

YEME BOZUKLUKLARI

Dr. Neşe KOCABAŞOĞLU

ÖZET

Amaç: Bu yazı, yeme bozukluklarını konusunu derlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Pek çok kaynak incelenmiş, literatürdeki son değişiklikler olabildiğince belirtilmeye çalışılmıştır.

Bulgular: Yeme bozuklukları yeme davranışında ciddi bozukluklarla karakterizedir. İki spesifik tanıyı kapsar: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza. Anoreksiya Nervoza ortalama beden ağırlığına karşı red ile karakterizedir. Bulimiya Nervoza ise tekrarlanan aşırı yeme nöbetleri ile karakterizedir. Bu yeme nöbetlerini aşırı egzersiz, oruç tutma, kendini kusturma, laktasiflerin kötüye kullanımı, diüretikler veya diğer medikasyonları uygulama gibi uygunsuz kompensatuar davranışlar izler. Her iki hastalığın esas çehresi beden ağırlığını ve beden imajını algılamadaki bir bozukluktur.

Tartışma: Yeme bozukluklarının etiolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Literatür taramalarında etiolojiye yönelik pek çok ve farklı görüşlerle karşılaşmıştır. Yine aynı kaynaklarda yeme bozukluklarının organik temelleri olduğunu bildiren yayınlar vardır. Yeme bozukluklarının tedavisinde tatmin edici sonuçlar alınamamasının, etiolojinin tam olarak açığa çıkarılamamasından kaynaklandığı sonucu çıkarılabilir.

Sonuç: Yeme bozuklukları konusunda daha ciddi ve somut çalışmalar yapılmadıkça tatmin edici tedavi hedeflerine ulaşmak güçtür. Konu gerek organik gerekse psikolojik temeller çerçevesinde araştırmaya açık görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza

EATING DISORDERS

ABSTRACT

Objective: This article has the intention of summarizing the subject of the eating disorders.

Method: Several different sources are reviewed and recent changes in literature are included in the scope of this article.

Symptoms: The eating disorders are characterized by severe disturbances in eating behavior. This section includes two specific diagnoses: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Anorexia Nervosa is characterized by a refusal to maintain a minimally normal body weight. Bulimia Nervosa is characterized by repeated episodes of binge eating followed by inappropriate compensatory behaviors such as self-induced vomiting, excessive exercise, voluntary fasting, abuse of laxatives, diuretics or some other medications. Disturbance in perception of body shape and weight is an essential feature of both Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa.

Discussion: Unfortunately, the main etiology of the eating disorders is not clarified exactly. Many different approaches and thoughts concerning its etiology are encountered in the literature. There are even some publications in the literature in which the eating disorders are related to certain organic causes. It is possible to conclude that the reason for the low success rates in the treatment of the eating disorders is somehow related to the failure in the discovery of the main etiology of these disorders.

Conclusion: As long as the investigations concerning the eating disorders lack the serious and concrete property it necessitates, it will be very difficult to reach the desired satisfactory treatment results. The subject is widely open for researches based on organic as well as psychological aspects.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

(*) Doçent, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri A.D.

ANOREKSİYA NERVOZA

Anoreksiya Nervosa ICD-10'da Yeme Bozuklukları başlığı altında incelenmektedir (ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması 1993). Hastanın kendi isteği ile kilo vermesi ve bunu sürdürmesiyle belirli bir bozukluktur (Halmi 1989). Türkiye'deki prevalansı ve insidansı hakkında elimizde bilgi yoktur, ancak, 12-18 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda sık görülür. Sendromun klinik özellikleri kolay tanınır, klinisyenlerin tanıları arasında yüksek düzeyde uyum vardır. İzleme çalışmalarında kronikleşen hastaların önemli bir kısmında temel belirtilerin aynen sürdüğü görülmüştür. ICD-10'a göre kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin tümü bulunmalıdır:

1. Beden ağırlığının beklenenin en az %15 daha altında olması (kilo kaybı vardır veya beklenen kilo ya hiç ulaşmamıştır) ya da Quetelet beden kitlesi indeksinin (Kg/m² cinsinden boy) 17.5 veya bunun altında olması. Hasta ergenlik öncesi dönemde ise büyüme döneminde beklenen miktarda kilo almaması.

2. Kilo kaybının "şişmanlatan yiyecekler"den kaçınma veya aşağıdaki yollarla ve kişinin kendi isteği ile oluşması; kendi kendini kusturma, müshil ilaçları kullanma, aşırı hareket, iştah baskılayan ve diüretik ilaçlar kullanma.

3. Özgül psikopatoloji beden imgesi bozukluğudur. Şişmanlama korkusu aşırı değer verilen ve zihinden uzaklaştırılamayan bir düşünce olarak bulunur. Hasta kendisi için düşük bir beden ağırlığı eşiği saptamıştır.

4. Hipotalamo-pitüiter-gonadal eksenine içine alan yaygın bir endokrin bozukluk vardır. Bu kadınlarda amenore, erkeklerde cinsel ilgi ve güç kaybı şeklinde belirti verir. Ayrıca büyüme hormonu ve kortizol düzeylerinde yükselmeler, tiroid hormonunun periferdeki metabolizmasında değişiklikler ve insülin salıverilmesinde anormallikler görülebilir.

5. Hastalığın başlangıcı ergenlikten önce ise, ergenlik dönemine ait gelişme gecikebilir, hatt, durabilir, büyüme durur, kızlarda meme gelişimi olmaz, birincil amenore olur, erkeklerde cinsel organlar çocuk tipinde kalır. Anoreksiya Nervosa düzelirse, ergenlik gelişimi sıklıkla normal şekilde tamamlanır, fakat menarş gecikir.

DSM-IV'te belirtilen Kısıtlayıcı Tip Anoreksiya Nervosa'da, o sıradaki Anoreksiya Nervosa epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkanırcasına yeme veya çıkartma (yani kendisinin yol açtığı kusma ya da lak-

satiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir (DSM-IV Tanı Ölçütleri 1994). Tıkanırcasına Yeme/Çıkarma tipinde ise, Anoreksiya Nervosa'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkanırcasına yeme veya çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da lakatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir. 12-18 yaş grubu içerisinde 1/800-3/100 arasında değişen oranlar bildirilmiştir.

Oluş Nedenleri: Etiyolojisi henüz tam aydınlanmamıştır.

1. Biyolojik Hipotezler:

Anoreksiya Nervosa'da negatif kalorik denge ve beden ağırlığı kaybı sonucu hipotalamo-pitüiter-gonadal (HPG), hipotalamo-pitüiter-sürenal (HPA) ve hipotalamo-pitüiter-tiroid (HPT) eksenlerindeki hormonal ve hipotalamik değişiklikler önemli görülmektedir (Casper 1994). Ancak HPA ekseninin aktivasyonu ve özellikle kortizol üretim oranındaki böyle bir artış diğer açlık durumlarında henüz pek iyi incelenmemiş bir konudur. İleri derecede beden ağırlığında azalma ile belirli anoreksik hastalarda BOS plazma ve idrar serbest kortizol düzeylerinin yüksek olarak bulunduğu ve iyileşme ile bu yüksek değerlerin azaldığı bildirilmektedir (Gwirtsman ve ark. 1989). Bunun tersi olarak, bu hastalarda düşük BOS ACTH düzeylerinin olduğu ve bunun da iyileşme ile normale döndüğü ileri sürülmektedir. Ayrıca depresif özellikler gösteren yeme bozukluğu olan hastalarda gece melatonin düzeylerinin depresif özellik göstermeyen yeme bozukluğu olan hastalardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunduğu ifade edilmektedir (Kennedy ve ark. 1989).

Travma ve stres ile anoreksik semptomlar arasında sebep-sonuç ilişkisi de düşünülmüştür (Damlouji ve ark. 1985).

Bâzi hipotalamus urlarında Anoreksiya Nervosa'ya benzer davranışların (zayıflamaya karşı aldırma) görülmesi, Anoreksiya Nervosa'da hipotalamik bir fonksiyon bozukluğu olabileceğini düşündürür (Berek ve ark. 1991).

Anoreksiya Nervosa'da serebral nöropeptidlerde de anormallikler olduğu düşünülmektedir. Beyin omurilik sıvısında (BOS) beta-endorfinin de içinde bulunduğu immün reaktif propiomelanokortin ilişkili peptidlerin seviyesinde azalma tesbit edilmiştir, ancak kilo artışı ile normale döner (Kaye ve ark. 1987).

Başka bir araştırmada da Anoreksiya Nervoz'a'da BOS'da yüksek opioid aktivitesi bulunmuştur (Kaye ve ark. 1982).

2. Psikososyal Nedenler:

Anoreksiya Nervoz'a'nın Kısıtlayıcı tipi ile Tıkanır-casına Yeme/Çıkartma alt tipleri arasında klinik ve psikometrik inceleme açısından farklılıklar vardır. Tıkanır-casına Yeme/Çıkartma alt tipindeki hastalar daha impulsif, seksüel olarak daha aktif fakat heyecansal olarak daha huzursuz ve depresyona daha yatkındır. Anamnezlerinde çalma, toksik madde kullanma, suisid girişimleri, self mutilasyon bulunur. Kısıtlanmış alt tip anoreksik grupta ise ailelerini inkâr ve idealizasyon daha fazladır (Molgaard CA 1989).

Yine Anoreksiya Nervoz'a'da çocuklukta kendilik ve obje ilişkilerinin belirlenmesinde önemli bir dönem olan ayrışma-bireyselleşme döneminde travmatik bir başarısızlık (çocuğun annesinin onun ihtiyaçlarına uygunsuz cevap vermesi) söz konusudur. Anoreksik hastalarda yapılan çoğu çalışmalarda oral döneme regresyon isteği cinselliğin primer pregenital organizasyonu olarak görülebilir. Bu hastalarda ağır cinsel çocuksuluk söz konusudur, cinsel ilişki kurma ve hımile kalmaya karşı, daha da önemlisi kadın kimliğine karşı bir anksiyete ve inkâr görülür (Waller 1991).

Anoreksiya Nervoz'a'nın primer depresyonla biyolojik zemin ve genetik etkiler yönünden ortaklıkları olabileceği de düşünülmüştür. Hastalık orta ve yüksek gelir düzeyinden olan gruplarda daha sıktır. Batılı kültür ile karışan Doğulu genç kızlarda prevalans yüksektir. Zayıf kadın bedenine değer veren kesimlerde görülür. Asperger'e göre babalar pasif, anne otoritesini kabullenmiş kişilerdir, anneler ise nevroktiktir, yeterli şefkat ve güveni çocuklarına veremezler. Bu ailelerin anamnezlerinde affektif hastalıklar, alkolizm (Molgaard ve ark. 1989) ve psikosomatik hastalıklar ön sıradadır (Pantano ve ark. 1997).

Fizik Muayene ve Laboratuar Bulguları

Taniya gidilecek spesifik bir fizik muayene ve laboratuar bulgusu yoktur. Metabolik, endokrin sisteme ait, hematolojik, nörolojik, ürogenital sisteme ait aşırı kilo kaybından doğan sekonder belirtiler vardır.

Büyüme hormonunda (GH), sabah-akşam plazma kortizol düzeyinde yükselme, folikül stimulan hormon (FSH), luteinize edici hormon (LH), tiroid hormonu (T3) ve östrojen düzeylerinde düşme görülür.

Anemi, lökopeni, hipokalemik alkaloz (kusmaya bağlı) (Warren ve ark. 1979), hiperkarotenemi, hiperkolesterinemi sıktır (Mehler ve ark. 1998). Elektrokardiyografide (EKG) ST çökmesi, T dalgasında tersleşme, QT aralığında uzama (Dec ve ark. 1987) görülebilir.

Ayırıcı Tanı:

1. Tıbbî hastalıklar: Sekonder Anoreksiya Nervoz'a tıbbî bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bu yüzden endokrin sistem, sindirim sistemi ve merkezi sinir sistemi (özellikle arka çukur ve kâide tümörleri açısından) iyice gözden geçirilmelidir.

2. Duygudurumu Bozuklukları: Bâzılarında keder, elem, suisid fikirleri ve girişimleri bulunsada, Anoreksiya Nervoz'a'da öfori ve hiperaktivite bulunabilir. Depresyonda Anoreksiya Nervoz'a'da olduğu gibi şişmanlama korkusu ve besin ile ilgili uğraşlarda artış görülmez, ayrıca hiperaktivite ve çevrenin manipülasyonuna da rastlanmaz.

3. Somatizasyon Bozukluğu: Üç aydan daha uzun süren ağırlık kaybı ve amenore genellikle görülmez. Hastada iyileşme isteği vardır.

4. Şizofreni: Şişmanlama korkusu ve kalori ile ilgili gıda hezeyanları seyrek. Besin reddi zehirlenme hezeyanlarına bağlıdır.

5. Demans ve konfüzyonel durumlarda besin reddi kognitif fonksiyonlardaki aksama ile ilgilidir. Diğer semptomlar da taranmalıdır (Cullen ve ark. 1997).

Prognoz:

Ölüm oranı değişik çalışmalarda %0-22 arasında bildirilmiştir. Vakaların 1/3'ü iyileşir, 1/3'ü kronikleşir, 1/3'ü de nükslerle seyredir. Ölümünün %5'si kardiyak aritmi ile olur. Kronikleşme 4 yıl boyunca ideal standart ağırlığın %15 altında kiloya sahip olma, besin kısıtlaması ve amenorenin sürmesidir. Hastalık süresi genellikle 18 ayın altına inmez ancak birkaç aydan tüm bir hayat boyu süren çeşitli vak'a örnekleri vardır. Sık ve uzun süren hospitalizasyon ve kusma gidişi kötüleştirir.

Tedavi:

Tedavinin primer amacı hastanın yaşamını tehdit eden kilo kaybının düzeltilmesidir. Daha sonra hastanın kilosuyla aşırı uğraşının azaltılması, kendine güveninin oluşturulması gerekir. Son aşama ise fiziksel ve psikiyatrik komplikasyonların düzeltilmesidir (sıvı-elektrolit dengesizliği, protein yitimi, hipoka-

lemi, dehidratasyon). Ancak hasta tedavi ekibine inanmalı, şişmanlamayacağına inandığı bir rejimi uygulamalı, tedavideki amacın yalnız kilo almak olduğu hissine kapılmamalıdır (Hoffman 1993).

BULİMİYA NERVOZA

Epizodik olarak gelen aşın yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kiloyu durdurma çabaları ile belirlirli bir bozukluktur. Bu nöbetler esnasında hastada, tüm çabalarına, korkularına rağmen yemek yemeği durduramadığı görülür. Tıpkı anorektiklerdeki gibi beden ağırlığı, güzellik, çirkinlikle aşırı uğraş vardır ve kilo almamak için hasta laksatif, püregatif, diüretikler kullanır. Yaş ve cinslere göre görülme sıklığı Anoreksiya Nervosa'ya benzer, fakat başlangıç yaşı biraz daha geçtir. Bu bozukluk inatçı Anoreksiya Nervosa'nın bir kalıntısı olarak da kabul edilebilir. Tekrarlayan kusmalar, epileptik nöbet, tetani, kalp ritim bozuklukları, kaslarda güçsüzlük ve daha ileri kilo kaybına neden olabilir.

ICD-10'a göre (1993) Bulimiya Nervosa için aşağıdaki tanı ölçütlerinin tümü bulunmalıdır:

1. Yeme ile inatçı aşırı uğraşma ve karşı konulamayan bir yeme isteği vardır. Hasta kısa sürede büyük miktarlarda tıkinarak yeme nöbetlerini durduramaz.

2. Hasta aşağıdaki yollardan bir ya da daha fazlası ile yiyeceklerin şişmanlatıcı etkisini ortadan kaldırmaya çalışır. Kusma, müshil ilaçları kullanma, değişen sürelerde aç kalma, iştah baskılayan ilaçlar, diüretikler ya da tiroid preparatları kullanma. Diyabetik hastalar bulimik olduklarında insülin tedavilerini ihmal edebilirler.

3. Çok şiddetli bir şişmanlama korkusu vardır. Hasta kendisi için, tıbben en uygun ya da sağlıklı olandan çok daha düşük ve kesin olarak belirlenmiş bir beden ağırlığı eşiği saptamıştır. Öyküde her zaman olmamakla birlikte sıklıkla bir Anoreksiya Nervosa dönemi vardır, iki dönem arasındaki süre birkaç aydan yıllara kadar değişebilir. Başlangıçtaki bu dönemde Anoreksiya Nervosa'nın tüm belirtileri bulunabileceği gibi orta derecede kilo kaybı veya geçici amenore ile giden hafif gizli bir form bulunabilir.

DSM-IV'de ise (1994) Bulimiya Nervosa Çıkartma Olan Tip, Çıkartma Olmayan Tip olarak sınıflanmıştır. Çıkartma Olmayan Tip'te hasta o nöbet sırasında hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş,

ancak kendi kendine kusmamış ya da yanlış yere laksatif, diüretik, lavman kullanmamıştır.

Bulimiya Nervosa bütün toplumlarda yaklaşık %1 oranında görülür. Genç kadınlarda erkeklerden 10 kat daha siktir. Tıpkı anoreksiyada olduğu gibi, birinci ve ikinci derecedeki yakınlarında affektif bozukluk ve alkolizm yüksek orandadır. Bâzi araştırmacılar bulimiyayı affektif bozukluğun silik bir şekli olarak kabul ederler (Garner 1985). Bâzıları ise bulimiyada rastlanan duygulanım bozukluğu semptomları nedeniyle (değersizlik, elem, keder, kendini eleştirme, suçlama, karamsarlık, ümitsizlik) primer duygudurumu bozukluğunun özelliklerinin var olduğunu söylerler (Rivinus ve ark. 1984).

Bulimiyalı hastaların büyük bir kısmında, hatt, tedaviye iyi cevap verenlerde de nüksler görülür. Hastalarda bozulmuş kendilik saygısını onarmaya, depresyonu ve bozuk olan yeme paternini düzeltmeye uygun girişimler yapılmalıdır. Bulimiya tedavisinde s,dece psikofarmakoterapi yeterli olmayabilir (Goldbloom ve ark. 1993). Davranışçı, kognitif, grup terapilerinden, hattâ hipnozdan yararlanılabilir (Zwaan ve ark. 1991).

En çok imipramin, desipramin, monoamino oksidaz inhibitörleri, selektif serotonin gerilim inhibitörleri kullanılır. Antiepileptik tedavinin Anoreksiya Nervosa'da etkili olduğu yönünde yayınlar bulunmaktadır (Tachibana 1989).

KAYNAKLAR

- Berek K, Aichner F, Schmutzhard E, Kofler M, Langmayr J, Gerstenbrand F. Intracranial germ cell tumor mimicking anorexia nervosa. *Klin Wochenschr* 1991 Jul 22; 69(10):440-442.
- Casper RC. Hypothalamic dysfunction and symptoms of anorexia nervosa. *Psychiatric Clin N Am* 1984; 7:201-213.
- Cullen P, Abid F, Patel A, Coope B, Ballard CG. Eating disorders in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997 May; 12(5):559-562.
- Damlouji NF, Ferguson JM. Three Cases of posttraumatic anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1985; 142:362-363.
- Dec GW, Biederman J, Hougen TJ. Cardiovascular findings in adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1987 May-Jun; 49(3):285-290.
- DSM-IV Tanı Ölçütleri, Başvuru Elkitabı, Hekimler Yayın Birliği, Çeviren Ertuğrul Köroğlu, 1994, p. 219-221.
- Garner DM, Garfinkel PE, O'Shaughnessy M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1985; 142:581-587.
- Goldbloom DS, Olmsted MP. Pharmacotherapy of bulimia nervosa with fluoxetine: assessment of clinically signi-

- ficant attitudinal change. *Am J Psychiatry* 1993; 150:770-774.
- Gwirtsman HE, Kaye WH, George DT, et al. Central and peripheral ACTH and cortisol levels in anorexia nervosa and bulimia. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:61-69.
- Halmi KA. Anorexia Nervosa In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, HI Kaplan, BJ Sadock, editors. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989, p. 1143-1148.
- Hoffman L, Halmi KA. Treatment of Anorexia Nervosa. In: *Current Psychiatric Therapy*, DL Dunner, editor. Philadelphia, Saunders, 1993, p. 390-396.
- ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Ankara Türkiye Sinir ve Ruh sağlığı Derneği Yayını, 1993, p. 167-170.
- Kaye WH, Berrettini WH, Gwirtsman HE, et al. Reduced cerebrospinal fluid levels of immunoreactive pro-opiomelanocortin related peptides (including beta-endorphin) in anorexia nervosa. *Life Sci* 1987 Nov 2; 41(18):2147-2155.
- Kaye WH, Pickar D, Naber D, Ebert MH. Cerebrospinal fluid opioid activity in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1982 May; 139(5):643-645.
- Kennedy SH, Garfinkel PE, Parienti V, et al. Changes in melatonin levels but not cortisol levels are associated with depression in patients with eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:73-78.
- Mehler PS, Lezotte D, Eckel R. Lipid levels in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1998 Sep; 24(2):217-221.
- Molgaard CA, Chambers CM, Golbeck AL, Elder JP, Ferguson J. Maternal alcoholism and anorexia nervosa: a possible association? *Int J Addict* 1989 Feb; 24(2):167-173.
- Pantano M, Grave RD, Oliosi M, Bartocci C, Todisco P, Marchi S. Family backgrounds and eating disorders. *Psychopathology* 1997; 30(3):163-169.
- Rivinus TM, Biederman J, Herzog DB, et al. Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1414-1418.
- Tachibana N, Sugita Y, Teshima Y, Hishikawa Y. A case of anorexia nervosa associated with epileptic seizures showing favorable responses to sodium valproate and clonazepam. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1989 Mar; 43(1): 77-84.
- Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 159:664-671.
- Warren SE, Steinberg SM. Acid-base and electrolyte disturbances in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1979 Apr; 136(4A):415-418.
- Zwsan M, Mitchell JE. Bulimia Nervosa. In: *Current Psychiatric Therapy*. DL Dunned, editor. Philadelphia, Saunders, 1991, p. 383-390.