

Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ergenler Etiyolojisi İle İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme Ve Tedavi

Diğdem M. SİYEZ**

ÖZET

Sosyal duygusal iyiliğin sınıf uyumu ve akademik başarı üzerindeki olumlu etkileri bilinen bir gerçek olup, son yıllarda konuyla ilgili olarak yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. İlgili yazınlarında yeme bozukluğunun okuldaki uyum ve akademik başarı arasındaki bağlantısına ilişkin çalışmalar yer almaktaysa da bunların yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu durumun, yeme bozukluğunun salt tıbbi bir rahatsızlık olarak ele alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının dikkat eksikliği, uyku bozuklukları ile birlikte seyretmesi eğitimsel süreçte, önemli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Davranışsal bir problem olarak yeme bozukluğunun özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde görülme sıklığının yüksek olması, ilköğretim ve ortaöğretim kademelerindeki gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Son yıllarda araştırmacılar ve uzmanlar anoreksiya ve bulimiyanın etiolojisinde birçok etmenin rol oynadığını ortaya koymaktadırlar. Biyolojik ve psikolojik yatkınlık, aile durumu ve sosyal koşulların etkileşimi yeme bozukluklarındaki risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Ancak birey açısından hangi faktörün en önemli rolü oynadığını belirlemek tedavi açısından çok önemlidir. Bunun için eğitim uzmanlarının öğretmenler, okuldaki diğer personel, öğrenciler ve aileden alacağı bilgileri değerlendirmesi önem kazanmaktadır. Bu derleme yazıda yeme bozukluklarının doğası ele alınarak, gelişimsel süreçte, sosyo-kültürel, biyolojik, kişilik, duygusal, ailevi, bilişsel ve davranışsal alanların yeme bozuklukları üzerindeki etkisine değinilerek, eğitim uzmanlarının konuyla ilgili görev ve sorumlulukları tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya, bulimiya, çocuk, ergen.

ABSTRACT

It's a known fact that social emotional wellness has positive effects on the adaptation, and academic achievement and that the studies related to this area are dramatically increasing. Though there are studies on the relation between eating disorders, adaptation and academic achievement, these are not considered as enough. The reason might be eating disorders are tackled as a medical disease. The reverberations of eating disorders on lack of concentration and sleep disorders lead to some problems in educational area. The high frequency of eating disorder among children and adolescents as a behavioral problem necessitates a lot of measures to be taken in primary and secondary schools. The researchers and experts have indicated that so many elements play an important role in anorexia and bulimia. Biological and psychological inclinations, family and social conditions are considered as the risk factors. It's vital to determine which factor has the greatest role for the individual. Hence, the important issue is educational scholars should evaluate the information from teachers, other personel, students, and families. In this review, the emphasis is upon the etiology of eating disorders and how the socio-cultural, biological, personal, emotional, familial, cognitive, and behavioral elements affect eating disorders and what the responsibilities and duties of the educational scholars are.

Keywords: Anorexia, bulimia, child, adolescent.

* Özel Tevfik Fikret Okulları I. Eğitimde Yeni Yönelimler Sempozyumunda bildiri olarak sunulmuştur.

** Diğdem M. SİYEZ Dr., DEU, Buca Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD, didem.siyez@deu.edu.tr

GİRİŞ

En geniş anlamıyla yeme bozuklukları, ruminasyon, pika, anoreksiya ve bulimiyayı içermektedir. Bunlar içerisinde ise öğrencileri en çok anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa ilgilendirmektedir. DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre Anoreksiya Nervosa; yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, kilo almaktan aşırı korkma, beden imgesinde bozukluk ve kızlarda menstrüasyonun kesilmesi gibi semptomları içermektedir. Yine DSM-IV'e göre Bulimiya Nervosada tekrarlayan epizodlar halinde aşırı yemek yeme ve bunu kompense edici davranışlara girmesi söz konusudur. Bulimiya nervosanın iki tipi vardır. Birinci tipte, düzenli olarak kusma, idrar söktürücü ve dışkılamayı arttırıcı ilaçlar kullanılmaktadır. İkinci tipte ise kişide yemek yememe ya da anormal derecede fiziksel ya da vücut egzersizleri gibi alınan enerjiyi telafi edici davranışlar görülmektedir.

Bulimiya nervosa sonucunda bireylerde; dış problemleri, kullanılan ilaçlara bağlı olarak şaşkinlik, sıvı elektrolit kayıpları, halsizlik, mide problemleri, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı fitikleşme ve yara, aşırı ishale bağlı rektumda incelleme görülürken, anoreksiya nervosada durum daha ciddidir ve ölüm riski %4-20 arasında değişmektedir (Kaya ve Çilli, 1997). Ölüm riski dışında hastalarda; kalp rahatsızlıkları, hipotansiyon, böbrek anormallikleri, anemi, ülser ve pankreatit gibi rahatsızlıklar da görülmektedir (Elliot, 1998).

Anoreksiya ve bulimiya arasındaki en önemli farklılıklardan biri bulimiklerin genelde bir şeylerin yanlış gittiğini fark etmeleri anoreksiklerin ise davranışlarının normal olmadığını kabul etmemeleridir. Anoreksiklerde belirgin olarak aşırı zayıflık dikkati çekerken bulimikler genellikle normal kilodadırlar veya normal kilonun çok az altındadırlar. Diğer bir farklılık ise bulimikler bu davranışlarından utanç duyarlar anoreksikler yiyecek miktarını ve kilolarını kontrol ettikleri için kendileri ile gurur duymaktadırlar (Wright, 1996; Korkut, 2004).

Yaşları 10 ile 19 arasında değişen kızlarda anoreksiya nervosa ve bulimia nervosanın yaygınlığı yaklaşık %2 ile %4 arasında değişirken erkeklerde bu oran %0,2 olarak saptanmıştır. Anoreksiya nervosa, kız ergenlerde en sık görülen kronik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır (Göktürk, 2000; Wijbrand-Hoek, van Hoeken, 2003). Bu nedenlerden dolayı yeme bozukluklarının

okullarda göz ardı edilen bir problem olmaması gerekmektedir. Ülkemizde yeme bozuklukları ile ilgili 14-19 yaş arasındaki kız ve erkek lise öğrencileriyle yapılan bir araştırmada grubun %2,5'inde bulimiya, %2'sinde ise anoreksiya bulunmuştur (Yeşilbursa ve ark. 1992, Akt: Korkut, 2004).

1. Değerlendirme

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi kompleks bir yapıdır. Anoreksiya ve bulimiya nervosa sosyo-kültürel, davranışsal, ailevi ve fiziksel olmak üzere bir çok boyutta açıklanabilir. Diagnostik değerlendirmede rahatsızlığın düzeyi önemlidir. Okul danışmanlarının yaptıkları yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış görüşmeler, otobiyografiler ve ölçekler yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Anoreksik olan ergenlerin çok büyük çoğunluğu kilo kayıplarını sakladığı için değerlendirmede vücut kütle indeksi de dikkate alınmalıdır (Akt: Robin ve ark., 1998). Elliot'a (1998) göre bu yaş grubunda tanı koymada anahtar faktör ergenin kendi vücudunu nasıl algıladığıdır.

2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Araştırmacılar son yıllarda yapılan çalışmaların ışığında, anoreksiya ve bulimiyanın etiyojisinde tek bir nedenden çok birden çok etmenin rol oynadığını düşünmektedirler (Jimerson, Pavelski, Orliiss, 2002). Biyolojik ve psikolojik yatkınlık, aile durumu ve sosyal koşulların etkileşimi yeme bozukluklarındaki risk faktörleri olarak kabul edilmektedir.

Her birey açısından hangi faktörün en önemli rolü oynadığını belirlemek tedavi açısından çok önemlidir. Bunun için de eğitim uzmanlarının öğretmenlerden, okuldaki diğer personelden, öğrenciler ve aileden alacağı bilgiler çok önemlidir.

2.1.Cinsiyet Faktörü

Cinsiyet faktörü açısından ele alındığında, yeme bozuklukları kızlarda erkeklere göre 8-12 kez daha fazla görülmektedir (Göktürk, 2000). Bunun sebebi olarak genç kızların özellikle ergenlik döneminde yaşadıkları bedensel değişim gösterilebilir. Bu dönemde vücuttaki yağ oranı artarak, göğüsler belirginleşir ve kalçalar genişler bunlara bağlı olarak da birçok kadın bu dönemde kilo almaya başlar. Bu durum kişiyi toplumun belirlediği ideal ölçülerden uzaklaştırır (Jimerson, Pavelski, Orliiss, 2002).

2.2. Aile Faktörü

Fonseca, Ireland ve Resnick (2002), tarafından toplam 1996 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir araştırmada erkeklerde yeme bozukluklarıyla ilgili en önemli risk faktörü olarak ebeveyn tarafından aşırı derecede kontrol edilme ve geçmişte cinsel istismar olarak bulunurken; kızlardaki en önemli risk faktörünün ise çocukluk dönemindeki cinsel istismar olduğu belirtilmiştir.

Aile yapısı itibarıyla hareket özgürlüğünün verilmemesi ve aile işleyişi açısından yeterli doyum sağlanamayan ilişkilerin varlığının, kişiyi bu bozuklukları göstermeye eğilimli hale getirebileceği belirtilmektedir. Yeme bozukluğu olan çocukların, ailelerini daha az empatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu olarak buldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca bu ailelerin çocuklarından başarı beklentisinin yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Lattimore, Wagner, Gowers, 2000; Tozzi ve ark. 2003).

Yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde aile içi problem ve tartışmalara, depresyon, anksiyete, alkolizm ve diğer psikiyatrik bozukluklarla şişmanlık veya herhangi bir yeme bozukluğuna daha çok rastlanmaktadır (Tozzi ve ark., 2003).

2.3. Sosyo-Kültürel Faktörler

Toplumun zayıflıkla ilgili normlarının yeme bozukluklarının etyolojisinde önem taşıdığı belirtilmektedir (Ricciardelli ve McCabe, 2003).

Patton ve arkadaşları da (1999) zayıf olmakla ilgili toplumsal baskının yeme bozukluklarında bir risk faktörü olduğunu ama bu faktörün tek başına yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Akt: Tozzi ve ark., 2003)

2.4. Biyolojik Faktörler

Yeme bozukluklarının açıklanmasında biyolojik modelde genetik yatkınlıktan bahsedilmektedir (Jimerson, Pavelski, Orlist, 2002). Ancak yatkınlığı belirleyen kalıtsal bir faktör belirlenmemiştir (Göktürk, 2000).

2.5. Psikolojik Faktörler

Altman ve Lock (1987) yeme bozukluğuyla ilgisi olan psikolojik ve davranışsal faktörleri değerlendirmiş ve özellikle de bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki beslenme zorluklarının daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan yeme bozukluğuyla bağlantısı olduğunu

belirtmişlerdir. Yazarlar aynı zamanda boyun eğen, mükemmeliyetçi, utangaç, depresif ve obsesif eğilim taşıyan kişilerin anoreksik bozukluk geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ciddi boyutta stresli yaşantılara maruz kalan çocukların normal çocuklara göre yeme bozuklukları riski taşımalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Anne çocuk arasında sevgi bağının güvensiz olmasının da yeme bozukluklarında rolü olduğu düşünülmektedir (Akt: Cervera ve ark., 2003).

Anoreksiya nervosada hastalık öncesi kişilik özellikleri farklılık gösterebilmektedir. Ancak açlık durumu karakteristik biçimde kişileri etkiler. Sıklıkla kendilerini başkalarından ayırma, inziva ve gizlilik, aile üyelerine yabancılaşma vardır. Mizaçta değişiklik ve irritabilite artışı görülür (Göktürk, 2000).

Anoreksiya nervosanın özellikle kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmayan kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Kişi kendisine kontrol edebileceği alan olarak kendi bedenini ve kilosunu seçer. Bu durum ilk başlarda kişiyi çok memnun eder. İlk birkaç kilo verildikten sonra tatmin daha da artar ancak sonrasında kilo vermek başlı başına bir amaç haline gelebilir (Jimerson, Pavelski, Orlist, 2002).

Araştırmalar anoreksiya ve bulimiya hastalarının benlik değerlerinin diğer kişilere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, bireyin benlik değerini dış görünüşüne endekslemiş olması olabilir. Dış görünüşünün toplumsal ideallere uymaması halinde kişi kendisini değersizleşmiş hisseder ve değerini artırmanın yolu ise kilo vermektir. Kilo azaldıkça benlik değeri artmaktadır (Gual ve ark., 2002; Subaşı ve ark., 2001).

3. Müdahale Yöntemleri

Varnado-Sullivan (1998) tarafından yapılan çalışmaya göre 6. ve 7. sınıflardaki kızların %83'ü yeme bozuklukları ile ilgili olarak risk grubunda yer almaktadır (Akt: Varnado-Sullivan, ve ark. 2001).

Eğitim uzmanları yeme bozukluğu olan öğrencilere yardımda önemli bir yere sahip oldukları gibi bozukluğun önlenmesinde önemli bir rol oynarlar. Yeme bozukluğu prevalansının artması ve hastalığın ciddiyeti düşünüldüğünde okul temelli müdahale programlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Müdahale süreci üç aşamadan oluşur: a) Birincil önlemede risk grubu belirlenmeksizin genel popülasyonda

hastalığın ortaya çıkmasına müdahale amaçlanmaktadır; b) İkincil önlemede, genel popülasyondan çok özellikle yüksek risk taşıyan bireylerin ve grupların ihtiyacını karşılamak için seçici programlar oluşturulmaktadır; c) Üçüncül önlemede hastalıkla ilgili minimal düzeyde de olsa semptomları taşıyan yüksek risk grubundaki kişilere, spesifik prosedür uygulanmaktadır.

Müdahale programlarının etkili olabilmesi için ergenlerin yeme tutumu ile ilgili davranışlarının ve inançlarının kökleşmeden değiştirilmesi gerekmektedir (Smolek ve ark., 1996). Yeme bozukluğu riski taşıyan çocukların erken yaşlarda belirlenerek birincil önleme programlarının uygulanması daha sonraki yıllarda gelişebilecek yeme bozukluğu riskini azaltabilir (Jimerson, Pavelski, Orlist, 2002).

Çok sayıdaki araştırma birincil müdahale programlarının daha sonraki problemlerin ortaya çıkmasını etkili bir şekilde azalttığını ya da elimine ettiğini göstermektedir (Phleps, Johnson & Augustyniak, 1999). Özellikle okullar birincil müdahalenin içerisinde önemli bir yere sahiptir. Okul temelli önleme programları içerisinde; öğrencilere yeme bozukluklarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ile ilgili konferanslar verilmesi, zayıflamaları konusunda kendilerine yöneltilen baskılarla başa çıkma yollarının öğretilmesi, beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, ideal vücut imajı ve mükemmel vücut beklentisi ile sosyo-kültürel değerlerin değerlendirilmesi ve ergenlik dönemindeki fiziksel ve psikolojik değişikliklerle ilgili öğrencilere seminerler verilmesi yer almaktadır (O'Dea ve Abraham, 1999).

Okul temelli önleme programları ile ilgili olarak öncelikle eğitim uzmanlarının yeme bozukluklarının ciddi ve kompleks bir problem olduğunu göz önünde tutmaları gerekir. Uzmanların "anoreksiyayı sadece dikkat çekici bir davranış olarak" veya "bulimiyayı, sadece yemeğe bağımlılık olarak" tanımlamaları sıkıntı yaratmaktadır. İkinci olarak müdahale programları sadece bir kadın problemi veya bazı kızlarda görülen bir sorun olarak düşünülmemelidir. Vücutla ve kilosuyla kafasını meşgul eden erkeklerde de yeme bozukluğu gelişebilir ve vücut formlarını korumak için steroid kullanabilirler. Hem kız hem de erkeklerde görünümle ilgili obsesyonları ve vücutlarıyla ilgili utanç duymaları direkt olarak yeme bozukluğunun gelişimine katkıda bulunmaktadır. Üçüncü olarak da eğer sadece ebeveynleri ve çocukları semptomlar, işaretler

ve yeme bozukluklarının tehlikelerine ilişkin uyarılırlarsa istemeden de olsa bozuk yeme davranışı pekiştirilmiş, müdahale çabaları da boşa çıkmış olur. Örneğin; yeme bozukluğunun semptomları ve işaretleri ile ilgili bilgiler anlatıldığında genç, fiziksel görünümünü değiştirmekle ilgili yeni fikirler edinebilir (kilo vermek için müşil ilaçları veya diyet hapları kullanmak vb). Bunun sonucunda da yeme bozukluğu davranışında artış olabilir. Bu yüzden yeme bozukluklarını önleyici girişimde; a) zayıflıkla ilgili olarak fiziksel, psikolojik ve moral değerleri içeren kültürel obsesyonlarımızı; b) günümüz toplumunda hem kadın hem de erkek için biçimsel olarak bozuk olmanın anlamını; ve c) insanların benlik algıları ile kendilerine saygılarının gelişimini dikkate almak gerekmektedir.

Son olarak eğer mümkünse okullarda müdahale programlarının eğitilmiş uzmanlar tarafından hazırlanması daha faydalı olacaktır.

Okul temelli birincil müdahale programlarının amacı, kişinin kendi vücutuyla ilgili memnuniyetsizliğini tanımlaması ve buna bağlı olarak kişilerin benlik saygılarının ve kişisel yeterlilik duygularının artırılmasıdır (Phelps ve ark., 2000). Bu çalışmaların uzun dönemde faydalı olabilmesi içinde uzman tarafından yapılan çalışmaların aile ve öğretmenler tarafından da mutlaka pekiştirilmesi gerekmektedir (O'Dea ve Abraham, 2000).

Shisslak ve ark. (1996) okul temelli birincil müdahale programlarında gelişimsel düzeyle yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir (Akt: Jimerson, Pavelski, Orlist, 2002).

Ergenlik öncesi dönemdeki stratejiler arasında; çocuklarının yemek yeme özellikleri ve ebeveynlerin kendi yemek alışkanlıklarının çocukları nasıl etkileyeceği konusunda ebeveynleri eğitmek; anaokulunda ve kreşlerde çalışan personele beslenme problemi olan çocukları fark etmelerini öğretmek; öğretmenleri ve ebeveynleri çocuğun aile içerisindeki çatışmalara tepki olarak yeme problemleri geliştirebileceği konusunda dikkatli olmalarını sağlamak; çocuklara sağlıklı yemek ve egzersiz alışkanlıklarını kazandırmak; çocuklara kendi vücutlarını kabullenme konusunda yardımcı olmak; görünümünü beğenmeyen çocukları kişisel yeterliliklerini arttıracak ilgi alanları bulma konusunda çocukları cesaretlendirme sayılmaktadır.

Shisslak ve ark. (1996) müdahale yöntemlerini belirlemek açısından ergenlik dönemini ilk, orta ve son ergenlik olmak üzere üç grupta incelemişlerdir (Akt: Jimerson, Pavelski, Orliss, 2002). Adı geçen yazarlar ön ergenlik için altı strateji önermişlerdir. Bunlar; ergenlik dönemindeki değişiklikleri içeren bilgilerin yaygınlaştırılması, ebeveynlerin ve çocuklarının normal ergen gelişimi hakkında bilgilendirilmesi, bütün bu çabalara arkadaş gruplarının dahil edilmesi, atılganlık eğitimi ve sağlıklı duygusal yaşam için gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, akademik ve sosyal baskılarla başa çıkabilmek için zamanı yönetme ve problem çözme becerilerinin öğretilmesi son olarak da gençleri ideal vücut ağırlıklarıyla ilgili eğitmek. Orta ergenlikte ise dört stratejiden bahsedilmektedir. Birincisi, duygularının üstesinden gelebilmek için bilişsel davranışçı tekniklerin öğretilmesi; ikincisi, kişisel değerlerinin, kendilik değeri ve başarısı üzerine tartışılması ve değerlendirilmesi; üçüncüsü, arkadaş ve aile içi çatışmaların tartışılacağı bir forum oluşturulması ve de dördüncüsü beslenme ve kilo alımıyla ilgili gerçekçi bilgilerin oluşturulmasıdır.

Ergenliğin son dönemindeki müdahale stratejileri ise üç ögeyi içermektedir. İlk olarak, ergeni yeni bir değişime hazırlamaktır (üniversiteye başlama, işe girme vb.). Bir diğeri toplumun hem erkek hem de kadınlar için toplumsal değerleri ve beklentileri anlamasını ve bu konularla ilgili kendi algılarını keşfetmelerini sağlamaktır. Sonuncusu ise toplumun ideal vücut imajı ile mutluluk, benlik algısı ve başarı arasındaki ilişkiyle ilgili sorular sormaktır (Akt: Jimerson, Pavelski ve Orliss, 2002).

4. Risk Grubundaki Öğrenciler

Smolak, Murnen ve Ruble (2000) yaptıkları 34 farklı çalışmanın analizinde atletlerin atlet olmayanlara göre yeme bozukluğuyla ilgili daha ciddi bir risk taşıdığını ortaya koymuştur. Bu durum dansçılar için de geçerlidir. Ulusal, uluslararası veya profesyonel düzeydeki atletler, balet ve balerinler için zayıflığa vurgu yapıldığından yüksek risk altındadırlar. Elde edilen bulgulara dayanarak, yazarlar herhangi bir spor dalıyla ilgilenen bir kız için yeme problemlerine yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi gerektiğinden bahsetmektedirler.

Shisslak ve arkadaşları (1996) atletler için aşağıdaki stratejileri önermişlerdir.

- Yüksek risk taşıyan davranışlar ve aşırı yeme ya da diyetin olumsuz etkileri ile ilgili bilgilendirmeler yapılması,
- Bireylerin kendi vücut ağırlıklarıyla ilgili hassasiyetlerinin azaltılması,
- Ruhsal sağlamlık ve streste başa çıkmayla ilgili bilgilerin verilmesi,
- Atletlerin yaşamında yer alan koçların ve diğer uzmanların da mutlaka konuyla ilgili olarak eğitilmesi gerekir (Akt: Jimerson, Pavelski ve Orliss, 2002).

Dikkat edilmesi gereken bir nokta da bazı ergenlerin yeme bozukluklarını saklamak için vejeteryan yemeklerin ardına saklandığıdır. Yapılan bir çalışmada vejeteryan yemek yiyen ergenlerin normal gruba göre iki kat daha fazla diyet girdikleri ve dört kat daha fazla katı bir diyet uyguladıkları, sekiz kat daha fazla da müşil ilacı kullandıkları belirlenmiştir (Cervera ve ark., 2003).

5. Sağaltım

Yeme bozukluğu olan bireyler çok nadir olarak tedaviyi gönüllü olarak kabul ederler. Çok büyük çoğunluğu akrabalarının, arkadaşlarının baskısı veya okul danışmanı tarafından ikna edilerek tedaviye başlarlar. Az sayıda olan bu gönüllülerin bir grubu da yeme bozukluklarından ziyade depresyon ve kaygı düzeyleri ile ilgili olarak yardım isterler. Danışmanın ilk işi danışanlara değişmeye olan dirençlerinin üstesinden gelmede yardımcı olmaktır. Özellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan yeme bozukluklarının tedavisi oldukça zordur.

Anoreksikler ve bulimikler için yapılandırılan tedavinin tıbbi, psikolojik, ailevi ve beslenme alışkanlıklarını içeren yönleri vardır. Tedavi sürecinde öncelikle yeterli kilo alımının sağlanmasına, fiziksel sağlamlığa kavuşmaya ve düzenli yeme alışkanlıklarına kalındığı yerden devam edilmesine; ardından da çarpık bilişlerin, vücut imajıyla ilgili problemlerin, benlik değerinin yeniden yapılandırılmasına ve kişilik gelişimine, aile ilişkileri ve ebeveyn çocuk arasındaki çatışmaların çözümüne odaklanılır (Robin, Gilray & Dennis, 1998).

Yeme bozukluklarıyla ilgili seçenek olarak tek bir tedavi yöntemi belirlenemediği gibi uygulanacak psikofarmakolojik tedavi de çok net değildir. Bireysel psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi, bilişsel davranışçı tedavi ve eklektik yaklaşımlar yeme bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır.

Hafif ve orta şiddette olgular için ayaktan tedavi önerilir. Hastane yatışı, ciddi beslenme yetersizliği (ideal vücut ağırlığının %35 altında olması), dehidrasyon, elektrolit dengesizliği veya diğer komplikasyonlar olduğunda ve intihar riskinin yükselmesi durumunda ayrıca ayaktan tedavi durumunda aile ile çalışmak zor olduğunda, motivasyon düşük olduğunda ve ayaktan tedaviye cevap alınmadığında düşünülmelidir (Elliot, 1998; Robin ve ark., 1998; Göktürk, 2000).

Wright (1996) yeme bozukluklarının tedavisinin çok güç olduğunu ve geri dönüşün de fazla olduğunu belirtmektedir (Akt: Korkut, 2004).

Anoreksiya nervosa olguların yarısının iyileştiği, dörtte birinin kronik anoreksiya nervosa, dörtte birinin başka bir psikiyatrik bozukluğu olduğu, yüzde altısının ilk değerlendirmeden ortalama yedi yıl sonra intihar veya malnutrisyon komplikasyonları sonucu kaybedildikleri görülmüştür (Göktürk, 2000).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Söz konusu bilgiler ışığında okullarımızda konunun ciddiyeti doğrultusunda önlemler alınmasının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Öncelikle ülkemizde anoreksiya ve bulimiya nervosa ile ilgili tarama çalışmalarının oldukça sınırlı olması nedeni ile okullarda tarama çalışmalarını düzenli olarak yapılması gerektiğine inanılmaktadır. Belirli aralıklarla yapılan tarama testleri ile yalancı pozitif ve yalancı negatif sonuçları da ayrıştırılarak gerçek risk grubundaki öğrenciler belirlenebilir. Gerek risk grubundaki öğrencilere gerekse tüm öğrencilere yönelik olarak kişilik ve sosyal gelişimleri destekleyici grup rehberliği çalışmaları olası sorunların önlenmesinde etkili olacaktır. Bütün bu etkinliklerle birlikte çocuğun ve ergenin yaşantısının önemli bir parçası olan ebeveynlerinin ve arkadaşlarının da konu ile ilgili olarak eğitilmesi, farkındalıklarının artırılması gerekliliğine inanılmaktadır. Öğretmenlerinde sınıf içi rolleri dikkate alındığında erken uyarı sinyalleri ile ilgili olarak öğretmenlere yönelik verilebilecek bir eğitim okul ortamında yapılabilecek önleyici çalışmalar arasında yer almaktadır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). DSM IV, Tanı Ölçütleri Başvuru EL Kitabı. Çeviren E. Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Bijlefeld, M.K. (2001). Food and You Greenwood Publishing Group; Westport, CT, USA.
3. Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M.A., Gual, P., Estevez-Irala, J., Alanso, Y., (2003). Neuroticizm and Low Self-Esteem as Risk Factor for Incident Eating Disorders in A Prospective Cohort Study. International Journal of Eating Disorders, 33(3); 271-280.
4. Elliot, J., (1998). Children in Difficulty: A Guide to Understanding & Helping. Florence, USA: Routledge
5. Fonseca, H., Ireland, M., Resnick, M.D., (2002). "Familial Corralates of Extreme Weight Control Behaviors Among Adolescents". International Journal of Eating Disorders, 32(4); 441-448.
6. Gual, P., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, M.A., Lahortiga, F., Irala-Estevez, J., Cervera-Enguix, S., (2002). "Self-Esteem, Personality, and Eating Disorders: Baseline Assesment of a Prospective Population-Based Cohort". International Journal of Eating Disorders, 31(3);261-273.
7. Göktürk, Ü., (2000). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. İstanbul Üniversitesi, Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
8. Jimerson, S.R., Pavelski, R., Orlist, M., (2002). Helping Children With Eating Disorders: Quessential Research on Etiology, Prevention, Assesment, and Treatment. J. Sandoval'ın edit ettiği Handbook of Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in The Schools, Second edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers,
9. Kaya, N., Çilli, A.S., (1997). "Anoreksiya Nervosa". Genel Tıp Dergisi 7 (2). 107-110.
10. Korkut, F., (2004). Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma. Anı Yayıncılık, Ankara.
11. Köroğlu, E., (1994). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Amerikan

- Psikiyatri Birliği. Hekimler Birliği Yayınları, Ankara.
12. Lattimore, P.J., Wagner, H., Gowers, S., (2000). Conflict Avoidance in Anorexia Nervosa: An Observational Study of Mothers and Daughters. *European Eating Disorders Review*, 8 (5); 355-368.
 13. O'Dea, J.A., Abraham, S., (1999). Improving the Body Image, Eating Attitudes, and Behaviors at Young Male and Female Adolescents: A New Educational Approach That Focuses on Self Esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1); 43-57.
 14. Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D., Nelson, L., (2000). "An Emprically Supported Eating Disorder Prevention Program". *Psychology in The Schools*, 37 (5). 443-452.
 15. Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P. (2003). "Sociocultural and Individual Influences on Muscle Gain and Weight Loss Strategies Among Adolescent Boys And Girls". *Psychology In The Schools*, 40 (2); 209-224.
 16. Robin, A.L., Gilroy, M., Dennis, A.B., (1998). "Treatment Of Eating Disorders In Children And Adolescents". *Clinical Psychology Review* 18(4). 421-446.
 17. Smolak, L., Murnen, S.K., Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (4): 371-380.
 18. Subaşı, N., Yıldız, A.N., Özenay, A., Taşerimez, B., Karagüzel, E., Özel, G., Sevgili M., Yaşar Ş., Öztekin, Z. (2001). "Ankara'da bir Lisede 1. Sınıf Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Taraması Sonuçları". 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-28 Eylül, 2002. Diyarbakır.
 19. Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., Bulik, C.M., (2003). Causes And Recovery in Anorexia Nervosa: The Patients Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2); 143-154.
 20. Varnado-Sullivan, P. J., Zucker, N., Williamson, D. A., Reas, D., Thaw, J., & Netemeyer, R. G. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 248-259.
 21. Wijbrand-Hoek, H., van Hoeken, D., (2003). "Review of The Prevalence and Incidence of Eating Disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 34 (3); 383-396.
 22. Wright, K.S., (1996). The Secret and All-Consuming Obsessions: Anorexia and Bulimia, In Capuzzi D. And Gross D.R. (ed) *Youth Risk: A Prevention Resource for Counselors, Teachers and Parents*, 2nd Ed., 153-181.