



DERLEME / REVIEW

Yeme bozukluklarına genel bir bakış

An overview of eating disorders

Zeynep Çağıl Tümen¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın

Abstract

Eating disorders are very serious conditions that began to appear with the existence of humanity and affect physiological, psychological and social functions that have continued since then. Definitions and diagnostic criteria of eating disorders are stated in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) published by the American Psychiatric Association. There are two eating disorders defined under the heading of eating disorders in the first edition of the book: anorexia nervosa and bulimia nervosa. Since studies on eating disorders have gained importance since the 20th century, studies continue to classify them and develop diagnostic criteria. According to DSM-5, eating disorders are examined in 8 subcategories. These are: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, pica syndrome, rumination disorder, other specified feeding or eating disorders, other unspecified feeding or eating disorders.

Keywords: Eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating, lack of control.

Öz

Yeme bozuklukları insanlığın varoluşu ile beraber görülmeye başlayan ve o zamandan günümüze kadar süregelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal işlevi etkileyen çok ciddi durumlardır. Yeme bozukluklarının tanımları ve tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Derneği'nin yayınladığı Zihin Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM) belirtilmiştir. Kitabın ilk baskısında yeme bozuklukları başlığı altında tanımlanan iki adet yeme bozukluğu vardır: anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza. Yeme bozuklukları üzerine çalışmalar 20. yüzyıldan itibaren ağırlık kazandığı için sınıflandırılmaları ve tanı kriterlerinin geliştirilmesi için çalışmalar devam etmektedir. DSM-5' göre yeme bozuklukları 8 alt kategoride incelenmektedir. Bunlar: anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, pika sendromu, rumantasyon bozukluğu, tanımlanmış diğer beslenme veya yeme bozuklukları, tanımlanmamış diğer beslenme veya yeme bozukluklarıdır.

Anahtar kelimeler: Yeme bozuklukları, anoreksiya, bulimia, tıknırcasına yeme, kontrolsüzlük.

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, fiziksel görünüş, vücut ağırlığı ve beden algısına yönelik oluşmuş olumsuz düşünceler, yeme davranışlarında şiddetli ve sürekli rahatsızlık ve bununla ilişkili rahatsız edici düşünce ve duygularla karakterize edilen davranışsal durumlardır¹⁻⁷. Yeme bozukluklarının insanlığın başlangıcından beri görüldüğü düşünülmekle beraber tanımlanan ilk yeme bozukluğu anoreksiya nervoza olup bu konuyla ilgili ilk yazılı kaynak 1689 yılında yazdığı "Phthisiologia" adlı monografisiyle Richard Morton'a aittir. Morton bu monografide AN hastalarını tanımlamak için "deriyle kaplı bir iskelet" ifadesini kullanmıştır⁸.

Bundan yaklaşık 200 yıl sonra 1874 yılında Sör William Gull hastalığa anoreksiya nervoza adını vermiştir⁸. 2019 yılında yaklaşık 3 milyonunu çocuk ve ergenler oluşturmak üzere 14 milyon kişide yeme bozukluğu vardı¹⁰.

Yeme bozuklukları fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevi etkileyen çok ciddi durumlar olabilirler¹¹⁻¹⁵. Yeme bozuklukları her cinsiyet, yaş, ırk, dini inanç, etnik köken, cinsel yönelim, vücut şekli ve kilosundaki bireylerde görülebilir¹². Bununla beraber genelde ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde başlarlar ve bazıları (özellikle anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) kadınlarda daha yaygın görülür⁷.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Zeynep Çağıl Tümen, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,

E mail: zeynepptumen@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 31.10.2023 Kabul tarihi/Accepted: 08.11.2023

Yapılan çalışmalar doğrultusunda yeme bozukluklarının gelişiminde birçok farklı etkenin birlikte görüldüğü saptanmıştır. Toplum baskısı, beden algısındaki değişimler, vücut ağırlığının

artmasına yönelik duyulan korku, olumsuz yeme davranışları ve sosyal ilişkilerdeki başarısızlık bunlardan bazılarıdır^{4,16}.

Tablo 1. Yeme bozukluklarının risk faktörleri⁴

Bireysel Risk Faktörleri	Ailesel Risk Faktörleri	Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri
Biyolojik Erken maturasyon Şişmanlık	Ebeveynler Şişmanlık Aşırı koruyuculuk Dışlanma Kayıp ya da yokluk Fiziksel ya da cinsel istismar	Çevresel Ağırlık kaygısı Alay konusu olma Grup içinde zayıf olma idealistiği Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası
Kişilik Düşük benlik algısı Tepkisizlik Mükemmeliyetçilik Olaylarla baş etmede yetersizlik Beden memnuniyetsizliği	Ailesel Yapı Aile içi çatışma Beden şekli üzerinde kaygı Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık	Toplumsal Cinsiyet rolü çatışması Medya baskısı Başarı için fiziksel görünümün önemi Baskın kültürün güzellik zayıflık ideali
Davranış Diyetsel kısıtlama Flörte başlama Ağırlık kaygısı		

Yeme bozukluğu tanı ve sınıflandırılmasında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınladığı Ruhsal Hastalıklarının Tanımsal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) kullanılmaktadır. DSM'nin son baskısı (DSM-5) 2013 yılında yayınlanmış olup Yeme Bozuklukları sekiz başlıkta incelenmiştir². Bunlar:

1. Anoreksiya nervoza
2. Bulimia nervoza
3. Tıknırcasına yeme bozukluğu
4. Kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu
5. Pika sendromu
6. Ruminasyon bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları
8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu makalede yukarıdaki yeme bozukluklarının ilk yedisinin tanı ve tedavi yöntemlerinden bahsedilmiştir. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları üzerine araştırmalar halen devam etmekte ve tanı kriteriyası geliştirilmektedir.

ANOREKSIYA NERVOZA

Anoreksiya nervoza kilo kaybı (veya büyüyen çocuklarda uygun kiloya ulaşılamaması), boya uygun kilonun korunmasında zorluk çekme ve birçok bireyde çarpık beden imajı ile karakterize edilen bir yeme bozukluğudur¹. Anoreksiya nervozanın görülme sıklığındaki tarihsel ve kültürler arası değişkenlik, bunun zayıflığa değer veren kültürler ve ortamlarla ilişkisini desteklemektedir¹⁴. Modellik, elit atletizm ve dans gibi zayıflığı teşvik eden meslek ve işler AN riskini arttıran faktörlerdir³. DSM-5 tanı ölçütlerine göre kişinin AN tanısı alabilmesi için enerji alımının gereken miktara göre kısıtlanmasının yaş, cinsiyeti gelişimsel gidişat ve fiziksel sağlık bağlamında önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açması; kilo almaktan ya da şişmanlamaktan yoğun korku duymak veya önemli ölçüde düşük kiloda olmasına rağmen kilo almayı engelleyen ısrarcı davranışlar göstermesi; kişinin vücut ağırlığının veya şeklinin algılanmasında bozukluk, vücut ağırlığının veya şeklinin öz değerlendirme üzerinde aşırı etkisi veya mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin sürekli olarak anlaşılmasında gerekmektedir². Anoreksiya nervozanın iki farklı türü bulunmaktadır:

1. Kısıtlayıcı tip: Bireyler kilo kaybını öncelikle diyet, oruç tutma ve/veya aşırı egzersiz yoluyla sağlar¹⁴.
2. Tıkınırcasına yeme/çıkarma tipi: Son 3 ay boyunca kişi tekrarlayan tıkınırcasına yeme ve/veya çıkarma atakları geçirir (örn: kendi kendine kusma ya da müshil ilaçlarının, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış kullanımı)¹⁴.

Bu açlık veya yediğini geri çıkarma davranışları zamanla dehidrasyon kaynaklı baş dönmesi/bayıma, kırılğan saç/tırnak, soğuk intoleransı ve kas zayıflığı, mide yanması ve reflü (kusanlarda), yemekten sonra şiddetli kabızlık, şişkinlik ve dolgunluk hissi, kompulsif egzersizden kaynaklı stres kırıkları ve osteopeni veya osteoporozla sonuçlanan kemik kaybı, depresyon, sinirlilik, anksiyete, konsantrasyon eksikliği, yorgunluk ve kadınlarda menstrüal döngünün sekteye uğraması hatta durmasına yol açabilir⁷. Hastalığın ciddiyetini ölçmek için vücut kitle indeksine bakılır¹⁴:

1. Hafif: BMI ≥ 17 kg/m²
2. Orta: BMI = 16 to 16.99 kg/m²
3. Ağır: BMI = 15 to 15.99 kg/m²
4. Aşırı: BMI < 15 kg/m²

Anoreksiya nervoza ölümcül olabilir¹³. Diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştırıldığında son derece yüksek bir mortalite (ölüm) oranına sahiptir¹³. Bu hastalığa sahip bireyler açlığa bağlı tıbbi komplikasyonlardan ölme riski taşır¹³. İntihar, anoreksiya nervoza tanısı alan bireylerde ikinci önde gelen ölüm nedenidir¹³. Özellikle kusan veya müshil kullanan hastalarda kalp ritmi anormalliklerine, böbrek problemlerine veya nöbetlere yol açabilir⁷.

Tedavisinde çok farklı yöntemler kullanılabilir. Hastaneye yatış, kısmi yatış, ayaktan tedavi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), aile terapisi, ilaç tedavisi gibi birçok yöntem bireysel farklılıklar ve hastalığın patofizyolojisine göre kullanılabilir⁴.

BULIMIA NERVOZA

Bulimia nervoza kısa sürede aşırı miktarda (bulantı veya kusma noktasına gelene kadar) yemek yeme ardından bu aşırı miktarda yemenin etkilerini geri almak veya telafi etmek için sağlıklı yöntemler kullanma (kendi kendine kusma, oruç tutma, müshil

ilaçlarının yanlış kullanımı, kompulsif egzersiz gibi) döngüsüyle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur¹². Yemek yeme atakları belirli bir zaman diliminde çoğu insanın benzer bir zaman diliminde ve benzer koşullar altında yiyebileceğinden kesinlikle daha fazla yiyecek yemek ve bu süre içerisinde yeme üzerinde kontrol eksikliği ile karakterize edilir². Genellikle ergenlikte ve yetişkinliğin erken dönemlerinde başlar, ergenlik öncesi veya 40 yaşından sonra başlaması nadir bir durumdur¹⁴. Bulimia nervoza hastaları zayıf, normal kiloda, kilolu hatta obez olabilirler ancak bulimia nervoza semptomları taşıyan önemli ölçüde zayıf hastaların aşırı yeme/çıkarma tipi anoreksiya nervoza hastası olduğu kabul edilir⁷.

DSM-5'e göre kişinin bulimia nervoza tanısı alması için tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları geçirmesi, kendi kendine kusma, müshil ilaçlarının veya diğer ilaçların yanlış kullanımı, oruç tutma veya aşırı egzersiz gibi kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz davranışlar, aşırı yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisinin de ortalama olarak üç ay boyunca haftada en az bir kere ortaya çıkması, kişisel değerler vücut şekli ve ağırlığına göre verilmesi, bozukluğun sadece anoreksiya nervoza atakları sırasında ortaya çıkmaması gerekir². Hastalığın şiddeti DSM-5'te uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre sınıflandırılmıştır²:

1. Hafif: Haftada 1-3 kez
2. Orta: Haftada 4-7 kez
3. Ağır: Haftada 8-13 kez
4. İleri derece: Haftada > 14 kez

Bireyin bulimia nervoza hastası olması kilosunun normal olması, davranışlarını gizlemeleri gibi sebeplerden dolayı yakınlarının gözünden kaçabilir. Kişinin bulimia nervoza hastası olduğunu gösteren diğer işaretler: yemekten hemen sonra tualete gitmek, kronik boğaz ağrısı, yanaktaki tükürük bezlerinin şişmesi, sürekli sebebi açıklanamayan ishal, diş minesinin mide asidi tarafından aşınması sonucu oluşan diş çürüğü, mide ekşimesi ve gastroözofageal reflü olarak sıralanabilir⁷.

Bulimia nadiren; özofagus yırtılmaları, mide yırtılması ve tehlikeli kardiyak aritmiler gibi potansiyel olarak ölümcül komplikasyonlara yol açabilir⁴. Tedavisinde bilişsel davranışçı terapi gibi bireysel terapi yöntemlerinin yanı sıra grup terapisi, aile terapisi ve bazı antidepresanlar kullanılabilir⁷.

TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, tekrarlayan (yaklaşık üç ay boyunca en az haftada bir kere) genellikle çok hızlı gerçekleşen ve rahatsız edici noktaya kadar devam eden aşırı miktarda yemek yeme ataklarıyla karakterize edilen ciddi, yaşamı tehdit eden ve tedavi edilebilir bir yeme bozukluğudur¹. Bu bozukluğa sahip bireyler tıpkı bulimia nervoza hastaları gibi aşırı yeme sonrasında kontrol kaybı hissi sonrasında utanç, sıkıntı veya suçluluk duygusu yaşasalar da bulimia nervoza hastalarının aksine yiyeceklerden kurtulmak için kusma, oruç tutma, kompulsif egzersiz yapma veya müshil ilaçlarının kötüye kullanılması gibi telafi edici davranışları göstermezler⁷. Tıkınırcasına yeme bozukluğu obezite, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir⁷. Tıkınırcasına yeme epizodları aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) ile birlikte seyreder⁷:

1. Normalden çok daha hızlı yemek yemek.
2. Rahatsız edici derecede tok hissedene kadar yemek yemek.
3. Fiziksel olarak aç hissetmediğiniz halde yemek yemek.
4. Ne kadar yediğinden utandığı için tek başına yemek yemek.
5. Sonrasında kendinden tiksime, depresif ya da çok suçlu hissetme.

Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireyler özgüven eksikliği/düşük özsaygı, çok miktarda yiyeceğin kısa sürede ortadan kaybolması veya çok miktarda yiyecek tüketildiğini gösteren çok sayıda boş ambalaj ve kap dahil olmak üzere aşırı yemenin kanıtı, tuhaf yerlere yemek saklama, tıkınırcasına yeme seansları için hayatında belirli bir zaman dilimi belirleme veya ritüeller oluşturma, sürekli perhiz yapma, vücut şekli ve kilosu konusunda aşırı endişe gösterme, konsantrasyon bozuklukları, mide krampları, diğer spesifik olmayan mide-bağırsak şikayetleri (kabızlık, asitli reflü vb.), kilo alma/verme konusunda gözle görülür dalgalanmalar gibi duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlar gösterebilirler¹². İlk basamak tedavisi bilişsel davranışçı psikoterapidir^{9,10}.

Lisdexamfetamine ve kişiler arası psikoterapinin etkili olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır^{5,16}.

KAÇINGAN/KISITLAYICI GIDA ALIM BOZUKLUĞU

Kaçıngan/kısıtlayıcı yeme bozuklukları besin ya da yemeye karşı ilgi kaybı, besinin koku, görünüm gibi duylara hitap eden özelliklerine karşı kaçınganlık, yemenin aversif sonuçlarından endişe etme özellikleri ile karakterize edilen yeme ya da beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır⁴. Hastaların hangi sebeple hangi besinlerden kaçındıkları oldukça çeşitlilik göstermektedir. Hastalığın prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber %1,5 civarında olduğu tahmin edilmektedir⁶.

Tüketilen gıdanın miktarında ve/veya türünde sınırlamalar içermesiyle anoreksiya nervozaya benzerken vücut şekli veya boyutuyla ilgili herhangi bir sıkıntı ya da şişmanlık korkusu içermemesiyle anoreksiyadan ayrılır¹.

Kaçıngan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu DSM-5'te yeni bir tanıdır ve daha öncesinde bu bozukluktan 'Seçici Yeme Bozukluğu' olarak bahsedilmiştir¹. Kaçıngan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu gıdanın bulunmamasına bağlı gıda kısıtlamasını, normal diyet, dini oruç gibi kültürel uygulamalar veya yemek seçen küçük çocuklar gibi gelişimsel olarak normal davranışları kapsamaz⁷. Kaçıngan/kısıtlayıcı yeme bozukluğuna sahip bir birey düzgün bir şekilde büyümek ve gelişmek ve yetişkinlerde temel vücut fonksiyonlarını sürdürmek için yeterli kaloriyi tüketmez¹².

Çocuklarda bu, kilo alımının durmasına ve boyuna büyümeye neden olurken yetişkinlerde kilo kaybına neden olur¹². Bu bozukluğa sahip insanlarda belirgin kilo kaybı (veya çocuklarda beklenen kiloya ulaşamaması veya büyümenin yavaşlaması), ciddi beslenme yetersizliği, beslenme tüpü veya oral besin takviyelerine bağımlılık, psikososyal işlevsellikte belirgin bozulma durumlarından bir veya daha fazlası görülebilir⁷. Bugüne kadar literatürde uygulanmış ve etkinliği değerlendirilmiş bir çalışma olmamasına rağmen yayınlanan vaka raporlarına göre, BDT ve aile temelli terapinin potansiyel bir etkinliğinin olduğu bildirilmektedir⁴. Yine de bu bozukluğun kanıta dayalı tedavi yöntemi bulunmamaktadır⁴.

PIKA SENDROMU

Pika, bir veya daha fazla besleyici olmayan, gıda dışı maddenin, en az bir aylık bir süre boyunca klinik müdahaleyi gerektirecek kadar şiddetli bir şekilde

tüketilmesi ile karakterize edilen bir yeme bozukluğudur⁷. Gıda dışı terimi dahil edilmiştir çünkü pika tanısı minimum besin içeriğine sahip diyet ürünlerinin tüketilmesi için geçerli değildir¹⁴. Yutulan maddelerin doğası; toprak, ham nişastalar, buz, odun kömürü, kül, kağıt, tebeşir, kumaş, bebek pudrası, kahve telvesi ve yumurta kabukları dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere değişkendir¹⁴. Bu sendroma sahip kişi sayısı bilinmemekle birlikte her cinsiyetten çocuk, ergen ve yetişkinleri etkileyebilir¹⁴. DSM-5 tanı ölçütlerine göre kişinin pika sendromu tanısı alması için en az bir ay boyunca besleyici olmayan, gıda dışı madde veya maddeleri tüketmesi, davranışın bireyin gelişim düzeyine uygun olmaması, sosyal açıdan normatif veya kültürel olarak kabul edilebilir olmaması ve son olarak başka bir zihinsel bozukluk (zihinsel engellilik, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni gibi) veya tıbbi durum (hamilelik dahil) bağlamında ortaya çıkıyorsa tıbbi müdahaleyi gerektirecek kadar ciddi olması gerekmektedir². Demir eksikliği anemisi ve yetersiz beslenmeye hamilelik pikanın en yaygın nedenleridir¹². Bu bireylerde pika vücudun önemli bir besin eksikliğini gidermeye çalışmasının bir işaretidir. Pika için laboratuvar testi yoktur, tanı hastanın klinik öyküsünden konur. Tanya anemi, olası bağırsak hastalıkları ve tüketilen maddelerin toksik yan etkileri (örneğin boyadaki kurşun, topraktaki bakteri veya parazitler) testleri eşlik etmelidir¹². Pika için ilk basamak tedavi mineral ve besin eksikliklerinin test edilmesini ve bunların düzeltilmesini içerir⁸. Çoğu durumda, eksiklikler düzeltildikçe ilgili yeme davranışları ortadan kalkar¹². Davranışlar yetersiz beslenmeden kaynaklanmıyorsa veya beslenme tedavisinden sonra durmuyorsa çeşitli davranışsal müdahaleler mevcuttur¹². Bu davranışsal müdahaleler, bireyin gıda dışı maddelerden yönlendirilmesini ve gıda dışı maddeleri bir kenara bıraktığı veya bunlardan kaçındığı için ödüllendirilmeyi içerebilir⁷.

RUMİNASYON BOZUKLUĞU

Ruminasyon bozukluğu yiyeceklerin yeme esnasında veya yutulduktan sonra geri çıkarılması ardından yeniden çiğnenmesi, yutulması veya yiyeceğin tükürülmesi ile karakterizedir⁷. Bebeklerde, çocuklarda ve ergenlik ya da yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilir⁷. Yetişkinlerde ruminasyon bozukluğunun ilk defa 17. yüzyılda tanımlanmasından beri yeni veriler eklenmiş olsa da bu konudaki sistematik araştırmaların yetersizliğinden dolayı

RB'nin nadir bir durum olduğuna inanılmaktadır¹¹. DSM-5'e göre RB'nin yaygınlığı "belirsiz"dir². Ruminasyon bozukluğu tıbbi komplikasyonlar (diş hasarı gibi) ve psikososyal rahatsızlıklar (sosyal ortamlarda yemek yemek gibi) dahil olmak üzere önemli bozulmalara neden olabilir². DSM-5 tanı ölçütlerine göre bir bireyin ruminasyon bozukluğu tanısı alması için en az 1 ay boyunca tekrarlayan regürjitasyon yapması, regürjitasyonun gastrointestinal veya tıbbi bir probleme bağlı olmaması, bu davranışın sadece anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu sırasında ortaya çıkmaması ve başka bir ruhsal bozukluğun (örneğin zihinsel gelişim bozukluğu) varlığında ortaya çıkması durumunda bağımsız klinik müdahaleyi gerektirecek kadar şiddetli olması gerekmektedir². Ruminasyon bozukluğunu tedavi etmenin en yaygın yolu nefes egzersizleridir¹². Ruminasyon bozukluğu olan hastalara ruminasyonun muhtemel olduğu belirtileri ve durumları tanımları öğretilir ardından regürjitasyonu önlemek için diyafragmatik nefes alma tekniklerini öğrenirler¹¹. Zamanla ruminasyon alışkanlıklarını nefes alma teknikleriyle değiştirmeyi öğrenirler¹².

TANIMLANMIŞ DİĞER BESLENME VEYA YEME BOZUKLUKLARI

DSM'nin önceki baskılarında "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" olarak bahsedilen bu bozukluk son baskıda "Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozuklukları" adını almıştır¹². Bu kategori anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alacak kadar tanı ölçütlerine uymayıp yine de ciddi birer yeme bozukluğuna sahip bireyleri kapsamak için geliştirilmiştir¹². DSM-5'e göre bir kişi klinik olarak belirgin sıkıntıya ve bozulmaya neden olan ancak diğer bozuklukların herhangi birinin kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme veya yeme davranışları sergilemelidir². Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları'nın 5 alt kategorisi vardır^{2,13-16}:

1. Atipik Anoreksiya Nervoza: Birey tüm anoreksiya nervoza kriterlerini karşılar ancak ciddi kilo kaybına rağmen kişinin kilosu normal aralığın içinde veya üstündedir.
2. Düşük Frekanslı ve/veya Sınırlı Süreli Bulimia Nervoza: Birey aşırı yeme ve arınma ritüellerini tanı ölçütlerinde belirtildiğinden daha az sıklıkta yapmak dışında tüm tanı ölçütlerini karşılar.

3. Düşük Frekanslı ve/veya sınırlı Süreli Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Birey hastalığın aşırı yeme davranışını gösterme sıklığının tanı ölçütlerinde belirtildiğinden daha nadir yapması hariç tüm tanı ölçütlerini karşılar.
4. Geri Çıkarma Bozukluğu: Aşırı yeme davranışı göstermeden vücut şeklini veya kilosunu değiştirmeye yönelik tekrarlayan geri çıkarma davranışı (örn: kendi kendine kusma, mışhillerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların yanlış kullanımı.)
5. Gece Yeme Sendromu: Bireyin yineleyici bir şekilde gece uykudan uyandıktan sonra veya akşam yemeğinden sonra çok fazla yemek yemesi durumudur.

SONUÇ

Yeme bozuklukları, hem fiziksel hem de zihinsel sağlığa zarar verebilecek, yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklardır. Bazı belirtileri birbirine benzese de her biri ciddiye alınması gereken farklı durumlardır. Bu hastalıkların tedavisi, genellikle hastanın ihtiyaçlarına özel olarak şekillenirken, psikolojik destekten beslenme düzenlemelerine kadar çeşitli yöntemleri içerebilir. Konuyla ilgili henüz yeterli çalışma bulunmadığından tanı kriterleri, önerilen tedavi yöntemleri ve hatta bu başlık altında yer alan hastalıklar zamanla değişebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Anxiety and Depression Association of America. Types of eating disorders. <https://adaa.org/eating-disorders/types-of-eating-disorders> (Accessed October 20, 2023).
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (5th ed.). Washington DC, , American Psychiatric Association, 2013.
3. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22:92-101.
4. Demirer B, Yardımcı H. Güncel DSM-5 kılavuzuna göre yeme bozukluklarının incelenmesi. In: Sağlık biliminde multidisipliner araştırmalar (Ed A Dinç):275-300. Efe Akademi Yayınevi, 2020.
5. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Front Pharmacol.* 2022;13:949823.
6. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord.* 2015;48:464-70.
7. Guarda A (2023). What are eating disorders. https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders#section_5. (Accessed 20.09.2023).
8. Halmi KA. Anorexia nervosa: recent investigations. *Annu Rev Med.* 1978;29:137-48.
9. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30:423-37.
10. Linardon J, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *Int J Eat Disord.* 2018;51:1303-11.
11. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and treatment of rumination syndrome: a critical review. *Am J Gastroenterol.* 2019;114:562-78.
12. National Eating Disorders Association. Information by eating disorder. <https://www.nationaleatingdisorders.org/information-eating-disorder>. (Accessed 20.10.2023)
13. National Institute of Mental Health. Eating disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>. (Accessed 01.11.2023)
14. PsychDB. Feeding and eating disorders. <https://www.psychdb.com/eating-disorders/home#feeding-and-eating-disorders>. (Accessed 20.10.2023)
15. WHO. Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. (Accessed 20.10.2023)
16. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;670:94-101.