



### Yeme Bozuklukları;

15-19 yaş grubunda insidansının artmış olabileceği belirtiliyor.

Çocuk ve adolesanlarda AN, BN ve diğer yeme bozukluklarının hem insidans hem de prevalansının arttığı belirtiliyor.

Epidemiyolojik çalışmalar 1950'lerden beri çocuk ve adolesanlarda bu hastalıkların görüldüğünü gösteriyor.

Özellikle son 10 yıldaki çocuk ve adolesanlardaki obezitedeki dramatik artış, diyet ve ağırlık kaybı konusunun önemini daha fazla artırıyor.

### YEME BOZUKLUKLARI

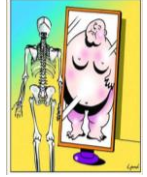
Belirgin fiziksel sonuçları olan veya anormal yeme davranışını ifade etmektedir ve aylarca ya da yıllarca tespit edilemeden devam edebilir.



### Yeme Bozuklukları Tipleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA: *American Psychiatric Association*)'nin 2013 yılında yayınladığı kriterlerde (DSM-V) Yeme Bozuklukları son olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır:

- 1-Pika (çocuklarda, erişkinlerde)
- 2-Ruminasyon bozukluğu (geri çıkarma (geviş getirme))
- 3-Kaçınan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu
- 4-Anoreksiya nervoza (AN)
- 5-Bulimiya nervoza (BN)
- 6-Tikınırcasına yeme bozukluğu
- 7-Tanımlanmış diğer beslenme ya da yeme bozukluğu
- 8-Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu



Feeding and Eating Disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders Fifth Edition DSM-5 (2013) Washington, DC: American Psychiatric Association, USA, 2013; pp. 329-354

### Pika

En az 1 ay süreli besleyici değeri olmayan, besin niteliği taşımayan maddeler sürekli olarak yenilir.

Pika tanısının konması için en az 2 yaşında olmak gerekir.

Eş tanı olarak en sık otizm spektrum bozukluğu ve zeka gelişimsel bozukluğu, daha seyrek olarak şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile birlikte olur. Trikotilomani ve deri yolma ile birlikte bulunabilir.

Pika kaçınan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu ile ilişkili olabilir.

Mide, bağırsak komplikasyonları, zehirlenme, enfeksiyon ve beslenme yetersizliğinin değerlendirilmesi gerekir.

Duygusal ihmal, bakım/denetim eksikliği ve gelişimsel gerilik risk etkenleridir.

### Ruminasyon Bozukluğu

En az 1 ay süre ile yineleyici bir şekilde bulantı, istem dışı öğürme ya da öğrenme olmaksızın yutulmuş besin çıkartılır (regürjitasyon) ve çıkartılan besin yeniden çiğnenir, yeniden yutulur ya da tükürülür.

Gastroözofageal reflü, pilor stenozu gibi tıbbi durumlarla bağlantılı değildir.

Bu durum tipik olarak her gün ya da haftada en az birkaç kere olmalıdır.

Başlangıç yaşı genellikle bebeklerde 3 ile 12 aylardır.

Regürjitasyon ve ruminasyon davranışı kendini rahatlatma ya da kendini uyarıcı işlev taşımaktadır. Uyarıcı eksikliği, duygusal ihmal gibi psikososyal sorunlar, stresli yaşam koşulları ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde sorunlar bu hastalığa neden olabilir.

## Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alım Bozukluğu

Besin ya da yemeye karşı ilgi kaybı, besinin koku, görünüm gibi duylulara hitap eden özelliklerine karşı kaçınanlık, yemenin caydırıcı sonuçlarından endişe gibi yeme ya da beslenme bozukluğu vardır. Bunun sonucunda aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasının ortaya çıktığı görülür:

- 1-Belirgin vücut ağırlığı kaybı
- 2-Belirgin beslenme yetersizliği
- 3-Parenteral beslenme ya da oral enteral beslenme desteklerine bağımlılık
- 4-Psikososyal işlevsellikte belirgin sorunlar

- DSM-V deki bu tanı DSM-IV'teki bebeklik ya da erken çocukluğun beslenme bozukluğu tanısının yerini almıştır.
- Malnutrisyon sonucu büyüme gecikir ve gelişme ve öğrenme kapasitesi olumsuz etkilenir.
- Risk etkenleri olarak; anksiyete bozuklukları, OKB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ailedeki anksiyete, yeme bozukluğu olan annelerin çocuğu olmak, gastroösefageal reflü, kusma ve mide, bağırsağa ait diğer tıbbi durumlar sayılabilir.
- Eş tanı olarak anksiyete bozukluğu, OKB, nörogelişimsel bozukluklar (otizm spektrum bozukluğu, DEHB, zekâ gelişimsel bozukluğu) olabilir.

## Anoreksiya Nervoz (AN)

Beden algısının bozulması ile sağlıklı bir zayıflığı hedef olarak belirgin derecede düşük bir vücut ağırlığı kaybına sebep olma, ağırlık kazanımından aşırı derecede korkma ve bunlara bağlı bozulmuş yeme davranışı ile karakterizedir.



### Anoreksiya Nervoz'a'nın DSM-V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri:

- A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlamaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açmaktadır.
- B. Vücut ağırlığı kazanımından ya da şişmanlamaktan çok korkma ve belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın vücut ağırlığındaki yükselişi güçleştiren kısıtlama, çıkarma ya da telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler, o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.



**1. Kısıtlayıcı Tip:** Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak vücut ağırlığının kaybedildiği görünümleri tanımlamaktadır.

**2. Tıkinrcasına Yiyen/Çıkaran Tip:** Son üç ay içinde yineleyen tıkinrcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanılması) dönemleri bulunmaktadır.

### Adölesanlarda Anoreksia Nervozanın Nedenleri

- **Bireysel:** Kişilik bozukluğu, cinsellikten uzaklaşma, kadın cinselliğinin reddi, beden gelişmesinden korkma, psikoseksüel bozukluklar
- **Ailesel:** Genetik (ailede yeme davranışı bozukluğu olması), şişman olanlara diyet yapması için baskı, aile kültürü, anne-baba kaybı veya ayrılığı,
  - Anne dominant, baba pasif kişilerde (+)
  - Ailede kumar ve içkiye bağlı sorunlar (+)
- **Kültürel:** Çevrenin etkisi (manken, balerin görünümü)

## AN' li Hastaların Beslenme Hikâyeleri

- CHO' lı besinleri terk ederek düşük enerjili, su içeriği yüksek besinleri tercih ederler.
- Bol meyve, hacmi fazla olan besinler, laksatif ve diüretikleri alırlar
- Anorektik kişi, açlık ağrılarından bile zevk alır. Çünkü bu durum onun besinlere karşı koyabilmesinin ve kendi vücudunu kontrol edebilmesinin bir göstergesidir. Açlık başlangıçta vardır, yaklaşık 1 yıl içinde giderek azalır ve kaybolur.

- Başlangıçta aç kalamayan anorektik birey, bir şeyler yer, pişman olur, isteyerek kusmaya başlar veya laksatif, diüretik kullanır.
- Bilinci, yemekler ve yemek pişirme ile sürekli meşguldür.
- Yemek kitaplarını okur, besinlerin enerji içeriklerini öğrenir. Başkaları için güzel yemekler yapar, fakat kendisi yemez.
- Sürekli yanında yiyecek taşır, yemek yemek ve hazırlamak için uzun süre harcar.



## Beslenme bozukluğuna bağlı belirtiler:

- Menstruasyon döngüsünün en az 3 ay olmaması
- Kalsiyum kaybına bağlı kemik erimeleri veya kırıklar
- Saç ve tırnaklarda kırılmalar
- Cilt kuruluğu ve cildin sararması
- Anemiler, kas dokusunda yıkılmalar, kalp kasında güçsüzlüğe bağlı kalp sorunları
- Aşırı kabızlık
- Hipotansiyon, yavaş nefes alma ve düşük nabız sayısı
- Hipotermi
- Depresyon, algılama becerisinde düşüş, hareketlerde yavaşlama.

## AN için Tedavi

Tedavi sonucu, AN'li hastaların %75'inde tam düzelleme, % 11'inde kısmi iyileşme, %14'ünde kronikleşme saptanmıştır.

Anorektik bireylerde çocuğun birey olarak gelişmesini güçleştiren bir aile patolojisi mevcuttur.

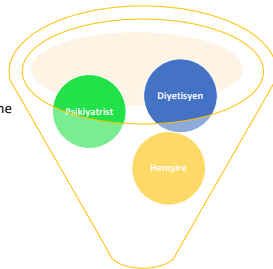
Anorektikler, aileleri tarafından kuvvetli rasyonel başarı beklentisiyle yüklenmiştir.

Bu tarz ailelerde başarısızlık, çocuğun ailenin güvenini sarsması olarak algılanmaktadır.

Çoğu zaman doktora başvurduklarında fiziksel komplikasyonlar ortaya çıkmış olur.

## Tedavi Yöntemleri

- Yatak istirahati
- Tüple beslenme, intravenöz (IV) beslenme
- Psikoterapi (birey + aile)
- Farmakoterapi
- Davranış değiştirme teknikleri
- Bol enerjili, yeterli ve dengeli diyet



## AN'de Diyetisyenin Görevleri

- ❖ Bireysel rehberlik eder ve öğün planlama, tüketilecek besinler ve besin seçenekleri için bir çerçeve oluşturur. Enerji ve besin öğelerinin günlük alınması gereken standartlarına uygun beslenme planını hazırlar.
- ❖ Enerji alımı gerekli enerjiye ulaşmaya kadar kademeli olarak artış yapar.
- ❖ Gerektiğinde ek öğün ve besinler önerir.
- ❖ Hastanın beslenme programına adapte olmasını sağlar.
- ❖ Fiziksel aktivitenin sağlık için olduğunu, vücut ağırlığı kaybı ve enerji harcama amaçlı olmadığını vurgular.
- ❖ Besin çeşitliliğini artırarak, hastaların uygun yemek tercihi yapmalarını sağlar.
- ❖ Ekip elemanlarıyla görüşüp seçilecek destek tedavisini kararlaştırır.

- ❖Hasta ve ailesine beslenme eğitimi verir.
- ❖Hastaya ait laboratuvar bilgilerinin izler ve değerlendirilir.
- ❖Beslenme sırasında su tulumu muhtemeldir. Normal bağırsak işlevlerinin sağlanması için uygun yemek tercihleri konusunda hastaya destek sağlar.
- ❖Çoğu AN hastası vücut ağırlıklarını su alımı ile artırarak gerçek ağırlık kazanımını gizleyebilir, bu durumu göz önünde bulundurur. (Tartılma zamanlarını bilmemeleri daha iyi olur).
- ❖Özellikle yatan hastalarda "Refeeding Sendromu" gözlenebilir. Bu sebeple hastayı başlangıçta dikkatle gözler.
- ❖Çok nadir durumlarda EN veya TPN gerekebilir. Bu durumda hastanın beslenme programını düzenler.
- ❖Asıl hedefi hastaya uygun yeme davranışını kazandırmaktır; ancak beslenme tedavisi uzun zaman alabilir, sabırlı olunmalıdır.

- Osteoporoz özellikle anoreksiyanın en ağır komplikasyonlarından biridir. **Osteopeni ise kemik resorpsiyonun artmasına, yüksek serum kortizol seviyesine bağlıdır (östrojenin eksikliğinin etkisi yoktur).**
- D vitamini 400 IU/gün olacak şekilde verilmelidir. Kalsiyum ise 1200-1500 mg/gün önerilmektedir.
- **Çinko eksikliği vitamin ve diğer iz element eksiklikleri görülür. Bu yüzden ZnSO<sub>4</sub> (50 mg/gün), Mg(OH)<sub>2</sub> (100 mg/gün), Demir, A ve C vitamini, Folik asit, Omega-3 PUFA (500x2 mg/gün) takviyesi yapılabilir. Flor tedavisi de gerekebilir.**
- Kusmalar sırasında mide asidi özefagusta özefajite, erozyonlara, ülserlere veya strüktürlere yol açabilir. Bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bradikardikse fiziksel aktivite kısıtlanır.
- Enerji alımını artırmak için enteral ürünler eklenebilir.

Hotta M (2000). J Clin Endocrinol Metab, 85:1.

## AN'de Beslenme Tedavisi

- Poliklinik hastası olan anorektiklerde haftada 0.5 kg, yatan hastalarda ise haftada 1 kg vücut ağırlığı kazanımı hedeflenir.
- Oral beslemeye karar verildiyse, hastanın enerji ve besin öğeleri gereksinimleri hesaplanmalıdır. Bu gereksinimlerin hemen bir anda verilemeyeceği unutulmamalı, hastanın tolere etme durumuna göre bu hedeflere yavaş yavaş ulaşılmalıdır.
- Enerji alımı gerekli enerjiye ulaşıncaya kadar kademeli olarak yapılır.
- Başlangıçta 35 – 40 kkal/kg ile ara öğün ekmeden başlanır, giderek artırılır ve ara öğünler eklenerek devam edilir. Bu süreçte hastanın vücut ağırlığı takibi yapılmalı ve gereksinime tekrar hesaplanmalıdır.

## Bulimiya Nervozza (BN)

- BN, aşırı miktarda yiyecek yiyen, yineleyen ve sık tekrarlayan ve yeme kontrolden yoksun hissetme durumlarıyla karakterizedir.
- Bu aşırı yemek yeme sonrasında çıkarma (örn. kusma, laksatif veya diüretik kullanımı), aç kalma ve/veya aşırı egzersiz gibi aşırıları, telafi edici bir davranış türü izlenmektedir.
- AN aksine BN'li bireylerin BKİ değerleri normal ya da hafif şişman sınıflandırması içinde olabilmektedir.



## Bulimiya Nervozza'nın DSM-V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri:

- Tekrarlayan tıknırçasına yeme dönemleri olmaktadır. Bir tıknırçasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisini de kapsamaktadır:
  - Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
  - Bu nöbet sırasında yemek yemeyi ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).
- Vücut ağırlığında artış olmaması için, kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmaktadı.
- Bu tıknırçasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuş olmalıdır.
- Benlik değerlendirmesi, vücut biçimden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmektedir.
- Bu bozukluk, anoreksiya nervozza seyri sırasında ortaya çıkmamalıdır.

## Beslenme bozukluğuna bağlı belirtiler:

- Kronik şekilde kızarmış ve yaralı boğaz
- Boyundaki tükürük bezleri ve çene altındaki bezlerin şişmesi
- Yanakların ve yüzün şişmesi ve adeta "sincap" gibi bir görüntü oluşması
- Mide asitleri temasından dolayı diş minelerinin erimesi ve dişlerin çürümesi
- Russell işareti (kendini kusturmaya bağlı)
- Devamlı kusma sebebiyle mide kapağının bozulması ve reflü
- Laksatif kullanımı sebebiyle bağırsak tahrişi ve sorunlar
- Diüretik ilaçlar sebebiyle böbrek hastalıkları
- Dehidratasyona bağlı sorunlar

## BN'de Beslenme Tedavisi ve Diyetisyenin Görevleri

- Hastaların yeme davranışlarını normal düzeye getirmeye yönelik bir beslenme planı yapılmalıdır.
- Çoğu bulimik hasta, tedavinin başında iyileşmek ve az da olsa ağırlık kaybetmek ister. Bu noktada hastaya isteklerinin ancak yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanabileceği anlatılmalıdır.
- Hasta müdahalenin asıl amacının yeme davranışını normalleştirmek olduğunu farketmelidir.
- Her beslenme programı bireye özgüdür, her hastada farklı yöntemler uygulanabilir.



- Bilişsel davranışçı terapi (BDT), BN için uygun yöntemdir. BDT sürecinin temel bileşeni beslenme eğitimi ve diyet rehberliğidir. Öğün planlama, düzenli yeme davranışlarında rehberlik BDT içinde yer alır.
- Beslenme eğitimi ağırlık kontrolünün öğretilmesi, enerji dengesi, açlığın kontrolü, diyet ve ağırlık kontrolü ile ilgili yanlış bilinenler ve kusma davranışının fiziksel sonuçlarını içerir.
- Öğün planlaması günde 3 öğün yemek ile en az 1 – 3 kez ara öğün içerebilir.
- BN hastalarının yeme davranışlarını değiştirmenin en zor yanı, hastanın "yasak" ya da "korktuğu" besinleri diyetle dahil etmektir. BDT ile tedavi bunu gerektirir.



- Kusmanın devam etmemesi ve yeme davranışlarının normale dönmesi tedavinin odak noktasıdır. Hasta, bu noktada vücutta su tutma durumu ile karşı karşıya kalabilir. Diyetle birlikte bu durumun uzayacağı bilgisi verilmelidir. Bu süreçte su tutma süresi, enerji değişikliği, ağırlık kazanımının vücut kütle sinin artması anlamına gelmediği anlatılmalıdır.
- BN'li hastalarda deri kıvrım kalınlığı (DKK) ölçümleri karar vermede netlik sağlayabilir; çünkü bu hastalar genellikle normal vücut ağırlığında ya da şişman olabirirler.
- Hasta laksatif bağımlısı ise, sonlandırma aşamasında intestinal faaliyetleri göz önüne alınmalıdır. Hastanın yeterince posalı besinler ve uygun sıvılar alması için destek olunmalıdır.

## Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

- Bireyin yeme kontrolünü kaybederek tekrarlayan aşırı yemek yeme nöbetleriyle karakterizedir. BN'den farklı olarak aşırı yiyen birey herhangi bir telafi edici davranışta (aşırı egzersiz, aç kalma vb) bulunmaz.
- Buna bağlı olarak, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler genelde hafif şişman ya da şişman grubundadır.
- Aynı zamanda aşırı yemenin yol açtığı suçluluk, utanç ve sıkıntı tekrar aynı yeme döngüsünü yaşamalarına neden olur.
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalar özellikle kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon riski taşımaktadır.



## Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun DSM-V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri:

**A.** Yineleyici tıkınırcasına yeme nöbetleri olmaktadır. Bir tıkınırcasına yeme nöbeti aşağıdakilerden her ikisini de içermelidir:

- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
- Bu nöbet sırasında yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duygunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

**B.** Tıkınırcasına yeme nöbetlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik etmelidir:

- Olağandan çok daha hızlı yeme.
- Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
- Bedensel açık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
- Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
- Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

- C. Birey tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duymaktadır.
- D. Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalıdır.
- E. Tıknırcasına yeme nöbetlerine, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmemeli ve tıknırcasına yeme, bulimiya nervoza veya anoreksiya nervoza sırasında ortaya çıkmamalıdır.

- Yeme bozukluğu olan bireylerin, hastalıklarını tetikleyen düşünceler, duygular ve davranışlar hakkında bilgi edinmesi ve anlaması için psikoterapi vazgeçilmezdir.
- Aynı zamanda, psikoterapi ile beraber bazı ilaçların kullanımının ve **Beslenme danışmanlığı** bu hastalığın tedavisinde etkinliği hem teorik hem de pratik olarak gösterilmiştir.
- Beslenme danışmanlığı alan yeme bozukluğu hastalarının ileriki dönemde hastalıklarının tekrarıama durumu ortadan kalkmaktadır.
- Yeme bozukluklarının tedavisinde Genel Tıbbi Bakım, **Beslenme Danışmanlığı**, Psikiyatrik Tedavi ve Psikoterapi Desteği programlarının beraber yürütülmesi gerekmektedir.

## Tedavi

- Yeme bozuklukları, ruhsal ve fiziksel sağlığın arasındaki ayrılmaz bütünlük bağı psikofizyobiyojik bir kanıttır.
- Fiziksel sağlığın sürekli olabilmesi için ruhsal durumun da sağlıklı olması gerekir, aynı durum tersi için de geçerlidir.
- Bu yüzden AN hastalarını tedavi etmenin ilk adımı ağırlığın sağlıklı bir düzeye getirilmesi; BN hastalarında ise ilk adım yeme ve kusma nöbetlerinin engellenmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların ilk tedavisi yemenin yavaşlatılmasıdır.
- Ancak bu tedavide yol alabilmek için öncelikle bireyin hasta olmasına sebep olan veya hastalığını kötüleştiren, alta yatan duygusal sorunları çözmek gerekir.

## Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

- Belirgin bir vücut ağırlığı kaybı olmasına karşın beden ağırlığının olağan sınırlarda olması dışında anoreksiya nervoza tanı ölçütlerine uyanlar
- Tıknırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada bir kereden daha az sıklıkta yada 3 aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında BN tanı ölçütlerini karşılayanlar
- Atipik AN (olağan vücut ağırlığını koruyan ve az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak dengeleyici davranışlarda (kusma vs.) bulunurlar)
- 3 aydan kısa süreli ve/veya haftada en az 1 den daha seyrek olan tıknırcasına yeme, çıkarma bozukluğu (tıknırcasına yeme bozukluğu yok), gece yeme sendromu, büyük miktarlarda yiyeceği yutmak yerine sürekli çiğneyip tükürenler bu gruba girer.

## Gece Yeme Sendromu

