Bölüm
44

ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARI YÖNETİMİ

Seda Aybüke SARI[1]

Ergenlik dönemi fiziksel, duygusal ve bilişsel alanda birçok değişikliğin meydana geldiği kritik bir geçiş dönemidir. Bu dönemde kimlik oluşumu ve bireyselleşme yolunda adım atan ergen bir yandan da bedeninde meydana gelen değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Nasıl biri olduğu ve nasıl göründüğü ile yoğun bir şekilde ilgilenir. Bu nedenle bedeni hakkında başkalarının ne düşündüğü onun için çok önemlidir [(1)]. Öte yandan yaşantımızda büyük oranda yer alan medyada zayıflığın 'idealize' edilmesi, zayıf-ince olmanın çekicilik, başarı ve toplumsal kabul görme ile ilişkili olduğu yönünde verilen mesajlar kendi beden imajını oluşturmaya çalışan ergen tarafından içselleştirilir. Zayıflık konusunda yapılan bu pekiştirmeler sürekli diyet yapma, kilo kontrolü sağlamak için kusma, diüretik veya laksatif kullanımı gibi uygunsuz davranışlara zemin hazırlar [(2)]. Yeme bozuklukları (YB) ciddi tıbbi komplikasyonları olan, ölümle sonuçlanabilen ve tedavisi zor olan psikiyatrik bozukluklardır. Bu nedenle erken teşhis ve tedavi oldukça önemlidir [(3)]. YB Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında (DSM V) 8 alt kategoriye ayrılmıştır [(4)]. Bu bölümde ergen yaş grubunda daha sık görülen Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğundan bahsedilecektir.

ANOREKSİYA NERVOZA

Tarihçe ve Tanım

Anoreksiya Nervoza (AN) ilk olarak 1873 yılında Charles Laseque ve ardından 1874'te William Gull tarafından yayımlanan olgu serileri ile klinik bir patoloji olarak tanımlanmış ve tıbbi literature girmiştir [(5)]. AN yüksek morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir hastalıktır. Enerji alımının kısıtlanması, kilo kaybı, kilo alma korkusu ve çarpık beden algısı ile karakterizedir [(6)]. Zayıf bir bedene sahip olma isteği ve şişmanlamaya karşı duyulan aşırı korku hastayı katı diyet uygulamaya, aşırı egzersiz yapmaya kendi kendini kusturma veya laksatif-diüretik kullanma gibi olumsuz davranışlara iter. Hastanın beden ağırlığı gittikçe düşer ve bu durum sağlığını ciddi şekilde tehlikeye atar. Beden algısındaki bozukluk nedeniyle kişi zayıflığının farkında değildir, halen şişman olduğunu düşünür ve hastalığın ciddiyetini inkar eder [(7)].

Epidemiyoloji

AN'ın erişkinlerde yaşam boyu prevelansı %1-2 iken ergenlerde %0.3-0.7 arasında olduğu bildirilmektedir [(8)]. 2015 yılında birinci basamaktan elde edilen verilere göre kız ergenlerde 12 aylık prevelans 0.3-0.9; erkek ergenlerde 0.1-0.3 olarak verilmiştir [(9)]. AN genellikle orta-geç ergenlikte (14-18 yaş) ortaya çıkar, fakat son yıllarda ergenlik öncesi veya erken ergenlik döneminde görülme sıklığının arttığı ve erken dönemde ortaya çıkan olguların daha kötü prognoza sahip olduğu bildirilmektedir. Klinik çalışmalarda kadın erkek oranı 10:1 olarak bildirilse de toplum çalışmalarında bu oran daha düşüktür [(10)]. Ergenlik öncesi dönemde (<13 yaş) kız erkek oranı neredeyse eşitlenir. Bu grupta tartı kaybı daha hızlı olur, eşlik eden psi-

[1] Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., aybuke_sari@hotmail.com

hastalar TYB'ye göre daha katı diyet uygularlar ve diyet uygulama genellikle tıkınırcasına yeme davranışından önce gözlenir, TYB'de ise diyet yapma dönemleri değişkendir [44]. TYB'yi ikinci olarak DSM V'te 'Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları' başlığı altında yer alan Gece Yeme Bozukluğu'ndan (GYB) ayırmak gerekir. GYB'de hastalar genelde gece uyanır ve yemek yerler, yedikleri miktar TYB'deki kadar fazla değildir. TYB'de tıkınırcasına yeme davranışı sadece gece değil günün herhangi bir saatinde görülebilir. GYB'de genellikle beden algısı ve bedenin dış görünümü hakkında olumsuz düşünceler yoktur ve öyküde diyet yapmaya pek rastlanılmaz [49].

Tedavi

Ergen TYB olgularında tedavi ile ilgili çalışmalar oldukça azdır. Hem ergenlerde hem de yetişkinlerde TYB'de en etkili tedavi yönteminin BDT olduğu gösterilmiştir. BDT dışında Kişiler Arası Terapi (KAT) etkinliği kanıtlanmış diğer psikoterapi türüdür. TYB'nin farmakolojik tedavisinde antidperesanlar (fluoksetin, sertraline, venlafaskin, duloksetin vb), antiepileptikler (topiramat, zonisamid, lamotrijin) ve antiobezite ilaçları (orlistat, sibutramin) önerilmekte olup ergen yaş grubundaki kullanımları ile ilgili çok fazla veri yoktur. Antidepresanlar ile yapılan çalışmalarda SSRI grubu ilaçların (fluoksetin ve sertraline) kısa dönemde plaseboya üstün oldukları ve tıkınırcasına yeme ataklarını azalttığı, fakat BDT ile kıyaslandığında etkinliklerinin tek başına BDT'ten daha az olduğu görülmüştür [7,8,44].

SONUÇ

Yeme bozuklukları toplumda görülme sıklığı giderek artan ve tedavi edilmediği takdirde ölümle sonuçlanabilen ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Bu nedenle erken tehşis hayati önem taşır. Genel olarak kronisite gösteren bozukluğun tedavi süreci uzun ve zor olup; multidisipliner yaklaşım gerektirir. Aile hekimi, pediatrist, çocuk ergen ruh sağlığı hekimi, psikolog ve diyetisyen tedavi ekibi içinde olmalı ve hasta her açıdan ele alınmalıdır. Özellikle çocuk ve ergen yaş grubu ile birinci basamakta ilgilenen aile hekimlerine farkındalık konusunda önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Yeme bozukluğu, aile hekimliği

Kaynaklar

1. Oktan V, Şahin M. Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.* 2010: 7(2),544-556.
2. Aslan SH. Beden Imgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi. *Düşünen Adam.* 2001:14(1), 41-47.
3. Golden N, Katzman D, Sawyer S, et al. Position paper of the society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health.* 2015;56:121–5.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı.* (Ertuğrul Köroğlu Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
5. Gordon, R.A. (2000). *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic:* Oxford, UK, Blackwell
6. Treasure J, Zipfel S, Micali, N, et al. Anorexia nervosa. *Nat. Rev. Dis. Primers* 2015:1, 15074. [CrossRef] [PubMed]
7. Gürdal Küey, A. (2008). Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Çetin FÇ, Pehlivantürk B, Ünal F (Eds.) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde (s. 407-422). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
8. Hergüner, S. (2016). Çocuk ve Ergenlerde Beslenme ve Yeme Bozuklukları. Aynur Pekcanlar Akay, Eyüp Sabri Ercan (Eds.) *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s. 386-408). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları
9. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2015;24:177–196.
10. Smink FRE, Hoeken D, Oldehinkel AJ, et al. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 2014:47 (6), 610–619.
11. Önal Sönmez A. Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017; 9(3):301-316. doi: 10.18863/pgy.288643
12. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics.* 2014;134:582-592. doi:10.1542/peds.2014-0194.
13. Titova OE, Hjorth OC, Schiöth HB, et al. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC Psychiatry*. 2013:13:110.
14. Fava M, Copeland PM, Schweiger U, et al. Neurochemical abnormalities of Anorexia Nervoza and Bulimia Nervoza. *Am J Psychiatry.* 1989;146:963-71.
15. Sinton MM, Goldschmidt AB, Aspen V, et al. Psychosocial correlates of shape and weight concerns in overweight pre-adolescents. *J Youth Adolesc*. 2012:41:67-75.
16. Toker DE, Hocaoğlu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*. 2009:22:36-42.
17. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

18. Micali N, Heberland J. Anorexia nervosa through the looking glass of the draft ICD-11 diagnostic criteria: a disorder in transition. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015:24:1149-1152.
19. Mehler, P.S. & Anderson, A.E. (2010). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications.* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press
20. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013;170:917-925. doi:10.1176/ appi.ajp.2013.12070868
21. Golden NH, Attia E. Psychopharmacology of eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2011:58:121- 138.
22. DerMarderosian D, Chapman HA, Tortolani C, et al. Medical Considerations in Children and Adolescents with Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2018:27:1–14. http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.002
23. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br. J. Psychiatry.* 2009:194,168–174. [CrossRef] [PubMed]
24. Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M. et al. (2011). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen.* Springer; Berlin, Germany [Google Scholar]
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment, full guideline.* Available at: www.nice.org.uk/guidance/ng69. [Accessed 22 June 2017]. [Google Scholar]
26. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2004:38, 659–670. [CrossRef] [PubMed]
27. Pulcini C, Zettle S, Srinath A. Refeeding syndrome. *Pediatr Rev* 2016;37(12): 516–23.
28. Robinson P,Rhys Jones W. MARSIPAN: Management of really sick patients with anorexia nervosa. *BJPsych Adv.* 2014:24,20–32. [CrossRef]
29. Yager, J., Devlin, M.J., Halmi, K.A., et al. (2012). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders* 3rd ed. Washington, DC: APA.
30. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979: 9:429-448.
31. American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 3rd ed. (DSM-III). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
32. Steinhausen HC, Jensen CM.Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int. J. Eat. Disord*. 2015:48 (7), 845–850.
33. Bulik CM, Thornton LM, Root TL, et al. Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biol. Psychiatry*. 2010: 67 (1), 71–77.
34. Aigner M, Treasure J, Kaye W, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. W*orld J. Biol. Psychiatry.* 2011:12 (6), 400–443.
35. Gagahan S. development of eating behaviour: biology and context. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33:261-271.
36. Swanson SA, Crow S, Le Grange D, et al. 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.
37. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018:9 11–16.
38. 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 Psychiatry.* 2013;73(9):904–914.
39. Nicholls D, Barrett E. Eating disorders in children and adolescents. *BJPsych Adv*. 2015;21(3):206–216.
40. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics.* 2018:9 17–30.
41. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, et al. Pediatric feeding and eating disorders: current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(5):446-458.
42. Fowler S, Bulik C. Family environment and psychiatric history in women with binge eating disorder and obese controls. *Behav Change.* 1997:14:106-112.
43. Root TL, Thornton LM, Lindroos AK, et al. Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eat Behav*. 2010:11:92-98.
44. Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Özdemir A. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015; 7(4):419-435. doi: 10.5455/cap.20150213091928
45. Bello NT, Hajnal A. Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav*. 2010: 97:25-33.
46. Corwin RL, Wojnicki FH. Baclofen, raclopride, and naltrexone differentially affect intake of fat and sucrose under limited access conditions. *Behav Pharmacol*. 2009:20:537-548.
47. Conti C, Lanzara R, Scipioni M,et al. The Relationship between Binge Eating Disorder and Suicidality: A Systematic Review. *Front. Psychol*. 2017: 8:2125. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02125
48. Topçuoğlu V (2013) Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve tedavisi. B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar (Eds.) *Yeme Bozuklukları ve Obezite* içinde (s:261-272). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği
49. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2009: 1:132-154.