

Yeme bozukluklarına yaklaşım

Approach to eating disorders

Demet Güleç Öyekçin¹, Erkan Melih Şahin²

Özet

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranışı bozukluklarıdır. Aile hekimleri, özellikle ergen kızlarda görülen yeme bozukluğu ile günlük pratiklerinde sıkça karşılaşılırlar. Bu yazı, aile hekimlerinin uygulamalarında ihtiyaç duyacakları güncel bilgileri gözden geçirmektedir. Yeme bozuklukları iki ana kategoride; anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olarak toplanmakla birlikte; çok sayıda kısmi ve subklinik sendromu da içerir. Anoreksiya, çok az miktarda besin alımı, yemeyi reddetme ve kilo kaybı; bulimiya ise yemeyi kısıtlama girişimi sonrası gelişen denetimsiz yeme atakları ve izleyen telafi edici kusma ile karakterizedir. Tanı; öykü ve ruhsal durum muayenesi sırasında konulabilir. Değerlendirme için temel biyokimyasal testler gereklidir. Birinci basamak koşullarında kullanım için geçerli tarama soruları önerilmiştir. Hastalık, sıklıkla eşlik eden psikiyatrik eş tanılarla seyrederek. Tedavinin amacı normal, sağlıklı, bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosunu elde etmek, anormal yeme davranışını denetlemek ve nüksleri önlemektir. Hastane bakımı sadece bazı özel koşullarda gerekebilir. Yeme bozukluğunda, aile hekimi, psikiyatr, beslenme uzmanını içeren bir ekip yaklaşımı gereklidir; aile hekimleri çevrelerindeki sağlık kaynaklarının farkında olmalıdırlar.

Anahtar sözcükler: Yeme bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa, aile hekimliği, birinci basamak sağlık bakımı.

Summary

Eating disorders are defective eating behaviors that cause medical, social and psychiatric problems and affect the quality of life of the patient. They are common especially among adolescent girls and seen frequently by family physicians in daily practice. Patients usually have accompanying psychiatric diagnosis. The two main categories of eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa, although there are too many partial and sub-clinical syndromes. Anorexia is taking very little food and weight loss due to rejecting eating; bulimia is characterized by uncontrolled eating episodes after limiting eating and following purging behaviors such as vomiting. Diagnosis can be confirmed with history and mental examination. Basic biochemicals workups are necessary for the management of the patients. Suggested screening questions are valid for use in primary care practice. Aim of the treatment is to get a normal, healthy, stable body weight, to control abnormal eating behaviors, and to control relapses. Hospitalization might be needed rarely for certain conditions. A team approach consisting of a family physician, a psychiatrist and a dietitian is needed so family physicians should be aware of all health resources in their surroundings.

Key words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, family practice, primary health care.

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranışı bozukluklarıdır.^[1] Aile hekimleri, toplumda özellikle ergenler arasında yaygın görülen bu konuyu iyi bilmeli, hastaları saptamalı ve tedavilerini sürdürmelidir. Aile hekimlerinin uygulamalarını düzenlerken ihtiyaç duyacakları güncel bilgiler bu yazıda sunulmuştur.

Yeme bozuklukları şüphesiz ki değişik şekillerde yıllarca var olmuş, ancak 1950'lerden bu yana yaygınlıkları giderek artmıştır. Bir sendrom ya da semptom kümesi olarak değerlendirilebilecek bu bozuklukların seyri öngörülebilir ve çoğunlukla tedaviye iyi yanıt verirler. Yeme bozukluklarına tanı koymak için kilo kaybının dereceleri, kilo ve beden imgesine karşı tutumlar gibi boyutsal niteliklerin ne olduğuna dair kesin sınırlar gerekir.^[2]

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri Uzmanı, Çanakkale

² Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Çanakkale

DSM IV'e göre, yeme bozuklukları nadiren tek başına görülürler, bu bozukluklara neredeyse her zaman psikiyatrik bozukluklar eşlik eder.^[3,4]

Yeme bozukluklarının iki ana kategorisini oluşturan anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza yanında çok sayıda kısmi ve subklinik sendrom vardır. Etiyolojileri henüz aydınlatılmamış bu bozukluklar sıklıkla genç kızlarda görülür. Kronik ve ilerleyicidirler. Tedavi edilmeden bıraktığında yaşamı tehdit edebilecek sonuçları vardır.^[5]

Yeme bozukluğu tanısı erken yaşta ve hastalığın erken döneminde konabilir ve tedavi edilirse klinik sonuçlar iyi olabilir. Ergenlerin sağlık bakımında önemli yeri olan aile hekimleri bu hastalığın tanısında kritik roldeyirler.^[6] Bu bozuklukların bir şekli diğerine geçiş, örneğin anoreksiya nervozadan bulimiya nervozaya veya tam sendromlardan subklinik sendromlara geçiş yaygın olarak görülür.^[7]

Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya, çok az miktarda besin alımı, yemeyi reddetme ve sonucunda oluşan kilo kaybıyla karakterizedir. Anoreksiya nervoza terimi Yunanca 'iştah kaybı' anlamına gelir.

Başlıca üç ölçütü vardır:

- Birincisi, kişinin kendisinin neden olduğu önemli bir dereceye varan şiddetli açlıktır.
- İkincisi zayıflığa karşı amansız bir dürtü ve/veya şişmanlığa karşı hastalık derecesine varan bir korkudur.
- Üçüncüsü, şiddetli açlıktan kaynaklanan tıbbi belirti ve bulguların varlığıdır.

Beden imgesinin çarpıtılması rahatsız edicidir ama değişmez veya tanı koydurucu değildir.^[2] Anoreksiya nervozanın kısıtlı alt tip ile tıknırcasına yeme ve/veya çıkartma gösteren iki alt tipi vardır. Anoreksiya nervoza olgularının yaklaşık yüzde 50'sinde; klasik, geleneksel gıda alımı oldukça kısıtlıdır veya kompulsif olarak aşırı hareketlidirler.^[8] İkinci alt tip olan tıknırcasına yeme ve çıkartma tipinde, hastalar diyet çabası ile birlikte tıknırcasına yeme ve çıkartma dönemleri yaşarlar. Anoreksiya nervoza hastalarında büyük oranda tedaviye direnç görülür.^[9]

Anoreksiya nervozada kişiler, yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmezler, beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmalarına karşın, kilo almaktan ya da şişman olmaktan aşırı derecede korkarlar. Söz konusu olan, vücut ağırlığını ya da biçimini algılama bozukluğudur, kişi kendini nesnel bir şekilde değerlendiremez,

vücut ağırlığının düşüklüğünün önemini inkar eder. Menarş sonrası genç kızlarda ardışık en az üç menstruel siklusun olmaması ile karakterize amenore görülür.

Bulimiya Nervoza

Bulimiya teriminin Yunanca'daki anlamı 'öküz açlığı'dır. Tekrarlayan tıknırcasına yeme nöbetleri, zaman, zaman aşırı miktarda gıda tüketme ve/veya yeme dürtüsü denetimi eksikliği yeme nöbetlerine eşlik eder.^[2] Birey kilo almasını engellemek için isteyerek kusma, laksatif, diüretik, lavman ya da diğer ilaçları kötüye kullanma, diyet, aşırı egzersiz gibi tekrarlayan uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışlar birlikte, ortalama 3 ay boyunca, haftada en az iki kez meydana gelir. Kişilerin öz değerlendirmeleri beden ölçüleri ve kilodan fazlasıyla etkilenir. Değerlendirme bozukluğu sadece anoreksiya nervoza nöbetlerini süresi ile sınırlı değildir. Bu belirtilerin bir arada olması ile bulimiya nervoza tanısı konur.

Bulimiya nervozanın iki tipi vardır. Çıkartma olan tip ve çıkartma olmayan tip. Çıkartma olan tipte, bulimiya nöbetinde, istemli kusma veya laksatif, diüretik ve lavmanların kötüye kullanımı görülür.^[10]

Etiyolojik Faktörler

Yeme bozukluklarının etiyolojisi ve patofizyolojisi günümüzde halen tartışmalıdır. Yapılan ikiz araştırmalarında anoreksiya ve bulimiya için ortalama %50'den %80'e varan genetik yatkınlık bulunmuştur. Bu durum, hastalığın biyolojik doğasına işaret eder.^[11,12] Psikososyal ve çevresel etmenler de patojenezde önemli rol oynar.^[13] Dolayısıyla genellikle hastalığın çok faktörlü olduğu düşünülür. Yeme bozukluklarında çoklu nörobiyolojik duyarlılıktan söz edilir.^[14] Bulimiya ve ilişkili tıknırcasına yeme bozukluklarında özellikle santral serotonin sistemindeki bozuklukların etkili olduğu bilinmektedir.^[15]

Yeme bozukluklarında epidemiyolojik risk faktörleri arasında kültürel özellikler, cinsiyet, yaş, ailedeki ruhsal bozukluklar, ailenin yaşam tarzı, sosyo-ekonomik sınıf, kişilik rolü, önceki psikolojik bozukluklar, ergenlik yaşı, genetik, cinsel eğilim, tıbbi eş tanı ve meslek yer alır. Özellikle anoreksiya nervozanın nörolojik gelişiminde bu faktörler önemlidir.^[16] Aile içindeki yaşantı, yeme bozukluğu tanısı almış kişinin ana ya da baba ile bağlanma ilişkisi, kişilik ve mizaç özellikleri, emosyonel durumun düzenlenmesi ve aile içinde kiloyu belirleyen öğeler ve fiziksel yaklaşımlar da bu bozuklukların gelişmesine katkıda bulunur.^[17] Günümüz toplumu zayıf bedene yüksek

cinsel çekicilik atfeder. Zayıf bir bedene sahip sanatçı ve sporcular kitle iletişim araçları ile özellikle ergenlere rol model oluşturarak zayıflama baskısına ve yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunmaktadır.^[18]

Ailedeki yeme bozukluğu geçmişi, afektif spektrum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar (OKB), obezite, aileden gelen alışkanlıklar etiyopatogenezdaki diğer önemli etmenlerdir.^[19] Çocuklukta görülen duygu durum ve anksiyete bozuklukları, OKB, mükemmeliyetçi kişilik eğilimlerinin erkenden ortaya çıkması, yeme bozukluklarının gelişmesinde özellikle anoreksiya nervozada etkilidir.^[20]

Bulimi olgularını ele alan bir çalışma, bu grubun, çocukluk çağında sağlıklı kontrollerden daha fazla fiziksel, duygusal ya da cinsel kötüye kullanıma maruz kaldığını, bulimik olguların %30'nun çocukluk çağında cinsel istismara, %50'sinin ise fiziksel kötüye kullanıma uğradığını saptamıştır.^[21] Bu yaşantıların, yaşamın ileri dönemlerinde bir tür psikiyatrik bozukluk gelişmesine sebep olduğuna ilişkin kuşku yoktur, ancak bu bozukluğun mutlaka yeme bozukluğu olması şart değildir. Tek başına cinsel kötüye kullanımın bulimiya nervozanın en büyük sebebi olduğuna dair kanıt yoktur. Yeni bir araştırma, bulimik hastalarda Bcl-1 (glukokortikoid reseptör polimorfizm geni) alelinin normal bireylerden düşük olduğunu, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismarın yaratacağı kronik stresin bu düşük polimorfizm nedeniyle bulimiya etiolojisinde önemli bir temel mekanizma olabileceğini belirtmektedir.^[22]

Tip 1 diyabetik genç yetişkinlerde yeme bozukluğunda herhangi bir artış gözlenmemiştir; ancak insuline bağımlı diabetes mellitus varlığı yeme bozukluğunun varlığını gizleyebilir ve bu da kesin olarak tedaviyi karmaşılaştırır.^[23]

Yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olan hiçbir tetikleyici faktör tek başına yeterli değildir. Bir yeme bozukluğunun ortaya çıkma olasılığı, hızlandırıcı risk faktörlerinin sayısı ve ağırlıklarıyla ilgili görünmektedir. Yeme bozukluklarında çok fazla tetikleyici faktör tanımlanmıştır. Bunlar arasında en sık tanımlanan faktörler:

Anoreksiya için:

- Obstetrik sorunlar,
- Çocukluk çağı beslenme ve uyku sorunları,
- Aşırı kaygılı ebeveynler,
- Obsesif-kompulsif özellikler,
- Mükemmeliyetçilik.

Bulimiya için ise:

- Diyet yapma,
- Çocukluk çağı obezitesi,
- Ailede obezite varlığı,
- Alkolizm, erken ergenlik,
- Eleştirilere hassasiyet,
- Cinsellik ve menstruasyon döneminden iğrenme,
- Yer değişikliği,
- Cinsel kötüye kullanım,
- Aile içi uyumsuzluklardır.^[24]

Kalıcı yeme bozukluklarının en önemli sürdürücüleri dışsal sosyal pekiştireçler ile içsel, psikolojik ya da fizyolojik pekiştireçlerin bir arada olmasıdır.

Yeme Bozukluklarında Tanı ve Klinik Özellikler

Yeme bozukluklarının tanısı kolay konur. Konu hakkında bilgi birikimi ve deneyim sahibi bir hekim tıbbi öykü ve ruhsal durum muayenesi sonucunda tanıya ulaşabilir.

Yaptıkları spor veya geçim kaynağını oluşturan iş vücut ağırlığı sınırlaması ile ilişkili olan bireylerin kesinlikle yakın izlemi gerekir. Anoreksiya ve bulimiya için en fazla risk altında olanlar; ergenler ve genç erişkin kızlardır; bu konuda 14-18 yaş aralığında tarama yapmak uygun olacaktır.^[5]

Birinci basamak sağlık görüşmelerinde önerilen tarama soruları şunlardır:^[5,6]

- Geçen yıl kaç kez diyet uyguladın?
- Görüntünden memnun musun? Kendini şişman görüyor musun?
- Kilolu olman kendin hakkında nasıl düşündüğünü etkiler mi?
- Kilonu bir değişim oldu mu?
- Kilo vermek için ya da aşırı yemekten sonra hiç isteyerek kustun mu? Müshil, idrar söktürücü ya da lavman kullandın mı?

Bu sorulardan herhangi birine olumlu yanıt alınırsa tanıya yönelik derinlemesine sorgulamaları içeren araştırma yapılmalıdır.^[25]

Yeme bozukluklarında bozulmuş beden algısına sıkça rastlanır ancak olması zorunlu veya değişmez değildir. Hekimler bulimiya nervoza tanısını koyarken, bulimik hastalarının yaklaşık yarısında bulunan kısa veya uzun bir anoreksiya nöbeti geçirmiş olma olasılığını araştırmalıdır. Yeme bozukluğu olanlar utanç duyduklarından, sık olarak semptomları gizlerler, tanı koymak için bir takım özel çalışmalar gerekebilir. Bir yeme bozukluğuna tanı koymada başarısızlığın en önemli nedeni yerinde sorular

sormamak olsa da, hastalar bulimiya nervozayı inkar etmektedir. Bulimik hastalarda diş (enamel kaybı), orofarenks değişiklikleri gastroözefageal reflü, kendi kendini kusturma nedeniyle parmak boğumu aşınması, zayıf veya normal kilolu bireylerde paratiroid ve tükrük bezlerinin büyümesinden kaynaklanan şişkin yanaklar bulimiya nervoza şüphesi uyandırabilir.^[26] Serum potasyum düşüklüğü şüphe uyandırmalıdır.

Yeme bozukluğundan şüphelenildiğinde ana-baba ve yakınlardan bilgi almak oldukça önemlidir. Temel tanı ölçütleri bir yeme bozukluğu tanısını doğrular veya dışlar. Benzer şekilde sınır düzeyde zekası, hafif zeka geriliği veya gelişim bozukluğu olanlarda yeme bozuklukları gözden kaçırılmamalıdır.^[2]

Yeme Bozuklukları ve Eş Tanılı Durumlar

Yeme bozukluklarında eş tanılı psikiyatrik durumlara sık rastlanır; DSM-IV eksen 1 ve eksen 2 bozuklukları yaygındır.^[10] Özellikle B kümesi (narsisistik, histriyonik, sınır ve antisosyal) kişilik bozuklukları, duygu durum, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluklar ve madde kötüye kullanımı yeme bozuklukları ile birlikte görülen diğer psikiyatrik hastalıklardır.^[3,4] Epidemiyolojik çalışmalar ergen ve yetişkin popülasyonda bipolar bozukluk ve yeme bozukluğu ilişkisini göstermiştir. Özellikle bipolar bozukluk ile bulimiya nervoza birlikteliğine sıklıkla rastlanmaktadır.^[27,28]

Yeme Bozukluklarında Kullanılan Laboratuvar Tetkikleri ve Klinik Özellikler

Yeme bozukluğu açlık miktarı ve kilo vermek için kullanılan yöntemler ile ortaya çıkar. Aşırı egzersiz, diyet, müşil, diüretik kullanımı ile açlık sonucunda, kalp kasi kaybı, aritmi, hipokalemi ve özkıyım sonucu hasta yaşamını yitirebilir. Hastalarda fizik muayene, vücut ağırlığı, boy, yaşamsal bulguların takibi, ortostatik kan basıncı değişiklikleri, deri, kas, deri altı yağ dokusunun incelenmesi, nörolojik inceleme (genellikle normaldir) mutlaka yapılmalıdır. Laboratuvar incelemeleri, yeme bozukluğu ve bu bozukluğun yol açtığı tıbbi sonuçların ciddiyetini anlamak için yararlı olabilir ancak belirsiz etiyolojilerin peşinden koşulmamalıdır. Anoreksiya nervoza hastalarının tüm tıbbi sonuçları normal çıksa da yaşamlarını yitirebildikleri unutulmamalıdır. Bu hastaların tedavisinde düzenli olarak uzman görüşlerinin alınması gereklidir.^[2]

Anoreksiya ya da bulimiya nervoza'da; kilo kaybı, hastalığın şiddeti, alt tipi ve morbidite oranı gibi bilgilerin elde edilebilmesi için tam kan sayımı (anemi siktir), elektrolitler, kan üre nitrojeni, kreatinin, TSH, serbest

tiroksin, total protein, albumin, açlık şekeri, kusma varsa amilaz, serum fosfat ölçümleri ile EKG mutlaka yapılmalıdır. Her ne kadar anoreksiya hastalarının tipik laboratuvar değişiklikleri olmasa da; hipokalemi, hiponatremi, karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği, leptin, T3, FSH, LH ve östrojen düzeylerinin beklenen sınırların altında olması, ghrelin, pankreatik polipeptid, TNF- α ve kortizol düzeylerinde yükselme saptanmaktadır.^[29] Üç aydan uzun süredir amenore varsa kemik mineral yoğunluğu, kilo kaybı olan erkeklerde testesteron düzeyi ölçülmelidir. Diüretik, laksatif veya emetikleri kötüye kullananlarda böbrek fonksiyon testleri mutlaka yapılmalıdır.^[30] İlaç kötüye kullanımından şüphelenildiğinde kan ve idrar tetkikleri yapılmalıdır. Hastaların amfetamin gibi uyarıcı ilaçları iştah kontrolü ve heyecan yaşamak için kullanılabildiği akıldaki tutulmalıdır.^[31]

Hastaya uygulanacak laboratuvar tetkikleri korkutmak amaçlı kullanılmamalı ve anormal test sonuçları açıkça konuşulmalıdır. Yapılan test sonuçlarının konuşulması hastalığın ciddiyetini küçümseyen, inkar eden anoreksiya hastalarının durumunu gözden geçirmesi ve ciddiye almasına yardımcı olabilir.^[2]

Ayırıcı Tanı

Hastanın öyküsü ve ruhsal durum muayenesi sonucunda yeme bozukluğu ayırıcı tanısını yapmak zor değildir. Yeme bozukluklarının temel olarak duygu durum bozukluklarının dolaylı bir biçimde ortaya çıktığı hipotezi, aile araştırmalarını da içeren bazı kanıtlar ile çürütülmüştür. Ancak duygu durum bozuklukları genel olarak yeme bozuklukları ile beraber var olduğundan (ya önce, ya aynı anda veya yeme bozukluğundan sonra oluşur) ikisinin varlığı dikkatli biçimde betimlenmeli ve bu bozukluklarla ilgili zaman akışı ve zamansal ardışıklık not edilmelidir.^[32] Çoğunlukla depresif belirtiler yeme bozukluğu başladıktan hemen sonra başlar; bu belirtiler neredeyse hiçbir zaman melankolik ya da psikotik belirtilere sahip değildirler. Bazı araştırmalar bipolar mizaç bozukluğu tip I formunun anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza ile sanıldığından daha fazla olguda beraber görüldüğünü ortaya koymuştur.^[33] Eş zamanlı tipik olmayan depresyon örnekleri ve mevsimsel duygu durum bozukluğu yaşayan (kış aylarında aşırı yemek yiyen ve uyuma eğilimi olan) bulimiya nervoza hastaları; bulimiya nervoza ve depresif özelliklerin mevsimlere bağlı olarak kötüleştiğinin göstergesi olabilir.^[34] Benzer biçimde yeme bozuklukları ortaya çıkmadan önce veya sonrasında anksiyete belirtileri ortaya çıkabilir.^[35]

Her ne kadar yeme bozukluklarının %15 ile 20'sinde OKB görülse de yeme bozuklukları farklı grup bozukluklardır. Anoreksiya nervoza hastalarında ısrarcılık, mü-

kemmeliyetçilik, inatçılık, başarısızlık durumlarında gösterilen aşırı duygusal hassasiyet gibi obsesif-kompulsif özellikler ya da obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları görülme olasılığı OKB görülme oranından daha fazladır.^[36]

Yeme bozukluğu hastalarında madde kullanım bozuklukları oldukça sık görülür. Özellikle iştah kesici özellikleri nedeniyle merkezi sinir sistemi uyarıcıları en sık kullanılan ajanlardır. Alkol kullanım bozukluklarının ise bulimiya ve anoreksiya nervoza hastalarının kısıtlı tipinde daha fazla olduğu saptanmıştır. Bulimiya nervoza hastalarının %15'lik bir bölümü madde bağımlılığı, kontrolsüz para harcama ve rastgele cinsel ilişki kurma gibi birçok alanda dürtü denetim sorunları yaşarlar. Bu hastalar genellikle borderline kişilik bozukluklarının ve diğer karma kişilik bozukluklarının hatta bipolar II mizaç bozukluğunun tanı kriterlerini karşılarlar.^[37-39]

Yeme bozukluğu tanı hastalarda eş zamanlı tıbbi hastalıkların da bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Yeme bozukluğu tanısı alanların yaklaşık %98'inde fonksiyonel sindirim bozuklukları görülmektedir.^[40] Bulimiya nervoza ile irritabl barsak sendromu, fibromyalji gibi tıbbi hastalıklarla birlikteliği sıkır.^[41]

Yeme bozukluklarının Gidiş ve Sonlanış Özellikleri

Yeme bozukluklarının gidiş ve sonlanış özellikleri son derece değişkendir. Bu bozukluklar, başta bulimiya nervoza olmak üzere, gerçek birer spektrum bozukluklarıdır. Hastane yatışı olan anoreksiya hastalarında iyi bakılmazlarsa sonraki 20 yıl içindeki ölüm oranının %19'a varabileceği bildirilmektedir.^[42] Ayaktan, grup ve aile terapisi ile birlikte kilo iyileştirme için iyi yapılandırılmış tedavi merkezlerinde; izleyen 10-15 yıl içinde herhangi bir ölüm vakası bildirilmemektedir. Son araştırmalar yatarak tedaviden sonra ayaktan kanıta dayalı iyi yapılandırılmış psikoterapi uygulanan gençlerde nüks oranlarının azaldığını bildirmektedir. Yeme bozukluğu hastalarıyla yapılan 30 aylık bir izlem çalışmasında olguların %42'sinde tam remisyon, %72'sinde kısmi remisyon saptanmıştır.^[43]

Yeme bozukluklarında tedavinin sonucunu hastalığın kendisinden çok psikiyatrik eş tanılar belirler. Tüm yeme bozukluklarında hastalığın tekrar etme riskinin en yüksek olduğu dönem başarılı bir tedaviyi izleyen ilk 12 aydır.^[44]

Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Yeme bozukluklarında en önemli ilke kanıta dayalı tedavi uygulamaları, hastalığın yoğunluğuna uygun gerekli tıbbi müdahale, ciddi olgulara multidisipliner yakla-

şımdır. Yeme bozukluğu hastalarına aile hekimi, psikiyatri ve beslenme uzmanlarını içeren bir ekip yaklaşımı gerekli olduğundan aile hekimleri çevrelerindeki sağlık kaynaklarının farkında olmalıdırlar.^[45] Aile hekimliği uzmanı ekibin merkezinde bulunarak özel yaklaşım gerektiren durumlar dışında bakımın yürütülmesinde temel sorumluluğu alacaktır. Aile hekimi; yeme bozukluğu hastalarının tedavisinde vücut ağırlığı ve beslenme durumunun izlenmesi, tıbbi komplikasyonların değerlendirilmesi ve diğer ekip üyelerinin tedaviye katılımlarının koordinasyonunu yürütmelidir. Beslenme uzmanından sağlıklı diyet ve öğün planlaması yanında kişisel vücut ağırlığı hedeflerinin belirlenmesinde destek alınabilir. Psikiyatri uzmanlarından ise davranışçı terapi, aile terapisi, farmakoterapi uygulamaları, eşlik eden psikiyatrik hastalıklarla baş etmede destek alınabilir. Hastane bakımı gerektiğinde sorumluluğu psikiyatri uzmanına devredilebilir.^[25]

Tüm yeme bozukluklarında amaç normal, sağlıklı bireyselleştirilmiş, sabit bir vücut kilosu elde etmek, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, sağlıksız bilişsel şemaların yerine dengeli bir duygusal ve bilişsel durum oluşturmak, eşlik eden hastalıkları tedavi etmek, nüksleri kontrol altına almaktır.^[46,47]

Tedavi yöntemleri tıbbi, besinsel, psikoterapötik, davranışsal ve farmakolojik yaklaşımları içerir. Tedavi planlaması hastalığın şiddetine uygun olmalıdır. İlk kapsamlı ayaktan değerlendirme sonrası hastalar gerekli tıbbi müdahale için ihtiyaca göre ilgili merkezlere yönlendirilerek tedavi planlanmalıdır.^[48]

Hastaneye yatış gerekliliği:

- Aşırı zayıf hastalar (beklenen vücut ağırlığının %75 veya daha azı) yanında hızlı kilo kaybı,
- Ağır elektrolit dengesizliği, kardiyak bozukluklar ile diğer akut tıbbi durumlar,
- Ağır ve başa çıkılamayan kusmalar,
- Eşlik eden psikoz veya özkıyım riski
- Ayaktan tedavide sonuç alınamayan hastalarda gündeme gelecektir.^[45]

Anoreksiya Nervoza Tedavisi

Sağlıklı kilonun %20 altına inenlerde yatarak tedavi gerekir. Tedavi istemeyen hastaların istem dışı tedaviye alınmaları ve uygulanacak tedavinin niteliği konusunda tartışmalar vardır. Olguların yaklaşık %10-15'i istem dışı tedavi gerektirir. Anoreksiya nervoza hastası sağlıklı kilosunun %85'ine ulaştığında kısmi hastane bakımına geçilebilir. Kronik ve tekrarlayan nöbetleri olan, eşlik eden diyabet, eksen 1 veya 2 ciddi eş tanısı olanların daha yük-

sek kiloya ulaşmaları ve daha uzun hastane yatışları gerekebilir. Nazogastrik beslenme normalde önerilmemektedir, ancak bazı ergen ve çocuklarda geceleri kullanılabilir. Tedavinin kısa dönem hedefi hastanın yaş, boy ve cinsiyetine uygun ideal kiloya ulaşması, adetinin normale dönmesinin %50 oranında sağlanmasıdır.^[49]

Anoreksiya tedavisinde ikinci kuşak antipsikotiklerden sıklıkla olanzapin, ketiyapin ve risperidon kullanıldığı saptanmıştır. Randomize kontrollü, açık uçlu araştırmalar ve olgu sunumlarının gözden geçirildiği bir derleme yazısında ikincil kuşak antipsikotiklerin daha çok depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğunun çekirdek belirtileri üzerinde etkin olduğu belirtilmiştir.^[50] Öte yandan SSRI ile tedavinin anoreksiyadaki etkinliği ile ilgili veriler sınırlı olmasına karşın; son dönem araştırmalarda relapsı önlemede etkin olduğu belirtilmektedir. SSRI grubunun yeme bozukluğunun psikopatolojisi üzerindeki etkisi ile ilgili araştırma sonuçları çelişkilidir, randomize kontrollü çalışmalar gerekmektedir.^[51]

Psikoterapi, yeme bozukluğunun çekirdek patolojik inançları ve hastalığa katkısı olan psikopatolojik bileşenlerin değiştirilmesine yöneliktir. Psikoterapinin özü başarılı bir şekilde hastaları tutma, onlarla bağlantı kurma, hastaların kendilik farkındalığı ile motivasyonu sağlama, kilo kaybetmenin çekiciliği ile ilgili aşırı değer verilen inançları ve fobik şişmanlık korkusunun yerine sağlıklı, normal kiloyu kabul etmesini, kişisel yeteneklerini fark etmesini sağlamaktır. Bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliği ile ilgili kanıtlar giderek artmaktadır. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler, odaksal analitik yaklaşım, aile ve kişiler arası terapiler yararlı olmaktadır.^[52]

Bulimiya Nervosa Tedavisi

Normal kilodaki bulimiya hastalarının tedavisi ayakta takiple sürdürülebilir. Belirgin zayıflamaya neden olan inatçı semptomların varlığında, ayaktan tedaviye cevap alınamayan durumlarda, özkıyımaya yatkın olma, özellikle sınır kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve duygu durum bozukluğu gibi eşlik eden tanılarının varlığında hastaneye yatırılabilir.^[53]

Bilişsel davranışçı psikoterapi programları hem bireysel hem de grup formatlarında etkilidir. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler bulimik hastalarda henüz yeterli şekilde araştırılmamıştır.^[54]

Fluoksetin bulimik hastalarda en fazla araştırılan farmakolojik ajan olup, tek tedavi ajanı olarak kullanılmasının yeterli olmadığı söylenmektedir. Bupropion bulimik hastalarda epilepsi riski nedeniyle kontrendikedir.^[55]

Kanıtı dayalı psikoterapi ve kombine psikofarmakoloji ile birlikte tedavi edilen olgularda önemli yararlar sağlanmıştır.

Diğer Yeme Bozuklukları

Aşırı yiyen ancak aşırı yemeden sonra bunu telafi etmeyen hastalar genellikle fazla kilolu veya obez, 30'lu veya 50'li yaşlardadır. Bu hastalar başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılarlar. Bu grup hastaların bulimiya nervozanın 3. bir alt tipi olduğu ileri sürülmektedir. Bu grup içinde tıknırçasına yeme bozukluğu yer almaktadır. Tıknırçasına yeme semptomlarının birkaç farklı SSRI, imipramin ve topiramet gibi ilaçtan yarar gördüğü bilinmektedir. Tıknırçasına yeme bozukluğu ile ilişkili obezitenin tedavisi hem kalori azaltımı hem de egzersizi gerektirir. Ciddi obezitede, özellikle evre III için tıbbi gözetim gerekir ve tıbbi yaklaşımdan yeterli yarar alınamayan seçilmiş vakalarda cerrahi girişim (gastrik by-pass, bariatrik cerrahi) yararlı olabilir.^[56,57]

Yeme bozukluğu olanlara, hekim, sıcak ama sahiplenici olmayan, kontrolcülükten uzak, sağlam bir psikoterapötik bilgi ve yetenek içinde, aile dinamiği ve sosyo-kültürel etkileri dikkate alarak, yeme davranışlarının tıbbi semptomatolojisini anlamaya çalışarak bütüncül bir yaklaşımda bulunmalıdır. Yeme bozukluklarını erken tanıma ve müdahale çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Birinci basamağın zengin hasta çeşitliliği içinde yeme bozukluğu hastalarıyla karşılaşan aile hekimleri konuya yeterli dikkat ve ilgiyi gösterdiklerinde hastalarında olumlu klinik sonuçlar ve buna bağlı güçlü mesleki doyum sağlayacaklardır.

Kaynaklar

1. Fairbrother CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003;361:407-16.
2. Andersen AE, Yager J (Çev: Bozkurt A) Yeme bozuklukları. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de. Ed. Sadok BJ, Sadok VA. 8. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2007:2002-22.
3. Forcano L, Fernandez-Aranda F, Alvarez-Moya E ve ark. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *Eur Psychiatry* 2009;24:91-7.
4. Bulik CM, Klump KL, Thornton L ve ark. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004;65: 1000-6.
5. Lewis EL, Sbrocco T (Çev: Ünalacak M). Yeme Bozuklukları. *Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi*'de. Ed. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007:150-9.
6. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003;67:297-304,311-2.
7. Kondo DG, Sokol MS. Eating disorders in primary care: a guide to identification and treatment. *Postgrad Med* 2006;119:59-65.
8. Shroff H, Reba L, Thornton L ve ark. Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006;39:454-61.
9. Halmi K, Agras WS, Crow S ve ark. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:776-81.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.(DSM-IV)* (Türkçe Çevirisi: E. Köroğlu ve ark.) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.
11. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1991;148:1627-37.
12. Benninghoven D, Tetsch N, Jantschek G. Patients with eating disorders and their siblings. An investigation of body image perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:118-26.

13. Klump KL, McGue M, Iacono WG. Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *J Abnorm Psychol* 2000;109:239-51.
14. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav* 2008;94:121-35.
15. Hildebrandt T, Alfano L, Tricamo M, Pfaff DW. Conceptualizing the role of estrogens and serotonin in the development and maintenance of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev* 2010;30:655-68.
16. Connan F, Campbell I, Katzman M, Lightman S, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav* 2003;79:13-24.
17. Amianto F, Abbate-Daga G, Morando S, Sobrero C, Fassino S. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research* 2010. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.071.
18. Derenne JL, Beresin EV. Body image, media and eating disorders. *Acad Psychiatry* 2006;30:257-61.
19. Johnson C, Larson R. Bulimia: an analysis of mood and behavior. *Psychosom Med* 1982;44:341-51.
20. Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol* 1994;103:137-47.
21. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky B, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1107-11.
22. Steiger H, Bruce K, Gauvin L ve ark. Contributions of the glucocorticoid receptor polymorphism (Bcl1) and childhood abuse to risk of bulimia nervosa. *Psychiatry Research* 2010. doi:10.1016/j.psychres.2010.10.021
23. Pinhas-Hamiel O, Graph-Barel C, Boyko V, Tzadok M, Lerner-Geva L, Reichman B. Long-term insulin pump treatment in girls with type 1 diabetes and eating disorders - is it feasible? *Diabetes Technol Ther* 2010;12:873-8.
24. Campbell IC, Mill J, Uher R, Schmidt U. Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:784-93.
25. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2008;77:187-97.
26. Winstead DK, Willard SG. Bulimia: diagnostic clues. *South Med J* 1983; 76:313-5.
27. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord* 2005;86:107-27.
28. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disord* 2006;8:686-95.
29. Himmerich H, Schönknecht P, Heitmann S, Sheldrick AJ. Laboratory parameters and appetite regulators in patients with anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract* 2010;16:82-92.
30. Bulik CM. Abuse of drugs associated with eating disorders. *J Subst Abuse* 1992;4:69-90.
31. Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006;39:364-8.
32. Altschuler KZ, Weiner MF. Anorexia nervosa and depression: a dissenting view. *Am J Psychiatry* 1985;142:328-32.
33. Vieta E, Colom F, Corbella B, ve ark. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord* 2001;3:253-8.
34. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:299-307.
35. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammot P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000;15:38-45.
36. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161:2215-22.
37. Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Bucholz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JL. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry* 1996;153:74-82.
38. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2008;161:51-8.
39. Cassin S, von Ranson K. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895-916.
40. Janssen P. Can eating disorders cause functional gastrointestinal disorders? *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:1267-9.
41. Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK ve ark. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:266-73.
42. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA ve ark. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009;166:1342-6.
43. Helverskov JL, Clausen L, Mors O, Frydenberg M, Thomsen PH, Rokkedal K. Trans-diagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:453-63.
44. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87-100.
45. Moser SE, Bober JF. Behavioral problems in children and adolescents. *Textbook of Family Practice'de*. Ed. Rakel RE. 7. Baskı. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2007;611-26.
46. Kruger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25: 497-508.
47. Thiel A. Are psychotropic drugs necessary for the treatment of anorexia and bulimia nervosa? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997;47:332-45.
48. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(4):CD004780
49. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43:195-204.
50. McKnight RF, Park RJ. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:10-21.
51. Holtkamp K, Konrad K, Kaiser N, ve ark. A retrospective study of SSRI treatment in adolescent anorexia nervosa: insufficient evidence for efficacy. *J Psychiatr Res* 2005;39:303-10.
52. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV ve ark. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2010. DOI:10.1002/eat.20879
53. Zeeck A, Weber S, Sandholz A, Wetzler-Burmeister E, Wirsching M, Hartmann A. Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial. *Psychother Psychosom* 2009;78:152-60.
54. McIntosh VV, Carter FA, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychol Med* 2010;2:1-11.
55. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003391
56. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42:687-705.
57. Wadden TA, Faulconbridge LF, Jones-Corneille LR, ve ark. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective observational study. *Obesity (Silver Spring)* 2011. doi:10.1038/ oby.2010.336

Geliş tarihi: 21.12.2010

Kabul tarihi: 28.02.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Erkan Melih Şahin

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Terzioğlu Yerleşkesi 17100 Çanakkale

e-posta: emsahin@yahoo.com