

1. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

1.1. ANOREKSİYA NERVOZA

1.2. BULİMİYA NERVOZA

1.3. TIKANIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

1.4. GERİ ÇIKARMA

1.5. PİKA

1. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Yeme bozuklukları (YB) özellikle ergenlik döneminde kızlarda sıklıkla görülen ciddi bir hastalıktır. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) YB'ni 8 alt gruba ayırmıştır. Bunlar; Anoreksiya Nervoz (AN), Bulimia Nervoz (BN), Tıkanircasına Yeme Bozukluğu (TYB), Pika Sendromu, Kaçingan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, Geri Çıkarma (Geviş Getirme), Tanımlanmış diğeri bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu. Bunlardan sıklıkla karşılaştığımız Anoreksiya Nervoz (AN) ve Bulimia Nervoz (BN)'dir (1). AN, BN ve Tıkanircasına Yeme Bozukluğu (YTB- Binge Eating Disorder- BED) olarak adlandırılan yeme bozuklukları yaşam süresince sırasıyla kadınlarda %0,9, %1,5, %3,5 ve erkeklerde %0,3, %0,5 ve %2,0 oranlarında görülür. Yeme bozukluklarının tedavisi erken dönemde daha kolaydır ve daha etkili sonuç verir. 1960'lardan beri tanı ölçütlerinin değişmesi epidemiyolojisinin incelenmesinde temel sorunlardan biri olmuştur. AN ve BN görülme sıklığının son yıllarda hızla artması gözlenmiştir (2).

Ankara'da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde olası Yeme Bozukluğu davranışlarının saptanması için yapılan bir çalışmada sonuçlar aşağıdaki gibidir. 935 öğrenciye Yeme Tutum Testi (EAT-40) uygulanmış ve test sonucunda da %13,7 (yaklaşık 130 kişi) oranında yeme bozukluğu fark edilmiştir. Olası yeme bozukluğu saptanmasında %20,5 Erkeklerde, %11,9 kızlarda bulunmuştur (3).

1.1. ANOREKSİYA NERVOZA

Anoreksiya Nervoz, DSM-5 ölçütlerine göre kişinin enerji alımının yaşa, boya, cinsiyete, gelişim ve fiziksel gelişimine göre belirlenen miktarının aza indirilmesi ve bunun sonucunda aşırı ağırlık kaybı gözlenmesidir. Ayrıca bu kişilerde kilo almaktan korkma durumu vardır ve kişilerin çok düşük ağırlıkta olduklarını inkar etme durumu da gözlenir. Kişiler aynaya baktıklarında kendilerini şişman olarak görürler. Manken hastalığı olarak bilinen bu hastalık özellikle ergenlik dönemindeki kızlarda görülür.

Ergenlik döneminde diyet yapma davranışlarının başlaması ve devam ettirilmesinin farklı faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Diyet yapma girişimine genelde aile üyeleri, arkadaşlar veya medyanın yönlendirmesi etkili olmaktadır. Bu da bilinçsizce yeme alımını aşırı ve tehlikeli azaltma olarak yansıyınca AN görülmesi muhtemeldir (3).

Bozukluk, genellikle ergenlik döneminde başlamasına rağmen çocukluk ya da geç erişkin döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Çeşitli epidemiyolojik çalışmalar görülme sıklığını yılda 100.000'de 8 yeni olgu, yaygınlığı %0,3 olarak bildirmektedir. (Geider, 2001, Hoek 2002).

Avrupa ülkelerinin tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda genç kadınlarda AN prevalansı %0,28, Amerika Birleşik Devletlerinde ise %0,51-%3,7 olarak bildirilmiştir (2).

1.2. Bulimiya Nervoz

Bulimia nervoz, aşırı miktarda yiyecek yiyen, yineleyen ve sık tekrarlayan ve yeme kontrolünden yoksun hissetme durumuyla karakterizedir. Yemekten sonra bu yemeği çıkarmak isterler (örn. Kusma,

diüretik veya müshil kullanımı), aşırı egzersiz yapmak, aç kalmak gibi davranış türü izlerler. Anoreksiyadan farkı bu kişilerin BKİ değerleri normal veya hafif şişman sınıflandırması içinde olabilir.

Bulimiya Nervoz, 1979 yılında Russel tarafından tanımlanmasına karşın 1980 yıllarında aşırı yeme ile ortaya çıkan bir hastalıktır (4). Tanımı yapıldıktan hemen sonra 1980 yılında düzenlenen DSM III el kitabında AN dışında yeni bir yeme bozukluğu olarak eklenmiştir (5).

Bulimiya nervozanın prevalansına bakıldığında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, yaşam boyu karşılaşma oranını kadınlarda %0.5, erkeklerde ise %0.1 ve ortalama %0.6 olarak belirlemiştir (6). Ancak 2017 yılında yapılan bir derlemede bu yüzdeyi %2.15 olarak belirlendiğini ve bu oranların bilinenden çok (6)daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (7). Genel popülasyonda bulimiya nervozaya tedavisini görüp iyileşenler %43.2 olarak belirtilmektedir. Bulimiya nervozanın ortalama başlangıç yaşı olarak 20 yaş belirlenmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ise tedavi görüp iyileşme oranını %33.8 olarak kaydetmiştir (6).

BN insidansı ile ilgili az çalışma yapılmıştır. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinde 1981-1989 arası BN prevalansına ilişkin çalışmalar BN'nin ergen ve erişkin genç kadınlarda yaklaşık %1'lik prevalans hızı olduğu görülmektedir (2).

1.3. TIKANIRCASINA YEME BOZUKLUĞU (YTB): OBURLUK- BİNGE EATING

TYB, AN'ye göre beş, BN'ye göre iki kat daha yaygın olarak ve obez bireylerde ağırlık kaybı tedavisi sırasında daha yüksek oranda görülmektedir (2).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu bireyin yeme kontrolünü kaybederek tekrarlayan aşırı yemek yeme (epizod) bölümleriyle karakterizedir. Bulimiya nervozanın aksine, aşırı yiyen birey herhangi bir telafi davranışında (aşırı egzersiz, aç kalma vb) bulunmaz. Buna bağlı olarak, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler genelde hafif şişman ya da şişmandır. Ayrıca bireyler bu ataklardan sonra utanmakta ve suçluluk duymaktadır (6).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez 1959 yılında Albert Stunkard tarafından gece yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (8). Ardından tıkınırcasına yemenin gündüz de olabileceğini savunan Timothy ve Brewerton tarafından gündüz saatlerinde gerçekleşen aşırı yeme davranışı, 'Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu' olarak adlandırılmış ve tanı kriterleri tanımlanmıştır (9). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun prevalansına bakıldığında 2012 yılında yapılan bir derleme yaşam boyu karşılaşma sıklığını değerlendirmiş; yetişkin kadınlarda %3.5, yetişkin erkeklerde %2.0 iken, 13-18 yaş aralığındaki kız çocuklarında %2.3 ve erkek çocuklarında %0.8 olarak belirtmiştir (10). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, yaşam boyu karşılaşma oranını kadınlarda %3.5, erkeklerde ise %2.0 ve ortalama %2.8 olarak belirlemiştir (6). Ancak 2017 yılında yapılan bir derlemede bu yüzde %1.96 olarak bildirilmiştir (68). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafında 25 yaş olarak belirlenmiş olup, tedavi görüp iyileşme oranını %43.6 olarak kaydetmiştir (6).

1.4. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, yemek tüketimi sonrasında yemeği çiğneme işlemi sonrasında tekrar tekrar çiğneyerek, yutup çıkararak, yutup yeniden çiğneyerek ya da ağızdan dışarı çıkarma ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (11). Bu bozukluk, her yaş döneminde görülebilmektedir (12).

1.5. PİKA

Pika, taş, tuğla, tebeşir, sabun, kağıt, toprak vb besin olmayan maddeleri yeme davranışı ve alışkanlığına sahip olma durumuyla karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (13). Pikanın tam olarak nedenleri ve kökeni bilinmemektedir (14). Çocukluk çağında görülebildiği gibi (15), literatürdeki derlemeler incelendiğinde genellikle gebelik sürecinde demir eksikliği anemisi ile ilişkilendirilmektedir (16). Ancak 2015 yılında yapılan bir derlemede bariatrik cerrahi hastalarında pagofaji (buz yeme) davranışının ortaya çıkmasıyla sadece gebelikte değil bariatrik cerrahi hastalarında da gözlenmeye başlandığı gösterilmiştir (14). Pika, psikiyatrik başka bir bozuklukla komorbid olarak ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

1. *Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları*. **Sönmez, Arzu Önal**. 9(3):301-316 : Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2017. doi: 10.18863/pgy.288643 .
2. **Baş, M.Emel Tüfekçi Alphan Murat**. *HASTALIKLARDA BESLENME TEDAVİSİ*. : Hatiboğlu Yayınevi.
3. *YEME BOZUKLUKLARI VE OBEZİTE EPİDEMİYOLOJİSİ*. **Bozkurt, Serhat**. 49 : Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi, 2017.
4. *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. **G., Russell**. : Psychological Medicine. 9(3): 429-448, 1979.
5. *Approximation to psychopathologic disorders for nonspecialized physicians. Simplified version of the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) and of the revision of the DSM-III-R*. **Wulff J, Fortuny RS**. : Medicina Clinica, 1991. 96(7):269-275.
6. *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. **Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC**. : Biological Psychiatry, 2007. 61(3): 348-358.
7. *Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors*. **Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E**. : BMC Medicine, 2017. 15(1): 12.
8. *Eating patterns and obesity*. **AJ., Stunkard**. : Psychiatric Quarterly , 1959. 33: 284-295.
9. *Binge eating disorder: recognition, diagnosis, and treatment*. **M., Timothy D. Brewerton**.: Medscape Mental Health Journal, 1997.
10. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. **Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW**. : Current Psychiatry Reports , 2012. 14(4): 406-414.
11. *Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents*. **Mairs R, Nicholls D**. :Archives of Disease in Childhood, 2016. 101(12): 1168-1175 .
12. *Nonspecific eating disorders - a subjective review*. **Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M**. :Psychiatria Polska , 2016. 50(3): 497-507.
13. *Eating everything except food (PICA): a rare case report and review*. **Advani S, Kochhar G, Chachra S, Dhawan P**. :Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry , 2014. 4(1): 1-4.
14. *Pica patient, status post gastric bypass, improves with change in medication regimen*. **Tabaac BJ, Tabaac V**. :Therapeutic Advances in Psychopharmacology , 2015. 5(1): 38-42.

15. *Feeding and eating disorders in childhood.* **Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT.**:International Journal of Eating Disorders , 2010. 43(2): 98-111.

16. *Eating disorders during pregnancy.* **MS., Cardwell.**: Obstetrical and Gynecological Survey , 2013. 68(4): 312-323.