

YEME BOZUKLUKLARI

36.

BÖLÜM

Meyri Arzu YOLDAŞ¹

GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB)'nin tümü, bireyin vücut ağırlığına bakılmaksızın, yaşamı tehdit edici medikal ve psikiyatrik problemlere yol açabilen ciddi ruhsal hastalıklardır. YB yeme, vücut şekli ve kilo konusundaki olumsuz düşüncelerin sonucunda yemeyi kısıtlama, tıknırcasına yeme, aşırı egzersiz, kusma ve laksatif kullanımının eşlik ettiği bir durumdur ⁽¹⁾. YB tüm yaşlardan, cinsiyetlerden, etnik kökenlerden, sosyoekonomik düzeylerden bireyleri etkileyebilmektedir. Pediatrik YB'nin tip 2 diyabetten daha yaygın olduğu düşünülmektedir. Pediatrik yaş grubunda yeme bozuklukları yaygın olmakla birlikte sıklıkla tanı konulmakta zorlandırdığı görülmüştür ⁽²⁾. Son yıllarda hem çocukluk obezitesinde hem de küçük çocuklardaki YB insidansında artış yaşanmaktadır. Literatürdeki mevcut bulgular, çocuklarda yeme bozukluklarının etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için farklı yaklaşımlar gerektiğini düşündürmektedir. Bugün için pediatrik yeme bozukluklarında yapılması gerekenler arasında, multidisipliner bir ekip yaklaşımı (medikal, psikolojik ve besinsel) ve aile merkezli bir tedavi olmalıdır ⁽³⁾. Multidisipliner ekibin üyeleri hastanın ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalans çalışmaları sınırlı olmakla birlikte, Global Burden of Disease Study YB'nin dünya genelinde görüldüğünü bildirmiştir ⁽⁴⁾.

EN YAYGIN YEME BOZUKLUĞU TÜRLERİ

Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya nervoz, ergenlik ve genç erişkinlerde sıklıkla ortaya çıkan, yaş ve boya göre normal olan vücut ağırlığını reddetme, şişmanlamaktan aşırı korkma ve beden algısı bozukluğu ile ilişkili hayatı tehdit edici boyutlara ulaşabilen bir yeme bozukluğudur. Çocuk ve ergen psikiyatrik tedavisi için pediatri bölümlerine baş-

¹ Uzm. Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, BAİBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi/BOLU, m.arzuyoldas@gmail.com ORCID iD: 0000-0003-0288-1529

YB'nin kendi suçları olmadığını, ancak çocuğun kendini daha iyi hissetmesi için yardımlarına ihtiyacı olduğunu anlamaları önemlidir. İkinci faz kilonun düzelmesinden sonra başlar ve çocuk veya ergene yavaş yavaş yeniden yeme sorumluluğu verir. Bununla birlikte aile bazlı terapinin bileşenleri ve fazları merkezler arasında büyük değişiklik gösterdiğinden, standart bir uygulama bulunmamakta olup, aile merkezli tedavinin bireysel tedaviden üstün olup olmadığını kesin bir şekilde anlaşılması için acilen özellikle uzun dönem izlem süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

PROGNOZ

YB'de prognoz konusunda literatür geniş ölçüde değişmekle birlikte genel olarak ergenlerde hastalık erken tanı alındığında ve agresif şekilde tedavi uygulandığında prognozun iyi olduğu kabul edilmektedir. Mortalite oluşması durumunda bunun en muhtemel nedeni medikal komplikasyonlar veya intihardır. Ayrıca aileler kilo ve diyet üzerine gereksiz vurgular yapılmaksızın sağlıklı diyet ve aktif yaşam tarzını benimseme konusunda eğitilebilir.

SONUÇ

YB hastalarının izlemlerinde yaklaşık üçte birinin hatta yarısının kilolarının uzun vadede düzelmekte olduğu görülmüştür. Büyük oranda hasta izlemi devam ettirmediği için bu oranın daha da düşük olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda hastalığın kalıcı olarak giderilmesi amacıyla alınacak önleyici tedbirler konusunda çalışmalara ve yapılacak olan çalışmaların bulgularına dayalı olarak geliştirilecek tedavi kılavuzlarına ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Bould H, Newbegin C, Stewart A, et al. Clinical Update: Eating Disorders in Children and Young People. *BMJ* 2017;359:j5245ç
2. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: a state of the art review. *Pediatrics*. 2014;134:582-592. doi:10.1542/peds.2014-0194.
3. Lock J, La Via M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(5):412425. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.018.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382(9904):1575-86.
5. Föcker M, Heidemann-Eggert E, Antony G, et al. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa in deutschen Kliniken [The inpatient treatment of patients with anorexia nervosa in German clinics]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2017;45(5):381-390.
6. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29:340-345.
7. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001- 2009: mortality following a diagnosis of eating disorder. *Int J Eat Disord* 2014; 47:507-515.

8. Stefani A, Salzer S, Reich G, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56:329–335.
9. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
10. J F Morgan, F Reid, J H Lacey. The SCOFF Questionnaire: Assessment of a New Screening Tool for Eating Disorders. *BMJ* 1999 Dec 4;319(7223):1467-8.
11. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2014;48(11):977-1008.
12. Robinson P. Avoiding deaths in hospital from anorexia nervosa: the MARSIPAN project. *The Psychiatrist* (2012), 36, 109-113, doi: 10.1192/pb.bp.111.036699.
13. Fernandez-Aranda F, Pinheiro AP, Tozzi F, et al. Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2007;41(1):24-31.
14. Welch E, Jangmo A, Thornton LM, et al. Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC psychiatry* 2016;16:163.
15. Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 2007;15(4):253-74.
16. Raevuori A, Haukka J, Vaarala O, et al. The increased risk for autoimmune diseases in patients with eating disorders. *PLoS one* 2014;9(8):e104845.
17. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol* 2006;45(Pt 3):343-66.
18. Psychiatrists RCo. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa (CR168). 2012. Royal College of Psychiatrists. London. Approved by Central Policy Coordination Committee: May 2011.
19. Boghi A, Sterpone S, Sales S, et al. In vivo evidence of global and focal brain alterations in anorexia nervosa. *Psychiatry research* 2011;192(3):154-9.
20. Golden NH. Eating disorders in adolescence: what is the role of hormone replacement therapy? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(5):434-9.
21. Solmi M, Veronese N, Correll CU, et al. Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2016;133(5):341-51.
22. Dempfle A, Herpertz-Dahlmann B, Timmesfeld N, et al. Predictors of the resumption of menses in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2013; 13:308.
23. Rocks T, Pelly F, Wilkinson P. Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with anorexia nervosa: a systematic review of the evidence. *J Acad Nutr Diet* 2014; 114:897–907.
24. O'Connor G, Nicholls D, Hudson L, et al. Refeeding low weight hospitalized adolescents with anorexia nervosa: a multicenter randomized controlled trial. *Nutr Clin Pract* 2016; 31:681–689.
25. Herpertz-Dahlmann B, van Elburg A, Castro-Fornieles J, et al. ESCAP Expert Paper: new developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa – a European perspective. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24:1153–1167.
26. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther* 2013; 51:R9–R12.
27. Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, et al. Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Front Psychiatry* 2014; 5:14.