

YEME DAVRANIŞI BOZUKLUKLARI Anoreksia ve Bulimia Nervoz

Doç. Dr. Gülgün ERSOY*

Bu yazıda, anoreksia ve bulimia nervozanın tanımı ve tedavisi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

GİRİŐ

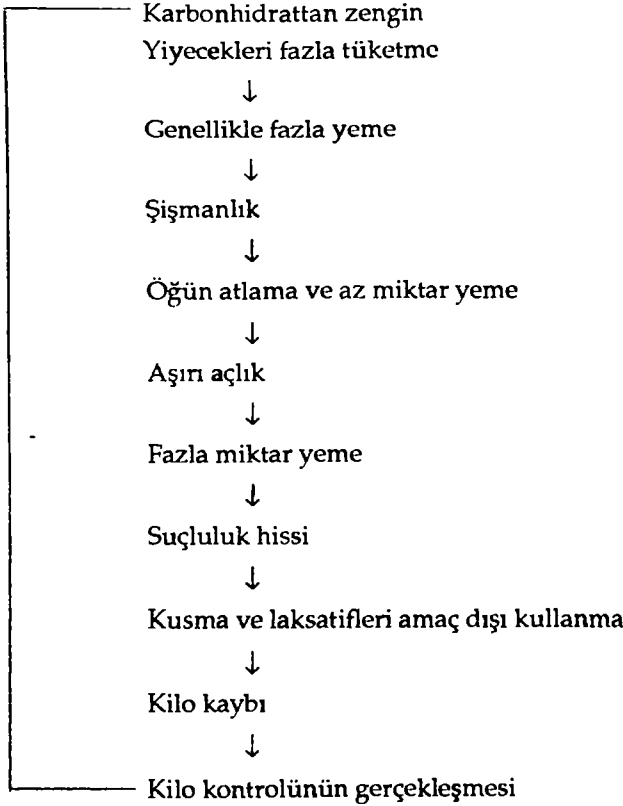
Anoreksia ve bulimia nervoz, sebepleri karışık ciddi rahatsızlıklardır (1-3). Anoreksia nervoz, vücuttan hoşnutsuzluk nedeniyle sıkı diyet ve diğer davranışlar sonucu ince vücut ölçüsü kazanma amacının sonucudur. Bu kişiler vücutlarını veya vücutlarının bir bölümünü gerçekten daha büyük hissetmektedirler. Bu hastalarda, kilo kaybı süresince vücut şeklini etkileyen bozukluklar ve amenore (menstrüasyon sonlanması) görülmektedir. Anoreksia nervozalı hastalıklarda görülen durumlar; aşırı kilo kaybı, yağlanmadan kaçınma, vücut ölçüsünü ve yiyecekleri saklamak için cepli ve geniş elbiseler giyme, gece uykularında bozukluk, günboyu fazla aktivite ve günlük çalışmalarda yetersizlik olarak özetlenebilir.

Bulimia nervoz, ince olma, yağlanmadan korkma gibi vücut ağırlık ve şekliyle ilgi sonucu oluşan bir hastalıktır. En yaygın belirtileri, hastaların kontrollerini kaybederek kısa sürede çok miktarda özellikle

* H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

diyetlerinde kendilerine yasakladıkları yiyecekleri tüketme ve bunu takiben fazla egzersiz, çok kısıtlı diyet yapma ve bu yiyecekleri kusarak çıkarmadır. Bulimia nervozalı kişiler normal ağırlıkta, şişman veya anoreksia nervozalı olabilmektedirler. Bazı araştırmacılar bulimia nervozaya "kronik anoreksia nervoza" demektedirler. Bulimik hastaların tipik yeme davranışları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: Bulimik Hastaların Tipik Yeme Davranışları



Şekilde görüldüğü gibi, kilo kontrolü için kusma, laksatifleri amaç dışı kullanma ve fazla egzersiz yapma çok yaygındır. Ayrıca sorunlarını unutmak ve açlıklarını bastırmak için fazla miktarda alkol kullanmaktadırlar. Fazla yeme, laksatif ve alkol tüketimi hastaları ekonomik güçlüklerle karşı karşıya bırakmakta, bu nedenle de suç işleme

davranışlarında bulunmaktadır. Anoreksia ve bulimia nervozalı hastalarda görülen klinik bulgular Tablo 1'de belirtilmiştir.

Tablo 1: Anoreksia ve Bulimia Nervozanın Klinik Bulguları

Bulgular	Anoreksia nervoza	Bulimia nervoza
Endokrin-Metabolik	Amenore Osteoporozis Ötiroidi sendromu Norepinefrin salgısında azalma Somatomedin C azalması Büyüme hormonunun artması Vazopresin salgısında azalma Vücut ısısının denetlenmesinde anormallikler Hiperkarotenemia	Menstrüasyon düzensizlikleri
Kardio-vasküler	Nabız yavaşlaması Hipotansiyon Aritmi	Kusma pozisyonu
Böbreğe ait	Kan üre nitrojeninde artma Glomerüler filtrasyon hızında azalma Ödem	Hipokalemi (diüretiklere bağlı)
Gastrointestinal	Mide boşalma hızının azalması Kabızlık Karaciğer enzimlerinde artma	Çanak mide Tükrük bezi genişlemesi Dış yüzeyi aşınması Yemek borusu iltihabı Yemek borusu yırtığı Hipokalemi (laksatif kullanımına bağlı)
Kan	Anemi (kansızlık) Lökopeni (beyaz küre azalması) Trombositopeni (Trombosit azlığı)	
Akciğer		Aspirasyon pnömonisi

Anoreksia ve Bulimia Nervozanın Tanısı

Anoreksia ve bulimia nervozanın bazı erken belirtileri;

Hedeflenen kiloda değişiklikler, kişinin vücudu ile ilgili artan eleştirilerine göre diyet yapması, sosyal izolasyona neden olan diyet yapma, yiyecekleri saklama, kusma, laksatif, diüretik ve diyet ilaçlarını amaç dışı kullanmadır (1).

Vücut ağırlığıyla fazla ilgilenen adölesan çağındakiler ve gençlerde diyet yapma yaygındır. Diyet yaparken amenore noktasına gelinirse dikkat edilmelidir (3).

Anoreksia ve bulimia nervoza diğer ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklarla karıştırılabilmektedir. Depresyon geçiren kişilerde kilo kaybı görülmektedir. Fakat bunlarda vücut şeklinden rahatsızlık, zayıflık arzusu ve bu hastalarda görülen yağlanmadan korkma gibi belirtiler görülmemektedir. Şizofrenler ise, bazı garip inançları nedeniyle bazı yiyeceklerin zehirli olması veya o yiyecekten zarar görebilecekleri düşüncesi ile yemekten kaçmabilmektedirler. Bu hastalarda zayıf olma tutkusu yoktur. Yine bazı hastalar tıkanma fobisi ve ruhsal nedenlerle yiyeceklerden kaçınabilir, yemek için strese girebilir ve kusabilirler. Bu davranışlar vücut ağırlık ve şeklini kontrol etmek için değildir.

Anoreksia ve Bulimia Nervozanın Epidemiyolojisi

Anoreksia nervoza 15-40 yaşlarındaki kadınların ortalama % 1'inde görülürken, bulimia nervoza aynı yaş grubunun ortalama % 2-3'ünde görülmektedir (1, 3). Kanada'da 60.000 kişide bu hastalıklardan bir veya ikisinin birlikte görüldüğü tahmin edilmektedir. Erkeklerde daha seyrek görülmektedir. Her 20 kadına karşı 1 erkek anoreksia nervozalı iken, her 10 kadına karşı 1 erkek bulimia nervozalıdır. Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, erkeklerin vücut şekli ve diyetle kadınlara göre daha az ilgilenmeleriyle açıklanmaktadır.

Bulimia nervozalı kadınların yaklaşık yarısında anoreksia nervoza öyküsü bulunmaktadır. Anoreksia nervozalı kadın hastaların yaklaşık yarısı ise bulimiktir. Bu hastalıklar tipik olarak 18-25 yaş grubunda görülmele beraber başlangıç daha erken dönemlere rastlamaktadır. Hastaların önemli bir bölümünde hastalık ilk olarak yetişkinlikte saptanmaktadır. Şimdiye kadar hastaların yüksek ve orta sosyo ekonomik ve kültürel düzeydeki kişilerde görüldüğü saptanmıştır. Son 15 yıldır bu hastalıkların görülme sıklıklarının sosyal sınıflara göre

dağılımları ortadan kalkmıştır. Ayrıca hastaların utanmaları nedeniyle hastalık kronikleşip başlangıcından yıllar sonra tedaviye başlanabilmektedir. Hastalıklar kronikleşince hastalıktan ölenlerin sayısı artmaktadır. Son 30 yıldır ölüm oranının % 15 olduğu bilinmektedir.

Anoreksia nervozada ilk olarak; kronik zayıflık komplikasyonları, ikinci olarak, açlık nedeniyle mortalite daha sık görülmektedir. Bulimia nervozalılarda mortalitenin çoğu ilk olarak, metabolik düzensizlik, ikinci olarak, yediğini kusma davranışı sonucu özellikle düşük kan potasyum düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Her iki hastalıkta knonikleşince genellikle intiharla sonuçlanmaktadır. Tedavi edilmeyen hastaların sosyal iş ve kişiler arası ilişkileri bozulmaktadır.

Anoreksia ve Bulimia Nervozada Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler

Yeme davranışındaki bozuklukların gelişimindeki risk faktörleri şunlardır (1):

Kişisel Faktörler

Özerklik, kimlik kaygısı

İdrak bozukluğu

Zihnin sürekli kilo ile meşgul olması

Kronik hastalıklar (diabet vs.)

Ailesel Faktörler

1- Kalıtımsal yatkınlık

Ailede yeme davranışı bozukluğu

Ailede alkolizm ve ruhsal hastalıklar

Ailede şişmanlık hikâyesi (Bulimia)

2- Kültürel faktörler

3- Özerklik ve ayrılık gibi anne-çocuk ilişkisindeki sorunlar

Kültürel Faktörler

Zayıf olma baskısı

Birşeyi yapma baskısı

Belirtilen risk faktörleri nedeniyle hastalığa yatkın kişilerde görülen

kendine güvensizlik, çaresizlik, kaabiliyetsizlik gibi psikolojik bozukluklara ilk cevap diyet yapma veya yiyecek kısıtlamaya karar vermedir. Diyet yapma hastada kendine sahip olma ve kontrol duygusu oluşturarak, psikolojik rahatsızlığa karşı geçici rahatlama duygusu oluşturmaktadır. Fakat temelde yatan sorunlar çözümlenemediği gibi açlık yeni sorunlar yaratmaktadır. Bu döngü derece derece kötüleşerek açlık belirtileri oluşana dek sürmekte veya yeme-yediğini kusma şeklinde devam etmektedir.

Açlığın sıklıkla görülen fiziksel ve psikolojik etkileri şöyle özetlenebilir.

Fiziksel belirtiler: Deri kuruluğu, saç dökülmesi, tırnakların kolay kırılması, karoten pigmentasyonu, ortostatik hipotansiyon, gaz, kabızlık, çabuk doyma, amenore, hipoglisemi (düşük kan şekeri), hipokalemi (düşük kan potasyumu), hipertermi (düşük vücut ısısı), büyümede duraklama, osteoporozise bağlı kırıklar.

Psikolojik bozuklukların başlıcaları: karamsarlık, alınganlık, cinsel istek azalması ve uykuda düzensizliklerdir.

Açlığın fiziksel ve psikolojik belirtileri beslenme tedavisi sonucu ortadan kalkmaktadır. Vücut şekli ile ilgili düşünceler ve hastanın kendisini zayıflığa mahkum etmesi açlık oluşturmak değil hastalığın önemli psikolojik belirtileridir.

Bulimia nervozalı hastaların çoğunda hastalık öncesi arzu edilenden daha fazla kiloya sahip oldukları için önce fazla yeme, sonra istenmeden alınan enerjiyi uzaklaştırmak için kusma görülmektedir.

Anoreksia ve Bulimia Nervozanın Tedavisi

Anoreksia ve bulimia nervozada psikolojik faktörler de rol oynadığı için sadece beslenme eğitimi ve tedavisi etkili olmamaktadır. Çok yönlü tedaviye gerek duyulmaktadır (1-3). Tedavinin amaçları:

- 1- Normal yeme sistemine dönme ve arzu edilen kiloyu yeniden kazanma,
- 2- Kilo kontrolü ve yeme sorunlarını kişisel sorunlardan ayırmak,
- 3- Kişisel sorunları psikoterapi ile çözmektir.

Kişisel psikoterapi, grup terapisi, aile psikoterapisi ve davranış terapisinin ortak amacı, hastayı yeniden fiziksel sağlığına kavuşturmak, belirtileri azaltmak, kendine güven ve saygıyı kazandırmak, kişisel ve sosyal gelişimini devam ettirmektir.

Grup terapisinin, kişinin kendini yalnız hissetmemesine, sosyal deneyimlerinin artmasına olumlu katkısı bulunmaktadır. Aile terapisi, kişinin daha olumlu yeme davranışları kazanmasına, iletişimi kolaylaştırmaya ve aile bireylerini birbirlerine daha bağlı hissetmelerine neden olmaktadır. Kişisel terapi, hastaya olumsuz yeme davranışlarının kontrol edilmesi ve sabit fikirlerin uzaklaştırılmasında yardımcı olmaktadır.

Anoreksia nervozalı hastaların yeme davranışı bozukluklarını video kayıt kullanılarak feed back (geri itilim) mekanizması ile düzeltmek için yapılan bir çalışmada, hastaların obsesif yeme davranışları (çok titiz yiyecek ölçümleri, fazla su içme veya yemekle beraber içecek içme) ve sofraya düzeninde (elle yeme, alışılmamış yiyecek karışımları, uygun olmayan sandviçler, mutfakla yemek masası arasında gereksiz gidip gelme, yiyeceklerle ilgili hoşnutsuzluğunu belirtme) olumlu gelişmeler olduğu saptanmıştır. Sonuçta, hastaların video kayıttan daha önce yemek sırasında duydukları rahatsızlıkları izlemelerinin ve feed back sistemi ile tedavinin olumlu etki yaptığı bulunmuştur (4).

Anoreksia ve bulimia nervozalı hastaların tedavisinin hastaneye yatarak mı, yoksa hastaneye kontrole gelerek mi yapılmasına karar vermede aşağıda özetlenen belirtiler gözönünde bulundurulmalıdır.

- 1- Kilo kaybının % 30'dan fazla olması (3 ay içinde)
- 2- Ağır metabolik bozukluklar:
 - Nabız dakikada 40'dan az
 - Vücut ısısı 36 °C'den az
 - Sistolik kan basıncı 70 mm Hg.'dan az
 - Serum potasyumu 2.5 mmol/L'den az (oral potasyum eklenmesine rağmen)
 - Kan üre nitrojeni 30 mg/dL'dan fazla
- 3- Ağır depresyon ve intihar riski
- 4- Aşırı kusma (aspirasyon riski nedeniyle)
- 5- Psikoz riski
- 6- Ailesel bunalım

Çok fazla kilo kaybeden anoreksia nervozalı hastalarda enteral ve total parenteral beslenmeye gerek duyulabilmektedir. Bu hastalarda kilo kazanma haftada 1 kilogramdan fazla olmamalıdır. Çünkü çok hızlı kilo kazanma hastanın yeni vücut ölçüsüne psikolojik olarak adapte olmasına engel olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada, anoreksia nervozalı hastaların hastaneye kabul edilirken, hastaneden çıkarken ve çıktıktan sonraki bir yıl süresince kilo kazanma, yeme davranışları, depresif ruh hali ve obsesif belirtileri incelenmiştir. Yeme davranışları ve depresif ruh halinin hastaneden çıkarken ve bir yıl izleme boyunca önemli ölçüde düzeldiği, fakat halâ yeterli olmadığı belirtilmiştir. İzleme döneminde hastaların tekrar eskiye dönmelerinde hastalığın başlangıç yaşının geç olması, önceki psikiyatrik tedaviler, hastalığın süresi, kilo kaybının şiddetinin etkili olduğu bulunmuştur. Hastaneden çıkışın yeterli kilo kazanma sağlanınca gerçekleşmesi ve önemli psikolojik değişim sağlanabilirse kilonun uzun süreli korunabileceği sonucuna varılmıştır (5).

Arzu edilen kiloya ulaşamayan hastalarda bunun nedenleri şunlardır:

- 1- Yiyecek ve içecekleri çekmcelere saklamak, tuvalete akıtıp temizlemek, pencereden atmak, diğer hastalara vermek, yatakların altına saklamak,
- 2- Kusma (hastalar çok çabuk kusabilir bu nedenle hasta hissettirilmeden yakın gözleme alınmalıdır),
- 3- Laksatiflerin amaç dışı kullanılması (ziyaretçiler getirebilir veya hasta izinle hastane dışına çıkınca satın alabilir),
- 4- Aşırı egzersiz

Hastalar ayrıca kilo kazandıkları izlenimini vermeye çalışabilirler. Bunun için,

- 1- Tartımdan önce fazla sıvı içerler,
- 2- Elbiselerin altına ağırlık gizlerler,
- 3- Birkaç kat elbise giyerler,

4- İsteyerek kabız olurlar ve böylece kilolarında anlaşılmasın diye değişiklikler meydana gelir. Bu nedenle hastaların ne zaman tartılacaklarını bilmemeleri, çıplak veya az giysiyle, aynı tartıyla ve aynı personel tarafından tartılmaları gerekmektedir. Anoreksia nervozalı

hastalarda uzun süreli kilo değişiklikleri enerji dengesinin ve yeterli beslenmenin anlamlı bir göstergesidir. Kısa süreli kilo değişiklikleri yeterli bir gösterge değildir (6). Yapılan bir çalışmada, anoreksia nervozalı hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak için hastaların aktivitelerinin azaltılmasının yararlı olacağı belirtilmiştir (7). Yapılan bir başka çalışmada ise, yaş ortalamaları 25 olan anoreksia nervozalı kadınlarda, diyetle yetersiz kalsiyum alınması, tedavi programlarının fiziksel aktiviteyi azaltması nedeniyle kemik yoğunluğunda azalma ve osteoporozis görüldüğü belirlenmiştir. Sonuçta, diyete kalsiyum ekleme veya östrojen tedavisinin yararlı olduğu, fiziksel aktivite artırılarak iskelet sisteminin korunabileceği belirtilmiştir (8).

Anoreksia nervozalı hastaların, bulimia nervozalı hastalara göre, sabit kiloyu devam ettirebilmeleri için % 30-50 oranında daha fazla enerji alımına gerek duydukları belirtilmiştir. Ayrıca, anorektiklerde yeme için motivasyonlarının az olması ve enerji metabolizmalarının daha az elverişli olması nedeniyle kilo kazandıktan sonra devamının sağlanması daha zordur. Bu nedenle tedavinin devamı zorunlu olmaktadır (9).

Yapılan bir çalışmada hastanede yatan 30 anoreksia nervozalı kadın hastada çinko yetersizliğine bağlı olarak, hastaların ilk olarak acı ve ekşi tad duyusunda azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca iyi beslenen ve diyetlerine çinko eklenen hastaların kilo kazandıkları bulunmuştur (10).

Hastaneye yatmadan kontrole gelerek tedavi olan hastaların iki haftada bir hastaneye gelerek kilolarını ve uyguladıkları diyetlerin yeterliliğini kontrol ettirmeleri gerekmektedir. Bu hastalara hastaneye kontrole gelmeleri için güven verilmelidir. Hastalar tartılmalı, kilodaki değişiklikler tartışılmalı, cesaretlendirilmeli, her akşam, bir sonraki gün için yemek plânlaması yapmaları için teşvik edilmelidirler (2).

Bulimia Nervozanın Tedavisindeki Amaçlar:

- 1- Hastaların kendine güvenini kazandırmak,
- 2- Kusmayı azaltmak ve bazı ilaçları amaç dışı kullanmayı engellemek,
- 3- Normal yeme davranışını yeniden kazandırmak,
- 4- Normal vücut ağırlığını kazandırmaktır.

Hastanede yatan hastalara 3 ana öğün verilmelidir. Tatlı, çikolata, bisküvi, limonata, şekerleme gibi karbonhidrattan zengin yiyecekler verilmemelidir. Bulimik hastaların çoğu, laksatif kullanmakta ve fazla posalı yiyecekleri tüketmektedirler. Hastaların dışkılama alışkanlıkları incelenerek, normal dışkılamaya geçene dek cesaret vererek izlenmelidirler. Çünkü bu hastalar normal dışkılamamın şişmanlığa yol açacağını düşünerek paniğe kapılır ve kusmaya yönelirler. Hastalara kusmanın tıbbi ve metabolik olumsuz etkileri anlatılmalıdır. Hastaların hastaneden çıktıktan sonra da yakından izlenmesine gerek duyulmaktadır. Başlangıçta hastalardan hastaneye haftalık ziyaretler yapması, diyetlerinin bileşimini beslenme uzmanına gösterebilmesi için yiyecek günlüğü tutması istenmektedir.

Vücut ağırlığındaki değişiklikler tedavinin en önemli göstergesidir. Tedaviden sonra kilo, yeme alışkanlıkları ve problemleri ile ilgili karşılaşılan sorunları sormak için bireysel veya grup olarak düzenli ziyaretler olumlu sonuç vermektedir. Yapılan bir çalışmada, davranış terapisi ve grup psikoterapisinin bulimia nervozalı hastalarda depresyon ve davranış semptomlarında azalmaya neden olduğu, ayrıca kendine güven duymada olumlu etkiler yaptığı saptanmıştır (11). Benzer konuda yapılan diğer bir çalışmada ise, grup tedavisi uygulanan hastaların çok yeme ve kusma davranışlarında azalma olduğu, grup tedavisinin bulimia nervozanın belirtilerini azalttığı, hatta ortadan kaldırdığı belirtilmiştir (12).

SONUÇ

Son 15 yıldır anoreksia ve bulimia nervoza hakkında yapılan araştırmalar sonucu, bu hastalıklar hakkındaki bilgiler artmaktadır. Son yıllarda bu hastalıkların morbidite ve mortalite oranlarında da artış görülmektedir. Özellikle sporcu, dansçı, manken, gençler ve bayanlar gibi vücut yapısı ve görünümü ile fazla ilgilenen gruplarda önemli halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu hastalıklar için etkili tedavi yolları, açlığın olduğu kadar, psikolojik sorunların da ortadan kaldırılmasıdır. Yine de bu iki hastalık hakkında cevapsız birçok soru bulunmaktadır. Hastalığın oluşumunda öncelikle genetik ve aile ortamının etkili olduğu belirtilmektedir. Halk sağlığı diyetisyenleri ve eğitimcileri halkın eğitiminde önemli rol oynamaktadırlar. Bu nedenle, anoreksia ve bulimia nervozanın farkında olmaları için halkı uyarma, diyet yapma, sağlıklı kilo ayarlamasını vurgulamak için halkın dikkatini çekmelidirler.

SUMMARY
EATING DISORDERS
(Anorexia nervosa and bulimia nervosa)

Ersoy, G.

In this article; indentifying and treatment of the anorexia and bulimia nervosa illnesses had been discussed.

KAYNAKLAR

1. Woodside, D.B., Garfinkel, P.E., Glanville, H.T., Leichner, P.P., Tonkin, R.S.: An Overview of the Eating Disorders Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Nutrition Today*, May/June, 27: 1989.
2. Thomas, B., Allen, R.J.L.: *Psychiatric Disorders, Manual of Dietetic Practice*, Blackwell Scientific Publications, 501, 1988.
3. Herzog, D.B., Copeland, P.M.: Eating Disorders, *The New England Journal of Medicine*, 313:295, 1985.
4. Wilson, A.J., Touyz, S.W., O'Connor, M., Beumont, P.J.V.: Correcting The Eating Disorder In Anorexia Norvosa, *Journal of Psychiatric Research*, 19: 449, 1985.
5. Channon, S., Desilva, W.P.: Psychological Correlates of Weight Gain in Patients with Anorexia Nervosa, *Journal of Psychiatric Research*, 19: 267, 1985.
6. Dempsey, D.T., Crosby, L.O.,Pertschuk, M.J., Feurer, I.D., Buzby, G.P., Mullen, J.L.: Weight Gain and Nutritional Efficiency in Anorexia in Nervosa, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 39: 236, 1984.
7. Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., Obarzanek, E., George, D.T.: Relative Importance of Calorie Intake Needed to Gain Weight and Level of Physical Activity in Anorexia Nervosa, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 47: 989, 1988.
8. Rigortti, N.A., Nussbaum, S.R., Herzog, D.B., Neer, R.M.: Osteoporosis in Women with Anorexia Nervosa, *The New England Journal of Medicine*, 311: 1601, 1984.
9. Kaye, W.H., Gwirtsman, H.E., Obarzanek, E., George, T., Jimerson, D.C., Ebert, M.H.: Caloric Intake Necessary for Weight Maintenance in Anorexia Nervosa: Nonbulimics Require Greater Caloric Intake than Bulimics, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 44: 435, 1986.

10. Casper, R.C., Kirschner, B., Sandstead, H.M., Jacob, R., Davis, J.M.: An Evaluation of Trace Metals, Vitamins and Taste Function in Anorexia Nervosa, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 33: 1801, 1980.
11. Freeman, C., Sinclair, F., Turnbull, J., Annandale, A.: Psychotherapy for Bulimia a Controlled Study, *Journal of Psychiatric Research*, 19: 473, 1985.
12. Huan, G.F., Brown, L.B.: Evaluating a Group Treatment for Bulimia, *Journal of Psychiatric Research*, 19: 479, 1985.