

Bölüm 29

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE YEME BOZUKLUKLARI

Nevlin ÖZKAN DEMİR¹

GİRİŞ

Yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi ruhsal hastalıkları içeren bir tanı grubudur. Genellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki kadınları etkilemektedir (1). Yeme bozuklukları psikiyatrik belirtiler ve sosyal problemlerin yanı sıra ciddi tıbbi sorunlara da neden olabilmektedir. Yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı kadınlar için %8,4 erkekler için %2,2 olarak tespit edilmiş, nokta yaygınlığı kadınlar için %5,7, erkekler için %2,2 olarak raporlanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı alanların 2000’li yılların başına göre artış gösterdiği belirlenmiştir (2).

Yapılan araştırmalar, yeme bozukluğu hastalarının birçoğunun yeme bozukluklarına yönelik spesifik ve kanıta dayalı bir tedavi yöntemi almamış olduklarını göstermektedir (3,4). Bu durum, yeme bozukluklarına yönelik genel bir taramanın yapılmıyor olması ve hastanın bilgi eksikliği, kişisel tutumu ve tedaviye yönelik isteksizliği gibi birçok faktöre bağlanabilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin bu hastaları tanımalarını, değerlendirmelerini ve gerekiyorsa ilgili branşlara sevk etmeleri hastaların gecikmeden gerekli tedavileri almaları açısından oldukça önemlidir. Yeme bozukluklarının tedavisinde genellikle multi disiplinler bir yaklaşım uygulanması önerilmektedir. Hastalar psikiyatri hekimi, beslenme uzmanı gerekirse iç hastalıkları, kadın doğum hastalıkları gibi uzmanlık dalları ile iş birliği içerisinde takip edilmelidir. Ailenin de tedavi sürecine katılımının sağlanması önemlidir (5). Bu ekipte birinci basamak tedavide görev yapan aile hekimlerinin rolü tedavi ekibi arasındaki koordinasyonu sağlamak, hastanın tıbbi durumunu, vücut ağırlığını, beslenme durumunu ve tıbbi komplikasyonlarını değerlendirmek olmalıdır. Em-

¹ Uzm.Dr, Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi, nevlin_ozkan@hotmail.com

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anorekiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

DSM-5'e göre, BN şiddeti aşağıda yer alan şekilde sınıflandırılır. (7)

Ağır olmayan: haftada 1-3 kez tıkınırcasına yeme.

Orta derecede: haftada 4-7 kez tıkınırcasına yeme.

Ağır: haftada 8-13 kez tıkınırcasına yeme.

Aşırı düzeyde: haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yeme.

3b. TY'de tedavi hedefleri:

Tıkınırca yeme ataklarını azaltarak, hastaların sağlıklı bir yeme alışkanlığı kazanması sağlanmalıdır. Bu yolla obez ve kilolu hastaların kilo kaybı ile sağlıklı BMI değerlerine kavuşması ve bunu sürdürmesi hedeflenmelidir. Hastalarda obezite ile ilişkili olabilecek diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi tıbbi sorunların tespiti ve tedavisi yapılmalıdır. Psikiyatrik eş tanılar değerlendirilmeli ve varsa tedavi edilmelidir (5).

Bu hedeflere ulaşmak amacı ile bilişsel davranışçı terapi, kendine yardım grupları ve ilaç tedavisinden faydalanılabilir. Kullanılan farmakolojik tedaviler antidepressanlar (SSRI'lar), antiepileptikler (topiramet) ve obezite ilaçlarıdır (sibutramin). Bilişsel davranışçı terapinin tek başına psikofarmakolojik tedaviden üstün olduğu gösterilmiş, BDT ve psikofarmakolojik ilaç kombinasyonunun ise tek başına BDT'ye göre daha etkili olduğu gözlenmiştir (17,25).

Anahtar Kelimeler: yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

KAYNAKLAR

1. Fairburn G, Harrison P. Eating disorder. Lancet 2003;361:407-16.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019;1:109(5):1402-1413.
3. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biol Psychiatr. 2013;73:904-914.
4. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. BMC Med. 2017; 15:12
5. Sangvai D, Eating disorders in the primary care setting. Prim Care. 2016;43(2):301-12.
6. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. Am Fam Physician, 2008;77:187-97.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Yay. Yön. Köroğlu E, Ankara:Hekim-

- ler Yayın Birliği.
8. Harrington B, Jimmerson M. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*; 2015, 91(1):46–52
 9. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz Ş et al. Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(Supplement 1): 31-35
 10. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 27; 6(3):49
 11. Currin L, Schmidt U, Treasure J et al. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry.* 2005;186:132-5.
 12. Fairburn CG, Brownell KD. (2002) *Eating Disorders and Obesity*, second edition, New York, London. The Guilford Press.
 13. Katzman D. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2005;37(suppl):s22–59.
 14. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders. *J Gen Intern Med.* 2000;15:577–90.
 15. Veronese N, Solmi M, Rizza W. Vitamin D status in anorexia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):803-13.
 16. Örsel SE, Erol A. (2013). Yeme bozukluklarında klinik seyir ve sonlanım. Aklın T. (Ed), *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (s. 139-146). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
 17. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry 11. Basım (Bozkurt A. Çev. Ed.) Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, s509-522.
 18. Yücel B. (2013). Anoreksiya nervosada yataklı servis tedavisi. Aklın T. (Ed), *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (s. 139-146). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
 19. Hudson J, Hirpi E, Pope HG et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348-58
 20. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2006; 19(4):438–43
 21. Lewandowski LM, Geding TA, Anthony JL et al. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev.* 1997;17(7):703–18.
 22. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP et al. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry.* 2002;159(1):96-102.
 23. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011; 22:205-212.
 24. Fairburn C, Doll HA, Welch SL, et al. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):425–32.
 25. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M et al. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14:432-446.