi, evde ağabey, daha çok sözü geçen, sözü dinlenen bir erkek figürüydü. Yeme bozukluklarının oluşumunda kişilik özellikleri ve bozukluklarının önemli yeri vardır. 1983-1998 yılları arasında yapılan 28 çalışmanın meta analizinde, yeme bozukluğu olan hastaların %58'inde bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği, bulimiya nervoz hastalarında B kümesi kişilik bozukluklarının (%44) ve bu kümeden sınırlı kişilik bozukluğunun (%31), anoreksiya nervoz hastalarındakine göre fazla olduğu, diğer taraftan C kümesi kişilik bozuklukları açısından anoreksiya nervoz (%45) ve bulimiya nervoz (%44) arasında bir fark bulunmadığı saptanmıştır (10). Sunulan olguda C kümesi kişilik özellikleri ve mükemmeliyetçilik belirgindi.

Yeme bozuklukları risk etmenleri arasında; genel ve sosyal etmenlerin (cinsiyet, kültür gibi), ailesel etmenlerin (ailesel obezite, ebeveyn psikopatolojisi, aile ilişkileri, iletişim şekilleri gibi), gelişimsel etmenlerin (premorbid obezite, çocukluk çağı yeme sorunları, ergenlik yaşı ve süreci, bedenle ilgili yanlış yorumlar, çocukluk çağı anksiyete bozuklukları gibi), yaşam olaylarının (fiziksel, cinsel kötüye kullanım gibi), psikolojik ve davranışsal etmenlerin (diyet, bedenle ilgili aşırı uğraşlar, beden memnuniyetsizliği, düşük kendilik saygısı, mükemme-

liyetçilik, anksiyete bozuklukları, alkol/madde kötüye kullanımı gibi) ve biyolojik etmenlerin (genetik, nöro-endokrin patolojiler, EEG değişiklikleri gibi) rol oynadığı bilirse de, psikopatolojiyi tam olarak hangilerinin ve nasıl başlattığı netlik kazanmış değildir (1). Yapılan birçok çalışma cinsel kötüye kullanımın, yeme bozukluklarındaki tıknırcasına yeme-çıkarma davranışlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (4,11-13). Cinsel kötüye kullanım öyküsü olan yeme bozukluğu hastalarında, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri geliştirme ihtimali daha yüksek bulunmuştur (14). Sunulan olguda cinsel kötüye kullanım tanımlanmamakla birlikte, çocukluk döneminde duygusal ihmal söz konusuydu. Bu durum anne tarafından kabul ediliyordu, hasta ile konuşulduğunda da o dönemde kendisini ihmal edilmiş hissettiğini ifade ediyordu.

Yeme bozuklukları psikopatolojisinde son yıllarda duygusal kötüye kullanım göz önünde bulundurulmaya başlanmış, cinsel ve fiziksel kötüye kullanımda olduğu gibi yeme belirtileriyle ilişkili olduğu düşünülmüştür (15,16). Duygusal kötüye kullanımın kadın ve erkeklerde beden memnuniyetini bozduğu, kendilik saygısını azalttığı anlaşılmıştır (16,19). Dahası, çocuklukta yaşanan travmatik yaşantıların, duygusal kötüye kullanımın aleksitimiye yol açtığı, duygusal oluşum sürecini etki-

lediği, beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışlarında değişiklikler meydana getirdiği bildirilmiştir (17).

Ringer ve Crittenden, yeme bozukluğu ölçütlerini karşılayan 62 kadın hasta ile yaptıkları bir çalışmada, aile ilişkilerinin ve bazı açık olmayan ailesel sorunların yeme bozuklukları etiolojisinde rol oynadığını savunmuşlar ve hastaların tümünde bir aile üyesinin bir tehlike ile karşı karşıya kaldığı ya da öldüğünü, üçte birinde ise anne baba kavgaları, aileden birinde travma öyküsü olduğunu bildirmişlerdir (7). Sunulan olguda da benzer aile içi özellikler vardır. Aile içi çatışmalar, ihmal, ardından karşı cinsle ilişkilerindeki sorunlar, bedenini başkalarıyla karşılaştırması, kendi bedeninden memnuniyetsizliğe, beden algısının bozulmasına, yeme davranışının değişmesine yol açmıştır.

## SONUÇ

Yeme bozukluklarının gelişiminde birçok etmenin yanı sıra, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde travmatik yaşantıların rolünün göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Tedavisi zor psikiyatrik bozukluklar içinde yer alan yeme bozukluklarında, görüşmelerde travmatik yaşantıların tespit edilerek işlenmesi tedavi yaklaşımlarının daha olumlu sonuç vermesini kolaylaştıracaktır.

## KAYNAKLAR

1. Jacobi C, Morns L, Zwaan M. Risk factors, etiology and comorbidity: In Brewerton TD (editor). *Clinical Handbook of Eating Disorders*. South Carolina, USA: Marcel Dekker, 2004, 117-231.
2. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Joyce PR. [Eating disorders and antecedent anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 1997; 96:101-107.](#)
3. [Herpetz-Dahlman B. Adolescent eating disorder. Definitions, symptomatology and comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin 2009; 18:31-47.](#)
4. [Carter JC, Bewell C, Blackmore E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. Child Abuse Negl 2006; 30:257-269.](#)
5. [Ackarda DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. Child Abuse Negl 2002; 26:455-473.](#)
6. [Brewerton TD. Eating Disorder, trauma and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord 2007; 15:285-304.](#)
7. [Ringer F, Crittenden PM. Eating Disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. Eur Eat Disord Rev 2007; 15:119-130.](#)
8. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervosa belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:19-25.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı, (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
10. Rosenvings JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5:52-61.
11. [Anderson KP, Laporte D, Crawford S. Child sexual abuse and bulimic symptomatology prevalence of specific abuse variables. Child Abuse Negl 2000; 24:1495-1502.](#)
12. [Deep AL, Lilienfeld LR, Plotnicov KH, Pollice C, Kaye WH. Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1999; 25:1-10](#)

13. [Ackarda DM, Neumark-Sztainerb D, Hannanb PJ, Frenchb S, Storyb M. Binge and purge behavior among adolescents: associations with sexual and physical abuse in anationally representative sample. The Commonwealth Fund survey. Child Abuse Negl 2001; 6:771-785.](#)
14. [Holzera SR, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediatonal significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. Child Abuse Negl 2008;32: 561-566.](#)
15. [Gerke CK, Mazzeo SE, Kliewer W. The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates. Child Abuse Negl 2006; 30:1161-1172.](#)
16. [Kent A, Wallger G. Childhood emotional abuse and eating psychopatology. Clin Psychol Rev 2000; 20:887-903.](#)
17. [Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. Child Abuse Negl 2006; 30:393-407.](#)
18. [Maner F. Yeme bozuklukları. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar 2007; 1: 21-28.](#)
19. [van Gerko K, Hughes ML, Hamill M, Waller G. Reported childhood sexual abuse and eating-disorder cognitions and behaviors. Child Abuse Negl 2005; 29:375-382.](#)