

Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları

Başak YÜCEL

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Günümüzde özellikle kadınların yeme davranışı ve bedenleriyle ilişkileri karmaşık özellikler göstermektedir. Pek çok genç kadın; sosyal baskı ve medyanın da etkisiyle, bir değer ölçüsü haline gelmiş olan 'ince' bir bedene sahip olmak için, bir hayli emek harcar. Gelişmiş ülkeler ve Batı kültürünün etkisindeki toplumlarda, beden ölçüsü, kilo ve görsel imgeyle çok fazla uğraşı dikkati çekmektedir. Bu uğraşı sıklıkla, yemekle ilişkinin değişmesiyle süregitmektedir. Değişen ilişki, diyet kliniklerinin sayıca artması, gazete, dergi ve televizyon programlarında artan sayıda diyet önerileri, eczanelerdeki kilo kontrol ilaçlarını izleyerek rahatça görülebilir. Basit bir estetik kaygıyla başlayan diyetler, operasyonlar, egzersizler sonu gelmeyen bir yolun başlangıcı olabilmektedir.

Kültürel etkilerin baskısı altında, özellikle bireysel gelişim sorunları bulunan kişiler için bedenleri, yaşama ilgili baş edilemeyen birçok olumsuzluk ve güçlüğü yaşandığı, mücadele alanı olma özelliği göstermektedir. Fiziksel çekicilik ve mükemmelliğe fazla değer yüklediği çağımızda, kadınlar, sadece beden ölçüleri ve görünüşleriyle var olma çabasının bedelini hastalıklara ödeyebiliyorlar... Kuşkusuz benzer toplumsal etkilere maruz kalan bütün kadınların, yeme bozukluğu gibi ağır bir ruhsal hastalık ortaya çıkarmadığını biliyoruz. Ancak, genetik ve psikolojik olarak yatkın bireylerde ve özellikle gelişme çağındaki genç kızlarda, kimlik arayışı sürecinde bu tür etkilerin daha güçlü olduğunu söyleyebiliriz.

Kadınların bedenleriyle ve kilolarıyla olan ilişkisi ve mücadelesi, yeme bozukluğu tanısından bağımsız olarak, çeşitli araştırmaların konusunu oluşturmaktadır. 13 ve 90 yaşları arasında, 3400'den fazla kadın ve 500'den fazla erkek katılımcıyı içeren bir araştırmada, kilo artışı, kadın ve erkeklerde beden imgesi üzerindeki olumsuz etkilerin en başında gelmektedir.¹ Bu sonuç, ankete katılanların çoğunluğu normal kiloda olmasına rağmen, böyledir. Çalışmadaki kadınların üçte ikisi ve erkeklerin üçte biri, beden imgelerine olan en büyük hasarın kilo alımı ile oluştuğunu söylemiştir. Ankete katılan kadınların yaklaşık olarak yarısı, yaşlarından bağımsız olarak,

kiloları konusunda kaygılandıklarını ve kilolarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Buna karşın; anket, tüm yaş gruplarındaki erkeklerin, görünüşlerinden, kadınlara oranla daha az şikayetçi olduklarını ortaya koymuştur. En az memnun olan grup, 30-39 ve 50-59 yaş grubundaki kadınlardır. Bu çalışmada; kadınların %89'u, kilolarından bağımsız olarak kilo vermek, %24'ü ise hayatlarının üç yılını istedikleri kiloya ulaşmak için feda etmek istemiştir. Beden imgesi ile ilgili kaygının, bir kadının benlik algısını daha derinden etkilemesi şaşırtıcı değildir. Bu anket, çalışmadaki kadınların %56'sından fazlası için, kadın olmanın, genel görünüş ve beden boyutuyla ilgili kaygı ve memnuniyetsizliği gerekli kıldığını göstermiştir.

75 ve altı yaş grubundaki kadınları içeren bir başka geniş kapsamlı anket çalışması; 30-74 yaşları arasındaki kadınların %70'inin normal kiloda olmalarına rağmen, kilolarından memnun olmadıklarını göstermiştir. Bu çalışma, kadınların yaşlandıkça, yaşlanma korkusu nedeniyle bedenle ilgili memnuniyetsizliklerinin arttığına işaret etmektedir.²

Sadece toplumsal olarak telkin edilen bir bedensel memnuniyetsizlik ve masum bazı davranışlar olarak kaldığında sorun oluşturmayan bu durumların, hastalıkla yakınlaştığı nokta nerede başlamaktadır? Bu ince çizgi nerede kırılmaktadır?

Beden üzerinden kendini ifade etme ve memnuniyetsizlikten söz ederken, beden ve ruh ilişkisine değinmek yararlı olabilir. Çoğumuz için psişe ve soma, aslında bütünlüştür. Bedenlerimizi hemen her gün çeşitli biçimlerde kullanırız, fakat onların hakkında pek sık düşünmeyiz. Ters; fiziksel olarak hasta olduğumuzda gerçekleşir. Bu hastalıklar ya organik bir temele dayanır veya psikolojik olarak ya da stresle ortaya çıkar, 'psikosomatik bozukluk' olarak tanımlanır.

Yeme bozuklukları, psikosomatik duyarlılıkların iyi bir örneğidir. Psişe ve soma arasındaki ciddi bölünme, hastayı, bedeni ve iç dünyası arasında yaşanacak dene-

yimden uzaklaştırır. Böylece, hastalar duygularını ifade etmek ve içsel gerilimlerini sözel olarak anlatmak için yol bulamazlar. Bunun yerine, karmaşık duygusal yaşantılar, bedenleri yoluyla kanalize olur. Kelimelere dökemedikleri duygularını sıklıkla kusarlar (bulimiya nervoza) ya da bedenlerini ve duygularını birlikte reddetme yolunu arayabilirler (anoreksiya nervoza).

Yeme bozuklukları, beden üzerinde süren mücadeleden en net gözlemlendiği ruhsal hastalık grubudur. Yeme davranışında bozulma, kiloyu kontrol etmeye dönük davranışların ısrarlı gidişi, fiziksel ve psikososyal işlevselliğin bu nedenlerle bozulması ile seyreden psikiyatrik bozukluklar olarak tanımlanırlar. Sözü edilen belirti ve işlev değişikliklerinin herhangi bir tıbbi durum veya psikiyatrik bozukluğa ikincil olmaması, bu klinik tabloların önemli bir özelliğidir.

Yeme bozuklukları başlıca 3 gruba ayrılır:

- Anoreksiya Nervoza (AN)
- Bulimiya Nervoza (BN)
- Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozukluğu

Tıbbi bir hastalık olan obezite ise psikiyatrik sınıflamalarda yeme bozukluğu olarak ele alınmamaktadır. Ancak, ruhsal etkenlerle yakın bağlantısı ve psikolojik sonuçları da dikkate alındığında, obezite psikiyatrik değerlendirmeyi hak eden bir tanı grubudur. Özellikle, tıknırcasına yeme bozukluğu grubu, obezitenin bir alt grubunu oluşturmaktadır.

Yapılan epidemiyolojik araştırmalar, yeme bozukluklarının yaygınlığının giderek arttığı yönünde sonuçlar vermektedir.³ Tanı konulacak boyuta ulaşmamış, eşik altı durumlar da dikkate alındığında, özellikle genç kızlar arasında, oranlar daha da yükselmektedir.

Anoreksiya Nervoza: Sinirsel İştahsızlık mı?

1873'te ise, William W. Gull tarafından 'anoreksiya nervoza' olarak tanımlandığında, 'sinirsel iştahsızlık' anlamını karşılamaktaydı. Tıp literatüründe uzun yıllar bu anlamını koruyarak kullanıldı. Ancak, bugünkü bilgilerimizle, hastaların gerçek bir iştahsızlıklarının olmadığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Pek çoğunun zihninde yemek tarifleri, kalori hesapları dönüp durmaktadır. Çoğu, güzel yemek yaparlar, kendileri yemez, başkalarına yedirirler. Zihinleri bu denli yemekle meşgul ve uzun açlık nedeniyle yeme istekleri mevcutken, kilolarını kontrol etme çabası nedeniyle, iştahlarını ve onun sonuçlarını engellemek için büyük çaba göstermektedirler. Bu amaçla, yemeyi reddetmekte, azaltmakta veya telafi edici bir takım davranışlarla (kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz vb.) alınan kalorileri denetlemeye çalışmaktadırlar.

Epidemiyoloji

AN ergenlik döneminde ve genç kızlarda sık görülür. Yaygınlığı, %0.1-1; genelde yoğun olarak görüldüğü

yaş aralığı, 10-29 olarak bildirilmektedir.^{4,5} Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, benzer sonuçlar bildirilmektedir.^{6,7} Tanı konulacak düzeye ulaşmamış olsa bile, genç kızlarda beden biçimi ve yeme davranışı ile ilgili zihinsel uğraşlara sık rastlanır. Genç kızlar arasında, bozulmuş yeme davranışları, tanı konulmuş yeme bozukluğu oranlarının çok üstündedir. Türkiye'de son dönemdeki bir çalışmada, üniversiteli kız öğrencilerde, bozulmuş yeme davranışı %12 olarak bulunmuştur.⁸ Masum görünen bu davranışlar, ilerdeki yeme bozukluğunun habercisi olabilir. Bu nedenle; özellikle genç kızlar arasında medyanın da etkisiyle giderek belirginleşen zayıf olma hevesinin, hastalık boyutuna ulaşmadan fark edilmesi ve önlem alınması, sorunun koruyucu hekimlik boyutunu oluşturur.

Oluş nedenleri

Bu bozuklukların etyolojisine ilişkin veriler tartışmalıdır ve kesin bir nedenin varlığından söz edilemez. Ancak; aile etkileşimleri, genetik, psikodinamik, sosyokültürel etkenler gibi, çeşitli faktörlerin değişik derecelerde katılımı söz konusudur.

Son dönemde, hastalığın kalıtsal yönüne işaret eden çalışmaların sayısı artmaktadır. İkiz çalışmalarında; AN ve BN için eş-hastalanma oranı monozigotlarda, dizigotlara göre daha fazla bulunmuştur. Aile çalışmalarında ise; AN'li hastaların birinci derece akrabalarında, yeme bozukluğu oranları kontrollerden daha yüksek; yeme bozuklukları olan kişilerin ailelerinde yaşam boyu yeme bozuklukları görülme riski, olmayanlardan yaklaşık 10 kat fazla bildirilmektedir.^{9,10}

AN'de; hipotalamik-hipofizer-gonadal ekseninde, ergenlik öncesi döneme gerileme gözlenir. Böylece, klinik ve laboratuvar değerlendirmede 'hipotalamik hipogonadizm' mevcuttur. Bu durumun hastalığın iyileşmesi ve kilonun normale dönmesiyle düzelmesi beklenir.

AN sürecinde; hiperkortizolizm, düşük T3 gibi hormonal değişiklikler ve düşük leptin düzeyi gibi, çeşitli nöroendokrin değişiklikler gözlenir. Ancak, bu değişikliklerin AN'nin nedeni olmaktan çok, sonuç olabileceği düşünülmektedir.¹¹

Sosyo-kültürel etkenlerin varlığı dikkate alınmalıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi; değişen güzel kadın imgesi, zayıflığın önemli olumlu bir özellik olarak öne çıkarılması gibi nedenler, genç kadınların hastalanma oranlarının artışında rol oynayabilir. Değişen kültürel özellikler, hastalığın oluşunda çok önemli etkenler olarak görülse de, tek başına hastalık oluşumu için yeterli olamazlar. Yeme bozuklukları dünyanın her yerinde, hemen her kültürde, bazen tanı ölçütlerinde kısmi değişiklikler olsa da, görülebilmektedir. Sosyokültürel özelliklerin dikkate alınması, özellikle gençlerde hastalığın yaygınlaşmasının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Aşırı koruyucu, her şeye karşı, bireyselleşmeye izin vermeyen aile yapısı, kişilikte mükemmeliyeçilik ve rijidite gibi özellikler de, yeme bozukluklarının ortaya çıkışı ve devam etmesinde yeri olan etkenler arasında sayılmaktadır.

Psikodinamik açıklamalar ise, temel olarak anneyle yaşanan sorunlu ilişki ve kadın kimliği ile özdeşim zorlukları üzerinde durur. Bu genç kızlar, annelerini çok müdahaleci olarak algılar, bedenlerinin annelerinin kontrolünde olduğu hissine kapılabilirler.¹²

Tanı

Zayıflık, çok zayıf olmasına rağmen kendini şişman olarak algılama şeklinde beden imgesi bozukluğu, kilo alma korkusu ve kadınlar için amenore; bu hastalığın temel belirtileridir.

DSM-IV anoreksiya nervoza tanı ölçütleri

- Yaşa ve boya göre beklenen en düşük ya da bunun üzerindeki bir beden ağırlığına sahip olmayı reddetme (örneğin; beklenen beden ağırlığının %85'inden daha azına yol açacak kilo kaybı; büyüme döneminde, beklenen beden ağırlığının %85'inden daha azına sahip olacak şekilde, beklenen kilo alımını sağlayamama)
- Beden ağırlığı beklenenden az olduğu halde, kilo almaktan ve şişmanlamaktan yoğun korku
- Beden ağırlığını ya da biçimini algılamada bozukluk olması, kendini değerlendirmesinde beden ağırlığı ya da biçiminin orantısız önemi olması ya da düşük kilonun önemini inkar etme
- Menarş sonrası kadınlarda amenore, yani ardışık üç menstruel siklusun olmaması (yalnızca hormon verilmesi ile menstruasyon olması durumunda, amenore olduğu düşünülür).

Tipleri

Kısıtlı tip: Anoreksiya nervozanın mevcut epizodu sırasında kişi, düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı içinde değildir (örn; kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatif, diüretik yanlış kullanımı gibi)

Tıknırcasına yeme/çıkartma tipi: Anoreksiya nervozanın mevcut epizodu sırasında kişi, düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı içindedir (örneğin, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatif, diüretik yanlış kullanımı gibi).¹³

ICD-10 ölçütleri ise zayıflık sınırını beden kitle indeksi (BKİ) < 17.5 olarak belirlemektedir.¹⁴ Klinik uygulamada bu değerin kullanımı kolaylık sağlar.

Klinik görünüm

Beden imgesi bozukluğu ve kilo alma korkusu, bu grup hasta için belirleyicidir. Bedeni algılamadaki ve içinde buldukları hayatı tehdit eden durumu değerlendirmedeki bozulma, bazen gerçeklik sınırını zorlayıp, ciddi muhakeme kusuru ve patolojik inkar olarak değerlendirilir. Bu durumda, hastaları tedaviye ikna etmek güçtür.

Yemekle ilişkileri ileri derecede bozulmuştur; uzun uzun öğünleri planlar, yalnızken yemeyi tercih ederler, yeme süresi uzamıştır. Tabaklarındaki yiyecekleri küçük parçalara bölme, düzenleme, bazen bu yiyecekleri daha sonra yemek üzere biriktirme, başkalarıyla birlikte yiyorlarsa yiyecekleri saklama ve atma, değişik tatları karıştırma dikkati çeker.

Genelde, okul ve mesleki başarıları yüksek genç kızlardır. Manken, dansçı, sporcu gibi mesleklerde görülme oranları daha yüksektir.

Ayrırcı tanı ve eştanılar

Kilo kaybıyla giden her tür fiziksel hastalıkla, ayrırcı tanısı yapılmalıdır. Malignite, enflamatuvar barsak hastalıkları, çölyak hastalığı, endokrin ve metabolik hastalıklar, enfeksiyon gibi sistemik hastalıkların dışlanması gerekir.^{13,14} Psikiyatrik hastalıklar içinde, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme olasılıkları yüksektir.

Bulimiya Nervoza: Kontrolsüz Yeme-Pişmanlık Döngüsü

Bulimiya 'bous (öküz)' ve 'limos (açlık)' sözcüklerinden köken almaktadır. 'Öküz kadar aç olmak' veya 'bir öküzü yiyecek kadar aç olmak' anlamlarını içerir. Bulimik davranışlardan, Roma İmparatorluğu döneminde de söz edilir. Refah içinde yaşayan dönemin zenginlerinin, kontrolsüzce, tıknıma şeklinde yedikleri ve haz yaşantısını devam ettirebilmek için, kusup yemeye devam ettikleri bilinmektedir. Hatta, kusmaların gerçekleştiği özelleşmiş yerler (vomitoriumlar) bulunmaktadır.¹⁵ Günümüzde, bir psikiyatrik bozukluk olarak kullanılmasında 'nervoza' takısı ise, onun AN ile bağlantısını ve yeme bozukluklarının diğer elemanı olduğunu vurgulamaktadır. Tıknırcasına yeme (binge eating) nöbetleri, hastalığın önde gelen belirtisidir. Ancak hastalar, nöbet sonrasında büyük bir pişmanlık ve suçluluk duyarlar. Zaten, hastalığın sözcük anlamı yeterince suçluluk yaratıcı görünmektedir...

Şişman olma korkusu, bu hastalıkta da davranış bozukluklarının temelinde yatmaktadır. Bulimiya nervoza olarak tıbbi tanımlaması, 1979'da Russell tarafından yapılmıştır.¹⁶

Epidemiyoloji

Anoreksiya nervoza gibi, BN de kadınlarda daha sıktır. Ayrırcı tanı yöntemlerinin ve kişilerle doğrudan görüşmelerin kullanıldığı çalışmalardan elde edilen veriler; BN'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %1 ile %2.8 arasında olduğunu göstermektedir.^{4,17} Ancak, klinik tanı boyutuna ulaşmamış eşik altı durumlar da katıldığında, bu oranlar 2-5 katına çıkabilir. Başlangıç yaşı, AN'den daha ileridir.

Oluş Nedenleri

Tek bir nedenden söz edilemez. Ancak, çeşitli risk faktörleri vardır. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarı, hastalık ortaya çıkmadan önceki dönemde kaygı ve duygudurum bozuklukları, ebeveynin aşırı veya yetersiz düzeyde müdahalede bulunması, etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır.

Tanı

Tıknırcasına yeme nöbetleri, uygunsuz dengeleyici davranışlar (kusma, laksatif, diüretik vb.), kiloyla ve bedenle aşırı uğraş; temel belirtilerdir.

DSM-IV bulimiya nervoza tanı ölçütleri

- A. Yineleyen tıknırcasına yeme epizodları. Tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden ikisi ile belirlenir:
1. belirli bir zaman diliminde (örn; herhangi bir 2 saat içinde) ve benzer koşullarda birçok insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyeceği yeme.
 2. epizod sırasında yeme üzerinde kontrolünün olmadığı duyumu (örn; yemeği durduramama ya da neyi ve ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).
- B. Kendisinin yol açtığı kusma; laksatif, diüretik, lavman ya da diğer ilaçların yanlış kullanımı; yemek yememe; ya da aşırı egzersiz gibi kilo almayı önlemeye yönelik uygunsuz dengeleyici davranışların yinelenmesi.
- C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay boyunca, ortalama haftada en az 2 kere olur.
- D. Kendini değerlendirme, orantısız biçimde beden biçimi ve ağırlığından etkilenir.
- E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza epizodu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipleri

Çıkartma olan tip: Bulimiya nervozanın mevcut epizodu sırasında, düzenli olarak kişinin kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatif, diüretik ya da lavman yanlış kullanımı olmuştur.

Çıkartma olmayan tip: Bulimiya nervozanın mevcut epizodu sırasında kişi yemek yememe ya da aşırı egzersiz gibi, diğer uygunsuz dengeleyici davranışları kullanmıştır. Ancak kendisinin yol açtığı, kusma ya da laksatif, diüretik ya da lavmanların yanlış kullanımı olmamıştır.

Klinik görünüm

Anorektiklerden farklı olarak, BN'li hastalar, normal kiloda ya da kilolu olabilirler. Tıknırcasına yeme nöbetleri sırasında sıklıkla önceden planladıkları ve rutin yeme düzenlerinde yasaklı olan yüksek kalorili besinleri (pasta, dondurma, çikolata vb.) 'gözü dönmüş' biçimde yerler. Genellikle, gün içinde uzun süre, bu 'yeme töreninin' hayalini kurarlar, nöbet öncesi yiyecekleri için alışveriş yapabilirler. Atak sonrasında ise, pişmanlık ve suçluluk duyguları yaşar, kendilerini acımasızca eleştirirler. Bu atakları, genellikle yukarıda sayılan, uygun olmayan ve zararlı dengeleyici davranışlar izler.

Ayrıncı tanı ve eşanılar

Aşırı yemeye neden olabilecek merkezi sinir sistemi tümörleri, Klein-Levin sendromu ile ayrıncı tanısı yapılmalıdır. Duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme oranları yüksektir.

Yeme Bozukluklarında Tıbbi Komplikasyonlar

Yeme bozuklukları tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en ölümcül olanlardır. Özellikle AN'de ölüm oranları,

gelişmiş ülkelerde bile %10'a ulaşabilmektedir. 15-24 yaş arası AN'li kadınlarda ölüm oranı, aynı yaş genel popülasyondakinin 12 katıdır.

Her sistem yeme bozukluklarından etkilenir. Zayıf bir bedene sahip olma arzusuyla ve psikolojik bir mekanizmayla başlayan süreç, bedende ciddi hasarlar oluşturur. Psişe ve somanın çatışması ve uyumsuzluğu, bedenin hırpalanmasıyla sonuçlanmıştır.

Yeme bozukluklarında görülen tıbbi sorunlar

- Kardiyovasküler sorunlar
- Hipotermi, ortostatik hipotansiyon, bradikardi, periferik ödem, lanugo, parotis hipertrofisi
- Erken yaşta başlayan vakalarda, büyüme-gelişme geriliği, gecikmiş puberte gözlenir
- Osteopeni, kemik kütlelerinde azalma
- Sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hipopotasemi, hipokloremik-hipopotasemik alkaloz
- Özefagus ve mide tahrişi ve kanaması
- Kalın barsak anomalileri
- Diş minelerinde erozyon

Özellikle AN'nin tedavisinin ilk döneminde, yeniden besleme (re-feeding) sendromu denen elektrolit dengesizlikleri, kardiyolojik, nörolojik komplikasyonlar, periferik ödemin görülebildiği ciddi bir durum ortaya çıkabilir.^{18,19}

Gidiş ve Sonlanım

AN'li hastaların yaklaşık yarısında tam düzelme, %30'unda orta düzeyde düzelme, %20'sinde ise kötü sonlanım bildirilmektedir. Ergenlerde iyi bir tedaviyle tam iyileşme, %70'lere kadar çıkmaktadır.¹⁸ BN'de iyileşme oranlarının AN'den daha iyi olduğu bildirilmektedir. Her iki hastalıkta da, kronik seyir ve nüksetmelerin bulunması hatırlanmalıdır. Erken tanı ve tedavi, iyileşme oranlarını artırmaktadır.

Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervozada Tedavi

Yeme bozukluklarının tedavileri, multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmelidir. Bu ekibin başında psikiyatri uzmanı vardır ve her aşamada iç hastalıkları uzmanı, diyetisyen, diş hekimi, fizik tedavi uzmanı vb. ilgili branş hekimleri ile işbirliği söz konusu olabilir.²⁰

Yeme bozukluklarında psikiyatrik tedavi uzun ve zahmetlidir ve psikoterapi yeme bozuklukları tedavilerinin vazgeçilmez unsurudur.

Çağdaş tedavi yaklaşımlarında temel adımlar şu şekilde özetlenebilir:

1. Normal, sağlıklı ve kişiye uygun kiloyu sağlamak ve devam ettirmek
2. Yiyecek kısıtlaması veya uygunsuz dengeleyici davranışları durdurma
3. Yeme bozukluklarının temel belirtilerini (aşırı değer verilmiş düşünce, bozuk bilişsel şemalar vb.) değiştirme, yerine sağlıklı olanları koyma

4. Fiziksel komplikasyonları tedavi etme
5. Eş-tanı durumlarını tedavi etme
6. Akut düzelme sonrası 5 yılda nüksleri önleme.^{18,21}

AN tedavisinde en büyük zorluklardan biri, hastaların hastalığı ve tedaviyi kabul etmemeleridir. Bu durum tedaviyi geciktirmekte, bazen da olanaksız kılmaktadır. Hayati tehlike olması halinde, zorunlu tedavi ve hastane yatışının olabileceği hatırlanmalıdır.

Hafif seyirli AN'li hastalar ayakta tedavi edilebilirken, pek çok hastanın uzun bir süre yataklı bir serviste takibi gereklidir.

Kilo kaybının çok uzun süreli, çok hızlı olduğu ve hayatı tehdit edecek komplikasyonlara yol açtığı koşullarda veya ayaktan tedaviye rağmen kilo kaybının devam etmesi halinde, hastane yatışı gereklidir.

Aile ortamının hastayı çok olumsuz etkilemesi, eşlik eden tanıların varlığı, hastanın il dışında yaşaması ve beden kitle indeksinin (BKİ) çok düşük olması da yatışı gerekli kılan durumlardandır.

Spesifik bir ilaç tedavisi yoktur, bu yüzden her hasta özel olarak değerlendirilmelidir. Ergenlerde, ailenin tedavisi dahil edilmesi gereklidir.

BN'de ise, bilişsel-davranışçı tedavi ve ilaç tedavilerinin birlikte uygulanmasına ilişkin olumlu sonuçlar vardır. BN'de etkinliği en fazla kanıtlanan ilaç grubu, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGI) antidepresanlardır.

Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervozada Psikiyatrye Yönlendirme Öncesinde Yapılan Yanlışlar

Psikiyatri dışı hekimlere, özellikle kadın-doğum uzmanlarına başvuran AN'li hastaların öncelikle 'amenore' belirtisi ele alınmakta ve oral kontraseptifle bu belirti düzeltilmeye çalışılmaktadır. Ancak, hastaya AN olabileceği mesajı nadiren verilmektedir.

Amenore, AN'nin öncelikli olarak tedavi edilecek bir belirtisi değildir. Üstelik sıklıkla, hastanın sağlıklı kilosuna ulaşması ve ruhsal durumunun düzelmesiyle, bu belirti ek müdahaleye gerek kalmaksızın ortadan kalkmaktadır. Hastalığın önemli belirtilerinden birinin erken evrede, temel sorunlar halledilmeden gözden kaybedilmesi, hastanın yardım arama olasılığını azaltır. Sonuç olarak, yapılan müdahale hatalıdır.

Doğru yaklaşım, hastanın tanısının netleştirilmesi ve erken evrede psikiyatrye yönlendirilmesidir.

BN'li hastalar ise, belirtilerini (özellikle kusma, laksatif kullanımı ve egzersiz) gizlemeye yatkındırlar. Bu noktada, hekimi yanıltmaları söz konusu olabilir. Özellikle ergen hastalarda, aile görüşmesi ve anne-babanın gözlemlerinin sorulması yol gösterici olacaktır.

Sonuç olarak, yeme bozukluklarında erken tanı ve hızlı müdahalenin önemi tartışılmaz. Bu noktada, psikiyatri dışı hekimlere tanı ve yönlendirme aşamasında çok önemli sorumluluk düşmektedir.

Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozuklukları

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTA) DSM-IV tanı ve sınıflama sistemine göre herhangi bir özgül yeme bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları için kullanılır.¹³ Sınırlarındaki belirsizlik nedeniyle, en az çalışılmış ancak en yaygın tanı konulan yeme bozukluğudur. AN'ye ve BN'ye benzer durumlar, tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) (binge-eating syndrome) bu grupta yer alır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu

TYB tanı açısından, BN ile benzer özellikleri nedeniyle bilimsel tartışmaların konusunu oluştururken, bir yandan da obezite ile bağlantıları yönünden dikkati çekmektedir.

Tıknırcasına yeme kavramı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 'belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek' şeklinde tanımlanmıştır.¹³ Yemek sırasında kişinin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissinin olması da, tıknırcasına yeme epizodunun bir diğer özelliğidir. TYB ise, BN'ye özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın, düzenli olarak yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması ile seyreden bir yeme bozukluğudur. DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı koyabilmek için, tıknırcasına yemenin haftada en az 2 kez, 6 aydır mevcut olması gerekir ve tıknırma ile ilgili belirgin sıkıntı vardır.

Çeşitli çalışmalarda, obezite tedavisi için başvuran kişilerde TYB sıklığı %15-50 arasında (ortalama %30) tanımlanmaktadır. Klinik dışı popülasyonda ise, yaygınlık hızı % 0.7-4 olarak bildirilmiştir.²²

TYB'li hastaların dikkati çeken bir özelliği, eşlik eden psikopatolojileri sıkça sergilemeleridir. Normal kilolu ve obez kontrol gruplarıyla karşılaştırıldıklarında; daha yüksek oranda depresyon, anksiyete, kızgınlık, dürtü kontrolünde zorluk ve çeşitli psikiyatrik eştanılar gösterdikleri belirtilmektedir. Bu psikiyatrik tanılar arasında, majör depresyon ilk sıralardadır.²³

Sonuç

Yeme bozuklukları biyolojik, psikolojik, sosyokültürel boyutları olan bir psikiyatrik hastalık grubudur. Özellikle gençleri etkilemesi ve bu etkinin boyutunun giderek artması, her branşta çalışan hekimleri, eğitimcileri ve anne-babaları yakından ilgilendirmektedir. Tedavileri zor, uzun ve pahalı olduğundan, toplumsal ve eğitsel anlamda koruyucu ve önleyici çabaların önemi tartışılmaz. Erken tanı ve yönlendirme ise, yaşamsal nitelik taşıdığından, meslektaşlarımıza bu konuda önemli sorumluluk düşmektedir.

Kaynaklar

1. Zerbe KJ. Integrated Treatment of Eating Disorders. Beyond the Body Betrayed. New York: W.W. Norton & Company; 2008.

2. Allaz AF, Bernstein M, Rouget P, et al. Body weight preoccupation in middle aged ageing women: A general population survey. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 287-294.
3. Herzog D, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In: Yager J, Powers PS; eds. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2007: 1-29.
4. Kjelsas E, Bjornstrom C, Gøtestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behaviors* 2004; 5: 13-25.
5. Hoek HW. The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 455-60.
6. Uzun OT, Gulec N, Ozşahin A, et al. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Eat Behaviors* 2006; 7: 348-354.
7. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, et al. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; 40:129-135.
8. Celikel FC, Cumurcu FE, Koc M, et al. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 188-194
9. Lilenfeld LR, Kaye WH, Strober M. Eating disorders. *Baillière's Clinical Psychiatry International Practice and Research* 1997; 3: 177-197.
10. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psych Neuroscience* 2005; 30: 335-333.
11. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 552-559.
12. Zerbe KJ. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 305-313.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
14. ICD-10: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992'den çevirenler Öztürk O, Uluğ B. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 1993.
15. Halmi KA. Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N; eds. *Eating Disorders*. WPA Series. West Sussex: John Wiley & Sons; 2003: 1-33.
16. Vandereycken W. History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD; eds. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002: 151-154.
17. Rand CSW, Kuldau JM. Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race, and socioeconomic status. *Int J Eat Disord* 1993; 11: 37-44.
18. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 2006: 29-33.
19. Yücel B, Özbey N, Polat A, et al. Weight fluctuations during early refeeding period in anorexia nervosa: Case report. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 175-177.
20. Yücel B, Polat A. Yeme bozuklukları ve ergen. Tüzün DÜ, Hergüner S, editörler. *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*. İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2007: 285-300.
21. Andersen AE, Yager J. Eating disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA; eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 2002-2022.
22. Grilo CM. Binge eating disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD; eds. *Eating Disorders and Obesity*, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002: 178-182.
23. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge-eating. *Int J Eat Disord* 2002; 32 :72-78.