

Bölüm 41

ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARINDA BESLENME

Burcu Ece KÖK ÖZYÜREK¹

GİRİŞ

Beslenme ve yeme bozuklukları (YB) yiyeceklerin tüketilmesi ya da emilmesinde değişme ile sonuçlanan, fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte anlamlı bozulmayla giden, yeme ve diğer yeme ile ilgili davranışlarda kalıcı bozulmaya yol açan bir grup psikiyatrik hastalıktır¹. YB prevalansı erişkinlerde stabil görünse de çocuk ve ergenlerde giderek büyüyen bir sorun teşkil etmektedir. Çocuk ve ergen sağlık hizmetlerinde yönetilmesi gereken yeme bozuklukları ağırlıklı olarak tam veya parsiyel anoreksiya nervozadır. Anoreksiya nervozaya prevalansının adolesan ve genç yetişkinlerde %2 ve %3 kadar yüksek bir oranda seyrettiği rapor edilmiştir^{2,3}.

Erken ergenlik döneminde (10-14 yaş) YB'lerin sıklığı çok düşük olsa da⁴⁻⁶ elimizdeki bilgiler yeme bozuklukları ve yeme bozukluğu sendromlarının erken ergenlikte başladığını öne sürmektedir. 8 yaşa kadar küçük vaka başvuruları bildirilmektedir⁷⁻¹¹ Yüksek prevalansı, ilişkili morbidite ve mortalitesi ve tedavi seçeneklerine rağmen, pediatrik yaş grubunda yetersiz seviyede tanı alan bir hastalık grubudur¹²⁻¹⁴.

TANI

Psikiyatrik tanı kılavuzu DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) göre yeme bozuklukları (YB) 8 alt gruba ayrılmıştır¹; bunlar anoreksiya nervozaya (AN), bulimia nervozaya (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB/BED),

Pika sendromu, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB/ARFID), tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu (TDBYB/OSFED) ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğudur (TBYB/UFED).¹⁵

1. Anoreksiya Nervozaya (AN): Kişinin enerji alımının ihtiyaçlarına göre kısıtlanması ve bu kısıtlamanın yaş, cinsiyet, gelişimsel seyir ve sağlık durumu bağlamında anlamlı derecede düşük vücut ağırlığına yol açması görülür. Beden imgesinin çarpıtılması, kilo almaya dair şiddetli korku, hastalığın ciddiyetinin farkında olmamak ve/veya kilo almayı engelleyen davranışlar da görülür. Daha önce tanı kriterleri arasında amenore de bulunurken artık tanı kriterlerinden çıkarılmıştır.

2. Bulimia Nervozaya (BN): Tıknırcasına yeme (görece kısa bir süre içerisinde çok miktarda yiyeceği kontrol kaybı hissiyle beraber tüketmek) ile telafi etme/çıkartma davranışlarının (ör., kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretik kötüye kullanımı, insülin kötüye kullanımı, aşırı egzersiz, diyet hapları) bir arada en az 3 ay boyunca haftada bir veya daha fazla görülmesi. Beden imgesinin çarpıtılması, kilo almaya dair şiddetli korku, hastalığın ciddiyetinin farkında olmamak ve/veya kilo almayı engelleyen davranışlar da görülebilir. Vücut ağırlığı fazla ya da normal olabilir.

3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): En az ay üç boyunca, haftada bir kez tıknırcasına yeme ataklarının olması ve telafi edici davranışların yokluğu.

¹ Uzm. Dr., İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, burcuecekok@gmail.com

tır. Aynı derlemeye göre izlemde %60-90'ın iyileşme veya kısmen iyileşme gösterdiği, relaps oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Erken, yoğun, ayaktan ve aile temelli yaklaşımların yanısıra sosyal işlevselliğin korunması ve çocukluk çağı yerine ergenlik başlangıcı daha iyi prognostik faktörler olarak ileri sürülmüştür^{38,39}. Yeme bozukluklarının ekartasyon tanısı olarak görülmemesi ve önyargulardan uzak öncelikli şüpheler arasında bulundurulması tanılama ve tedaviye başlama sürelerini etkilemektedir. Yeme bozukluğu vakalarının her zaman yemeyle ilgili şikayetler veya düşük vücut ağırlığı ile başvurmadığı akılda bulundurulması, polikliniğe başvuran hastaların ayırıcı tanısının hızla yapılarak erken tanı, tedavi ve uygun branşlara yönlendirilerek multidisipliner ekibin oluşturulması, beslenme tedavisinin mümkün olduğunca erken başlatılması hastalığın gidişatı ve hastanın hayatında ciddi önem taşımaktadır.

Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları, genelde ruh sağlığı bozuklukları olarak sınıflandırılırlar da ciddi sağlık sorunlarına yol açtıklarından ve en yüksek mortalite oranlarını taşıyan psikiyatrik bozukluk grubunu oluşturmaktadır. Vakaların yönetiminde rol alan multidisipliner ekip, hastanın ihtiyaçları ve hastanın bulunduğu toplumda bu ekip üyelerinin ulaşılabilirlik durumuna göre değişkenlik gösterebilir. Kaynakların yetersiz olduğu topluluklarda klinisyenlerin, terapistlerin ve diyetisyenlerin, YB alanında uzmanlaşmış ilgili branşlara danışmaları önerilmektedir. Özellikle anoreksiya vakalarının özel yeme bozukluğu merkezleri bulunmayan durumlarda pediatri ve gastroenteroloji servislerinde takibine psikiyatrik yatışlarından daha sık olarak ihtiyaç duyulmaktadır. Bu vakalar çoğunlukla son derece akıllı, başka alanlarda uyumlu ve makul vakalar olmakla beraber, anoreksiyanın bir parçası olarak tedaviye ciddi direnç gösteren, tıbbi ekipte yılgınlık ve öfke yaratan vakalardır.

Hastadaki belirtilerin tamamen kaybolmasının uzun bir tedavi süreci gerektirebileceği akılda bulundurulmalıdır. Psikolojik belirtiler tedavi başlangıcı ve fiziksel sağlıktaki iyileşmeyle beraber geçici olarak artış gösterebilir. Yeme bozukluklarının yaşam tarzına dair tercihler, geçici hevesler veya moda olarak görülmemeleri önemlidir. Yeme bozuklukları biyolojik temelleri

olan, kalıtılabilir bozukluklardır. İnsanlar YB sahibi olmayı seçmezler ve YB'larından tamamen iyileşmeleri mümkündür. Yeme Bozukluğu olan tüm hastalarda tedavinin acil hedefleri; tıbbi stabilizasyon, vücut ağırlığının geri kazanılması için beslenme rehabilitasyonu, yeniden beslemenin ve olası komplikasyonlarının yönetimi, ve çıkarma/te-lafi davranışlarının kesilmesi olmalıdır. Buna ilaveten psikolojik ve diğer terapötik hedefler uygun olduğu zaman paralel olarak ele alınabilir.

KAYNAKÇA

1. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5*)*. American Psychiatric Pub; 2013.
2. Çaka SY, Çınar N, Altınkaynak S. Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;7(1):203-209.
3. Arıca S, Arıca V, Arı M, Özer C. Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 2011;2(5).
4. McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(2):248-254. doi:10.1176/ajp.160.2.248
5. Morris J, McKinlay A. *Multidisciplinary Management of Eating Disorders*. Springer; 2018.
6. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(2):445.
7. Halmi KA. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):100-103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432392>.
8. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry.* 2011;198(4):295-301. doi:10.1192/bjp.bp.110.081356
9. Petkova H, Simic M, Nicholls D, et al. Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: a national surveillance study. *BMJ Open.* 2019;9(10):e027339. doi:10.1136/bmjopen-2018-027339
10. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109(5):1402-1413.
11. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):714-723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22
12. Sönmez AÖ. Çocuk Ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar.* 2017;9(3):301-316. doi:10.18863/pgy.288643
13. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics.* 2014;134(3):582-592. doi:10.1542/peds.2014-0194

14. Brandt HA, Crawford SF. Eating Disorders 2018: New Insights in Diagnosis, Research, and Treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):xiii-xv. doi:10.1016/j.psc.2018.11.001
15. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatr Clin North Am.* 2019;42(1):157-167. doi:10.1016/j.psc.2018.10.005
16. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.* Version:20. Geneva; 1992. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>.
17. Felice ME, Drotar D. *The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version.* Amer Academy of Pediatrics; 1996.
18. Academy for Eating Disorders Medical Care Standards Committee. *AED Report 2016 - Eating Disorders: A Guide to Medical Care.* 3rd ed. Academy for Eating Disorders; 2016.
19. Royal College of Psychiatrists. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa 2nd edition. *Coll Rep CR189.* 2014;(January).
20. Royal College of Psychiatrists. Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa. *Coll Rep CR168.* 2012.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Eating Disorders: Recognition and Treatment, Full Guideline.*; 2017. www.nice.org.uk/guidance/ng69.
22. Bould H, Newbegin C, Stewart A, Stein A, Fazel M. Eating disorders in children and young people. *BMJ.* 2017;359;j5245. doi:10.1136/bmj.j5245
23. Davies JE, Cockfield A, Brown A, Corr J, Smith D, Munro C. The medical risks of severe anorexia nervosa during initial re-feeding and medical stabilisation. *Clin Nutr ESPEN.* 2017;17:92-99.
24. Andrés-Pepiñá S, Plana MT, Flamarique I, et al. Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2019;25(1):33-44. doi:10.1177/1359104519827629
25. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *İlk Söz.* 2009.
26. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, et al. Reference values for weight, height, head circumference, and body mass index in Turkish children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015;7(4):280.
27. Marikar D, Reynolds S, Moghraby OS. Junior MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa). *Arch Dis Childhood-Education Pract.* 2016;101(3):140-143.
28. Organization WH. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children: joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 2009.
29. Kleinman RE. *Pediatric Nutrition Handbook.*
30. Gorrell S, Loeb K, Le Grange D. Family-based treatment of eating disorders: a narrative review. *Psychiatr Clin.* 2019;42(2):193-204.
31. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54(11):886-894.
32. Gündoğdu T, Tek NA. Anoreksiya Nervosa Hastalarında Enerji Harcamasının Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler Methods Used to Determine Energy Expenditure in Anorexia Nervosa Patients. 2019;(1). doi:10.22312/sdusbed.514506
33. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zecek A. Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *J Clin Med .* 2019;8(2). doi:10.3390/jcm8020153
34. Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschchen-Caffier B, Zecek A. S3-Leitlinie diagnostik und behandlung der essstörungen (Online). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-%0A026.html>. Published 2019.
35. Garber AK, Mauldin K, Michihata N, Buckelew SM, Shafer M-A, Moscicki A-B. Higher calorie diets increase rate of weight gain and shorten hospital stay in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Heal.* 2013;53(5):579-584.
36. Cuerda C, Vasiloglou MF, Arhip L. Nutritional management and outcomes in malnourished medical inpatients: anorexia nervosa. *J Clin Med.* 2019;8(7):1042.
37. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ.* 2008;336(7659):1495-1498. doi:10.1136/bmj.a301
38. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2016;101(12):1168-1175.
39. Herpertz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):438-445.