

EGE TIP



ayın kitabı

Sayı  
157

# ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME VE BESLENME BOZUKLUKLARI

Editör

**Prof. Dr. N. Burcu Özbaran**



# **ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME VE BESLENME BOZUKLUKLARI**

**EDİTÖR**

**Prof. Dr. N. Burcu Özbaran**

**157**

## **ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME VE BESLENME BOZUKLUKLARI**

Prof. Dr. N. Burcu Özbaran

**e-ISBN: 978-605-338-485-4**

Ege Üniversitesi Yayın Değerlendirme ve Alan Editörlüğü  
Komisyonu toplantısının 04.11.2025 tarih ve 04/23 sayılı kararı  
ile yayınlanmıştır.

© Bu kitabın tüm yayın hakları Ege Üniversitesi'ne aittir. Kitabın  
tamamı ya da hiçbir bölümü yazarının önceden yazılı izni olmadan  
elektronik, optik, mekanik ya da diğer yollarla kaydedilemez,  
basılamaz, çoğaltılamaz. Ancak kaynak olarak gösterilebilir.

**T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No. 81195**

### **Ege Üniversitesi Yayınları**

Ege Üniversitesi Basım ve Yayınevi

Bornova -İzmir

Tel: 0 232 342 12 52

E-posta: basimveyayinevisbm@mail.ege.edu.tr

### **Yayın Link**

<https://basimveyayinevi.ege.edu.tr>

Yayın Tarihi: 25.11.2025

## **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu**

### **Başkan:**

Prof. Dr. Okan BİLGE

### **Üyeler:**

Prof. Dr. Ayşegül AKGÜN

Prof. Dr. Yiğit UYANIKGİL

Prof. Dr. İlkben GÜNÜŞEN

Doç. Dr. Cenk ERASLAN

Doç. Dr. Ayşe GÜLER

Prof. Dr. Çığır Biray AVCI

Doç. Dr. Gökay ÖZÇELTİK

Prof. Dr. İpek KAPLAN BULUT

### **Yazışma Adresi**

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma  
Merkezi Müdürlüğü Kalite Direktörlüğü Yayın Birimi

Yayın Alt Kurulu

Bornova, 35100-İZMİR

**Tel** : (0 232) 390 3103

**Tel** : (0 232) 390 3186

**Fax** : (0 232) 342 2142

**e-posta** : egedergisi35@gmail.com



## YAZARLAR

### **Dr. Seda Sarı**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. Yiğit Özaydın**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. Gülenay Korkmaz**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Prof. Dr. N. Burcu Özbaran**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. Çağsen Sönmez**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. Gamze Yıldız Baş**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. İpek Aksakal**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Dr. İpek İnal Kaleli**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Zeynep İrem Erbasan**

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları

**Uzm. Dr. Uğur Cem Yılmaz**

Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

**Prof. Dr. Samim Özen**

Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

**Dr. Özgür Değirmenci**

Ege Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Şebnem Pırıldar**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Dr. Elif Kayan**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı  
ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Seda Erbaş**

Gaziantep Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları

## ÖNSÖZ

Sevgili Okuyucular;

Bir bebek, dünyaya geldiği ilk andan itibaren hayatta kalmak için bakım almaya ve sevimli olmaya muhtaçtır. Beslenme, yalnızca fiziksel bir ihtiyaç değil, aynı zamanda ilk ilişkisel deneyimdir. Bakım verenle kurulan bu ilk temas; güvenin, yakınlığın ve yıllar boyu bireyin bütün ilişkilerine yansıtacak olan bağlanmanın temellerini atar. Bu nedenle yeme davranışı, doğumla birlikte başlayan yaşamın en birincil ve en duygusal alanlarından biridir ve beslenmede içerik kadar, hatta belki de daha çok, bebeğin nasıl bir eşduyum içinde yedirildiği önemlidir.

Yeme bozuklukları ise, bu temel ilişkinin bir yerinde, aksayan, ya da sorun olan bir durumun ifadesi olabilir çünkü esas olan bebeğin ve çocuğun “ne yediği” değil, “neden yediği ya da neden yemediği”dir.

Yeme bozuklukları bir çocukta ya da erişkinde, biyopsikososyal temelde, kimi zaman iştahsızlıkla, ya da çok kilo alımıyla, kimi zaman takıntılı bir kilo kontrolüyle, kimi zaman da doyma bilmeyen yeme atakları şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Bu kitap, günümüzde sağlıklı beslenme, sosyal medyanın yemeye etkisi gibi güncel konular dışında; çocuklar, gençler ve ailelerinin yaşamında oldukça zorlu bir durum yaratan yeme bozukluklarını, sadece tanı kategorileriyle sınırlamadan; gelişimsel, davranışsal ve ilişkisel boyutlarıyla ele almayı ve tedavi yaklaşımlarını, aile tutumlarını anlatmayı amaçlıyor. Klinik alanda çalışan uzmanlara yol göstermekle birlikte, çocuğunun yeme davranışlarındaki değişimleri kaygıyla izleyen ebeveynler için de bir başvuru kaynağı olmayı hedefliyor.

Prof. Dr. Burcu Özbaran

Haziran 2025

Yeme davranışı, çocuk ve ergen gelişiminin temel taşlarından biridir ve sadece biyolojik ihtiyaçların karşılanması değil; aynı zamanda duygusal ve sosyal gelişimin önemli bir parçasıdır. Bu nedenle, çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan yeme bozuklukları, genellikle sadece fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp, bireyin psikososyal dünyasında yaşanan karmaşık sorunların belirtisi olarak değerlendirilmelidir.

Yeme bozukluklarının ortaya çıkışında bireysel gelişim süreçleri, aile yapısı, çevresel etkiler ve kültürel faktörlerin karşılıklı etkileşimi temel bir rol oynamaktadır. Bu kitapta, yeme bozukluklarına multidisipliner ve kapsamlı bir yaklaşımla yaklaşmayı, tedavi ve destek süreçlerini hem uzmanlara hem de ailelere rehberlik edecek şekilde aktarmayı hedefledik.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan bir asistan doktor olarak, bu kitabın ortaya çıkmasında bize yol gösteren, desteğini her zaman hissettiren hocamız Prof. Dr. Burcu Özbaran ile kitabın hazırlanma sürecinde emeği geçen tüm doktorlarımıza teşekkür ederim.

Dr. İpek AKSAKAL

Haziran 2025

## **İÇİNDEKİLER**

### **Bölüm 1: Beslenme ve Ruh Sağlığı.....1**

Dr. Seda Sarı

### **Bölüm 2: Dijital Dünyada Yeme Sorunları ve Çocuk.....9**

Dr. Yiğit Özaydın

### **Bölüm 3: Anoreksiya Nervoza.....27**

Dr. Gülenay Korkmaz

Prof. Dr. N. Burcu Özbaran

### **Bölüm 4: Bulimiya Nervoza.....39**

Dr. Çağsen Sönmez

Prof. Dr. N. Burcu Özbaran

### **Bölüm 5: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....53**

Dr. Gamze Yıldız Baş

### **Bölüm 6: Ruminasyon ve Pika Bozukluğu.....69**

Dr. İpek Aksakal

### **Bölüm 7: Kaçınan Kısıtlı Yeme Bozukluğu.....79**

Dr. İpek İnal Kaleli

**Bölüm 8: Obeziteye Psikiyatrik Yaklaşım.....93**

Uzm. Dr. Zeynep İrem Erbasan

**Bölüm 9: Obeziteye Endokrinolojik Yaklaşım.....109**

Uzm. Dr. Uğur Cem Yılmaz

Prof. Dr. Samim Özen

**Bölüm 10: Yeme Bozukluklarında Terapi  
Yaklaşımları .....117**

Dr. İpek Aksakal

**Bölüm 11: Çocuk ve Ergen Yeme Bozukluklarında Anne  
ve Babayla Çalışma.....131**

Dr. Özgür Değirmenci

Prof. Dr. Şebnem Pırıldar

**Bölüm 12: Yeme Bozukluklarında Eş Tanılar ve  
Yönetimi.....149**

Dr. Elif Kayan

**Bölüm 13: Yeme Bozukluklarında Cinsiyet  
Özellikleri.....157**

Uzm. Dr. Seda Erbaş

## **BÖLÜM 1**

### **BESLENME VE RUH SAĞLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİLİMSEL GERÇEKLER VE GÜNLÜK YAŞAMA ETKİLERİ**

**Dr. Seda Sarı**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **BESLENME VE RUH SAĞLIĞI İLİŞKİSİNİN KISA TARİHÇESİ**

#### **1. Antik Dönemler**

Beslenme ile zihin sağlığı arasındaki ilişki yüzyıllar öncesine dayanır. Antik Yunan'da Hipokrat, "Yedikleriniz ilacınız, ilacınız yedikleriniz olsun" diyerek beslenmenin sağlıktaki önemine vurgu yapmıştır. O dönemde safra dengesinin, ruh haliyle ilişkilendirildiğine dair bilgiler mevcuttur. (1)

#### **2. Orta Çağ ve Sonrası**

Bu dönemde beslenme, daha çok fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmiş; ruh sağlığı hastalıkları ise mistik ya da dini nedenlere bağlanmıştır. Ancak bazı doğal şifalı otlar ve yiyecekler yine de zihinsel rahatlama amacıyla kullanılmıştır. (2)

#### **3. 20. Yüzyıl Başları**

Ruh sağlığına dair biyolojik yaklaşımlar gelişmeye başlarken, beslenmenin bu alandaki rolü uzun süre göz ardı edilmiştir. Depresyon, şizofreni gibi hastalıklar daha

çok genetik veya beyin kimyasalları üzerinden açıklanmıştır. (3)

#### 4. 2000’li Yıllardan Günümüze

Son 20 yılda, bilimsel araştırmalar beslenmenin beyin kimyasını ve ruh halini doğrudan etkilediğini göstermiştir. “Beslenme psikiyatrisi (nutritional psychiatry)” adlı yeni bir alan ortaya çıkmış, besinlerin depresyon, anksiyete ve hatta dikkat eksikliği gibi durumlar üzerindeki etkisi araştırılmaya başlanmıştır. (4)

### GİRİŞ

Modern yaşamın getirdiği hızlı tempoda, beslenme alışkanlıklarımız sıklıkla göz ardı edilmekte ve bu durum yalnızca fiziksel değil, ruhsal sağlığımızı da ciddi şekilde etkilemektedir. Son yıllarda bilim insanları, yeme biçimimiz ile zihinsel sağlığımız arasındaki bağlantıyı derinlemesine incelemeye başlamıştır. Bu yeni alan “beslenme psikiyatrisi” olarak adlandırılmaktadır. Yapılan araştırmalar; yediğimiz gıdaların beyin kimyasallarımız, stres düzeyimiz, duygu durumumuz ve hatta depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların gelişiminde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır.

Bireyin yeme davranışı yalnızca fizyolojik ihtiyaçlarla sınırlı değildir; erken dönemden itibaren psikososyal gelişimle iç içe geçen karmaşık bir süreçtir. Özellikle yaşamın ilk yıllarında gelişen **anne-çocuk bağı**, hem duygusal hem de bedensel ihtiyaçların karşılandığı bir bağlam sunar. (5). Bu bağlamda, yeme davranışı da yalnızca biyolojik bir süreç değil, duygusal yakınlık, bakım alma ve güven hissiyle şekillenen bir etkileşim alanıdır. Özellikle bebeklik ve erken çocukluk döneminde beslenme anları, göz teması, dokunma ve ses tonu gibi yollarla gerçekleşen duygusal eşleşmeler aracılığıyla çocuğun dünyaya güven duyması sağlanır (6). Bu erken dönem deneyimlerinin yetersiz ya da stresli olması, bireyde ilerleyen yaşlarda yeme davranışlarını düzenleme konusunda çeşitli zorluklara neden olabilmektedir.

Yeme bozuklukları bu çerçevede yalnızca bir “beslenme sorunu” olarak değil, bağlanma örüntülerindeki bozulmaların ve duygusal düzenleme güçlüklerinin dışavurumu olarak da değerlendirilmelidir (7). Nitekim araştırmalar, **anksiyöz ya da kaçınan bağlanma stillerine sahip bireylerde yeme bozuklukları riskinin anlamlı biçimde arttığını** ortaya koymaktadır (8,6). Ayrıca, ergenlik ve genç erişkinlik dönemlerinde akran ilişkileriyle gelişen özsaygı ve güven duygusu da yeme davranışlarını etkileyen önemli bir diğer faktördür (9).

Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkileri olabileceği gibi, bazı psikiyatrik hastalıklar da bireyin beslenme düzenini sürdürmesini zorlaştırabilir. Özellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm spektrum bozukluğu (OSB), depresyon ve psikotik bozukluklar gibi durumlar; bireyin iştahını, yeme tercihlerini ve beslenme alışkanlıklarını etkileyerek fiziksel sağlığı da olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin, DEHB olan bireylerde dürtüsellik ve dikkatsizlik, düzensiz yeme davranışları ve sağlıksız besin tercihlerine neden olabilirken; depresyon ve şizofreni gibi durumlar, iştah kaybı veya aşırı yeme ile kendini gösterebilir (10-12).

**Sonuç olarak**, beslenme ve ruh sağlığı arasındaki ilişki çok yönlüdür. Yeme davranışları erken dönem bağlanma deneyimlerinden psikiyatrik bozukluklara kadar birçok etkenle şekillenmektedir. Bu nedenle, sağlıklı beslenmeyi desteklemek ve yeme bozukluklarını önlemek için bireyin duygusal, ilişkisel ve psikiyatrik durumu bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

### **Sağlıklı ve Sağlıksız Beslenme Modelleri: Ruhsal Sonuçları**

Araştırmalara göre, Akdeniz diyeti gibi sebze, meyve, tam tahıl, baklagiller, zeytinyağı ve balık gibi besinlerden zengin bir diyet; depresyon ve anksiyete riskini azaltmaktadır (13). Bu beslenme tarzı aynı zamanda iltihap karşıtı özellikleriyle bilinir ve beyin fonksiyonlarını destekleyen omega-3, folat, B vitaminleri gibi birçok mikrobesein içerir.

Buna karşın, fast food, şekerli içecekler, rafine karbonhidratlar ve işlenmiş et ürünleri gibi Batı tipi beslenme alışkanlıkları, depresyon ve ruhsal sorunlarla ilişkilendirilmiştir (14). Bu tür yiyecekler, vücutta iltihaplanmayı artırabilir, bağırsak mikrobiyotasını olumsuz etkileyebilir ve beyin kimyasallarının üretimini bozabilir.

Örneğin, bir meta-analiz çalışmasında, sağlıklı beslenmeye geçiş yapan bireylerde depresyon semptomlarında belirgin bir azalma gözlemlenmiştir (15). Bu bulgular, sağlıklı beslenmenin yalnızca önleyici değil, aynı zamanda tedaviye yardımcı olabileceğini göstermektedir.

### **Biyolojik Mekanizmalar: Bağırsak-Beyin Eksenini ve Nörokimya**

Beslenmenin ruh sağlığını nasıl etkilediğini anlamak için bazı biyolojik mekanizmaları açıklamak gerekir. Bunlardan ilki “bağırsak-beyin eksenidir”. Bağırsaklarımızda yaşayan trilyonlarca bakteri, sinir sistemiyle sürekli iletişim halindedir. Bu bakteriler, mutluluk hormonu olarak bilinen serotonin dahil birçok nörotransmitterin üretiminde rol oynar. Beslenme yoluyla bağırsak florasının dengelenmesi, ruh halimizi doğrudan etkileyebilir (16).

İkinci önemli mekanizma, \*\*enfiamasyon (iltihaplanma)\*\*dır. Depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıkların, düşük düzeyde ama sürekli seyreden enfiamasyonla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Antioksidan bakımından zengin besinler (örneğin: meyve, sebze, yeşil çay, kuruyemiş) bu enfiamasyonu azaltabilir ve zihinsel sağlığı destekleyebilir.

Üçüncü mekanizma ise **beyin nörokimyasının** doğrudan etkilenmesidir. Folik asit, B6 ve B12 vitaminleri gibi mikrobeyinler, dopamin ve serotonin gibi duygu durumunu düzenleyen kimyasalların sentezinde kritik rol oynar. Bu vitaminlerin eksikliği, depresyon gelişimiyle doğrudan ilişkilendirilmiştir.

### **Ruh Sağlığı İçin Beslenme Önerileri**

Beslenme psikiyatrisi alanındaki veriler ışığında, aşağıdaki beslenme önerileri ruh sağlığını desteklemek açısından önemlidir:

- **Haftada en az iki kez yağlı balık tüketimi (örneğin somon, uskumru):** Omega-3 yağ asitleri depresyon tedavisi sırasındaki gıda önerileri açısından önemli bir role sahiptir.
- **Her gün sebze ve meyve tüketimi:** Antioksidanlar, enflamasyonu azaltarak beyin sağlığını korur.
- **Tam tahıllar ve baklagiller:** B grubu vitaminler bakımından zengindir.
- **Fermente gıdalar (örneğin kefir, yoğurt, turşu):** Probiyotik içeriği ile bağırsak-beyin iletişimini destekler.
- **Şeker ve işlenmiş gıda tüketiminin sınırlandırılması:** Kan şekeri dalgalanmalarını ve enflamasyonu azaltır.

| Besin Grubu               | Örnekler                              | Ruh Sağlığına Etkisi                                | Kaynak |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|
| Omega-3 yağları           | Somon, sardalya, uskumru              | Depresyon riskini azaltır                           | (15)   |
| Fermente gıdalar          | Kefir, yoğurt, turşu                  | Bağırsak-beyin eksenini destekler                   | (17)   |
| Sebze & meyveler          | İspanak, brokoli, havuç, portakal     | Antioksidan etkilerle enflamasyonu azaltır          | (14)   |
| B vitaminleri             | Tam tahıl, yumurta, koyu yeşil yaprak | Serotonin/dopamin üretimini destekler               | (18)   |
| D vitamini                | Yumurta, mantar, güneş ışığı          | Depresyonla ilişkilidir                             | (16)   |
| Rafine şeker/karbonhidrat | Şekerlemeler, beyaz ekmek             | Kan şekeri dalgalanması ile anksiyeteyi artırabilir | (15)   |
| Lifli karbonhidratlar     | Nohut, mercimek, yulaf                | Kan şekeri dengesi, ruh hali düzeni                 | (14)   |

## Toplumsal ve Klinik Yaklaşımlar

Beslenme psikiyatrisi henüz yaygın olarak klinik uygulamalara girmemiş olsa da birçok ülkede diyetisyenler ile psikiyatristlerin iş birliği yaparak bireylerin bütüncül sağlığını desteklemeye başladığı görülmektedir. Ruhsal sağlık merkezlerinde beslenme danışmanlığı verilmesi, sadece tedavi değil, önleyici sağlık hizmeti olarak da büyük önem taşır.

Okullarda beslenme eğitime yer verilmesi, gençlerde erken yaşta sağlıklı alışkanlıkların oluşmasına katkı sağlar. Sağlık politikaları açısından da sağlıklı gıdaya erişimin kolaylaştırılması ve bu konuda kamu bilgilendirme kampanyalarının yapılması gereklidir.

## Sonuç

Beslenme, sadece fiziksel sağlığın değil, aynı zamanda zihinsel dengenin de temel yapı taşıdır. Bilimsel veriler, sağlıklı bir diyetin depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili olabileceğini göstermektedir. Beslenme psikiyatrisi, önümüzdeki yıllarda daha da önem kazanacak ve bireylerin yaşam kalitesini artırmada etkili bir araç olacaktır.

Ruh sağlığına bütüncül bir yaklaşımla bakıldığında, soframızdaki seçimlerin beynimize ve ruh halimize olan etkisini göz ardı etmemek gerekir. Unutmayalım: İyi beslenmek, iyi hissetmenin ilk adımıdır.

## KAYNAKLAR

1. Jouanna, J. (2001). *Food and diet in Hippocratic medicine*. In P. Potter (Ed.), *Hippocrates in context*. Cambridge University Press.
2. Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. Oxford University Press.
3. Andreasen, N. C. (2001). *Brave new brain: Conquering mental illness in the era of the genome*. Oxford University Press.
4. Jacka, F. N., Pasco, J. A., Mykletun, A., Williams, L. J., Hodge, A. M., O'Reilly, S. L., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Berk,

- M. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 305–311.
5. Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
6. Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 370–376.
7. Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books.
8. Troisi, A., & Gabriel, S. M. (1991). Relationship between attachment style and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10(3), 271–277.
9. Gorrese, A., & Ruggieri, R. A. (2013). Peer attachment and self-esteem: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559–568.
10. Köprülü Ö., Darcan Ş., Özbaran B., Şan E., Altınok Y. A., Özen S., Gökşen D. (2022). The Effect of Screen Addiction and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on Insulin Resistance in Children. *J Dr Behcet Uz Child Hosp*, 12(1), 20–26. doi:10.4274/buchd.galenos.2021.89924.
11. Cortese, S., Moreira-Maia, C. R., St. Fleur, D., Morcillo-Peñalver, C., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2016). Association between ADHD and obesity: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(1), 34–43. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15020266.
12. McElroy, S. L., Kotwal, R., & Keck, P. E. Jr. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*, 8(6), 686–695. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00401.x. PMID: 17156155.
13. Lassale, C., Batty, G. D., Baghdadli, A., Jacka, F., Sánchez-Villegas, A., Kivimäki, M., & Akbaraly, T. (2018). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*.

14. Jacka, F. N., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., Brazionis, L., Dean, O. M., Hodge, A. M., & Berk, M. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15, 23.
15. Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F., & Sarris, J. (2019). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 265–280.
16. Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., Amminger, G. P., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M. P., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J. J., Sánchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K. P., & Jacka, F. N. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 271–274.
17. Marx, W., Moseley, G., Berk, M., & Jacka, F. (2017). Nutritional psychiatry: The present state of the evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 427–436.
18. Opie, R. S., O'Neil, A., Jacka, F. N., Pizzinga, J., & Itsiopoulos, C. (2018). A modified Mediterranean dietary intervention for adults with major depression: Dietary protocol and feasibility data from the SMILES trial. *Nutritional Neuroscience*, 21(7), 487–501.

## BÖLÜM 2

### DİJİTAL DÜNYADA ÇOCUKLARDA YEME SORUNLARI

**Dr. Yiğit Özaydın**

Ege Üniversitesi Hastanesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

#### 1. GİRİŞ

Günümüzde dijital teknolojiler ve sosyal medya, çocukların gündelik yaşamının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Özellikle ergen yaş grubunda sosyal medya kullanımı neredeyse evrenseldir; örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde 13–17 yaş arası gençlerin %95'i en az bir sosyal medya platformu kullanmakta ve üçte birinden fazlası "neredeyse sürekli" çevrimiçi olduğunu bildirmektedir. Dahası, 8–12 yaş aralığındaki çocukların da yaklaşık %40'ı sosyal medya kullanıcısı konumundadır (1). Bu denli yaygın dijital maruziyet, çocukların beslenme alışkanlıklarından beden algısına ve ruh sağlığına kadar birçok alanda yeni risk ve etkilere kapı aralamaktadır. Son yıllarda araştırmacılar ve sağlık otoriteleri, dijital dünyanın çocuklardaki yeme sorunlarına potansiyel katkıları konusunda uyarılarda bulunmaya başlamışlardır (2).

#### 2. SOSYAL MEDYANIN BEDEN ALGISI VE YEME DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Sosyal medya platformlarında karşılaşılan içerikler, çocukların ve ergenlerin kendi bedenlerine yönelik algılarını ve yeme tutumlarını derinden etkileyebilmektedir. Özellikle idealize edilmiş vücut görsellerine sürekli maruz kalmak, gerçekçi olmayan beden standartları geliştirilmesine yol

açarak büyüme çağındaki gençlerde beden memnuniyetsizliğini artırabilmektedir (3).

Birleşik Krallık'ta 15–19 yaş grubuyla yapılan bir araştırma, sosyal medyada "mükemmel" beden görüntülerine daha sık maruz kalan gençlerin, daha az maruz kalanlara kıyasla kendi bedenlerinden belirgin biçimde daha fazla hoşnutsuzluk duyduklarını ve daha kısıtlayıcı diyet davranışlarına yöneldiklerini ortaya koymuştur. Beden imajına dair bu olumsuz duygular, özsaygının zedelenmesine ve sağlıksız yeme tutumlarının gelişmesine zemin hazırlayabilir. Nitekim kapsamlı bir derleme, sosyal medyada ideal beden ölçütlerine sık sık maruz kalan ergenlerde beden memnuniyetsizliği ve düzensiz yeme davranışlarının belirgin biçimde arttığını bildirmektedir (4).

Özellikle gençlerin sosyal medya arkadaşlarının ve sosyal medya fenomenlerinin paylaştığı fotoğraf ve videolar, genç kullanıcılar arasında sosyal karşılaştırmayı körükleyerek beden algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Sosyal medyada sağlıksız yiyecek tüketimini cazip gösteren fenomen paylaşımlarına maruz kalmak bile, çocukların akranlarıyla kendilerini kıyaslama baskısını artırarak beden imgesi hakkında olumsuz hisler geliştirmelerine yol açabilir. Bu tür etkiler sonucunda bazı çocuklar, bedenlerine dair gerçekçi olmayan hedefler belirleyip bunlara ulaşamadıklarında hayal kırıklığı yaşamakta ve bu duyguyla baş etmek için uygunsuz yeme davranışları geliştirebilmektedir. Özetle, sosyal medya ortamı çocukların beden algısını şekillendirmekte ve yeme davranışlarını dolaylı yollardan yönlendirebilmektedir (5).

## **2.1 Dijital Diyet Kültürü ve Çevrimiçi Zayıflama Trendleri**

Sosyal medya yalnızca beden imajını değil, aynı zamanda çocukların neyi "sağlıklı" veya "ideal" beslenme olarak gördüklerini de etkilemektedir. Dijital platformlarda son yıllarda yoğun bir diyet kültürü oluştuğu gözlenmektedir. Örneğin Tik Tok® üzerinde yapılan bir içerik analizi, gıda,

beslenme ve kilo verme ile ilgili en popüler videoların büyük ölçüde kilo kaybını yücelten ve yiyecekleri sağlığa veya inceliğe ulaşmanın bir aracı olarak konumlandıran mesajlar içerdiğini ortaya koymuştur. Bu çalışma, Tik Tok®'taki en çok izlenen içeriklerde ağırlık merkezli (weight-normative) söylemlerin baskın olduğunu ve platformdaki tartışmalarda beslenme uzmanı gibi yetkin seslerin büyük ölçüde eksik kaldığını vurgulamaktadır (6). Benzer şekilde, YouTube® ve Instagram® gibi mecralarda popüler olan bazı akımlar, çocuklar arasında zararlı beslenme davranışlarını teşvik edebilmektedir. Örneğin, "Bir günde ne yiyorum" başlığıyla paylaşılan günlük yemek vlogları, çoğunlukla beslenme alanında uzmanlığı olmayan kişilerce hazırlanmakta ve gerçekçi olmayan beslenme rutinlerini normallik olarak sunabilmektedir. Bu videolar, izleyicilerde kendi yeme düzenlerini videodaki kişilerinkiyle kıyaslama ve yetersiz bulma hissi uyandırarak sağlıksız diyet denemelerine yol açabilir. Nitekim yakın tarihli bir akademik çalışma, Tik Tok®'taki beslenme ile ilgili içeriklerin büyük ölçüde lisanslı uzmanlar yerine sosyal medya fenomenleri tarafından üretildiğini ve bilimsel temelden yoksun beslenme bilgilerinin, doğru ve güvenilir bilgilere kıyasla çok daha yüksek etkileşim aldığını göstermiştir. Bu durum, dijital ortamlarda yayılan diyet trendlerinin ne denli yanıltıcı ve potansiyel olarak zararlı olabileceğini ortaya koymaktadır (7).

Dijital diyet kültürünün bir diğer boyutu da çeşitli çevrimiçi zayıflama trendleri ve meydan okumaların (challenge) hızla yayılmasıdır. Sosyal medyada zaman zaman belirli yiyecek gruplarını tamamen kesmek, son derece düşük kalorili "detoks" kürleri uygulamak veya tek tip beslenmek gibi ekstrem diyet akımları popülerlik kazanabilmektedir. Bu akımlar çoğunlukla çocuklara çekici gelecek şekilde sunulduğundan, denetimsiz kaldıklarında çocuklar tarafından da uygulanmaya çalışılabilir.

Yapılan araştırmalar, sosyal medyada popöler olan diyet trendlerine veya yemekle ilgili viral meydan okumalara katılan 9–16 yaş arası çocukların yeme bozukluğu geliştirme riskinin belirgin biçimde arttığını ve bu çocuklarda besin yetersizliklerinin daha sık görölebildiğini ortaya koymuştur. Örneğin, bir viral meydan okumada tüm karbonhidratları keserek hızlı kilo verme hedefi yaygınlaşırsa, bunu deneyen bir çocuk yeterli ve dengeli beslenemeyebilir ve büyüme-gelişmesi olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle dijital platformlarda oluşan diyet moda akımlarının çocuklar üzerindeki etkileri yakından izlenmeli; aileler ve eğitimciler, bu tür içeriklerin her zaman güvenilir olmadığını çocuklara anlatmalıdır (8).

## **2.2 Artan Ekran Süresinin Yeme Düzenine Etkisi**

Ekran süresinin (televizyon, bilgisayar, tablet, akıllı telefon gibi cihazlar karşısında geçirilen zaman) artması, çocukların fiziksel aktivite düzeyini azaltmanın yanı sıra yeme alışkanlıklarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Gerek televizyon izlerken gerekse bilgisayar veya telefon kullanırken çocukların daha sağlıksız atıştırmalıklara yönelme ve öğün atlama ihtimali yükselmektedir (8). Yunanistan'da okul çağındaki çocuklarla yapılan yakın tarihli bir çalışma, ekran başında geçirilen sürenin uzamasıyla birlikte çocukların beslenme düzeninin belirgin biçimde kötüleştiğini göstermiştir.

Özellikle günde daha fazla saatini televizyon veya dijital cihazlar karşısında geçiren çocukların şekerli gazlı içecekleri ve fast-food tarzı yiyecekleri tüketme oranlarının anlamlı düzeyde arttığı; buna karşın meyve, sebze gibi sağlıklı besinleri ve geleneksel Akdeniz tipi dengeli öğünleri tüketme olasılıklarının azaldığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, toplam ekran süresi arttıķça çocukların haftalık fast-food yeme sıklığının yükseldiği ve genel diyet kalitelerinin düştüğü sonucuna varılmıştır (9).

Ekran süresinin yüksekliği yalnızca içerik seçimini değil, yeme zamanlamasını da bozmaktadır. Çocuklar televizyon veya tablet karşısında vakit geçirirken atıştırma eğiliminde olup çoğu zaman açlık-tokluk sinyallerine daha az dikkat ederler. Yapılan bir araştırmada, çocukların %89 gibi büyük bir oranının öğün sırasında ekran kullandığı (örneğin televizyon izleyerek veya cihazla oynayarak yemek yediği) saptanmış ve yemek sırasında ekrana maruz kalmanın çocukluk çağı obezitesi için risk faktörü oluşturduğu vurgulanmıştır (10). Sosyal medya kullanımının yoğun olduğu ergenlerde de benzer biçimde düzensiz yeme davranışları görölmektedir. Örneğin, yüksek sosyal medya kullanımının 10–16 yaş arası çocuklarda daha fazla öğün atlama, gereksiz atıştırma, duygusal yeme (üzüntü veya stresle başa çıkmak için yemek yeme) ve yeme bağımlılığı belirtileri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (11).

Sürekli ekrana bakma hali, çocukların bedenlerinin açlık ve tokluk sinyallerini fark etmelerini zorlaştırırken; dijital ortamlarda karşısına çıkan abur cubur reklamları ve içerikleri de canlarının istemeyeceği zamanlarda bile yiyecek tüketmelerine yol açabilmektedir. Bu davranış kalıpları uzun vadede çocuklarda fazla kilo ve obezite riskini artırabileceği gibi, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının yerleşmesine de neden olabilmektedir (12). Bu nedenle, çocuklarda makul düzeyde ekran kullanımı teşvik edilmeli ve özellikle yemek saatlerinde ekran karşısında olmamaları konusunda ebeveyn denetimi sağlanmalıdır.

### **2.3 Dijital Platformlarda Beslenme Reklamları ve Pazarlama Stratejileri**

Dijital dünyanın çocuklar üzerindeki en belirgin etkilerinden biri de gıda reklamları ve pazarlama stratejilerinin çevrimiçi ortamlarda çocukları hedef alacak şekilde çeşitlenmesidir. Geleneksel televizyon reklamlarının ötesinde, sosyal medya ve internet üzerinden çocuklara ulaşan pazarlama içerikleri son yıllarda büyük bir hızla artmıştır. Küresel ölçekte yapılan

bir derleme çalışma, sosyal medyada çocuklar ve gençlerin haftada yüzlerce sağlıksız gıda reklamına maruz kaldığını ve bu dijital pazarlama bombardımanının onların beslenme tercihlerini açıkça etkilediğini ortaya koymaktadır. Örneğin bazı çocukların Instagram®, Tik Tok® ve YouTube® gibi uygulamaları kullanırken haftada yaklaşık 200 adet abur cubur gıda reklamı ile karşılaştığı saptanmıştır. Bu tür reklamlar çocukların bilinçaltında istek uyandırarak onları daha fazla sağlıksız atıştırmalık tüketmeye yönlendirmekte, ancak mevcut yasal düzenlemeler çocukları koruma konusunda yetersiz kalmaktadır (13).

Bu dijital pazarlama tekniklerinin her biri, çocukların besin tercihlerine dair karar mekanizmalarını etkilemektedir. Özellikle sosyal medya fenomenlerinin elinde tuttuğu etki gücü, çocuk tüketicileri geleneksel reklamlardan daha fazla etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, sosyal medyada ünlü sosyal medya fenomenlerinin sağlıksız atıştırmalık reklamlarını izleyen 11–18 yaş arası ergenlerin, bu reklamı yapılan ürünleri tüketme olasılıklarının ve söz konusu markalara karşı isteklerinin belirgin şekilde arttığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, sosyal medyada gıda reklamlarına maruz kalan çocukların, bu reklamlara maruz kalmayan akranlarına göre yüksek kalorili besinlere karşı daha güçlü bir tercih geliştirdikleri ve ebeveynlerinden bu ürünleri satın almaları için daha sık talepte bulundukları saptanmıştır (14).

Bu alandaki bilimsel kanıtlar, dijital gıda pazarlamasının çocukların beslenme sağlığı üzerinde olumsuz bir ticari belirleyici haline geldiğini göstermektedir. Sosyal medya endüstrisi, çocuklar ve ergenler için dijital gıda ortamını adeta mevcut obezite sorununu besleyen bir uzantı haline getirmektedir. Bu nedenle uzmanlar, çocukları dijital reklamların etkisinden korumak için küresel düzeyde daha sıkı düzenlemelere ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Çocukların maruz kaldığı abur cubur reklamlarının

sınırlandırılması, sosyal medya fenomeni içeriklerinin denetlenmesi ve okullarda medya okuryazarlığı programlarıyla çocuklara reklamları tanıma ve eleştirel değerlendirme becerisi kazandırılması, önerilen önlemler arasındadır.

## **2.4 YouTube® ve Tik**

### **Tok® İçerikleri: Mukbang ve “What I Eat in a Day” Trendleri**

Dijital dünyanın çocukların yeme davranışlarını etkilediği bir diğer alan, son yıllarda popüler hale gelen bazı video içerik türleridir. Bunların başında, özellikle YouTube® ve Tik Tok® platformlarında yaygınlaşan mukbang videoları ve “What I Eat in a Day” (bir günde ne yiyorum) paylaşımları gelmektedir.

Mukbang videoları, bir kişinin kamera karşısında çok miktarda yiyeceği tek oturuşta tükettiği, Güney Kore kökenli bir çevrimiçi yayın türüdür. İlk bakışta eğlenceli veya ilgi çekici gelebilen bu videolar, çocuklar açısından sağlıksız yeme davranışlarını özendirme potansiyeli taşır. Yapılan içerik analizlerine göre YouTube® 'daki mukbangvideolarının %80'inden fazlası aşırı yeme (bir oturuşta çok büyük porsiyonlar tüketme) öğeleri içermektedir. Özellikle bir süre kısıtı içinde mümkün olduğunca fazla yemek yeme ya da aşırı derecede acı/spesifik gıdaları tüketme gibi uç noktadaki gösteriler içeren videoların, daha "normal" miktarda yeme içeren videolara kıyasla çok daha fazla izlendiği tespit edilmiştir. Bu durum, aşırı ve sağlıksız yeme davranışının dijital platformlarda ödüllendirildiğini ve teşvik edildiğini göstermektedir. Mukbang videolarını izleyen çocuklar, zamanla bu davranışları model alabilir; yani videodaki kişinin tükettiklerini taklit ederek normalden fazla miktarlarda veya dengesiz biçimde besin tüketebilirler (15). Nitekim bir araştırma, mukbang izleyicilerinin "taklit etkisi" ile sıklıkla daha sağlıksız gıdalara yöneldiğini, düzensiz yeme alışkanlıkları geliştirebildiğini ve hatta bazı durumlarda yeme

bozukluğu belirtileri sergileyebildiğini rapor etmektedir. Yine Güney Kore’de ergenler üzerinde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, mukbang videolarını düzenli izleyen erkek ergenlerin obezite görülme olasılığının, bu videoları hiç izlemeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (mukbang izleyen erkeklerde obezite ihtimalinin ~%22 arttığı saptanmıştır). Bu bulgular, mukbang içeriklerinin çocuklar ve gençler için masum bir eğlenceden ziyade, yeme sağlığını tehdit edebilen bir alışkanlık olabileceğini göstermektedir (16).

Öte yandan, Tik Tok® ve Instagram® gibi platformlarda moda haline gelen “Bir günde ne yıyorum” videoları da çocukların beslenme algısını etkilemektedir. Bu formatta, bireyler bir gün boyunca tükettikleri tüm yiyecek ve içecekleri göstererek takipçileriyle paylaşmaktadır. İlk bakışta masum bir güncel içerik gibi görünse de özellikle gelişim çağındaki izleyiciler için bazı riskler barındırır. Bu videoların birçoğu, zayıf kalmak veya belli bir vücut biçimine ulaşmak için çok sınırlı kalori alımını veya tekdüze diyetleri normalleştirebilir. Dahası, videoyu üreten kişiler çoğunlukla beslenme ve sağlık konusunda uzman olmayan sosyal medya fenomenleri olduğundan, verdikleri mesajlar bilimsel dayanaklardan yoksun olabilir.

Yakın dönemde yapılan bir araştırma, Tik Tok®’taki bu tür beslenme içeriklerinin büyük bölümünün diyet kültürü tarafından şekillendiğini ve önemli ölçüde yanlış bilgiler içerdiğini, dahası yanlış bilgilere dayalı içeriklerin platformda daha yüksek etkileşim aldığını ortaya koymuştur (7). Dolayısıyla, çocuklar bu videoları izlerken sağlıklı veya gerçekçi olmayan beslenme uygulamalarını model alabilir; örneğin sevdikleri bir sosyal medya fenomeni günde sadece salata yiyorsa, kendileri de gerekli kaloriyi almadan benzer şekilde beslenmeyi deneyebilirler. Uzmanlar, zaten yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan gençler için bu tarz içeriklerin tetikleyici olabileceği konusunda uyarmaktadır.

Bu noktada vurgulanması gereken, söz konusu içerik türlerinin dijital platformların bir gerçeği olduğu ve tamamen yasaklanmalarının mümkün görünmediğidir. Ancak ebeveynlerin ve eğitimcilerin, çocukları bu içeriklerin olası zararları hakkında bilinçlendirmesi önemlidir. Çocuklara, her gördükleri beslenme biçiminin kendi bedenleri için uygun olmayabileceği, sosyal medyada sunulan yaşam tarzlarının arkasında bir seçicilik ve kurgu olabileceği anlatılmalıdır. Özellikle "bir günde ne yiyorum" videolarının çoğunlukla o kişinin normal rutinini tam olarak yansıtmadığı, izleyicide yetersizlik hissi yaratabilecek şekilde sadece belirli kısımların paylaşıldığı açıklanmalıdır. Bu sayede çocuklar, dijital içerikleri daha eleştirel bir gözle izleyecek ve kendi bedenlerinin ihtiyaçlarını daha doğru değerlendirebileceklerdir.

### **3. PSİKİYATRİK SONUÇLAR: ANKSİYETE, DEPRESYON, BEDEN DİSMORFİSİ VE YEME BOZUKLUKLARI**

Dijital dünyada karşılaşılan sağlıklı beslenme mesajları ve ideal beden baskısı, çocukların psikolojik sağlığını ciddi biçimde etkileyebilir. Yapılan çalışmalar, günlük üç saatten fazla sosyal medya kullanımının çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete ve içe dönük davranışları belirgin düzeyde artırdığını göstermektedir. Sosyal medyada sürekli idealize edilmiş bedenlerle karşılaşmak, gençlerin kendi görünümelerini yetersiz görmelerine, beden memnuniyetsizliğine ve zamanla beden dismorfisi gibi durumlara yol açabilmektedir. Bu memnuniyetsizlik, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi klinik yeme bozuklukları için zemin hazırlayabilir. Erkek çocuklarda ise kaslı beden algısına ulaşma isteği, aşırı egzersiz ve gereksiz besin takviyesi kullanımını tetikleyebilir (1,5).

Bu risklerle baş edebilmek için uzmanlar, sosyal medyada çocukları koruyucu düzenlemelerin artırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca okullarda medya okuryazarlığı

eğitimi verilmesi, ebeveynlerin çocuklarının dijital kullanımını yakından izlemesi ve psikolojik belirtiler fark edildiğinde profesyonel yardım alınması önerilmektedir. Dijital ortamın doğru yönetimi, çocukların hem bedensel hem de ruhsal sağlıklarını korumak için toplum olarak atılması gereken önemli bir adımdır.

#### **4. AİLE İÇİ DİJİTAL DENETİM VE DİJİTAL EBEVEYNLİK**

Dijital çağda çocukların maruz kaldığı sayısız içerik karşısında ebeveyn rehberliği ve denetimi kritik bir rol oynamaktadır. "Dijital ebeveynlik" kavramı, anne babaların çocuklarının internet ve sosyal medya kullanımını yönetmek, yönlendirmek ve gerektiğinde sınırlandırmak için aldıkları önlemleri ifade eder. çocukların fast-food tüketim sıklığının belirgin biçimde azaldığını göstermiştir.

Özellikle kentsel bölgelerde yaşayan çocuklar üzerinde yapılan bu araştırmada, medya maruziyetinin Çocukların çevrimiçi ortamda karşılaşılabilecekleri sağlıksız veya zararlı içerikleri tamamen engellemek pratikte mümkün olmasa da ebeveynlerin bilinçli müdahaleleri riskleri önemli ölçüde azaltabilir.

Araştırmalar, aktif ebeveyn arabuluculuğu olarak adlandırılan yöntemin olumlu etkilerine işaret etmektedir. Bu yöntemde ebeveynler, çocuklarıyla sosyal medyada gördükleri içerikler hakkında konuşur, onlara yol gösterir ve gerektiğinde düzeltmeler yapar. Örneğin bir çocuk YouTube® 'da rastladığı bir fast-food reklamından etkilenip hamburger yemekte ısrar ediyorsa, ebeveyn onunla bu reklamın amacını, gerçek hayattaki karşılığını tartışabilir ve daha sağlıklı alternatifler sunabilir. Endonezya'da gerçekleştirilen bir çalışma, anne-babaların çocuklarıyla medya içerikleri üzerine konuşup öğüt verdiği (aktif arabuluculuk) durumlarda, yüksek olduğu ailelerde bile ebeveynlerin etkin denetim ve yönlendirmesi sayesinde çocukların haftalık abur cubur tüketimlerinin düştüğu ve beslenme konusundaki

farkındalıklarının arttığı rapor edilmiştir. Bu bulgu, dijital dünyada çocukların maruz kaldığı sağlıksız yiyecek pazarlamasına karşı ebeveyn rehberliğinin ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır (17).

Ebeveyn denetimi yalnızca içerik tartışmayı değil, aynı zamanda süre ve erişim kısıtlamalarını da içerir. Birçok uzman, çocukların günde 2 saatten fazla boş zaman ekran kullanımı yapmaması yönünde tavsiyede bulunmakta ve 2 yaşından küçük çocukların mümkünse hiçbir dijital ekrana maruz kalmamasını önermektedir. Ebeveynler, evde belirli "ekransız zaman" dilimleri (örneğin akşam yemek saatleri veya yatmadan bir saat önce) belirleyerek çocukların cihaz kullanımını sınırlandırabilirler. Bunun yanı sıra çeşitli filtreleme yazılımları veya ebeveyn kontrolü uygulamalarıyla çocukların yaşlarına uygun olmayan içeriklere erişimi engellenebilir. Ancak uzmanlar, teknik engellemelerin tek başına yeterli olmadığını, esas önemli olanın çocuklara dijital okuryazarlık ve bilinç kazandırmak olduğunu vurgulamaktadır. Çocuk, kendi başına internette gezinirken bir reklamın veya içeriğin amacını sorgulayabilecek, sağlıklı beslenme bilgisini hatırlayabilecek düzeye gelmelidir. Bu da ancak aile içinde ve okulda sürdürülen sürekli eğitimle mümkündür (18).

Nitekim yapılan kapsamlı incelemeler, sosyal medyanın çocukların yeme davranışları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için çok paydaşlı bir yaklaşım gerektiğini ortaya koymaktadır. Politika yapıcılar, eğitimciler, sağlık uzmanları ve ebeveynlerin iş birliği içinde hareket etmesi önerilmektedir. Özellikle ebeveynlerin, çocuklarının sosyal medya kullanımını izleme ve yönlendirme konusundaki sorumluluğu büyüktür. Basit ama etkili bazı uygulamalar, dijital ebeveynlikte fark yaratabilir: Örneğin, çocukların kullandığı uygulamaları tanımak ve birlikte zaman zaman bu uygulamalardaki içeriklere bakmak; çocuğun çevrimiçi deneyimi hakkında yargılayıcı olmadan sohbet etmek; sağlıklı yaşam, beden olumlu algısı ve dengeli beslenme gibi

konularda çocukla açık iletişim kurmak bu uygulamalardan bazılarıdır. Ebeveyn, çocuğa sosyal medyada karşılaştığı mesajları eleştirel bir süzgeçten geçirmeyi öğretebildiği ölçüde, dijital dünyanın olumsuz etkilerine karşı bir kalkan görevi görecektir.

## **5. ÖNERİLER**

Dijital dünyanın çocukların yeme davranışları ve beden algıları üzerindeki etkilerini azaltmak için ebeveynlerin uygulayabileceği stratejiler şöyledir:

### **5.1 Dijital Okuryazarlık ve Bilinçlendirme**

- Çocuklarınızla sosyal medya içeriklerinin gerçeklikten farklı olabileceği konusunda düzenli sohbetler gerçekleştirin.
- Gördükleri içeriklerin amacı ve doğruluğunu sorgulamaları konusunda onları teşvik edin.
- Dijital platformlarda gördükleri içeriklerin arka planında reklam ve pazarlama stratejileri olabileceğini açıklayın.

### **5.2 Aktif Dijital Ebeveynlik**

- Çocukların ekran kullanım süresini sınırlandırmak için günlük rutin oluşturun (örneğin, yemek sırasında ekran kullanılmaması, uyku öncesi ekransız zaman dilimi oluşturulması gibi).
- Çocuklarınızın takip ettiği sosyal medya fenomenleri ve sosyal medya hesaplarını birlikte inceleyin, gerekirse uygun olmayan içeriklerden uzak durmalarına yardımcı olun.
- Çocukların kullandığı dijital cihazlarda yaşa uygun içerik filtreleme ve ebeveyn kontrolü uygulamaları kullanın.

### **5.3 Sağlıklı Beslenme Alışkanlıklarının Teşviki**

- Ev ortamında sağlıklı ve dengeli beslenmeyi teşvik edin, sağlıksız yiyecekleri mümkün olduğunca evden uzak tutun.
- Dijital ortamlarda popüler olan sağlıksız yeme akımlarına karşı eleştirel yaklaşımı destekleyin.
- Yemek pişirme ve sağlıklı tariflerin hazırlanması süreçlerine çocukları da dahil edin, bu yolla besinleri tanımalarını ve sağlıklı beslenmeyi sevmelerini sağlayın.

### **5.4 Aile İçi İletişim ve Destek**

- Çocukların beden imajı ve yeme davranışları hakkında düzenli konuşmalar gerçekleştirin, beden olumlu (body positivity) mesajları destekleyin.
- Çocukların kendi bedenlerini ve duygularını ifade etmelerine fırsat verin, onların kaygı veya endişelerini dinleyerek empatiyle yaklaşın.
- Dijital ortamların yarattığı baskı ve stres durumlarında çocuklara duygusal destek sağlayın ve gerekirse profesyonel yardım alın.

### **5.5 Örnek Davranış Sergileme**

- Ebeveyn olarak dijital cihaz kullanımı konusunda çocuklarınıza örnek olacak davranışlar sergileyin, sizin ekran başında geçirdiğiniz sürenin de makul düzeyde olmasına dikkat edin.
- Aile içi aktiviteleri artırarak ekran süresini azaltmaya çalışın, dijital cihazlardan bağımsız kaliteli aile zamanı yaratın (örneğin, birlikte oyun oynamak, yürüyüş yapmak gibi).
- Bu önerileri uygulayarak, dijital dünyanın çocuklarınızın sağlıklı büyüme ve gelişimini olumsuz etkilemesini azaltabilir ve onların yaşam kalitesini artırabilirsiniz (19).

## 6. SONUÇ

Dijital dünya, çocukların beslenme alışkanlıkları ve beden algısı üzerinde tartışılmaz bir etki gücüne sahiptir. Sosyal medya platformlarında ve çevrimiçi ortamlarda çocuklar, sağlıklı yiyecek reklamlarından idealize beden görüntülerine, uç diyet akımlarından aşırı yeme video içeriklerine kadar pek çok uyarana karşı karşıya kalmaktadır. Bu bölümde tartışılan bilimsel bulgular, dijital maruziyetin artmasının çocuklarda düzensiz beslenme davranışlarını, beden memnuniyetsizliğini ve yeme bozuklukları riskini artırdığını, ayrıca anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Bu önemli soruna çözüm bulabilmek için çok boyutlu bir yaklaşım gerekmektedir. Öncelikle, politika yapıcılar ve düzenleyici kurumlar dijital ortamlarda çocukları hedef alan sağlıklı gıda pazarlamasını kısıtlayıcı önlemler almalıdır. Sosyal medya platformları, çocuklar için güvenli içerik politikaları geliştirmeli ve zararlı eğilimleri teşvik eden içerikleri daha sıkı denetlemelidir. Okullarda medya okuryazarlığı ve doğru beslenme eğitimi müfredatın bir parçası haline getirilmeli, çocuklar erken yaşta dijital dünyayı eleştirel gözle değerlendirmeyi öğrenmelidir. Ailelere de bu konuda büyük görev düşmektedir: Ebeveynler, dijital ebeveynlik uygulamalarıyla çocuklarının internet kullanımını izlemeli, onlara rehberlik etmeli ve gerektiğinde sınırlar koymalıdır. Çocuklarıyla açık bir iletişim kurarak sosyal medyada ne gördüklerini, bunlar hakkında ne düşündüklerini konuşmak, yanlış mesajları düzeltmek için fırsat yaratacaktır.

Son olarak, toplum genelinde beden olumlu (body positive) mesajların ve sağlıklı beslenmeyi teşvik eden içeriklerin yaygınlaştırılması önemlidir. Medya, güzellik ve başarı kavramlarını sadece zayıflık veya belirli bir vücut tipi üzerinden tanımlayan kalıpları değiştirmeye yönelik sorumlu bir tutum benimsemelidir. Unutulmamalıdır ki her çocuğun

bedeni farklıdır ve değerlidir; dijital dünya ise bu gerçeği ya destekleyen ya da köstekleyen bir araç olabilir. Dijital çağda büyüyen çocukların beden ve ruh sağlığını korumak, biz yetişkinlerin bilinçli çabalarıyla mümkün olacaktır. Dijital dünyada çocuklara sağlıklı bir yol gösterebildiğimiz, eleştirel düşünme ve öz değer duygusu aşılayabildiğimiz ölçüde, geleceğin yetişkinleri olarak onları güçlü kılabiliriz.

## KAYNAKLAR

1. Bozzola E, Spina G, Agostiniani R, Barni S, Russo R, Scarpato E, et al. The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16).
2. Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2020;53(1).
3. Sanzari CM, Gorrell S, Anderson LM, Reilly EE, Niemiec MA, Orloff NC, et al. The impact of social media use on body image and disordered eating behaviors: Content matters more than duration of exposure. *Eat Behav*. 2023;49.
4. Rounsefell K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, et al. Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Vol. 77, Nutrition and Dietetics*. 2020.
5. Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Vol. 17, Body Image*. 2016.
6. Davis HA, Kells MR, Roske C, Holzman S, Wildes JE. A reflexive thematic analysis of #WhatIEatInADay on TikTok. *Eat Behav*. 2023;50.
7. Pfender EJ, Wanzer C, Bleakley A. A Content Analysis of Social Media influencers' "What I Eat in a day" Vlogs on YouTube. *Health Commun*. 2023;

8. McLean SA, Wertheim EH, Masters J, Paxton SJ. A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2017;50(7).
9. Tambalis KD, Panagiotakos DB, Psarra G, Sidossis LS. Screen time and its effect on dietary habits and lifestyle among school children. *Cent Eur J Public Health*. 2020;28(4).
10. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140.
11. Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*. 2001;107(1).
12. Köprülü Ö, Darcan Ş, Özbaran B, Şan E, Atik Altınok Y, Özen S, et al. The Effect of Screen Addiction and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Insulin Resistance in Children. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital*. 2022;12(1).
13. Taillie LS, Busey E, Stoltze FM, Dillman Carpentier FR. Governmental policies to reduce unhealthy food marketing to children. *Nutr Rev*. 2019;77(11).
14. Coates AE, Hardman CA, Halford JCG, Christiansen P, Boyland EJ. Social media influencer marketing and children's food intake: A randomized trial. *Pediatrics*. 2019;143(4).
15. Kang EK, Lee J, Kim KH, Yun YH. The popularity of eating broadcast: Content analysis of "mukbang" tiktok videos, media coverage, and the health impact of "mukbang" on public. *Health Informatics J*. 2020;26(3).
16. Strand M, Gustafsson SA. Mukbang and Disordered Eating: A Netnographic Analysis of Online Eating Broadcasts. *Cult Med Psychiatry*. 2020;44(4).
17. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. Vol. 14, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017.

18. Przybylski AK, Weinstein N. Digital Screen Time Limits and Young Children's Psychological Well-Being: Evidence From a Population-Based Study. *Child Dev.* 2019;90(1).
19. Golan M, Crow S. Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight-related Problems. Vol. 62, *Nutrition Reviews*. 2004.



## BÖLÜM 3

### ANOREKSİYA NERVOZA

**Dr. Gülenay Korkmaz**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Prof. Dr. N. Burcu Özbaran**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

#### 1. ANOREKSİYA NERVOZA NEDİR?

Anoreksiya Nervoza (AN), kişinin yeme davranışı, beden algısı ve kilo ile ilgili düşüncelerinde ciddi bozulmalara yol açan psikiyatrik bir hastalıktır. Genellikle ergenlik döneminde başlar. Çoğunlukla genç kızlarda görülse de her yaş, cinsiyet ve bedenden bireyi etkileyebilir.(1) Tedavi edilmediğinde ise hayati risk oluşturabilir.



Anoreksiya Nervozalı bireyler genellikle çok zayıf olmalarına rağmen kendilerini şişman hissederler. Beden algıları bozulmuştur; aynaya baktıklarında gerçek kilolarını göremezler. Yemek yemeyi kısıtlayabilir, aşırı egzersiz yapabilir ya da bazı yiyecekleri tamamen hayatlarından

ıkarabilirler. Zamanla vücutları ihtiyaç duyduğu enerjiyi alamadığı için çeşitli sağlık sorunları gelişebilir. (2) Bu hastalık sadece fiziksel değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal yönleri olan bir bozukluktur.(3) Kişi çoğu zaman kendini yetersiz hissedebilir, kendine olan güveni düşebilir ve çevresinden gelen “zayıf olma” baskılarına karşı duyarlı hâle gelebilirler. Kontrol duygusunu bedenine ve kilosuna yönelterek kurmaya çalışabilirler.

Anoreksiya Nervoza’nın dışarıdan fark edilmesi her zaman kolay olmayabilir, çünkü hastalar genellikle durumlarını gizlemeye çalışırlar. Bu nedenle ailelerin, öğretmenlerin ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçli olması çok önemlidir.

## 2. ANOREKSİYA NERVOZANIN TARİHÇESİ

Anoreksiya Nervoza (AN), ilk olarak **1689 yılında İngiliz hekim Richard Morton tarafından tanımlanmıştır**. Morton, yemeğini reddeden ve çok zayıf olan geç hastalarından söz **etmiştir**. Ancak o dönemde bu durumun psikolojik bir hastalık olduğu henüz **anlaşılamamıştır**. (4)

Anoreksiya Nervoza modern anlamda ilk kez 1873 yılında iki önemli hekim olan İngiliz Sir William Gull ve Fransız Charles Lasègue tarafından tanımlanmıştır. Gull, bu durumu “anorexia nervosa” olarak **adlandırmış** ve iştahsızlığın fiziksel değil, ruhsal nedenlerle ortaya çıktığını **belirtmiştir**. Lasègue ise özellikle geç kadınlarda görülen bu durumun, bastırılmış duygular ve çevresel baskılarla ilişkili olduğunu **vurgulamıştır**. Ona göre, bu kişiler yemek yemeyi bilinçli olarak **reddetmişlerdir** ve çevrelerinin ısrarı çoğu zaman bu direnci daha da **artırmıştır**. (5) (6)

20.yüzyılda ise hastalık daha çok psikolojik yönleriyle **incelenmiştir**. Psikanalist Hilde Bruch, Anoreksiya Nervoza’nın sadece kilo verme isteğiyle değil, aynı zamanda kişinin bedenini nasıl algıladığıyla ve hayatı üzerinde kontrol kurma isteğiyle ilgili olduğunu **savunmuştur**. Bu dönemde

hastalık; bireysel çatışmalar, kimlik arayışı ve toplumsal beklentilerin bir sonucu olarak **değerlendirilmiştir.** (7)

Bugün ise Anoreksiya Nervoza, hem biyolojik hem psikolojik hem de sosyal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ciddi bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmektedir. (8)

### **3. DSM-5'E (RUHSAL BOZUKLUKLARIN TANISAL VE İSTATİSTİKSEL EL KİTABI) GÖRE ANOREKSİYA NERVOZA**

1. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
2. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
3. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz. (9)

### **4. ANOREKSİYA NERVOZA'NIN KLİNİKTE AYIRT EDİCİ ÖZELLİKLERİ NELERDİR?**

Anoreksiya Nervoza'nın belirtileri çoğu zaman hem bedensel hem de ruhsal düzeyde ortaya çıkar. Genellikle aileler süreci çocuğun kilo kaybıyla fark etmeye başlasa



da, belirtiler çoğu zaman çok daha erken dönemde ortaya çıkar. (10)

- Hızlı kilo kaybı
- Yemekten kaçınma
- Takıntılı yeme alışkanlıkları (kalori sayma, belli yiyecekleri reddetme)
- Sık sık aynada vücuduna bakma veya vücudunu beğenmeme
- Aşırı ve kontrolsüz egzersiz
- Kız çocuklarında adet düzensizliği veya tamamen kesilmesi (amenore)
- Cilt kuruluğu, saç dökülmesi, tırnak kırılması, donuk cilt görünümü
- Hipotansiyon (tansiyon düşüklüğü), halsizlik, bradikardi (kalp atım hızında yavaşlama), bayılma gibi ciddi fiziksel bulgular
- **Yeme ile ilgili ritüeller geliştirme** (yemeği çok küçük parçalara ayırma, uzun süre çiğneme gibi davranışlar).
- Sosyal geri çekilme (Sosyal etkinliklerden ve ilişkilerden uzaklaşma) görülebilir.

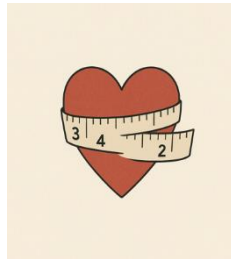
## 5. ANOREKSİYA NERVOZA’NIN RİSK FAKTÖRLERİ VE OLASI NEDENLERİ

Anoreksiya Nervozanın ortaya çıkışında diğer psikiyatrik hastalıklarda da olduğu gibi birden fazla etken rol oynar: (11,12)

### **Psikolojik**

**faktörler:** Mükemmeliyetçilik, kaygılar, takıntılı düşünceler ve düşük benlik saygısı

- **Ailevi faktörler:** Aşırı kontrolcü ebeveyn tutumları, yüksek başarı beklentisi olan ortamlar



- **Toplumsal/kültürel faktörler:** Zayıf bedeninin idealleştirilmesi, sosyal medyada ince bedeninin övülmesi
- **Biyolojik-genetik faktörler:** Ailede yeme bozukluğu, depresyon veya anksiyete geçmişi. Genetik yatkınlığın %33–84 arasında değiştiği bildirilmiştir
- **Ergenlik:** Hızlı fiziksel değişimlerin yaşandığı bu dönem, ergenin beden algısında kaymalar yaratabilir; bu süreçte yaşanan ayrılma ve bireyselleşme çabalarıyla birlikte kimlik arayışı, Anoreksiya Nervosa gibi yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilir

## 6. ANOREKSİYA NERVOZA VE PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

Anoreksiya nervosa, bazen sadece yeme davranışına yönelik belirtilerle sınırlı kalmayıp depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik durumlarla da birlikte seyredabilmektedir.

Bu nedenle tedavi sürecinde yalnızca fiziksel belirtiler değil, eşlik edebilecek psikiyatrik durumların da dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

En sık karşılaşılan psikiyatrik sorunların başında depresyon ve kaygı bozuklukları gelmektedir. Depresyon eşlik eden AN'li ergenlerde çökkünlük, suçluluk duyguları ve değersizlik düşünceleri gözlenebilir. Anksiyete bozukluğu eşlik eden AN'li ergenlerde ise kalabalık ortamlarda belirgin huzursuzluk ve ebeveynlerinden ayrılma korkusu gibi belirtiler ön plana çıkabilir. (13,14)

Bunlara ek olarak anoreksiya nervosa tanısı alan ergenlerde şu psikiyatrik sorunlara da rastlanabilmektedir: (13,14,15,16)

- **Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) :** Kalori sayma, belirli yemek saatlerine katı bağlılık, aşırı egzersiz yapma gibi tekrarlayıcı ve kontrol edilmesi zor davranışlar görülebilir.

- **Depresyon:** Anoreksiya tanısı alan bireylerde depresif belirtiler oldukça yaygındır ve birçok olguda depresyon, yeme bozukluğundan önce başlar ya da hastalık süreciyle birlikte ortaya çıkar. Depresyon; düşük benlik saygısı, umutsuzluk, sosyal çekilme ve anhedoni gibi belirtilerle yeme davranışını olumsuz etkileyerek anorektik belirtilerin sürmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, uzun süren açlık ve yetersiz beslenme, depresif semptomları biyolojik olarak da ağırlaştırabilir. Bu iki bozukluk bir arada görüldüğünde, hem tanı hem de tedavi süreci daha karmaşık hale gelir; bu nedenle depresif belirtilerin erken fark edilmesi ve müdahale edilmesi tedavi başarısını artırabilir.
- **Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB):** Katı rutinlere bağlılık, esneklikte zorlanma, sosyal etkileşimde yetersizlik gibi özellikler, özellikle erken yaşta başlayan anoreksiya vakalarında daha belirgin olabilir.
- **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB):** Dürtü kontrolünde güçlük, dikkat dağınıklığı ve duygusal düzenleme sorunları bazı olgularda ön planda olabilir.
- **Bipolar Afektif Bozukluk (BAB) :** Ergenlik döneminde anoreksiya nervoza ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki özellikle klinik açıdan önemlidir. Dürtüselliğin ve duygudurum dalgalanmalarının belirgin olduğu ergenlerde, anorektik davranışlar ile bipolar belirtiler iç içe geçebilir. Mani ya da hipomani dönemlerinde görülen aşırı hareketlilik, uyku ihtiyacında azalma, beden algısında değişiklik ve kontrolsüz yeme davranışları, anoreksiya sürecini tetikleyebilir ya da karmaşıklıştırabilir. Öte yandan, ciddi kilo kaybı ve yetersiz beslenme de duygudurum düzenlenmesini bozarak bipolar belirtilerin alevlenmesine yol açabilir. Bu nedenle, özellikle hızlı duygudurum değişimleri, ailede bipolar bozukluk öyküsü ve dürtüsel davranışlar varlığında, anoreksiya nervozalı ergenlerde bipolar bozukluk açısından dikkatli

değerlendirme yapılması gerekir. Erken tanı, uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesi ve nükslerin önlenmesi açısından kritik rol oynar.

- **Psikotik bozukluklar:** Gerçeklikten kopma, benlik algısında bozulmalar gibi daha ağır psikiyatrik belirtiler de bazı nadir olgularda gözlenebilir.

Eşlik eden psikiyatrik sorunlar fark edilmediğinde, hem hastalığın ilerleyişi olumsuz etkilenebilir hem de tedavi süreci beklenenden daha zorlu hale gelebilir. Bu nedenle bu sorunları erken dönemde tanımak, iyileşmenin sağlıklı ve sürdürülebilir bir şekilde ilerlemesi açısından büyük önem taşımaktadır.

## 7. TEDAVİ VE YAKLAŞIMI

Tedavi çok yönlüdür ve yalnızca bireyi değil, ailesini de sürecin içine almalıdır. (10,17,18)

- **Tıbbi müdahale:** Gerekirse hastane yatışıyla sıvı-elektrolit dengesi sağlanır, kalp ritmi, tansiyon ve hayati fonksiyonlar düzenlenir
- **Beslenme düzenlemesi:** Pediatrist ve diyetisyen eşliğinde planlı bir şekilde kilo kazanımı veya korunması hedeflenir
- **Psikoterapi:** Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Aile Temelli Terapi (Family-Based Treatment - FBT) etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleridir
- **Farmakolojik tedavi:** Genellikle eşlik eden depresyon, anksiyete veya obsesif düşünceler gibi psikiyatrik belirtileri tedavi etmek amacıyla kullanılır.
- **Aile desteği:** Ailenin çocuğun yanında durması, suçluluk hissetmeden ama kararlılıkla sürece katılması

## 8. AİLELER NELERE DİKKAT ETMELİ?

- Yeme alışkanlıklarında değişiklik fark ettiğinizde bunu önemseyin:

- Öğün atlama, yemeği azaltma, bazı yiyeceklerden tamamen kaçınma gibi davranışlar varsa bunları yargılamadan gözlemleyin.
- Çocuğunuz sürekli kilo ya da vücudu hakkında konuşuyorsa, sık sık tartılıyorsa ya da aynaya çok bakıyorsa, bu davranışları görmezden gelmeyin.
- Her öğünden sonra tuvalete gidiyor, öğün sonrası banyoda uzun zaman geçiriyor ya da diş fırçalama süresini uzun tutuyorsa, bu davranışlarının kusma ile alakalı olup olmadığını gözlemleyin. Kusma yoluyla kilo kontrolü sağlama çabasında olabilir.
- Egzersiz yapma süresi çok artmışsa ya da spor yapma biçimi aşırıya kaçıyorsa bunu bir uyarı olarak değerlendirin.
- Kilo kaybı belirgin hale geldiyse ve buna rağmen çocuk kendini hâlâ “fazla kilolu” hissediyorsa, bu beden algısında bir değişikliğe işaret ediyor olabilir.
- Özellikle kız çocuklarında adet düzeninde değişiklikler varsa (örneğin tamamen kesilmesi), bu da dikkat edilmesi gereken bir durumdur (19).



## 9. DESTEKLEYİCİ AİLE TUTUMU İÇİN KÜÇÜK ÖNERİLER

Yemek saatlerini bir çatışma ortamı değil, birlikte geçirilen keyifli zamanlara dönüştürmeye çalışın.



Beden üzerine yapılan yorumlarda özenli olun: “Zayıflamışsın, iyi görünüyorsun” gibi sözler bile istemeden baskı yaratabilir.

Sosyal medya etkileri hakkında birlikte sohbet edin. Güzelliğin tek bir beden ölçüsüne indirgenemeyeceğini konuşmak iyi gelebilir.

“Neden yemiyorsun?” demek yerine, “Senin için endişeliyim” gibi sevgi dolu bir cümle kurmak çoğu zaman daha yapıcı olur.

Konuşurken yargılamaktan kaçının.

Sakin, açık ve anlayışlı bir dil kullanmak çocuğunuzun size güvenmesini kolaylaştırır.

Onun ne hissettiğini anlamaya çalışın. Çünkü çoğu zaman bu davranışların altında kaygılar, zorlanmalar ya da kendini yetersiz hissetme gibi duygular yatar.

“Bu sadece bir ergenlik geçişi” diyerek durumu hafife almayın; ama aynı zamanda korkutucu bir tablo çizmekten de kaçının. Denge önemlidir.

Anoreksiya Nervoza, sadece kilo ile ilgili bir durum değildir; bu hastalık, kişinin beden algısını, duygularını ve çevresiyle ilişkisini etkileyen karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte ailenin duyarlı, anlayışlı ve sabırlı olması çok kıymetlidir. Hastalık sürecini birlikte atlatacağınızı ve yalnız olmadığını hissettirmek her şeyden daha kıymetlidir. Sürecin ciddiyetini önemseyip yaşa göre bir çocuk ve ergen psikiyatristi ile görüşmekten çekinmeyin. (19)

## **10. NE ZAMAN PROFESYONEL YARDIM ALMALI?**

Çocuğunuzun yeme ve beslenmesindeki herhangi bir değişim, kilo kaybı, yoğun diyet yapma veya kusma gibi davranışlarını gözlemlediğinizde mutlaka bir çocuk ergen psikiyatristine başvurmalısınız.

Aşağıdaki durumların varlığı da sizin için yönlendirici olabilir;

- Yemek yemeyi tamamen reddetme
- Birlikte sofraya oturmaktan kaçınma
- Yedikleri ile ilgili yalan söyleme, gizleme
- Sıvı alımında belirgin azalma
- Bayılma, halsizlik, aşırı üşüme gibi fiziksel şikâyetler
- Yoğun içe kapanma ya da sosyal ilişkilerden uzaklaşma
- Sürekli mutsuzluk, umutsuzluk ya da “yaşamak istemiyorum” gibi ifadeler

Unutmayın, Anoreksiya Nervozanın tedavi süreci sabır ve süreklilik gerektirir. Erken farkedildiğinde, tedavi süreci daha planlı ve etkili şekilde yürütülebilir. Uygun tedavi planıyla birçok birey iyileşebilir ve yaşamına sağlıklı bir şekilde dikkat edebilir.

Ailelerin bu noktada çocuğun davranışlarındaki küçük değişimleri dahi ciddiye alması son derece önemlidir.

#### KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Mehler PS, Brown C. Anorexia nervosa – medical complications. J Eat Disord. 2015;3:11. doi:10.1186/s40337-015-0040-0.
3. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1099-1111.
4. Pearce JM. Richard Morton: anoreksiya nervozanın kökenleri. Eur Neurol. 2004;52(4):191-192. doi:10.1159/000082033.
5. Gull WW. Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). Clin Soc London. 1873.
6. Lasègue E. On hysterical anorexia. Med Times Gaz. 1873;2:265-266.
7. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York: Basic Books; 1973.

8. Munro C, Randell L, Lawrie S. An integrative bio-psycho-social theory of anorexia nervosa. *Clin Psychol Rev.* 2017;54:1-16.
9. American Psychiatric Association. DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı. Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014: 338-9.
10. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry.* 2015;2(12):1099-1111.
11. National Eating Disorders Association. Risk factors. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>. Accessed May 2024.
12. Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nurs* 2019. 2019;49(10):24-30.
13. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl):S46–S51.
14. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Psychiatry* 2002;17(1):3-13.
15. Lock J, La Via MC. **Practice** parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412-425.
16. Califano M, Pruccoli J, Cavallino O, Lenzi A, Parmeggiani A. Psychopathological comorbidities in children and adolescents with feeding and eating disorders: an Italian clinical study. *Children* 2022;9(4):464.
17. Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ.* 2007;334(7599):894-898.
18. Hartman D. Anorexia nervosa: diagnosis, aetiology, and treatment. *Postgrad Med J.* 1995;71(832):164-166.
19. farkındayim.org. Yeme bozuklukları hakkında farkındalık platformu. 2021.



## BÖLÜM 4

### BULİMİYA NERVOZA

**Dr. Çağsen Sönmez**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Prof. Dr. N. Burcu Özbaran**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yeme bozuklukları; biyopsikososyal işlevi bozan yeme sorunları, yemeyle ilgili davranışlar, kilo/şekil ile ilgili davranışlar ve bilişlerle karakterizedir (1). Yaşam boyu görülme sıklığı %2 ile %5 arasında değişen durumlardır. Kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygındır ve tıbbi ve psikiyatrik komplikasyonlar, işlev bozukluğu ve yaşam kalitesinde düşüşle ilişkili olabilirler. Yaygın yeme bozuklukları arasında anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu yer alır. Bu bozukluklar kilo değişiklikleri, elektrolit dengesizlikleri (örneğin, hiponatremi, hipokalemi), bradikardi, üreme hormonlarında bozulmalar (örneğin, kadınlarda östradiol düzeylerinde azalma) ve kemik yoğunluğunda azalma ile ilişkili olabileceği için vakit kaybetmeden tedavi edilmesi ve kronikleşmeden ele alınması gereklidir (2).

#### 1. BULİMİYA NERVOZA NEDİR?

Bulimiya nervoza, kişinin yeme alışkanlıklarını ciddi şekilde etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu durumda kişi, kısa bir süre içinde çok fazla miktarda yiyecek tüketir (bu duruma

"tıkınırcasına yeme" denir) ve ardından kilo alımını engellemek için sağlıklı yollarla bu yiyeceklerden veya kalorilerden kurtulmaya çalışır (Bu davranışlara "telafi edici davranışlar" veya "kusma" denir) (3). Bulimiya nervoza sadece yiyeceklerle ilgili bir sorun değildir; aynı zamanda beden şekli ve ağırlığıyla ilgili zorlayıcı duygular ve endişelerle de yakından ilişkilidir (3). Bu rahatsızlığın temelinde, kişinin kendisini nasıl gördüğü ve bedenine dair duyduğu yoğun kaygılar yatar. Bu kaygılar, yeme davranışlarını kontrol etme çabasına ve ardından gelen pişmanlık ve suçluluk duygularına yol açabilir.

Bulimiya nervoza (BN), ilk kez 1979 yılında Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır. Ancak, yeme bozuklukları tarihsel olarak daha eski dönemlere dayanmaktadır. 20. yüzyıl ortalarından itibaren yeme bozukluğu ile ilgili çalışmalar hız kazanmıştır (4). Bu çalışmalara göre hastalığın başlangıcı için ortalama yaş 12'dir (5) ancak başlangıç yaşı 18-44'e kadar çıkabilir ve kadınlarda %1,5 ; erkeklerde ise %0,5'lik bir yaşam boyu yaygınlık oranına sahip olabilir (6). Ayrıca çalışmalar BN'li kişilerin %85-94'ünün profesyonel yardım almadığını veya tedaviyi 4-5 yıl ertelediğini göstermektedir (7). Tedavi edilmediği takdirde, BN şiddetli hale gelebilir ve bazı durumlarda ölüm de dahil olmak üzere diğer komorbiditelere veya kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir (5).

## **2. BULİMİYA NERVOZA NASIL GÖRÜNÜR?**

### **2.1. Temel Belirtiler: Tıkınırcasına Yeme ve Telafi Edici Davranışlar**

Bulimiya nervozanın iki temel özelliği vardır: tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları ve bu atakları takiben yapılan uygunsuz telafi edici davranışlar.

**Tıkınırcasına Yeme (Binge Eating):** Bu, belirli bir zaman diliminde (örneğin, 2 saat içinde) çoğu insanın benzer koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyecek tüketmek anlamına gelir. Bu yeme atakları sırasında kişi,

yeme üzerinde kontrolünü kaybettiğini hisseder; duramayacağını veya ne kadar yediğini kontrol edemeyeceğini düşünebilir (3). Bu durum, sadece büyük bir öğün yemekten farklıdır; asıl önemli olan kontrol kaybı hissidir (9). Tıkınırcasına yeme atakları genellikle utanç veya mahcubiyet duyguları nedeniyle gizlice yapılır (3).

**Telafi Edici Davranışlar (Kusma/Çıkarma):** Bunlar, tıkınırcasına yeme sonrasında kilo alımını engellemek amacıyla yapılan davranışlardır (3). En yaygın telafi edici davranışlar şunlardır:

**Kendi Kendine Kusma:** Kişinin kendini kusturmasıdır (3).

**Laksatif (Müshil), Diüretik (İdrar Söktürücü) veya Lavmanların Kötüye Kullanımı:** Bu ilaçların tıbbi bir gereklilik olmadan kullanılmasıdır (3).

**Oruç Tutma:** Tıkınırcasına yeme atağından sonra uzun süre hiçbir şey yememektir (3).

**Aşırı Egzersiz:** Sağlıklı olandan çok daha fazla, genellikle tüketilen kalorileri "yakmak" amacıyla aşırı egzersiz yapmaktır (3).

## **2.2. Beden Şekli ve Ağırlığına Yoğun Odaklanma**

Bulimiya nervozası olan kişiler genellikle beden ağırlıkları veya şekilleri hakkında aşırı endişe duyarlar (3). Kendilerine olan saygıları (öz-değerleri) büyük ölçüde nasıl göründüklerine bağlı olabilir (3). Çoğu zaman, aslında öyle olmasalar bile kendilerini aşırı kilolu olarak algıladıkları çarpık bir beden imajına sahip olabilirler (3). Bu durum, sürekli bir memnuniyetsizlik ve bedenleriyle ilgili olumsuz düşüncelerle sonuçlanabilir.

Tablo-1. Bulimiya Nervoza Belirtileri: Nelere Dikkat Edilmeli?

| <b>Fiziksel Belirtiler</b><br>(3,8-10)             | <b>Davranışsal Belirtiler</b> (3,10,11)            | <b>Duygusal/Psikolojik Belirtiler</b> (3,10,11)   |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Kilo dalgalanmaları                                | Yemeklerden sonra tuvalete gitme bahaneleri        | Yoğun kilo alma korkusu                           |
| Yanaklarda/çene hattında şişlik                    | Gizlice veya büyük miktarlarda yeme                | Yeme üzerinde kontrol kaybı hissi                 |
| Parmak eklemlerinde nasır/yara (Russell Belirtisi) | Tıkınırcasına yeme sonrası katı diyet/oruç         | Tıkınma sonrası suçluluk, utanç, tiksinti         |
| Diş problemleri (Çürük, mine erozyonu)             | Aşırı egzersiz yapma                               | Düşük benlik saygısı, bedeninden memnuniyetsizlik |
| Sürekli boğaz ağrısı, mide ekşimesi                | Yiyecek içeren sosyal ortamlardan kaçınma          | Duygudurum dalgalanmaları, sinirlilik, kaygı      |
| Mide-bağırsak sorunları (Ağrı, Şişkinlik)          | Yeme alışkanlıkları konusunda gizemli davranma     | Depresyon belirtileri                             |
| Dehidrasyon belirtileri (Baş dönmesi)              | Bol Giysiler Giyme                                 | Sosyal geri çekilme                               |
| Adet düzensizlikleri (Kızlarda)                    | Laksatif, diüretik veya zayıflama hapları kullanma | Konsantrasyon güçlüğü                             |

### 3. BULİMİYA NERVOZA NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Bulimiya nervoza, sadece bireyin iradesiyle ilgili olmayan, karmaşık nedenleri olan bir yeme bozukluğudur. Bu hastalığın gelişiminde birçok psikolojik, biyolojik ve sosyal etken bir araya gelir.

### **3.1. Toplumun Zayıflık Baskısı**

Toplumda zayıf olmanın ideal güzellik anlayışı olarak öne çıkması, özellikle genç kad nlar  ciddi bir baskı yaratır. Medyada sürekli olarak ince bedenlerin y c ltilmesi, gençlerin kendi bedenlerinden memnun olmamalarına ve aşı ı diyet yapmalarına neden olabilir. Bu baskılar, bulimiya nervozanın gelişmesinde önemli rol oynayabilir (12).

### **3.2. Araştırmalarda Gözlenen Risk Faktörleri**

Toplum temelli bir araştırmada, aşığıdaki durumların, yeme bozukluğu olan kişilerde daha sık g r ld ğı saptanmıştır:

- Çocuklukta obezite ge mişı
- Duygudurum bozuklukları ( rneğ n depresyon)
- Cinsel ve fiziksel istismar
- Ebeveynlerde obezite
- Alkol veya madde bağımlılığı
- Düşük benlik saygısı
- Mükemmeliyetçilik
- Aile içi iletişim sorunları
- Ebeveynlerin kilo ve vücut şekline takıntısı
- Erken yaşıta adet görme

Bu faktörler,  ocuğ n kendilik algısını ve yeme davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir (13).

### **3.3. Genetik ve Biyolojik Etkenler**

Araştırmalara göre, bulimiya nervoza genetik olarak kalıtılabilen bir bozukluktur. Genetik yatkınlık, bireyin bu hastalığı geliştirme riskini artırabilir. Bu kalıtım oranının %28 ile %83 arasında değıştiğı gösterilmiştir. Ancak bu genetik etkiler, doğrudan hastalığı değıl, daha çok duygusal dalgalanma, dürtüsellik, kontrol sorunları gibi hastalığa zemin hazırlayan kişilik özelliklerini etkileyebilir (14).

| <b>DSM-5 Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A. Yineleyen tıknırcasına yeme atakları.</b> Bir tıknırcasına yeme atağı aşağıdakilerin ikisiyle de belirlidir:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu insanın yiyebileceğinden açıkça daha fazla miktarda yiyeceği yeme.</li> <li>2. Bu atak sırasında yeme üzerinde denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı ya da ne yediğini veya ne kadar yediğini denetleyemediği duygusu).</li> </ol> |
| <p><b>B. Kilo alımını engellemek için yineleyen uygunsuz ödünleyici (telafi edici) davranışlarda bulunma</b> (örn. kendi kendine kusma; laksatiflerin, diüretiklerin ya da diğer ilaçların yanlış kullanımı; oruç tutma ya da aşırı egzersiz yapma).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama olarak, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalıdır.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>D. Kendilik değerlendirmesi vücut biçimi ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>E. Bu bozukluk yalnızca Anoreksiya Nervosa atakları sırasında ortaya çıkmamaktadır.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

(15)

#### **4. BULİMİYA NERVOZA'YA EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR**

Yapılan araştırmalar, bulimiya nervozalı bireylerin çoğunda başka psikiyatrik bozuklukların da bulunduğunu göstermektedir. Bu eşlik eden rahatsızlıklar, hastalığın gidişatını etkileyebilir ve tedavi sürecini karmaşıktırabilir (16,17).

##### **4.1. Depresyon**

Depresyon, BN'ye en sık eşlik eden hastalıktır. Sürekli üzgün hissetme, değersizlik duygusu, enerji kaybı ve intihar düşünceleri görülebilir. Aileler, bu belirtileri fark ettiğinde profesyonel yardım alınmasını sağlamalıdır (17).

## 4.2. Anksiyete Bozuklukları

Sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi kaygı bozuklukları, BN ile birlikte sık görülür. Kaygı belirtileri genellikle BN başlamadan önce ortaya çıkar (18).

## 4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Geçmişte travma yaşamış bireylerde BN gelişme riski artar. TSSB belirtileri arasında kabuslar, kaçınma davranışları ve ani öfke patlamaları yer alır. Ailelerin anlayışlı ve destekleyici olması, travma sonrası iyileşmede önemlidir (19).

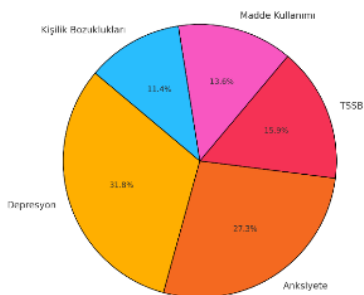
## 4.4. Madde Kullanımı

Alkol ve madde kullanımı, BN hastalarında dürtüsel davranışlarla ilişkili olarak sıkça görülür. Bazı bireyler kilo vermek amacıyla uyarıcı maddelere başvurabilir. Bu tür durumlar profesyonel müdahale gerektirir (20).

## 4.5. Kişilik Bozuklukları

Borderline kişilik bozukluğu, BN ile sıkça birlikte görülür. Yoğun duygu dalgalanmaları ve ilişkilerde tutarsızlık dikkat çeker. Ailelerin bireyi yargılamadan desteklemesi ve uygun terapi sürecine yönlendirmesi çok önemlidir (18).

Bulimiya Nervosa'da Sık Görülen Komorbiditelerin Dağılımı



## 5. TEDAVİ

**5.1. Psikoterapi,** bulimiya nervoza tedavisinin temel taşlarından biridir. Farklı terapi yaklaşımları mevcuttur:

**Aile Temelli Tedavi (ATT):** Özellikle ergenlerde bulimiya nervoza için sıklıkla ilk basamak tedavi olarak önerilir (21). Bu yaklaşım, aileyi iyileşme sürecinin merkezine koyar. Ebeveynler, çocuklarının düzenli ve sağlıklı yeme alışkanlıkları kazanmasına ve tıknırcasına yeme ile çıkarma davranışlarını durdurmasına aktif olarak yardımcı olur (22). Ebeveynler, hastalığın bir seçim olmadığını anlar ve çocuklarına karşı yargılayıcı olmayan, destekleyici bir tutum sergilerler.

**Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) / Geliştirilmiş BDT (BDT-E):** Bu terapi türü de özellikle ergenler için etkilidir (22). BDT, bireylerin yeme ile ilgili düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki bağlantıları anlamalarına yardımcı olur. Zararlı düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmek için beceriler öğretir (23).

**Kişilerarası Psikoterapi (KPT):** Kişilerarası ilişkileri ve bunların yeme davranışlarını nasıl etkilediğini iyileştirmeye odaklanır (22).

**Diyalitik Davranış Terapisi (DDT):** Duyguları yönetme, sıkıntıya tolerans gösterme ve ilişkileri geliştirme becerilerini öğretir (22).

## 5.2. Farmakoterapi

Tedavide eşlik eden bozuklukların her biri ayrı ayrı kapsamlı bir plan içerisinde ele alınmalıdır. Eş tanı (komorbidite) vakalarında farmakolojik müdahaleler kullanılmaktadır. Bulimiya nervoza (BN) tanısı alan kişilerin yarısından fazlası majör depresif epizod kriterlerini karşılamakta olup, diğerlerine de obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, anksiyete ya da madde kullanım bozuklukları gibi başka sorunlar eşlik ediyor olabilir. Altta yatan depresyon ya da

diğer eş tanılar göz önünde bulundurularak, özellikle psikoterapiye başlangıçta yanıt vermeyen bireylerde, tıknırcasına yeme ve telafi davranışlarını azaltmak amacıyla çoğunlukla fluoksetin olmak üzere selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) reçete edilebilir (24).

## **6. EBEVEYNLERE ÖNERİLER**

- **Rol Model Olun:** Yiyeceklerle, beden imajına ve egzersize karşı sağlıklı tutumlar sergileyin. Kendi bedeniniz veya başkalarının bedenleri hakkında eleştirel konuşmaktan kaçının (25). Çocuklar ebeveynlerini gözlemleyerek öğrenirler. Eğer ebeveynler yiyecek veya kilo konusunda endişe sergilerse, bu durum çocuğun kendi mücadelelerini istemeden de olsa pekiştirebilir. Beden kabulünü ve dengeli beslenmeyi teşvik eden bir ev ortamı, iyileşme için sağlam bir zemin sunar.
- **Sağlığa Odaklanın, Kiloya Değil:** Vücut ağırlığı veya sayılardan ziyade genel sağlık ve iyi oluşu vurgulayın (25).
- **Açık İletişim Kurun:** Çocuğunuzun duygularını ve yaşadığı zorlukları yargılamadan konuşabileceği güvenli bir alan yaratın (26). Onları aktif bir şekilde dinleyin ve tam olarak anlamasanız bile duygularını geçerli kılın (26). Yeme bozuklukları genellikle sessizlik ve kendini suçlama ile beslenir. Açık, yargılayıcı olmayan iletişim, bu döngüyü kırmaya yardımcı olur, çocuğun anlaşıldığını ve desteklendiğini hissetmesini sağlar.
- **Suçlamaktan Kaçının:** Unutmayın ki yeme bozukluğu bir hastalıktır; çocuğunuzun veya sizin ebeveynliğinizin bir hatası değildir (27). Bu anlayış, suçluluk duygularını azaltır ve daha yapıcı bir yaklaşıma olanak tanır.
- **Çocuğunuzu Tanıyın:** Çocuğunuzun yeme alışkanlıklarında herhangi bir değişiklik, kilo değişimlerine odaklanma, aşırı egzersiz gibi belirtiler ya da

çocuğunuzda yeme bozukluğu ile ilgili bir şüphemiz varsa mutlaka bir çocuk psikiyatrisi uzmanına danışın.

## 7. SONUÇ

Bulimiya nervoza, en temel yeme bozukluklarından biridir ve etiyojisi çok yönlüdür. "Çok yönlü" terimiyle, bu bozukluğun biyolojik, psikolojik veya sosyal-çevresel faktörlerden kaynaklanabileceği, bu faktörlerin ise büyük ölçüde patolojik yeme davranışlarının benimsenmesine katkıda bulunduğu kastedilmektedir. Bulimiya nervoza genellikle ayaktan izlem ile tedavi edilir (28). Bulimiya nervozada bozukluklar, kilo değişikliklerine ek olarak elektrolit dengesizlikleri, bradikardi, üreme hormonlarında bozulmalar ve kemik yoğunluğunda azalma gibi sorunlara neden olabilir ve depresyon, anksiyete ve intihar girişimi riskinin artmasıyla ilişkilidir (2). Bozukluk şiddetliyse veya hasta ciddi komplikasyonlar gösteriyorsa hastane tedavisi gerekebilir. Bulimiyanın erken teşhisi ve tedavisi, başarılı bir rehabilitasyon oranını artırır. Yeme bozukluklarının birinci basamak tedavileri beslenme desteği, psikoterapi ve farmakoterapiyi içerir (28).

## KAYNAKLAR

1. Grilo CM. Treatment of Eating Disorders: Current Status, Challenges, and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2024 Jul 12 [cited 2025 May 17];20(1):97–123. Available from: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-080822-043256>
2. Matheson BE. Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder Across the Lifespan. Focus (Am Psychiatr Publ) [Internet]. 2024 Jul [cited 2025 May 16];22(3):278–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38988471/>
3. Mayo Clinic. (n.d.). *Bulimia nervosa - Symptoms and causes* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025].

Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615>

4. Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: Anoreksiyanın uğursuz bir çeşidi sinir sistemi. *Psychological Medicine*, 9, 429–448.
5. Hail, L., and Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc. Health Med. Ther.* 9, 11–16. doi: 10.2147/AHMT.S135326
6. Udo, T., and Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of Dsm-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. Adults. *Biol. Psychiatry* 84, 345–354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014
7. Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., et al. (2017). The PED-t trial protocol: the effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry* 17:180. doi: 10.1186/s12888-017-1312-4
8. Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., et al. (2017). The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry*, 17, 180. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1312-4>
9. Children's Hospital of Philadelphia. (n.d.). *Eating Disorders* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.chop.edu/conditions-diseases/eating-disorders>
10. McCallum Place. (n.d.). *DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.mccallumplace.com/eating-disorders/dsm-5-diagnostic-criteria/>
11. HealthyChildren.org. (n.d.). *Anorexia & Bulimia: How Eating Disorders Can Affect Your Child* [Internet]. American Academy of Pediatrics. [Erişim: 17 Mayıs 2025].

Available from: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/emotional-problems/Pages/Anorexia-and-Bulimia.aspx>

12. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image* [Internet]. 2004 [cited 2025 May 17];1(1):57–70. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/5759932\\_The\\_role\\_of\\_body\\_image\\_in\\_prevention\\_of\\_eating\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/5759932_The_role_of_body_image_in_prevention_of_eating_disorders)
13. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull* [Internet]. 2004 Jan [cited 2025 May 17];130(1):19–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717649/>
14. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: Methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2011 [cited 2025 May 17];6(1):141–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21243474/>
15. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
16. Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders. *Biological Psychiatry*, 86(4), 294–302.
17. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911.
18. Solmi, M., et al. (2021). Risk and protective factors for eating disorders: An umbrella review. *World Psychiatry*, 20(1), 110–123.
19. Avena, N. M., & Gold, M. S. (2022). Comorbidity of eating disorders and substance use: Pharmacological implications. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 835209.

20. Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2020). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 10, 33–50.
21. Consultant360. (n.d.). *AAP Updates Guidance on Pediatric Eating Disorders* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.consultant360.com/articles/aap-updates-guidance-pediatric-eating-disorders>
22. Eating Disorders Victoria. (n.d.). *Evidence-Based Eating Disorder Treatment* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.eatingdisorders.org.au/treatment-options/evidence-based-treatment>
23. Verywell Mind. (n.d.). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Eating Disorders* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.verywellmind.com/cognitive-behavioral-therapy-for-eating-disorders-4157140>
24. Harrington B. C., Jimerson M., Haxton C., Jimerson D. C. (2015). *Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. *Am. Fam. Physician* 91, 46–52
25. Nemours KidsHealth. (n.d.). *Bulimia (for Parents)* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://kidshealth.org/en/parents/bulimia.html>
26. NSW Health. (n.d.). *How can I communicate with someone who has an eating disorder?* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/disorders/Pages/eating-disorders-communication.aspx>
27. Children's Health. (n.d.). *Bulimia Nervosa in Children* [Internet]. [Erişim: 17 Mayıs 2025]. Available from: <https://www.childrens.com/specialties-services/conditions/bulimia-nervosa>
28. Kourkouta L, Frantzana E, Iliadis C, Kleisiaris C, Papathanasiou İ. BULIMIA NERVOSA – A REVIEW. *Sanitas Magisterium* [Internet]. 2019 Jan 16 [cited 2025 May 17];5(1):1–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ijhadec/issue/42581/513372>



## BÖLÜM 5

### TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

**Dr. Gamze Yıldız Baş**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

#### 1. GİRİŞ

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), ilk kez 2013 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El **Kitabı**'nın beşinci baskısına (DSM-5) ve 2019'da Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) sistemine bağımsız bir tanı kategorisi olarak eklenmiştir (1,2). Bu bozukluk, bireyin belirli bir zaman dilimi içinde olağanın üzerinde miktarda yiyecek tüketmesiyle ve bu süreçte yeme davranışı üzerinde kontrolünü kaybetmesiyle tanımlanır. En önemli ayırt edici özelliklerinden biri ise bu atakların ardından herhangi bir telafi edici davranışın (kusma, aşırı egzersiz vb.) gözlenmemesidir (1,3).

#### 2. TARİHÇE

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), modern psikiyatrinin tanı sistemlerinde nispeten yeni bir yer edinmiş olsa da yeme ataklarına ilişkin gözlemler daha eskiye dayanır. Bu durumun ilk tanımlamaları, 1950'li yıllarda **Albert Stunkard** tarafından "gece yeme sendromu" kapsamında yapılmıştır (4). Stunkard, gece boyunca kontrolsüz yeme atakları yaşayan bireylerin özelliklerini detaylandırmıştır. Ancak, TYB'nin ayrı bir klinik tablo olarak kabul edilmesi zaman almıştır. Psikiyatrik hastalıkların uluslararası tanı rehberi olan **DSM-IV'te** 1990'lı yıllarda "Araştırma İçin Ek Kategoriler"

bölümünde yer almış, bu da hastalığın daha fazla incelenmesi gerektiğine işaret etmiştir (5). Bu dönemdeki araştırmalar, tıkinırcasına yeme davranışının bulimiya nervozadaki gibi telafi edici davranışlarla (kusma, aşırı egzersiz vb.) ilişkili olmadığını ortaya koymuştur. Nihayet, 2013 yılında yayımlanan **DSM-5'te**, tıkinırcasına yeme bozukluğu bağımsız bir yeme bozukluğu olarak resmen tanınmıştır (1). Bu önemli adım, TYB'nin ayrı bir klinik varlık olarak kabul görmesini sağlamış ve bu durumla mücadele eden bireylerin daha doğru tanılanması ve tedaviye erişimi için zemin hazırlamıştır.

### 3. TANI KRİTERLERİ

DSM-5 ölçütlerine (Tablo 1) göre tıkinırcasına yeme bozukluğu tanısı koymak için, 3 ay ve daha fazla süre boyunca haftada en az 1 defa meydana gelen, birçok kişi için olağan olandan daha fazla miktarda besin tüketimi, bu atakların belirli bir zaman dilimi içerisinde olması (örneğin 2 saatlik bir süre içinde) ve bu ataklar sırasında yeme kontrolünün kaybı ile karakterize tekrarlayan yeme atakları olmalıdır. Bu yeme ataklarına ise aşağıdakilerden en az üçünün eşlik etmesi gerekmektedir; normalden daha hızlı yeme, rahatsızlık verecek derecede yeme, fiziksel olarak açlık halinin olmamasına rağmen fazla miktarlarda yeme, tüketilen besin miktarından utanma nedeniyle tek başına yemek yeme ve atak sonrasında iğrenme, suçluluk hissetme ya da çökkünlük. Ayrıca tıkinırcasına yeme nedeniyle bireyin sağlığı ve yaşam kalitesinde belirgin derecede bir sıkıntı da olmalıdır (1).

### 4. EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik çalışmalar, tıkinırcasına yeme bozukluğunun en yaygın yeme bozukluğu olduğunu göstermektedir (6,7,8). Çocuklarda dünya çapındaki nokta prevalansı %0,7'dir (9). Yetişkinlerde ise bir yıllık nokta prevalansı %1,1'dir (10).

Yapılan bir araştırma, tıknırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu görülme oranının %1,4 olduğunu ortaya koymuştur (11). Daha yakın zamanlı yapılan geniş örneklemliler bir meta-analiz çalışmasında tıknırcasına yeme bozukluğunun yaygınlığı %1,32 bulunmuştur (12). Elde edilen veriler, bu bozukluğun çoğunlukla bireylerin yirmili yaşlarının başlarında ortaya çıktığını ve kadınların yaşamları boyunca bu durumu yaşama ihtimalinin erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (11). Fakat yapılan başka bir çalışmada ise 13-18 yaş aralığında ergenlerden oluşan toplum örneğinde başlangıç medyan yaşı 12,6 olduğu bulunmuştur (13). 5-21 yaş aralığındaki aşırı kilolu veya obez çocuk ve ergenler üzerinde yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tıknırcasına yeme ve yemek yerken olan kontrol kaybı yaygınlığının %26,3 olduğu bulunmuştur (14). Cinsiyetler arası farka bakılacak olursa anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan daha küçük bir cinsiyet farkı göstermektedir (15,16). Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza erkeklerde daha nadir ortaya çıkan, sıklıkla kadınlarda görülen rahatsızlıklardır (17). Tıknırcasına yeme bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olmasının yanında, erkek cinsiyette de sık görülen bir rahatsızlıktır (18).

## 5. ETİYOLOJİ

Tıknırcasına yeme bozukluğunun etiyolojisinde biyolojik, psikolojik ve çevresel gibi birden çok sistem rol almaktadır. Nörobiyolojik düzeyde yapılan çalışmalarda, özellikle dopaminerjik sistemdeki bozulmaların ve ödül işleme süreçlerindeki farklılıkların, tıknırcasına yeme bozukluğunun gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir. Schienle ve arkadaşları (2009), TYB olan bireylerin yüksek kalorili yiyeceklere karşı artmış beyin aktivitesi gösterdiğini bildirmiştir (19). Bu bulgular, ödül sisteminin aşırı hassasiyetinin, tıknırcasına yeme davranışına neden olabileceğini düşündürmektedir. Psikolojik etkenler de

oldukça belirgindir. Özellikle duygusal düzenleme güçlükleri, depresif semptomlar ve stres, bireyin kontrolsüz yeme davranışlarını tetikleyebilir. Leehr ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, duygusal yeme ile tıknırcasına yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; bireylerin olumsuz duyguları bastırmak için yeme davranışını kullandıkları ortaya konmuştur (20). Çevresel faktörler de etiyolojide önemli rol oynamaktadır. Özellikle çocukluk döneminde yaşanan duygusal ya da fiziksel istismar, aile içi işlev bozuklukları ve toplumun beden algısına yönelik baskıları, bireyin yeme davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Erken yaşta yaşanan stresörlerin TYB gelişim riskini artırdığı gösterilmiştir (21).

**Tablo-1.** DSM-5 Tanı Kriterleri (1)

| Kriter                                                 | Açıklama                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Tekrarlayan Tıknırcasına Yeme Nöbetleri             | Bir tıknırcasına yeme nöbeti aşağıdakilerin her ikisini de içermelidir:                                                                                                   |
| 1. Aşırı Miktar                                        | Belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullarda çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği yeme. |
| 2. Kontrol Kaybı                                       | Bu dönem sırasında yemek yeme üzerinde denetim kaybı hissi (örn. kişinin yemeyi durduramayacağı veya ne kadar ya da ne yediğini kontrol edemeyeceği hissi).               |
| B. Tıknırcasına Yeme Nöbetlerine Eşlik Eden Belirtiler | Tıknırcasına yeme nöbetlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik etmelidir:                                                                                      |
| 1. Hızlı Yeme                                          | Olağandan çok daha hızlı yeme.                                                                                                                                            |
| 2. Rahatsız Edici Tokluk                               |                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>3. Açlık Hissi Olmadan Yeme</p> <p>4. Yalnız Yeme</p> <p>5. Yemek Sonrası Olumsuz Duygular</p>              | <p>Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme</p> <p>Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.</p> <p>Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.</p> <p>Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.</p>                                   |
| <b>C. Belirgin Sıkıntı</b>                                                                                     | Tıkınırcasına yemeyle ilgili belirgin bir sıkıntı yaşanması.                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>D. Sıklık ve Süre</b>                                                                                       | Tıkınırcasına yeme, ortalama olarak 3 ay boyunca haftada en az bir kez ortaya çıkmaktadır.                                                                                                                                                                                                               |
| <b>E. Telafi Edici Davranışların Yokluğu</b>                                                                   | Tıkınırcasına yeme, bulimiya nervozadaki gibi yineleyici uygunsuz telafi edici davranışlarla ilişkili değildir ve yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.                                                                                              |
| <p><b>Mevcut Şiddet (Belirtilerin Şiddetine Göre)</b></p> <p>Hafif</p> <p>Orta</p> <p>Ağır</p> <p>Çok Ağır</p> | <p>DSM-5'e göre TYB şiddeti, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin haftalık sıklığına göre belirlenir:</p> <p>Haftada 1-3 tıkınırcasına yeme nöbeti</p> <p>Haftada 4-7 tıkınırcasına yeme nöbeti</p> <p>Haftada 8-13 tıkınırcasına yeme nöbeti</p> <p>Haftada 14 veya daha fazla tıkınırcasına yeme nöbeti</p> |

## 6. RİSK FAKTÖRLERİ

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun kesin nedeni tek bir faktöre bağlanamaz, bu bozukluk çok etmenli bir yapıya sahiptir. Risk faktörlerini sıralayacak olursak (22,23,24)

- Biyolojik ve genetik yatkınlık
- Olumsuz öz değerlendirme
- Beden memnuniyetsizliği
- Ebeveyn depresyonu
- Olumsuz çocukluk deneyimleri (cinsel ve fiziksel istismar ve bir dizi ebeveyn sorunu)
- Aile üyelerinin şekil, kilo ve yeme hakkında tekrar tekrar olumsuz yorumlarına maruz kalma
- Psikiyatrik komorbide durumların varlığı (Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları...)
- Aşırı kilo ve obezite

## 7. KLİNİK ÖZELLİKLER

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, sık ve tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarıyla karakterizedir. Tıkınırcasına yeme atağı, bireyin yeme üzerinde öznel bir kontrol kaybı yaşadığı, normalden belirgin şekilde daha fazla veya farklı yediği ve yemeyi bırakmadığı veya yenen yiyecek türünü veya miktarını sınırlayamadığını hissettiği belirli bir zaman dilimidir. Tıkınırcasına yeme çok sıkıntı verici olarak deneyimlenir ve genellikle suçluluk veya tiksinti gibi olumsuz duygularla birlikte görülür. Ancak, bulimia nervozadan farklı olarak, tıkınırcasına yeme ataklarını kilo alımını önlemeyi amaçlayan uygunsuz telafi edici davranışlar (kendi kendine kusma, müshil veya lavmanların yanlış kullanımı veya yorucu egzersiz gibi) düzenli olarak takip etmez (2).

Çocuk ve ergenlerde tıkınırcasına yeme ataklarının tanısı çeşitli nedenlerle zor olabilir. Öncelikle, gelişim sırasında nesnel olarak büyük miktarda yiyeceğin tanımı zor ve belirsiz

olabilir (25,26). Dahası, yiyecek alımının raporlanması ve kontrol kaybını ifade etme becerisi çocuklarda ve ergenlerde zor olabilir. Bu nedenle, bir yeme atağını tıknırcasına yeme olarak daha iyi tanımlamak için öz bildirime güvenmek yerine klinisyen-uzman görüşmeleri gereklidir (27).

## 8. EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK KOMORBİD DURUMLAR

- **Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB):** TYB ile sıklıkla bir arada görülen önemli bir komorbid durum Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'dur (28). Hem DEHB hem de TYB, dürtüsellik ve öz-düzenleme güçlükleri gibi ortak özellikler taşır. DEHB'nin dürtüsellik boyutu, bireylerin yiyecek alımını kontrol etmede zorlanmasına ve anlık yeme dürtülerine direnç gösterememesine yol açabilir.

Dikkat eksikliği ise, yemek yeme sırasında doyumluk sinyallerini fark etmeyi zorlaştırabilir ve aşırı yemeye neden olabilir (29). Ayrıca, DEHB'li bireylerde görülen düşük dopamin seviyeleri, ödül arayışı davranışlarını artırarak tıknırcasına yeme eğilimini güçlendirebilir. Bu komorbidite, her iki bozukluğun da tedavi yanıtını etkileyebilir ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekebilir.

- **Anksiyete Bozuklukları:** TYB hastalarında yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk gibi anksiyete türleri yüksek sıklıkta gözlenir. Yakın zamanda yapılan sistematik derlemeler, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde anksiyete bozukluklarının yaygınlığını ve bunların TYB'nin daha şiddetli seyriyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Anksiyete, özellikle sosyal ortamlarda veya stresli durumlarda ortaya çıktığında, bireyin yiyeceklerle yönelmesine ve tıknırcasına yeme atakları yaşamasına neden olabilir (30). Yeme davranışı, anksiyeteyi geçici

olarak azaltmak için bir kaçış veya rahatlama yolu olarak işlev görebilir. Ancak uzun vadede bu durum hem TYB semptomlarını hem de anksiyete düzeylerini artırarak kısır bir döngü oluşturabilir.

- **Duygudurum Bozuklukları:** TYB olan bireylerde en sık görülen komorbid durumlardan biri **duygudurum bozukluklarıdır**. Özellikle depresyon yüksek oranlarda TYB'ye eşlik eder. Yapılan kapsamlı meta-analizler ve gözlemsel çalışmalar, TYB'li bireylerin yaşam boyu depresyon geliştirme riskinin genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir (31). Depresif semptomlar, tıknırcasına yeme ataklarını tetikleyebilir veya yeme atakları sonrası ortaya çıkan suçluluk, utanç ve çaresizlik duygularını şiddetlendirebilir.
- **Madde kullanım bozuklukları:** TYB'ye eşlik eden bir diğer önemli komorbid durum madde kullanım bozukluklarıdır. Özellikle alkol ve madde bağımlılığı, TYB olan bireylerde genel popülasyondan daha yüksek oranlarda görülmektedir (32). Becker ve Grilo'nun yaptığı bir çalışma, tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda ruh hali ve madde kullanım bozukluklarının sıkça bir arada bulunduğunu ve bunun kişilik bozuklukları ile yeme bozukluğu patolojisiyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır (33). Bu komorbidite, dürtü kontrolü sorunları ve ödül sistemi disregülasyonu gibi ortak biyolojik ve psikolojik mekanizmalardan kaynaklanabilir. Madde kullanımı, tıknırcasına yeme ataklarını tetikleyebilir veya yeme sonrası ortaya çıkan olumsuz duygularla başa çıkmak için bir yöntem olarak kullanılabilir. Bu iki durumun bir arada bulunması, tedaviyi daha karmaşık hale getirebilir ve iyileşme sürecini zorlaştırabilir.
- **Diğer psikiyatrik durumlar:** Yukarıda belirtilenlerin yanı sıra, TYB'ye **Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)**, **Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)** ve

**Borderline Kişilik Bozukluğu** gibi diğer psikiyatrik durumlar da eşlik edebilir. OKB'de görülen tekrarlayıcı düşünceler ve kompulsif davranışlar, yeme ile ilgili takıntılara veya ritüellere dönüşebilir (29). TSSB, travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkan anksiyete ve dissosiyasyon gibi semptomlarla tıkinırcasına yeme ataklarını tetikleyebilir (34). Borderline Kişilik Bozukluğu'nun dürtüsellik, duygudurum düzensizliği ve kimlik karmaşası gibi özellikleri de TYB ile iç içe geçebilir (35).

## 9. TEDAVİ VE YAKLAŞIMLAR

TYB, etkili tedavi yöntemleriyle yönetilebilen bir durumdur. Tedavi genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve bireyselleştirilmiş bir planla yürütülür. Tıkinırcasına yeme bozukluğu da dahil olmak üzere yeme bozukluğu olan çoğu birey, durum sıklıkla gözden kaçırıldığı ve hastaların uygun kaynaklara yeterli erişimi olmadığı için yeterli bakımı almaz. Bu nedenle, klinisyenler tedavileri uygulamaya ve yeterince hizmet alamayan popülasyonlara erişimi genişletmeye çalışmalıdır (36).

**Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):** Yeme davranışlarını ve bunlarla ilişkili düşünce kalıplarını değiştirmeye odaklanır. Duygusal yeme alışkanlıklarını tanımayı ve farklı başa çıkma stratejileri geliştirmeyi hedefler. TYB tedavisinde en etkili psikoterapötik yaklaşımlardan biridir (37,38).

**Diyaliktik Davranış Terapisi (DDT):** Özellikle duygusal düzensizliği olan bireylerde duygu düzenleme, stres toleransı ve kişilerarası ilişkiler becerilerini geliştirmeye odaklanır.

**Kişilerarası Terapi (KİT):** Kişilerarası sorunları ve ilişkisel zorlukları ele alarak yeme davranışları üzerindeki etkilerini anlamayı hedefler.

İlaç Tedavisi: Antidepresanlar (özellikle SSRI'lar, örneğin Fluoksetin) ve bazı durumlarda iştahı düzenlemeye yardımcı olan ilaçlar (örneğin Lizdexamfetamin dimesilat, Türkiye'de bulunmamaktadır) doktor gözetiminde kullanılabilir (38,39).

Beslenme Danışmanlığı: Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmeye, düzenli yemek düzeni oluşturmaya ve yiyeceklerle sağlıklı bir ilişki kurmaya yardımcı olur (40).

## **10. AİLELER NELERE DİKKAT ETMELİ?**

Bir aile üyesinde tıknırcasına yeme bozukluğu belirtileri fark eden aileler, bu durumu ciddiye almalı ve destekleyici bir rol üstlenmelidir. Dikkat edilmesi gerekenler şunlardır:

- Gizli Yeme İşaretleri: Yiyeceklerin saklanması, gizlice yemek yeme, yemek sonrası boşaltılan paketler veya yiyecek kalıntıları gibi işaretler
- Duygu Durum Değişiklikleri: Depresyon, anksiyete, iritabilite, sosyal geri çekilme, kendini değersiz hissetme gibi ruh hali değişiklikleri
- Vücut İmajı Kaygıları: Sürekli kilo veya vücut şekli hakkında aşırı endişe, düşük benlik saygısı ifadeleri, aynada kendini sıkça kontrol etme
- Fiziksel Belirtiler: Anormal kilo alımı veya kilo dalgalanmaları, yorgunluk, sindirim sorunları (şişkinlik, karın ağrısı), uyku bozuklukları gibi belirtiler. Ancak unutulmamalıdır ki tıknırcasına yeme bozukluğu olan herkes obez değildir.
- Yemekle İlişkili Sorunlar: Yemek sonrası utanç, suçluluk veya tiksinti ifadeleri, yemekten kaçınma veya yemekle ilgili takıntılı düşüncelerin varlığı

## 11. AİLELER İÇİN ÖNERİLER

1. Açık ve Destekleyici İletişim Kurun: Yargılamadan ve eleştirmeden, endişelerinizi sakın bir şekilde ifade edin. Dinlemeye odaklanın ve onların hislerini anlamaya çalışın.
2. Profesyonel Yardım Almaya Teşvik Edin: Bir uzmana başvurmanın ilk adım olduğunu unutmayın. Psikiyatrist, psikolog, diyetisyen veya yeme bozuklukları konusunda uzmanlaşmış bir merkezden destek almak için yol gösterici olun ve randevu sürecine yardımcı olun.
3. Sağlıklı Bir Ev Ortamı Yaratın: Sağlıklı yeme alışkanlıklarını teşvik eden, diyeti değil dengeli beslenmeyi ve yeterli porsiyonları ön planda tutan bir ortam oluşturun. Aile yemeklerini bir araya gelme ve destekleme zamanı olarak değerlendirin.
4. Sabırlı Olun ve Umut Verin: İyileşme süreci zaman alabilir ve inişli çıkışlı olabilir. Sabırlı ve anlayışlı olmak, bireye güç verecektir. Küçük ilerlemeleri takdir edin.
5. Kendinize de Destek Olun: Aile üyelerinin de bu süreçte zorlanabileceğini unutmayın. Gerekirse aile danışmanlığı veya destek gruplarından faydalanabilirsiniz. Aile olarak nasıl destek vereceğiniz konusunda uzmanlardan bilgi alın.
6. Yargılayıcı Olmayın ve Kilo Konusuna Takılmayın: Kilo veya yeme alışkanlıkları hakkında yorum yapmaktan kaçının. Odak noktası yeme bozukluğunun kendisi ve altında yatan duygusal zorluklar olmalıdır, kişinin kilosu değil.
7. Farkındalık ve Eğitim: Tıkınırcasına yeme bozukluğu hakkında bilgi edinin. Bu, durumu daha iyi anlamınıza ve önyargıları kırmanıza yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. in Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (American Psychiatric Assoc., Washington, DC, 2013).
2. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision).,
3. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. *The validity and clinical utility of binge eating disorder. Int J Eat Disord* 2009;42:687–705
4. Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295.
5. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
6. Myers LL, Wiman AM. Binge eating disorder: a review of a new DSM diagnosis. *Res Soc Work Pract* 2014; 24:86–95.
7. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(Suppl 1):S51–S55.
8. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61:348–358.
9. Rozzell, K., Klimek, P., Brown, T., & Blashill, A. J. (2019). Prevalence of eating disorders among us children age 9 to 10 years: data from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *JAMA pediatrics*, 173(1), 100-101.
10. Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 462-470
11. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73:904-9

12. Kjeldbjerg, M. L., & Clausen, L. (2021). *Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1273–1291.
13. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 68(7):714–723.
14. He J, Cai Z, Fan X (2017) Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: an exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord* 50(2):91–103
15. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:681–700
16. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27:426–430.
17. Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. Arlington, American Psychiatric Publishing.
18. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61:348-358.
19. Schienle, A., Schäfer, A., Hermann, A., & Vaitl, D. (2009). Binge-eating disorder: Reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biological Psychiatry*, 65(8), 654–661.
20. Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>

21. Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). **The neurobiological basis of binge eating disorder.** *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 63, 223–238.
22. Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425–432.
23. Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525–531.
24. Borg, S. L., Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., Herting, N., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Crow, S. J., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2021). Relationships between childhood abuse and eating pathology among individuals with binge-eating disorder: Examining the moderating roles of self-discrepancy and self-directed style. *Eating Disorders*, 30(4), 355–369
25. Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(6):901–913. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.901
26. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-Disordered Behaviors, Body Fat, and Psychopathology in Overweight and Normal-Weight Children. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(1):53–61. doi: 10.1037/0022-006X.72.1.53
27. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:17–30.
28. Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2024). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review

- and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 176, 269-281.
29. Solly, J. E., Chamberlain, S. R., Lust, K., & Grant, J. E. (2023). Binge-eating disorder in students: High prevalence and strong link to impulsive and compulsive traits. *CNS Spectrums*, 28(1), 1–8.
  30. Kowalewska, E., Bzowska, M., Engel, J., & Lew-Starowicz, M. (2024). Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: a systematic review.
  31. Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 86(3), 183-194
  32. Schreiber, L. R. N., Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2013). The overlap between binge eating disorder and substance use disorders: Diagnosis and neurobiology. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 191–198.
  33. Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2010). Co-occurrence of mood and substance use disorders in patients with binge eating disorder: Relationships with personality disorder and eating disorder psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 268-274.
  34. Brewerton, T. D. (2023). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: A commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1149433.
  35. Senra, H., Gaglianone, C. G., McPherson, S., & Unterrainer, H. F. (2024). Prevalence of personality disorders in adults with binge eating disorder—A systematic review and Bayesian meta-analysis. *Obesity Reviews*, 25(3), e13669.
  36. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M, Pierce K, Riddle M, Seritan A, Uniacke B, Zucker N, Yager J, Craig TJ, Hong SH, Medicus J. The American Psychiatric

Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 2023 Feb 01;180(2):167-171.

37. Rieger, E., Touyz, S., & Beumont, P. (2002). The role of cognitive-behavioural therapy in the treatment of eating disorders. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 229-242.
38. McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., & O'Melia, A. M. (2015). Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 5(4), 255–268.
39. Heo, Y.-A., & Duggan, S. T. (2017). **Lisdexamfetamine: A review in binge eating disorder.** *CNS Drugs*, 31(11), 1015–1022.
40. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE (2012) Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14:432-446.

## BÖLÜM 6

### RUMİNASYON VE PİKA BOZUKLUĞU

**Dr. İpek Aksakal**

Ege Üniversitesi Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

#### 1. RUMİNASYON BOZUKLUĞU

##### 1.1 Giriş

Ruminasyon bozukluğu, bireylerin yedikleri yemekleri kusup ardından tekrar çiğneyip geri yutması ile tanımlanabilir.

Latince “**geviş getirme**” anlamına gelen “**ruminare**” kelimesinden türetilmiştir.

Bu hastalığa sahip kişiler, yedikleri hemen hemen her türlü yiyeceği kusarlar. Genellikle anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza gibi diğer yeme bozukluklarıyla karıştırılabilir. Sıklıkla bu hastalıklarla birlikte görülse de her zaman böyle bir ilişki yoktur.

En az bir ay boyunca yemekleri kusup tekrar çiğneyip yutan kişilere ruminasyon bozukluğu tanısı konabilir. Yemek yedikten hemen sonra ya da en geç 1-2 saat içinde kusma gerçekleşir.

Kusma ile çıkan yiyecek tekrar çiğnenebilir, tekrar yutulabilir veya tükürülebilir. Tekrarlayan regürjitasyon tıbbi bir duruma (örneğin gastrointestinal durum) bağlı değildir. Bu davranış yalnızca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkinırca yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğunun seyri sırasında ortaya çıkmaz. Başka bir bilişsel bozukluğun (örneğin, zihinsel yetersizlik) varlığında ortaya

çıkıyorsa da bağımsız klinik ilgiyi gerektirecek kadar şiddetlidir (1)

## **1.2 Ruminasyon Bozukluğu Kimlerde Neden Görülür?**

Ruminasyon bozukluğu genellikle bebeklerde ya da çocuklarda görülür. En çok gelişim geriliği bulunan bebeklerde rastlanır. Birçok farklı sebepten kaynaklanabilir (2)

Kazara yedikleri besinleri kusan ve çiğneyip tekrar yutan çocuklar, eğer ebeveynleri tarafından ihmal edilirse, bunu alışkanlık haline getirebilir. Dolayısıyla ruminasyon bozukluğuna öğrenilen bir davranış olarak da bakılabilir. Ayrıca, demir, çinko gibi mineral eksiklikleri de bu duruma yol açabilir.

Küçük yaş grubunda görüldüğü kadar sık olmasa da yetişkinlerde de ruminasyon bozukluğu görülebilir. Yetişkinlerin, kustuktan sonra çiğnedikleri besinleri yutmalarındansa tükürmeleri daha yaygındır. Bazı kaynaklarda, kadınlarda daha sık rastlandığı da belirtilmektedir.

## **1.3 Ruminasyon Bozukluğu Nelere Yol Açar?**

Ruminasyon bozukluğu, kişilerde çeşitli semptomlara neden olabilir:

- Kolaylıkla kusma
- Karın ağrısı
- Ağız kokusu
- Diş çürümesi
- Mide bulantısı
- Ülser ve reflü gibi mide rahatsızlıkları
- İstenmeyen kilo kaybı
- Yemek borusu zedelenmesi

Bu semptomlar dışında psikiyatrik semptomlar da gelişebilir. Hastalar, yemek yedikten kısa bir süre sonra kusacaklarını bildikleri için toplum içinde yemek yemekten kaçınabilirler. Bu

durum devam ettikçe hastalar kendilerini toplumdan izole edebilir ve büyük ölçüde özgüven kaybı yaşayabilirler. Anksiyete bozuklukları, depresyon gibi psikiyatrik tanılar eşlik edebilir.

Hastalığın yol açtığı fiziksel ya da psikolojik sorunlar, tıbbi müdahale gerektirebilir. Bu rahatsızlığa sahip olduğunuzu düşünüyor ya da çocuğunuzda bu rahatsızlığı gözlemliyorsanız, en kısa zamanda bir doktora başvurmalsınız.

#### **1.4 Ruminasyon Bozukluğu Tedavisi**

Ruminasyon bozukluğu, tıpkı diğer hastalıklar gibi erken teşhisle daha kolay tedavi edilebilir. Ruminasyon bozukluğunun tanılanabilmesi için bireyin yaşadığı belirtileri ayrıntılı şekilde aktarması ve bu belirtilerin süresi hakkında bilgi vermesi gerekir. Klinik değerlendirme sürecinde hekim, bu bilgiler doğrultusunda gerekli laboratuvar testlerini ve fiziksel muayeneyi talep edebilir. Yapılan incelemeler sonucunda ruminasyon bozukluğu tanısı konulursa, uygun tedavi sürecine geçilir (3).

Ruminasyon bozukluğunun fiziksel bir nedeni elendikten sonra, ruminasyon bozukluğunun tedavisinin en yaygın yolu nefes egzersizleri ve alışkanlık tersine çevirmenin bir kombinasyonunu içerir.

Ruminasyon bozukluğu olan bir kişiye ruminasyonun muhtemel olduğu belirtileri ve durumları tanıması öğretilir ve daha sonra yemek yedikten sonra yiyeceklerini geri çıkarmalarını önleyen diyaframatik solunum tekniklerini öğrenirler. Sonunda ruminasyon alışkanlığını derin nefes alma teknikleriyle değiştirerek önlemeyi öğrenirler. Bir kişi bu nefes alma tekniklerine cevap vermezse, biyolojik geribildirim gibi diğer davranışsal terapiler yardımcı olabilir.

Davranışsal terapilerin ötesinde, semptomlar devam etmekteyse, Baklofen ve trisiklik antidepresanlar gibi ilaç gruplarının tedavide işe yarayabileceği düşünülmektedir.

Bu hastalıkta ilaç yalnızca hastalığın yan etkilerini tedavi etmek için kullanılır. Kusulduktan sonra çiğnenip tekrar yutulan yemek alışkanlığını sonlandırabilecek bir ilaç mevcut değildir. Bununla birlikte, ruminasyon bozukluğuna sıklıkla eşlik edebilecek diğer psikiyatrik bozuklukların göz ardı edilmemesi ve bu eşlik eden durumlara yönelik uygun tedavi yaklaşımlarının planlanması son derece önemlidir.

## **2. PİKA BOZUKLUĞU**

### **2.1 Tanım ve Tanı Kriterleri**

Pika, bireyin besleyici değeri olmayan, yiyecek dışı maddeleri en az bir ay süreyle tekrarlayıcı biçimde tüketmesiyle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (4). Bu maddeler arasında **toprak, kâğıt, sabun, kumaş, saç, buz, boya, metal, tebeşir, kül ve benzeri** maddeler yer alabilir. Genellikle pika hastaları normal gıdaları yemeye karşı isteksiz değildir.

Bu davranış bireyin gelişim düzeyine uygun olmamalıdır.ve kültürel normlarla açıklanamaz nitelikte olmalıdır.2 yaş altındaki çocuklarda nesneleri ağızlarına götürmeleri, çevreyi keşfetmenin doğal bir parçasıdır. Bu bazen yutma ile sonuçlanabilir. Bu nedenle, gelişimsel olarak normal kabul edilen bu davranışlar nedeniyle 2 yaş altı çocuklara pika tanısı konulmamalıdır.

Bu davranış kültürel normlarla açıklanamaz nitelikte olmalıdır. Bazı kültürlerde toprak veya kil yeme davranışları normal ya da geleneksel kabul edilebilir. Bu durumda tanı koyarken bireyin içinde bulunduğu kültürel bağlam göz önünde bulundurulmalıdır. DSM-5, kültürel olarak onaylanan uygulamaların tanı kapsamında değerlendirilmemesi gerektiğini vurgular.

Pika için özel bir laboratuvar testi yoktur. Tanı, hastanın klinik öyküsüne dayanarak konur.

## **2.2 Epidemiyoloji**

Pika, çocukları, ergenleri ve yetişkinleri, cinsiyet fark etmeksizin etkileyebilir.

Pika; zihinsel yetersizlik, şizofreni, otizm spektrum bozukluğu, hamilelik, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve orak hücre anemisi gibi durumlarla ilişkilidir.

Genel popülasyonda görülme sıklığı net olmamakla birlikte, çocuklar arasında bu davranışın geçici formlarına sıkça rastlanır. Ancak tanı koyulabilmesi için davranışın sürekli, tekrarlayıcı ve gelişimsel olarak uygunsuz olması gerekir.

Son dönem araştırmalar, pikanın aynı zamanda depresyon, anksiyete, diğer yeme bozukluğu davranışları ve olumsuz beden algısı ile de ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (4).

## **2.3 Pika Ne Kadar Yaygındır?**

Pikanın kaç kişiyi etkilediği net olarak bilinmemektedir. Pika, 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile resmen tanımlanan bir yeme bozukluğu olarak kabul edildiğinden, henüz yeterli araştırma bulunmamaktadır.

Bir çalışma, yetişkinlerin yaklaşık %1.1'inin tekrarlayan pika davranışları sergilediğini,

Başka bir çalışma ise 7–14 yaş arası çocukların %5'inin bu davranışları sergilediğini bildirmiştir (5,6).

Pikanın görülme sıklığı ülkeler arasında değişkenlik gösterir ve gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Bu durum, besin güvencesinin düşük olması ve yetersiz beslenmenin pika gelişiminde etkili bir faktör olmasıyla ilişkilidir (7).

## **2.4 Nedenler ve Risk Faktörleri**

Pika, çoğunlukla işlevselliği bozan diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür (örneğin, zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni).

Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, demir eksikliği anemisi ve yetersiz beslenme, pikanın en yaygın iki nedeni olarak düşünülmektedir. Bu nedenleri genellikle gebelik takip eder. Bu kişilerde pika, vücudun ciddi bir besin eksikliğini düzeltmeye çalışmasının bir işareti olabilir. Bu eksikliğin ilaç veya vitaminlerle tedavisi genellikle davranışı sona erdirir.

Davranışın ayrı bir klinik müdahale gerektirip gerektirmediği bir sağlık uzmanı tarafından değerlendirilmelidir (örneğin, bazı hamile bireyler gıda dışı maddeleri yese de bu davranışın ayrı bir psikiyatrik tanı gerektirip gerektirmediğine doktor karar verir).

Ailede pika öyküsü bulunması da pika gelişimi açısından risk etmenidir.

İhmal, travma, stres, duygusal yoksunluk gibi faktörler de pika davranışlarını tetikleyebilir.

Maddi yoksunluk, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük bakım kalitesi, pika davranışlarının daha sık görülmesine neden olabilir.

## **2.5 Çocukluk Döneminde Pika ve Duyusal Hassasiyet**

2023 yılında Vilnius Üniversitesi, Litvanya'da yayımlanan bir araştırma, 3 ila 6 yaş arasındaki çocuklarda pika davranışlarının %3,7 oranında görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu çalışma, özellikle otizm spektrum bozukluğu veya entelektüel yetersizlik tanısı alan çocuklarda pika davranışlarının daha yaygın olduğunu belirtmektedir. Ayrıca, görsel ve dokunsal duyusal hassasiyetin artmasıyla pika davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu

bulgular, duyuşsal iřleme bozukluklarının pika geliřiminde rol oynayabileceđini dūřündürmektedir (8).

## **2.6 Pika ve Yeme Davranışı İlişkisi**

2024 yılında Cardiff Üniversitesi, Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışma, 36 aylık çocuklarda pika davranışlarının en yaygın olduğunu ve yaş ilerledikçe bu davranışların azaldığını göstermiştir. Ayrıca, seçici yeme, az yeme veya aşırı yeme gibi yeme davranışı sorunları yaşayan çocuklarda pika görölme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, pika ile genel yeme davranışı sorunları arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir (9).

## **2.7 Klinik Görünüm ve Komplikasyonlar**

Pika davranışı, bireyin fiziksel sağlığı açısından ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Sık karşılaşılan sonuçlar arasında anemi, bağırsak tıkanıklıkları, tüketlenen maddeye göre toksik etkiler, diş problemleri, enfeksiyonlar ve beslenme bozuklukları yer alır.

- **Zehirlenme** – En yaygın olanı kurşun zehirlenmesidir. Belirtileri arasında sinirlilik, halsizlik, baş ağrısı, hareket kontrolünde kayıp (ataksi), nöbetler, kafa siniri felçleri, göz sinirinde şişme (papilödem), beyin hasarı (ensefalopati), koma ve ölüm yer alabilir. Daha düşük düzeyde kurşun zehirlenmesi bile hafıza bozuklukları, IQ düşüşü ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) benzeri davranışlara yol açabilir.
- **Enfeksiyonlar veya parazit istilaları** – Ateş, halsizlik, öksürük, görme sorunları, kalp kası iltihabı (miyokardit) ve beyin iltihabı (ensefalit) ile belirti verebilir.
- **Gastrointestinal problemler** – Kabızlık, bağırsak tıkanıklığı, ülser ya da bağırsak delinmesi gibi komplikasyonlar oluşabilir.

- **Diş sorunları** – Dişlerde ciddi hasar ya da diş eti aşınmaları olabilir.

Davranış genellikle gizli yürütüldüğünden tanı gecikebilir ve tanı sürecinde eşlik edebilecek tıbbi komplikasyonlara yönelik de testler uygulanmalıdır.

## 2.8 Tedavi Yaklaşımları

Tedavi multidisipliner olmalıdır:

- **Tıbbi değerlendirme:** Pika tedavisinde ilk basamak, minerallerin veya besin öğelerinin eksikliğini tespit etmek ve bunları düzeltmektir. Pek çok durumda, bu tür eksiklikler düzeltildiğinde pika davranışları ortadan kalkar. Eşlik eden komplikasyonların yönetilmesi önemlidir.
- **Psikoterapi:** Eğer davranışın nedeni beslenme yetersizliği değilse ya da beslenme düzenlemesine rağmen devam ediyorsa, çeşitli davranışsal müdahaleler uygulanabilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), özellikle davranışın altında yatan işlevleri belirlemede ve işlevsiz davranışları değiştirmede etkilidir.
- **Aile danışmanlığı:** Çocuklarda pika görüldüğünde, ailelerin eğitilmesi ve ev ortamının güvenli hâle getirilmesi önemlidir.
- **Davranışsal müdahaleler:** Alternatif davranış geliştirme, pozitif pekiştirme ve ödül sistemleri gibi yöntemler etkili olabilir

Pikanın ciddi sağlık sonuçları olabileceğinden, erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Bu nedenle siz veya bir yakınınız pika ile ilişkili davranışlar sergiliyorsa, birinci basamak hekimine ya da çocuk doktoruna başvurulmalıdır. Sonrasında çocuk psikiyatri, psikolog yönlendirmeleri yapılabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic And Statistical Mental Disorders Manual Of Fifth Edition DSM-5 TM*. 2013.
2. A. Sasegbon, S. S. Hasan, B. R. Disney, and D. H. Vasant, "Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis and practical management," *Frontline Gastroenterol*, vol. 13, no. 5, pp. 440–446, Sep. 2022, doi: 10.1136/FLGASTRO-2021-101856.
3. H. B. Murray, A. S. Juarascio, C. Di Lorenzo, D. A. Drossman, and J. J. Thomas, "Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review," *American Journal of Gastroenterology*, vol. 114, no. 4, pp. 562–578, Apr. 2019, doi: 10.14309/AJG.000000000000060.
4. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders," *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Mar. 2022, doi: 10.1176/APPI.BOOKS.9780890425787.
5. B. McNaughten, T. Bourke, and A. Thompson, "Fifteen-minute consultation: the child with pica," *Archives of Disease in Childhood - Education and Practice*, vol. 102, no. 5, pp. 226–229, Oct. 2017, doi: 10.1136/ARCHDISCHILD-2016-312121.
6. I. M. Nunes, A. I. Pedroso, M. Irimia, and A. Ramos, "Pica, constipation and cardiorespiratory arrest," *Case Reports*, vol. 2017, p. bcr-2017-221066, Jul. 2017, doi: 10.1136/BCR-2017-221066.
7. "10 Policies to Prevent and Respond to Childhood Lead Exposure | The Pew Charitable Trusts." Accessed: May 23, 2025. [Online]. Available: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/reports/2017/08/10-policies-to-prevent-and-respond-to-childhood-lead-exposure>
8. V. Prisco, C. Puckering, C. Davico, S. Lesinskienė, G. Stonkutė, and R. Šambaras, "Pica in childhood: Prevalence and developmental comorbidity," *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 2, p. 1099527, Feb. 2023, doi: 10.3389/FRCHA.2023.1099527.

9. JN. M. Papini, C. M. Bulik, S. J. R. A. Chawner, and N. Micali, "Prevalence and recurrence of pica behaviors in early childhood within the ALSPAC birth cohort," *International Journal of Eating Disorders*, vol. 57, no. 2, pp. 400–409, Feb. 2024, doi: 10.1002/EAT.24111.

## BÖLÜM 7

### KAÇINGAN KISITLI YİYECEK ALIM BOZUKLUĞU

**Dr. İpek İnal Kaleli**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı

#### 1. KAÇINGAN KISITLI YİYECEK ALIM BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

Kaçingan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (KKYAB), yiyecek alımının kısıtlanması ile seyreden bir yeme bozukluğudur. Bu tanı, son on yılda tanımlanmış olup ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın beşinci baskısında (DSM-5, 2013) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın on birinci baskısında (ICD-11, 2019) yer almıştır (1,2).

DSM-5 ve ICD-11'e göre KKYAB tanı ölçütlerini karşılayan bireylerde, aşağıdaki durumlardan biri ya da birkaçı ile ilişkili olacak şekilde, sürekli biçimde enerji ve besin gereksinimlerinin karşılanamaması söz konusudur:

- a. Belirgin kilo kaybı veya çocuklarda beklenen kilo alımının sağlanamaması, büyümenin duraklaması
- b. Belirgin bir beslenme eksikliği
- c. Enteral beslenme veya ağızdan takviye ile beslenmeye bağımlı kalma
- d. Psikososyal işlevsellikte bozulma.

Bu belirtiler; eşlik eden tıbbi bir duruma, başka bir ruhsal bozukluğa (örneğin beden ağırlığı ya da biçimi ile ilgili bozulmanın eşlik ettiği diğer yeme bozukluklarına), sınırlı

gıda erişimine ya da kültürel bir uygulamaya (oruç vb.) atfedilemez (1,2).

KKYAB, tanı kriterlerinin de parçası olan üç temel etkene göre ayrıştırılabilir.

- **Gıdadan Duygusal Kaçınma:** Besin tüketiminden kaçınmanın belirgin bir özellik olduğu ve bunun duygu düzenleme ile ilişkili güçlüklerden kaynaklandığı öne sürülen bir bozukluğu tanımlar.
- **Seçici Yeme:** Çok az sayıda farklı yiyeceği tüketen, bazen yalnızca belirli bir marka ya da belirli bir yerden alınmış yiyecekleri tercih eden çocukları kapsar.

**Fonksiyonel Disfaji/Emetofobi:** Yutma, kusma ya da boğulma korkusuna bağlı olarak çocuğun normal şekilde yemek yemekten kaygı duyması ve direnç göstermesiyle karakterizedir. Bu durum genellikle birinin yemek yerken boğulmasına tanıklık etme gibi kolayca tanımlanabilen bir tetikleyici olay ile ilişkilidir (3).

Bu üç kategori, literatürde kimi zaman “alt tipler” olarak anılsa da, bu yapıların birbirinden tamamen ayrı olmadığı ve eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceği, ayrıca şiddetlerinin değişkenlik gösterebileceği kabul edilmektedir. Bu da KKYAB’nin boyutsal bir modelle daha iyi açıklanabileceğini göstermektedir (4).

Bu bozuklukların hiçbirinde beden imgesi bozulması ya da kilo verme arzusunun bulunmadığı unutmamalıdır. Tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere, bu bireylerin besinsel gereksinimlerini karşılayamamaları durumu beden algısı veya kilo alımına yönelik bir rahatsızlıktan öte yiyeceğin kendisine ait doku ve tat gibi özelliklerinin bireyde yarattığı rahatsızlık, yemenin sonunda ortaya çıkabilecek sonuçlara dair korku veya yeme davranışının diğer duygusal sonuçları gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır (1,2).



## 2. KKYAB VE SEÇİCİ YEME

KKYABnin'in, tüm seçici yeme davranışlarını kapsamadığını anlamak oldukça önemlidir. Bu tanı, klinik olarak anlamlı düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışları sergileyen ve bunun sonucunda ciddi beslenme yetersizlikleri ve/veya sürekli enerji gereksinimlerini karşılayamama durumları yaşayan bireyleri tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir.

Bu nedenle KKYAB yaş ve gelişim düzeyi ile uyumlu değerlendirilebilecek yeme davranışı değişikliklerini kapsamaz. Sadece seçici yemesi olan çocukların büyüme ve gelişimleri olumsuz etkilenmemektedir. Örneğin, küçük çocuklarda sıkça görülen ve 2–6 yaş arasında zirveye ulaşan, ardından yaşla birlikte azalan bir örüntü olan yeni ya da bilinmeyen yiyeceklere karşı isteksizlik ya da yeni yiyecekleri reddetme davranışı da (yiyecek neofobisi) bu tanı kapsamına girmemektedir.

Sıklıkla görülen ancak gelişme geriliği veya psikososyal işlevsellikte bozulma ile seyretmeyen seçici yeme davranışının ve yiyecek neofobisinin ne zaman gerilediği net olarak bilinmemekle beraber bazı çalışmalar, bu durumun erken yetişkinliğe kadar kademeli olarak azaldığını, bazıları

ise ergenliğin daha erken dönemlerinde azaldığını ileri sürmektedir (5).

### **3. SIKLIK**

KKYAB tanısı alan bireylerin diğer yeme bozukluklarına sahip bireylere kıyasla daha genç yaşta, erkek cinsiyette ve eşlik eden tıbbi ya da psikiyatrik bozukluklara daha sık sahip oldukları gösterilmiştir. (6,7)

KKYAB'nin dünyada ve ülkemizde sıklığı net olarak belirlenmemiş olmakla beraber Japonya'da 4–7 yaş arası 3.700'den fazla çocukla yürütülen geniş ölçekli bir tarama çalışmasında, çocukların %3,1'inin KKYAB açısından pozitif tarandığı saptanmıştır (8). Büyük ölçekli epidemiyolojik verilere dayanmamakla birlikte çocuklar ve yetişkinleri kapsayan genel popülasyon için yapılan tahminler, KKYAB yaygınlığının %3'e kadar çıkabileceğini öne sürmektedir (9). Bir meta analizde ise KKYAB'nin genel popülasyondaki yaygınlığının %4.5 ten %11.1'e kadar artan oranlarda değişebildiği ve bozukluğun sanılandan daha yaygın olduğu bildirilmiştir (10).

### **4. BİYOPSİKOSOSYAL MODEL**

Biyopsikososyal model, KKYAB'yi değerlendirmek ve bu bozukluğun nasıl gelişip sürdürüldüğünü anlamak için birbirinden farklı, ancak eş zamanlı işleyen bakış açıları sunmaktadır.

Biyolojik açıdan KKYAB'de bir yiyeceğin tadının alınması, bu tadın duyuşal beyin alanında (sensoriyal korteks) işlenmesi ve bu işlemin sonuncunda bir ödül hissi (dopamin aktivasyonu) yaşanması sürecinde aksaklıklar olabileceği öne sürülmektedir. Örneğin ortaya atılan olasılıklardan biri bu bireylerin tat algısında aşırı duyarlılık ("süper tadıcı") olabileceği yönündedir. Bu farklılığın duyuşal hassasiyetlerin baskın olduğu KKYAB tanısının temelinde yer alabileceği öne sürülmektedir (4).

Bazı beyin bölgelerinde (hipokampus ve anterior insula) farklılaşmış aktivite izlenmesinin ise yiyeceğe ilgi eksikliğinin ön planda olduğu KKYAB'nin nörobiyolojik temeli olabileceği düşünülmektedir (4).Bunu destekler nitelikte KKYAB tanısı alan bireylerin açlık ipuçlarına dikkatlerinin azaldığı, kendilerini aç veya tok hissetmeme eğiliminde oldukları ve öznel açlık hislerinin düşük olduğu gösterilmiştir (11). Daha çok korku ve travmatik yaşantıların işlenmesinde etkin olan bölgelerde aşırı aktivite olması durumunun ise (Amigdala, anterior singulat ve ventral prefrontal korteks), olumsuz sonuçlardan korkma ile giden KKYAB alt tipinin ortaya çıkmasında rol oynayabileceği öne sürülmekte (4), farklı özelliklerin baskın olduğu KKYAB tipleri içerisinde farklı çalışan ödül sistemlerinin (yani yemek yemenin kişide yaratacağı haz hissindeki farklılıkların) de bu tablonun ortaya çıkmasında veya devam etmesinde etkili olabileceği öne sürülmektedir (11,12).

KKYAB'nin psikososyal açıdan ele alındığı çalışmalarda çocukların ağlama, sızlanma, yemek reddi, fiziksel huzursuzluk, yemek sırasında yiyeceklerle veya başka nesnelerle oynama gibi yiyeceklerden kaçınma davranışları sergilediği bildirilmekte, bu davranışlara yönelik ebeveyn tutumlarının da KKYAB'nin ortaya çıkmasında veya devamlılığında önemli rol oynadığı düşünülmektedir (13,14).

Örneğin, çocuğun kaçınma davranışı sergilediği sırada ona fazla ilgi gösterilmesi, istenmeyen yiyeceğin tabağından alınması, ya da sadece tercih ettiği yiyeceklerin sunulması, bu davranışların pekiştirilmesine ve sürdürülmesine neden olabilmektedir (12,15).

Çevresel stresörler (örneğin toplum içinde hastalanma, sosyal aşağılanma yaşama), negatif bilişsel yorumlamalar (örneğin olasılıkları abartma, öğrenilmiş kaçınma davranışları)(16) ve duyuşal işlemlerde hem tat hem de içsel uyaranlara (interoseptif) verilen cevapta bozulmalar da

tabloya eşlik edebileceğinden, tedavi yaklaşımlarının KKYAB'yi çok boyutlu ele alması önem kazanmaktadır (17).

## **5. NÖROGELİŞİMSEL BAKIŞ İLE KKYAB**

KKYAB sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla birliktelik göstermektedir. KKYAB'ye eşlik eden tanıları arasında yaygın anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları (18) bildirildiği gibi KKYAB'nin özellikle yemede seçicilik ve duyuşal hassasiyetlerin de temel belirtilerinden olduğu otizm spektrum bozukluğuna %11.4 oranında eşlik ettiği, otizm spektrum bozukluğu tanısı alan bireylerin ise %16.3'ünde KKYAB tanı kriterlerinin karşılandığı bildirilmiştir (19). Araştırmalar ayrıca OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde de KKYAB benzeri yeme özelliklerinin görüldüğünü, ebeveynlerin %17'sinin KKYAB açısından risk altında olduğu bildirilmiştir (20).

## **6. KLİNİK DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ**

KKYAB'nin, DSM-5 tanı ölçütlerinin ve tarama yöntemlerinin standartlaştırılması ve işlevsel hale getirilmesine yönelik kılavuz ve tanılama araçları kısıtlıdır. KKYAB için geçerliliği kanıtlanmış yapılandırılmış klinik görüşmeler arasında yalnızca Yeme Bozuklukları Değerlendirme Görüşmesi'nin KKYAB modülü ve Pika, KKYAB ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi yer almaktadır (21). Ülkemizde tanı klinik görüşme ile alanında uzman bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından konulmaktadır.

Değerlendirme ve tedavi sürecinde, KKYAB tanısı olan çocukları alt kategorilere ayırmaktan öte kısa süreli (akut) ile uzun süreli (kronik) KKYAB vakalarını birbirinden ayırt etmenin faydalı olabileceği öne sürülmektedir. Yani bu ayırım, semptom türüne değil, öncelikle semptomların süresine dayanmaktadır. Kısa süreli KKYAB, yakın zamanda başlayan ve genellikle akut başlangıçlı semptomlara sahip bireyleri kapsar. Örneğin; boğulma veya kusma olayına tanık olduktan ya da bizzat yaşadıkdan sonra gelişen yeme korkusu, ani

başlayan gastrointestinal semptomlar ya da bu tür bir rahatsızlıktan sonra ortaya çıkan kalıcı kaygı gibi durumlar kısa süreli kategorisine girer. Uzun süreli KKYAB ise, seçici ya da yetersiz beslenme öyküsü uzun süredir devam eden bireyleri ifade eder. Bu bireylerde, çocukluk boyunca veya yıllar içinde yaygın anksiyete ya da gastrointestinal sorunların da eşlik ettiği, normal yeme davranışını sürekli olarak bozan bir örüntü gözlenir (22).

Bu ayrımın temel alınmasının sebebi kısa ve uzun süreli tedavi süresi ve başarısı açısından değişkenlik gösterdiğini ortaya konması ile ilişkilidir. Kısa süreli KKYAB hastalarının daha kısa sürede ve daha başarılı şekilde tedaviye yanıt verdikleri, aksine kronikleşmiş bir durum olan Uzun Süreli KKYAB'nin daha farklı tedavi stratejileri içeren uzun süreli müdahalelere ihtiyaç duyabildiği gösterilmiştir (22).

KKYAB tanılı bireylerde, uygulanan müdahale türleri, çoğunlukla bireyin yaşı ve gelişimsel düzeyine göre farklılık göstermektedir (23). Örneğin:

- **Davranışçı müdahaleler**, genellikle 15 yaş ve altındaki bireylere uygulanmaktadır.
- **Aile temelli terapi yaklaşımları**, çoğunlukla 21 yaş ve altındaki bireylerde tercih edilmektedir.
- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)** ise 10 ila 55 yaş arasındaki bireyler gibi daha geniş yaş aralıklarında uygulanmıştır.

Davranışçı yöntemler, gerek bağımsız bir müdahale biçimi olarak gerekse BDT kapsamında, KKYAB tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Daha küçük yaş çocuklarda Yemeden Kaçışı engelleme (escape extinction) gibi teknikleri içeren yoğun beslenme programları uygulanabilirken BDT kapsamındaki davranışsal deneyler ve bunun sonucu olarak bilişsel yeniden yapılandırma BDT için gerekli olan bilişsel

gelişim düzeyine ulaşmış olan çocuklar, gençler ve yetişkinlerde tercih edilmektedir (23).

Bunun yanı sıra, çalışmaların çoğunda birden fazla terapötik yaklaşımın birlikte kullanıldığı dikkat çekmektedir. Bu çok yönlü yaklaşım, KKYAB de dahil olmak üzere yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde, psikiyatrik tedavinin yanı sıra beslenme ve fiziksel sağlık alanlarında da müdahale içeren multidisipliner bakım modellerini vurgulayan araştırma ve kılavuzlarla da uyumludur (24,25).

## **7. EBEVEYNLERE ÖNERİLER**

KKYAB nörogelişimsel zeminde ortaya çıkabilen ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile sıklıkla birlikte görülen klinik bir durumdur. Bununla birlikte psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkması ve devam etmesi durumunda psikososyal ve çevresel etmenlerin de etkili olabileceği bilinmektedir. Bu bağlamda ebeveynlerin yemek ve beslenme konusundaki tutumları da önem kazanmaktadır.

Beslenme literatüründen elde edilen kanıtlar, ebeveynlerin çocuklarını yemek yemeye zorlamasının, çocuğun gıda alımını olumsuz etkilediğini, seçici yeme davranışlarıyla ilişkili olduğunu ve çocukluk döneminde daha düşük kiloyla ilişkili bulunduğunu göstermektedir (26).

Ayrıca bu baskının, çocuğun açlık/tokluk sinyalleriyle olan bağlantısını zayıflattığı ve duygusal nedenlerle yeme gibi dışsal etkenlere dayalı yeme davranışlarını artırdığı belirtilmektedir (27,28).

Beslenmede Sorumlulukların Paylaşımı yaklaşımı (29,30) ebeveyn ve çocuğa farklı roller atamayı içerir:

- Ebeveyn, ne zaman, nerede ve ne yeneceğinden sorumludur.
- Çocuk ise ne kadar yiyeceğine ve yemek isteyip istemediğine karar verir.

Ebeveynin sorumlulukları şunları içerir:

- Öğünleri ve atıştırma zamanları düzenli zamanlarda hazırlayıp sunmak,
- Yemek zamanlarını keyifli hâle getirmek,
- Uygun sofrada davranışları için model olmak
- Ve çocuğu yemeye zorlamamaktır.

Ebeveynler, çocuk her istediğinde yiyecek vermemeli, bunun yerine belirlenmiş öğün ve ara öğün zamanlarına sadık kalmalıdır. Çocuk beslenmesinde uygun kılavuzlara uymak; çocuğun ebeveyninin yediğı yiyecekleri öğrenmesini, içsel açlık-tokluk düzenleyicilerini geliştirmesini ve yeme davranışına dair olumlu bir tutum kazanmasını destekleyecektir. Bu yaklaşım çocuğa hayatı boyunca sağlıklı bir yeme düzeni geliştirme konusunda iyi bir temel sağlamaktadır.

Bu yaklaşıma rağmen beslenme, kilo alımı ve gelişim konusunda problem yaşanması durumunda çocuk hekimi ile iş birliği içerisinde çocuğun yeme davranışını etkileyebilecek nörogelişimsel süreçlerin detaylı incelenebilmesi ve diğer yeme bozuklukları açısından değerlendirilebilmesi için çocuk psikiyatrisi (nörogelişimsel psikiyatri) görüşü mutlaka önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) [Internet]. World Health Organization; 2022. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
3. Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2018 Feb;51(2):170–3.
4. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Aug;19(8):54.
5. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2–3):181–93.
6. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a 'new disorder' in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014 Jul;55(1):49–52.
7. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014;2(1):21.
8. Dinkler L, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Fujieda M, Suganuma N, Hatakenaka Y, et al. Early neurodevelopmental problems and risk for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in 4-7-year-old children: A Japanese birth cohort study. *JCPP Adv*. 2022 Aug 7;2(3):e12094.

9. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Frelut ML, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr*. 2019 Oct;26(7):437–41.
10. Nicholls-Clow R, Simmonds-Buckley M, Waller G. Avoidant/restrictive food intake disorder: Systematic review and meta-analysis demonstrating the impact of study quality on prevalence rates. *Clin Psychol Rev*. 2024 Dec;114:102502.
11. Kerem L, Van De Water AL, Kuhnle MC, Harshman S, Hauser K, Eddy KT, et al. Neurobiology of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Youth with Overweight/Obesity Versus Healthy Weight. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2022;51(5):701–14.
12. Cimino S, Marzilli E, Babore A, Trumello C, Cerniglia L. DAT1 and Its Psychological Correlates in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Cross-Sectional Pilot Study. *Behav Sci (Basel)*. 2021 Jan 14;11(1):9.
13. Aldridge VK, Dovey TM, El Hawi N, Martiniuc A, Martin CI, Meyer C. OBSERVATION AND COMPARISON OF MEALTIME BEHAVIORS IN A SAMPLE OF CHILDREN WITH AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDERS AND A CONTROL SAMPLE OF CHILDREN WITH TYPICAL DEVELOPMENT. *Infant Ment Health J*. 2018 Jul;39(4):410–22.
14. Dahlsgaard KK, Bodie J. The (Extremely) Picky Eaters Clinic: A Pilot Trial of a Seven-Session Group Behavioral Intervention for Parents of Children With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2019 Aug 1;26(3):492–505.
15. Saravia S, Díaz-Castrillón F, Cruzat-Mandich C, Lizana-Calderón P, Gómez D, Corona F. [Parental feeding strategies in children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Association with food refusal behavior]. *Andes Pediatr*. 2022 Dec;93(6):851–9.

16. Howard M, Hembry P, Rhind C, Siddall A, Uddin MF, Bryant-Waugh R. Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID for children and young people. *the Cognitive Behaviour Therapist*. 2023 Jan;16:e5.
17. Zucker NL, La Via M, Craske MG, Foukal M, Harris A, Datta N, et al. Feeling and Body Investigators (FBI) – ARFID division: an acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr;52(4):466–72.
18. Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, et al. Treatment Needs and Rates of Mental Health Comorbidity in Adolescent Patients With ARFID. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul 16 [cited 2025 May 21];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.680298/full>
19. Sader M, Weston A, Buchan K, Kerr-Gaffney J, Gillespie-Smith K, Sharpe H, et al. The Co-Occurrence of Autism and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Prevalence-Based Meta-Analysis. *Int J Eat Disord*. 2025 Mar;58(3):473–88.
20. Koomar T, Thomas TR, Pottschmidt NR, Lutter M, Michaelson JJ. Estimating the Prevalence and Genetic Risk Mechanisms of ARFID in a Large Autism Cohort. *Front Psychiatry*. 2021;12:668297.
21. Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr;52(4):378–87.
22. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2017 Apr 1;47(4):95–103.
23. Willmott E, Dickinson R, Hall C, Sadikovic K, Wadhera E, Micali N, et al. A scoping review of psychological interventions and

- outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *Int J Eat Disord*. 2024 Jan;57(1):27–61.
24. Jewell T, Blessitt E, Stewart C, Simic M, Eisler I. Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*. 2016;55(3):577–94.
25. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020 Jan;50(1):24–9.
26. Farrow CV, Blissett J. Controlling feeding practices: cause or consequence of early child weight? *Pediatrics*. 2008 Jan;121(1):e164-169.
27. Carper JL, Orlet Fisher J, Birch LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*. 2000 Oct;35(2):121–9.
28. van Strien T, Bazelier FG. Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite*. 2007 Nov;49(3):618–25.
29. Loth KA, Nogueira de Brito J, Neumark-Sztainer D, Fisher JO, Berge JM. A Qualitative Exploration Into the Parent–Child Feeding Relationship: How Parents of Preschoolers Divide the Responsibilities of Feeding With Their Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2018 Jul 1;50(7):655–67.
30. Lohse B, Mitchell DC. Valid and Reliable Measure of Adherence to Satter Division of Responsibility in Feeding. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2021 Mar 1;53(3):211–22.
- Görseller, OpenAI tarafından geliştirilen ChatGPT (DALL-E) kullanılarak oluşturulmuştur.



## BÖLÜM 8

### OBEZİTEYE PSİKİYATRİK YAKLAŞIM

**Uzm. Dr. Zeynep İrem Erbasan**

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve  
Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

#### 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlık için risk oluşturacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlar. Obezite, yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bireyin psikososyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini de etkileyen kronik ve kompleks bir sağlık sorunudur. Çocuklar ve ergenlerde aşırı kiloluluk ve obeziteyi tanımlamak için persentil eğrileri kullanılmaktadır. Vücut kitle indeksi (VKİ), 85-94,9 persentil arasında olan çocuklar ve ergenler aşırı kilolu, 95 ve üstü persentil olan çocuklar ve ergenler obez, 99 persentil ve üzeri olan çocuk ve ergenler aşırı obez olarak kabul edilmektedir (1). Obezite prevalansının son yıllarda giderek artması, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda ruhsal ve toplumsal etkileri de gündeme getirmiştir. Bu artışın nedenleri arasında yaşam tarzı değişiklikleri, yüksek kalorili besin tüketimi, düşük fiziksel aktivite ve stres düzeylerinin artışı sayılabilir. Ancak bu biyolojik ve çevresel nedenlerin ötesinde, psikiyatrik faktörlerin de obezitenin gelişimi ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı giderek daha fazla kabul görmektedir (2). Ülkemizde yapılan çalışmalar da obezitenin ülkemizde de yaygın bir sorun haline geldiğini göstermektedir (3).



## 2. YEME DAVRANIŞLARINI ŞEKİLLENDİREN MEKANİZMALAR

### 2.1. Duygu Düzenleme ve Stresle Başa Çıkma

Yeme davranışı, yalnızca fizyolojik ihtiyaçları karşılamakla sınırlı değildir; aynı zamanda duygusal düzenleme işlevi de görebilir. Stres, kaygı, öfke veya yalnızlık gibi duygusal durumlar bireyleri aşırı yeme davranışına yönlendirebilir. Özellikle olumsuz duygularla başa çıkmakta güçlük çeken bireylerde, gıda tüketimi kısa süreli rahatlama sağladığı için "duygusal yeme" (emotional eating) döngüsü gelişebilir. Bu davranış zamanla yeme üzerinde kontrol kaybına, suçluluk hissine ve kilo alımına neden olabilir (4).

### 2.2. Ödül Sistemi, Dopamin Yolağı ve Yeme Tatmini

Nörobiyolojik düzeyde, yeme davranışları ödül sistemi tarafından şekillendirilir. Özellikle dopamin yolağı, yüksek kalorili yiyeceklerin tüketimi sırasında haz alımını ve pekiştirme mekanizmalarını aktive eder. Bu durum, bireyin belirli gıdalara karşı koşullanmasını kolaylaştırır. Bazı kişilerde bu sistemin hipersensitivitesi, yeme davranışını

kontrol etmeyi zorlaştırabilir ve aşırı yeme eğilimini artırabilir. Tatlı ve yağlı yiyeceklerin “hedonik” etkisi, bu süreci pekiştirici hale getirir (5).

### 2.3. Kişilik Özellikleri

Bazı kişilik özellikleri, yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilir. Mükemmeliyetçilik, özellikle beden algısı ve kilo kontrolü üzerinde katı beklentilere yol açarak yeme davranışlarını kontrol etme çabasında artışa neden olabilir. İmpulsivite ise, dürtüsel yeme atakları ve ani aşırı yeme davranışlarıyla ilişkilidir. Anksiyete düzeyi yüksek bireylerde ise yeme, sık sık bir başa çıkma aracı olarak kullanılabilir. Bu kişilik özellikleri, tedavi planının şekillendirilmesinde ve terapötik hedeflerin belirlenmesinde dikkate alınmalıdır (6).

## 3. OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ PSİKİYATRİK DURUMLAR

### 3.1. Yeme Bozuklukları

Literatür, obezite ve yeme bozukluklarında birçok ortak nörobiyolojik, genetik, davranışsal ve psikolojik faktörleri vurgulamaktadır (7). Yapılan bir çalışmada, **Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)**, olan kişilerin %87'sinin ve **Bulimia Nervozanın (BN)** olan kişilerin %33'ünün yaşamlarının bir noktasında obezite de yaşadığını bildirilmiştir (8). Özellikle TYB obeziteyle en sık ilişkili yeme bozukluğudur. TYB'de bireyler, kısa süre içinde büyük miktarda yiyecek tüketir ve bu davranış üzerinde kontrol kaybı yaşarlar. Obez bireylerde bu tür yeme ataklarının görülme sıklığı artmakta ve obezitenin sürmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Araştırmalar BN obez bireylerde de sıklıkla görülebildiğini göstermektedir. Telafi davranışlarının etkisiz kalması durumunda, BN bireylerde kilo artışı ve obezite gelişimi olabilir (9). Bu nedenle, obez bireylerde BN semptomlarının dikkatle sorgulanması ve tedavi planının hem yeme bozukluğunu hem de kilo yönetimini kapsayacak şekilde bütüncül olarak ele alınması önemlidir.



### 3.2. Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Obezite ile en sık ilişkilendirilen psikiyatrik bozuklukların başında **majör depresif bozukluk** gelmektedir. Obezite ve depresyonda ortak nörobiyolojik ve çevresel risk etmenler mevcuttur. Depresyon hem yeme düzeninde bozulmaya hem de fiziksel aktivite seviyesinde azalmaya neden olabilmektedir. Atipik depresyonda görülebilen hipersomni, hiperfaji kilo alımına yol açabilmektedir. Ayrıca obezite de depresyon riskini arttırmaktadır (10). **Anksiyete bozuklukları** ise, özellikle sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal izolasyonu artırarak yeme davranışlarını etkileyebilir (11). Bipolar bozuklukta ise mani dönemlerinde impulsivite ile aşırı yeme görülebilirken, depresif dönemlerde iştah azalması ya da artışı yaşanabilir (12).

Obezite ile **alkol ve madde kullanım bozukluğu (AKMB)** arasında karmaşık ve çok yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Her iki durum da ortak nörobiyolojik yolları paylaşır; özellikle dopamin aracılı ödül sistemi hem aşırı yeme hem de madde kullanım davranışlarında belirleyici rol oynar. Bu benzerlik,

bazı bireylerin bir bağımlılık biçiminden diğerine geçiş yapmasına neden olabilir. Araştırmalar, özellikle duygusal yeme davranışı gösteren bireylerde, alkol ve madde kullanımına eğilimin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik, stresle başa çıkma zorlukları gibi psikososyal faktörler hem obeziteye hem de AKMB'ye zemin hazırlayabilir (13).

Obezite ile **internet bağımlılığı** arasında dikkat çekici bir ilişki olduğu, son yıllarda yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Her iki durum da davranışsal bağımlılık spektrumunda değerlendirilebilecek özellikler taşır ve özellikle ödül arayışı, dürtüsellik ve düşük özdenetim gibi ortak psikolojik mekanizmalarla ilişkilidir. İnternet bağımlılığı olan bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin düşmesi, uyku düzensizlikleri ve düzensiz beslenme alışkanlıkları obezite gelişimini kolaylaştırabilir. Aynı zamanda obez bireylerde sosyal izolasyon ve düşük benlik saygısı gibi psikososyal faktörler, ekran kullanım süresini artırarak internet bağımlılığına eğilimi güçlendirebilir. Bu karşılıklı ilişki, çocuk ve ergenlerde daha belirgin olmakla birlikte, tüm yaş gruplarında hem obezite hem de internet bağımlılığı ile başa çıkmada multidisipliner müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır (14).

Obezite, **Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)** olan bireylerde sıklıkla karşılaşılan ikincil bir sağlık sorunudur ve bu durumun oluşumunda hem seçici yeme davranışları hem de psikotrop ilaçların metabolik yan etkileri önemli rol oynar. OSB'li çocuklarda sık görülen duysal hassasiyetler nedeniyle, besin tercihleri genellikle sınırlıdır ve yüksek kalorili, düşük besin değerine sahip gıdalara yönelim obezite riskini artırabilir. Ayrıca antipsikotik ilaçlar, kilo alımı ve iştah artışı gibi yan etkilerle obezite gelişimini kolaylaştırır. Fiziksel aktivitenin sınırlı olması da bu tabloyu pekiştirir. Bu nedenle OSB'li bireylerde obezite riskine karşı hem beslenme düzeninin dikkatle izlenmesi hem de ilaç yan etkilerinin yakından takip edilmesi büyük önem taşır (15).

Çocuk ve ergenlerde **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)** ile obezite arasındaki ilişki, yürütücü işlev bozuklukları, dürtüsellik, ödül duyarlılığı ve yaşam tarzı faktörlerinin etkileşimiyle açıklanmaktadır. DEHB'li bireylerde görülen düzensiz beslenme alışkanlıkları, düşük fiziksel aktivite ve uyku problemleri obezite riskini artırmakta; obeziteye bağlı psikososyal stresörler ise DEHB semptomlarını şiddetlendirebilmektedir. Bu çift yönlü etkileşim, klinik yönetimde erken tanı ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır (16).

Eştanılı psikiyatrik bozukluklar, kilo verme süreçlerinde motivasyon düşüklüğü, ilaçlara karşı toleranssızlık ve tedaviye uyumda azalma gibi faktörlerle obezite tedavisini zorlaştırabilir. Ayrıca bazı psikiyatrik ilaçlar (örneğin bazı antipsikotikler, trisiklik antidepresanlar) kilo artışına neden olabilir. Bu nedenle, eştanılar dikkatle değerlendirilerek, psikiyatrik ve obezite tedavisinin entegre şekilde yürütülmesi önemlidir.

#### 4. PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME VE KLİNİK GÖRÜŞME



Obeziteye yönelik psikiyatrik değerlendirme ayrıntılı klinik görüşme ve sistematik anamnezle başlamalıdır. Kişinin kilo öyküsü, diyet geçmişi, kilo değişimlerinin psikolojik etkileri, beden algısı ve stresle baş etme biçimleri değerlendirilmelidir. Yeme alışkanlıkları sorgulanırken öğün düzeni, porsiyon büyüklüğü, gece yeme, craving ve duygusal yeme gibi unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır. Psikiyatrik semptomlar arasında depresyon, anksiyete ve dürtüsellik özel olarak ele alınmalı; çocukluk travmaları, sosyal destek, uyku düzeni ve beden algısı da değerlendirmeye dahil edilmelidir. Klinik süreci desteklemek için standardize araçlardan yararlanılabilir. Nöropsikolojik değerlendirmelerde dikkat, yürütücü işlev ve dürtü kontrolü açısından testler kullanılabilir. Bu değerlendirmeler, tedaviye uyum ve uygun terapi seçimi açısından yol gösterici olabilir.

Obezite tedavisi, yalnızca bireysel psikoeğitim ya da diyet önerileriyle sınırlı kalmamalı; **çocuk ve genç psikiyatrisi, endokrinoloji, beslenme ve fiziksel aktivite** alanlarını kapsayan **multidisipliner bir ekip yaklaşımı** ile yürütülmelidir. Bu ekipte yer alacak bir **psikiyatrist**, bireyin ruhsal durumunu değerlendirip gerekli psikoterapötik ve/veya farmakolojik müdahaleleri planlarken; bir **diyetisyen**, yaşa, cinsiyete ve bireysel ihtiyaçlara göre dengeli bir beslenme programı hazırlar. **Çocuk ve ergen endokrinoloji uzmanı** ise obeziteye eşlik eden hormonal ve metabolik bozuklukları değerlendirir ve izler. Bu profesyonellere ek olarak, **fizyoterapist veya spor bilimci** gibi fiziksel aktivite uzmanlarının da yer aldığı bir ekip, bireyin yaşına, sağlık durumuna ve kapasitesine uygun **hareket planı** geliştirerek tedaviye katkı sağlar. Bu çok **multidisipliner** yaklaşım, obezitenin hem nedenlerini hem de sonuçlarını kapsamlı biçimde ele almayı mümkün kılar ve uzun vadeli tedavi başarısını önemli ölçüde artırır (17).

## 5. TEDAVİ

### 5.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Obezitenin psikolojik boyutlarını hedef alan psikiyatrik müdahaleler, bireyin ihtiyaçlarına göre yapılandırılmalı ve psikoeğitimle desteklenmelidir. **Motivasyonel görüşme**, özellikle düşük motivasyona sahip bireylerde davranış değişikliğini destekler. **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**, yeme davranışlarını etkileyen olumsuz düşünce kalıplarını ve beden algısına dair çarpıtmaları ele alarak duygusal yeme ve atakları azaltmada etkilidir. BDT, bireyin yeme günlüğü tutması, duygusal tetikleyicileri fark etmesi, açlık-tokluk sinyallerine duyarlılığının artırılması gibi davranışsal teknikleri içerir. Amaç, bireyin duygularını tanıyarak onları yeme dışı yollarla düzenleyebilmesini sağlamak ve olumsuz düşünce kalıplarını sağlıklı alternatiflerle değiştirmektir. **Diyaletik Davranışçı Terapi (DBT)** özellikle duygusal düzensizlik ve impulsif yeme davranışları gösteren bireylerde etkili bir terapi yaklaşımıdır. Temel hedefi, bireylere duygu düzenleme, stresle başa çıkma ve kişilerarası beceriler kazandırmaktır.

Bu yönüyle özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez bireylerde önerilmektedir. **Çocukluk çağı obezitesinde**, ebeveynlerin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarına yönelik **aile temelli müdahaleler**, kalıcı sonuçlar açısından önemlidir. Ayrıca eşlik eden ruhsal bozukluklara yönelik **farmakoterapi** planlanabilir; ancak ilaçların kilo üzerindeki etkileri dikkatle değerlendirilmelidir.

Çocuk ve ergenlerde obeziteye yaklaşımda gelişimsel özellikler dikkate alınmalıdır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda dürtüsellik ve düzensiz yeme alışkanlıkları obeziteye zemin hazırlayabilir. Ergenlikte ise beden imajı algısı, akran ilişkileri ve sosyal medya etkisi obeziteyle baş etme biçimlerini şekillendirebilir. Kadınlarda ise duygusal yeme ve düşük özsaygı, erkeklere kıyasla daha

yaygın görülmektedir. Ayrıca, yeme bozuklukları kadınlarda daha yüksek prevalansa sahiptir. Psikiyatrik değerlendirme sürecinde cinsiyet temelli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (18).

## 5.2. Farmakoterapi

Obezite tedavisinde farmakoterapi, yaşam tarzı değişikliklerinin yetersiz kaldığı durumlarda gündeme gelir. FDA onaylı ilaçlar arasında **liraglutid** (iştah azaltıcı), **orlistat** (yağ emilimini azaltıcı) ve **naltrekson-bupropion** kombinasyonu (ödül sistemi üzerinde etkili) yer alır. Eşlik eden depresyon veya anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditelerde, **antidepresan ve anksipsikotiklerin kilo üzerindeki etkileri** dikkate alınmalıdır. Farmakolojik tedavi planı bireyin ruhsal öyküsü doğrultusunda şekillendirilmeli ve psikoterapi ile birlikte yürütülmelidir (19).

## 6. ÇOCUĞUMU OBEZİTEDEN NASIL KORUYABİLİRİM?

- **Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları Geliştirin:**

Çocuğunuza sebze, meyve, tam tahıl ve sağlıklı proteinleri içeren dengeli öğünler sunun. Şekerli içecekler ve işlenmiş gıdalar sınırlandırılmalı; mümkünse evde yemek hazırlama alışkanlığı teşvik edilmelidir.



- **Düzenli Fiziksel Aktiviteyi Teşvik Edin:** Aileyle birlikte yürüyüş veya bisiklet gibi aktiviteler hem hareketi destekler hem de sosyal bağı güçlendirir.
- **Ekran Süresini Sınırlayın:** Günlük ekran süresi yaşa uygun saatle sınırlandırılmalı; ekran yerine fiziksel ya da yaratıcı etkinlikler teşvik edilmelidir.
- **Uyku Düzenine Özen Gösterin:** Yaşa uygun uyku süresi (örneğin 6–12 yaş için 9–12 saat) sağlanmalı, düzenli yatma-kalkma saatleri oluşturulmalıdır.

- **Aile İçi Rol Model Olun:** Ebeveynler de sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını benimseyerek çocuklarına örnek olmalıdır. Ailece yemek yemek ve sağlıklı yaşam tarzını paylaşmak bu süreçte oldukça değerlidir.
- **Yeme Davranışlarını Takip Edin ve Ruhsal Durumu Gözlemleyin:** Çocuğunuzun yeme alışkanlıklarını düzenli olarak gözlemleyin. Aşırı yeme, iştahsızlık, gece yeme gibi davranışların arkasında stres, kaygı ya da depresyon gibi ruhsal durumlar olabilir. Bu davranışları, düşünce ve duygularla birlikte ele almak önemlidir. Sağlıksız yeme davranışlarıyla ilişkili olabilecek duygusal durumları ve düşünce kalıplarını fark ettiğinizde, bu durumların yeme düzeni üzerindeki etkisini değerlendirmek ve gerektiğinde müdahale planı oluşturmak için bir **çocuk ve ergen psikiyatristine** başvurun.
- **Okul ve Toplum Katılımını Destekleyin:** Okullarda sağlıklı yaşam programlarına katılımı teşvik edin. Toplum spor merkezleri ve sosyal destek grupları da çocuklar için önemli kaynaklardır.
- **Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırın:** Büyüme eğrileri takip edilmeli, boy-kilo gelişimi düzenli izlenmelidir. Gerekirse çocuk endokrinolojisi, çocuk ve genç psikiyatristi, diyetisyen gibi uzmanlardan destek alınmalıdır.

## 7. OBEZİTE TEDAVİSİNDE AİLELER İÇİN ÖNERİLER

- **Yeme Ortamını Düzenleyin:** Yemeklerin her zaman aynı yerde, dikkat dağıtıcı unsurlardan (TV, telefon, tablet) uzak, sakin ve olumlu bir ortamda yenmesini sağlayın. Yemek süresi 15–25 dakika ile sınırlandırılmalı.



- **Düzenli Öğün Alışkanlığı Geliştirin:** Öğünleri 3–4 saat aralıklarla düzenleyin, atıştırmalıkları sınırlayın. Sıvı alımını öğün sonrasına yönlendirin.
- **Beslenme Davranışlarını Destekleyin:** Yeni ya da sevilmeyen besinleri küçük porsiyonlarla, sık önerin. Yemeği bir ödül veya ceza olarak kullanmayın. Kilo ya da ne yediği hakkında sürekli konuşmaktan kaçının.
- **Model Olun:** Unutmayın, çocuklar en çok ailelerinden öğrenir. Kendi beslenme alışkanlıklarınız çocuğunuz için güçlü bir model oluşturur. Sağlıklı beslenme ve dengeli yaşam biçimini ailece benimseyin. Gerekirse kendi alışkanlıklarınızı da gözden geçirerek düzenlemeye çalışın.
- **Duygusal Destek Sunun:** Çocuğunuzun duygularını ifade etmesine alan tanıyın. Yemek yerine duygularla başa çıkma yolları geliştirmesine yardımcı olun. Sürekli ne kadar yediğini ya da kilo alıp vermesini sorgulamayın.
- **Fiziksel Aktiviteyi Teşvik Edin:** Günlük fiziksel aktiviteyi yaşamın doğal bir parçası haline getirin. Ailece yürüyüş yapın, birlikte hareket etmeyi alışkanlık haline getirin. Sporun eğlenceli ve sosyal bir etkinlik olduğu mesajını verin. Egzersiz, sadece kilo kontrolü değil aynı zamanda ruhsal iyi oluş açısından da önemlidir.
- **Bireysel Farklılıkları Tanıyın:** Her çocuğun mizacı farklıdır. Kendi yeme düzeni üzerinde kontrol sağlaması için onu yüreklendirin. Gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olun.
- **Ruhsal Durumu Gözlemleyin:** Kendi psikolojik durumunuzun da çocuğunuzun beslenmesi ve ruhsal durumu üzerine etkili olabileceğini unutmayın. Çocuğunuzdaki yeme sorunlarının bir başka psikiyatrik bozukluğun ilk belirtisi olabileceğini ve obeziteye eşlik edebilecek ve bu durumu sürdürebilecek ruhsal

bozukluklar göz önünde bulundurarak, çocuk ve ergen psikiyatristine başvurun.

- **Uzman Desteğini Sürdürün:** Çocuğunuzu izleyen hekimlerin önerdiği ilaçları düzenli kullanmasına destek olun. Pediatri hekimi, çocuk ve genç psikiyatristi, diyetisyen ve spor eğitmeni gibi çok disiplinli bir destek sistemi kurun.
- **Süreklilik ve Sabır Gösterin:** Obezite tedavisi uzun vadeli bir süreçtir. Küçük adımlarla başlayan değişimlerin kalıcı olması zaman alır. Ailenin destekleyici tutumu, çocuğun motivasyonu için belirleyici olacaktır.
- **Sosyal Medya ve Beden Algısı Konusunda Destekleyici Olun:** Özellikle ergenlerde sosyal medya içerikleri beden imajı üzerinde baskı yaratabilir. Aileler, çocuğun dış görünüş odaklı değil, sağlıklı yaşam ve öz-değer odaklı gelişimini desteklemelidir.

- **Zorbalığa Karşı Psikolojik Güçlendirme ve Duygusal Destek Sağlayın:** Obez çocuklar sosyal çevrelerinde dışlanma veya alay edilme gibi zorbalıklara maruz kalabilir. Aileler, çocuklarının duygularına duyarlı olmalı, onları dinlemeli ve yalnız



olmadıklarını hissettirmelidir. Zorbalıkla karşılaşıldığında okul rehberlik birimi veya çocuk psikiyatristiyle iş birliği yapılmalı; çocuğun özgüvenini destekleyici, duygularını ifade etmesini kolaylaştıran bir iletişim ortamı sağlanmalıdır. Aile içi güvenli ilişki, çocuğun bu tür olumsuz deneyimlerle baş etmesinde en önemli koruyucu faktördür.

## 8. SONUÇ

Obezite, biyolojik, çevresel ve psikolojik boyutları olan karmaşık bir durumdur. Psikiyatrik değerlendirme ve müdahale stratejileri, bireyin sadece kilosunu değil, genel yaşam işlevselliğini ve psikolojik iyilik halini de iyileştirmeyi hedeflemelidir. Bu nedenle obeziteye bütüncül yaklaşımda psikiyatristlerin rolü hayati önemdedir. Tedavi, bireye özel, aşamalı ve multidisipliner olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Obesity and overweight [Internet]. [cited 2025 May 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Joma A, Abuzerr S, Alsoudi S. Variables associated with the relationship between obesity and mental health among university students in the Gulf Cooperation Council countries: a systematic review. Front Public Health. 2024;12:1411229.
3. Obezitetanitedavikilavizu-2024.pdf [Internet]. [cited 2025 May 13]. Available from: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavizu-2024.pdf>
4. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. Nutrients;15(5):1173
5. Stuber GD, Schwitzgebel VM, Lüscher C. The neurobiology of overeating. Neuron. 2025 Apr 3
6. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating

- disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Nov;56(11):1141–64.
7. Camacho-Barcia L, Giel KE, Jiménez-Murcia S, Pitti JÁ, Micali N, Lucas I, et al. Eating disorders and obesity: bridging clinical, neurobiological, and therapeutic perspectives. *Trends in Molecular Medicine*. 2024 Apr 1;30(4):361–79.
  8. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev*. 2012 May;20(3):250–4.
  9. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018 Jan;1411(1):96–105.
  10. Friedman M, Chang R, Amin ZM, Rajan T, Singh R, Yousefzai S, et al. Understanding the bidirectional association between obesity and risk of psychological distress and depression in young adults in the US: available evidence, knowledge gaps, and future directions. *Front Psychiatry*. 2025 Jan 10;15:1422877.
  11. Zhang X, Ravichandran S, Gee GC, Dong TS, Beltrán-Sánchez H, Wang MC, et al. Social Isolation, Brain Food Cue Processing, Eating Behaviors, and Mental Health Symptoms. *JAMA Netw Open*. 2024 Apr 4;7(4):e244855.
  12. McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disord*. 2006 Dec;8(6):686–95.
  13. Barry D, Clarke M, Petry NM. Obesity and its relationship to addictions: is overeating a form of addictive behavior? *Am J Addict*. 2009;18(6):439–51.

14. Starcevic V, Khazaal Y. Relationships between Behavioural Addictions and Psychiatric Disorders: What Is Known and What Is Yet to Be Learned? *Front Psychiatry*. 2017 Apr 7 [cited 2025 May 13];8:53.
15. Dhaliwal KK, Orsso CE, Richard C, Haqq AM, Zwaigenbaum L. Risk Factors for Unhealthy Weight Gain and Obesity among Children with Autism Spectrum Disorder. *Int J Mol Sci*. 2019 Jul 4;20(13):3285.
16. Reed C, Cortese S, Golm D, Brandt V. Longitudinal Associations Between ADHD and Weight From Birth to Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Nov 5;S0890-8567(24)01975-0.
17. Özbaran NB, Erbasan Zİ, Balki HG, Gökşen Şimşek RD. Is Bariatric Surgery an Option for Obesity in Autism Spectrum Disorder?: A Case Report. *J Nerv Ment Dis*. 2023 May 1;211(5):407–10.
18. Davison GM, Monocello LT, Lipsey K, Wilfley DE. Evidence Base Update on Behavioral Treatments for Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2023 Sep 3;52(5):589–603.
19. Idrees Z, Cancarevic I, Huang L. FDA-Approved Pharmacotherapy for Weight Loss Over the Last Decade. *Cureus*. 2022 Sep;14(9):e29262.



## BÖLÜM 9

### OBEZİTEYE ENDOKRİNOLOJİK YAKLAŞIM

**Uzm. Dr. Uğur Cem Yılmaz**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

**Prof. Dr. Samim Özen**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

#### 1. GİRİŞ

Obezite, vücutta sağlığı bozacak şekilde aşırı yağ birikimi ile karakterize edilen, çocukluk ve ergenlik döneminde sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ),’ne göre vücutta sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal şekilde yağ dokusu artışı/birikimini obezite olarak tanımlar. Çocuk ve ergenlerde vücut kitle indeksinin (VKİ) yaş ve cinsiyete göre persentil tablosunda %95 üzerinde olması durumunu obezite olarak tanımlamaktadır. Obezitenin değerlendirilmesinde boy, kilo ve VKİ’nin yaşa uygun standart deviasyon skorları (SDS)kullanılır (1,2).

#### 2. OBEZİTENİN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Türkiye’de çocukluk çağı obezitesi de artış göstermektedir. Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması’na göre ilkokul 2. sınıf öğrencileri arasında obezite prevalansı %10,5’tir (3). Benzer şekilde yapılan derlemelerde Türkiye’de çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığının %1,4-14,6 arasında

değiştii, özellikle kentsel bölgelerde daha yüksek oranlara ulaşıldığı bildirilmektedir (4,5). Özellikle pandemi sonrası son yıllarda obezite sıklığının daha da arttığı yönünde gözlemler mevcuttur.

Tarihte uzun süre şişmanlık sağlık ve refahla ilişkilendirilmiş olsa da 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yapılan çalışmalar, obezitenin kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca çocukluk çağında obez olan bireylerin %80'den fazlası erişkin dönemde de obeziteyi artırarak devam etmektedir. Bu nedenle çocukluk çağında obezitenin erken fark edilmesi ve uygun yaklaşım uygulanması, ileride oluşabilecek metabolik hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir (1,2).

### **3. KLİNİK BULGULAR**

Çocuklarda obezite sadece fazla kilolu olmakla sınırlı değildir; vücudun birçok sistemini etkileyebilir. En sık görülen belirtiler arasında hızlı kilo alımı ve göbek çevresinde yağlanma yer alır. Bu çocuklarda boyun, koltuk altı gibi bölgelerde koyu renkli, kadifemsi bir cilt görünümü (akantosis nigrikans) görülebilir. Bu, vücudun insüline karşı direnç geliştirdiğini gösterebilir (4). Aşırı kilo, uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir. Horlama, gece solunum durmaları (obstrüktif uyku apnesi) ve gündüz yorgunluk görülebilir. Hormonal etkiler de olabilir: Kızlarda adet düzensizlikleri veya erken ergenlik, erkeklerde jinekomasti (göğüs büyümesi) ya da geç ergenlik gelişebilir (5)Karaciğerde yağ birikimi de sık rastlanan bir durumdur (2).

### **4. NEDENLER**

Çocuklarda obeziteye yol açan nedenler genellikle birden fazladır. Genetik faktörler, hormonal bozukluklar, yaşam tarzı alışkanlıkları ve psikososyal etkenler bu durumu etkileyebilir. Ailesinde obezite olan çocuklarda risk daha yüksektir. Nadir

görülen bazı genetik nedenler, erken yaşta başlayan ve aşırı iştahla seyreden ciddi obezitelere yol açabilir (6).

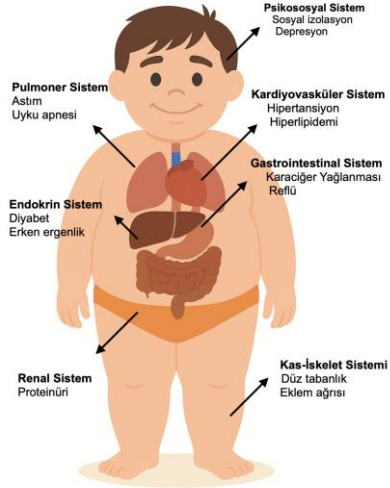
Tiroid bezinin az çalışması (hipotiroidi), büyüme hormonu eksikliği gibi hormonal bozukluklar da obeziteye neden olabilir. Bu durumlarda çocukların hem kilo alımı hızlanır hem de boy uzaması yavaşlar (5). Günümüzde en sık karşılaşılan neden ise sağlıksız yaşam tarzıdır. Hareketin az olduğu bir yaşam, enerji yoğun ve düşük besin değerli gıdaların aşırı tüketimi, uzun süre ekran başında zaman geçirme ve yetersiz uyku, kilo alımını kolaylaştırmaktadır (7).

## **5. KOMPLİKASYONLAR**

Obezitenin etkileri yalnızca kilo artışıyla sınırlı değildir. Erken yaşta insülin direnci, bozulmuş glukoz toleransı, karaciğer yağlanması (metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD) ve metabolik disfonksiyon ilişkili steatohepatit (MASH)), kan lipid değerlerinde bozukluk (hiperlipidemi, dislipidemi) ve hipertansiyon gibi metabolik komplikasyonlar gelişebilir. Bu durumlar genellikle belirti vermeden sessiz seyredebilir ve ancak laboratuvar testleriyle ortaya çıkar. Erişkinlikte kardiyovasküler hastalık riskini artıran bu bozuklukların erken dönemde tanınması büyük önem taşır (2,5).

Erişkinlikte kardiyovasküler hastalık gelişme riskini artıran bu komplikasyonların erken dönemde tanınması ve izlenmesi, uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirmek açısından kritik öneme sahiptir (2,5).

Ayrıca obezite yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal açıdan da ciddi sonuçlara yol açabilir. Çocuklarda ve ergenlerde sosyal izolasyon, akran zorbalığına maruz kalma, düşük benlik saygısı, beden algısı bozukluğu ve depresif semptomlar gibi psikolojik sorunlara sık rastlanmaktadır. Bu nedenle erken dönemde psikososyal değerlendirme ve psikiyatrik destek planlaması önemlidir.



**Şekil-1.** Çocukluk Çağı Obezitesinde Etkilenen Sistemler

## **6. TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE ENDOKRİNOLOJİK YAKLAŞIMLAR**

Çocukluk çağı obezitesinin tedavisinde yalnızca kilo kaybı değil, sağlıklı büyüme ve uzun vadeli metabolik sağlığın korunması hedeflenmelidir. Bu süreçte en önemli destek aileden gelir (5). Beslenme alışkanlıkları liften zengin, dengeli bir düzene göre yeniden yapılandırılmalı; şekerli içecekler ve işlenmiş gıdalar sınırlandırılmalı, meyve, sebze ve tam tahıllar ön plana çıkarılmalıdır.

Sağlıklı alışkanlıklar kazandırılırken çocuğun suçluluk hissetmesi engellenmeli; ebeveynler destekleyici ve örnek davranışlar sergilemelidir (8).

Fiziksel aktivite, tedavinin temel bileşenidir. Haftada en az 5 gün, günde 1 saat orta yoğunlukta aktivite (yürüyüş, oyun,

spor) önerilir. Bu etkinliklerin aileyle birlikte yapılması çocuklar için daha motive edicidir (5).

Ekran süresinin azaltılması, düzenli uyku sağlanması ve çocuğa ulaşılabilir hedefler belirlenmesi, davranış değişikliği sürecini kolaylaştırır. Özellikle aile merkezli müdahalelerin kalıcı başarı sağladığı gösterilmiştir (8).

Şiddetli obezite ve eşlik eden metabolik hastalıklar durumunda farmakolojik tedavi gerekebilir. Ancak bu karar mutlaka bir çocuk endokrinolojisi uzmanı tarafından verilmelidir (9).

Obezite tedavisinde yalnızca farmakolojik değil, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşım esastır. Çocuk endokrinolojisi uzmanının koordinasyonunda; diyetisyen, çocuk ve ergen psikiyatristi, psikolog, fizyoterapist veya spor hekimi gibi farklı disiplinlerden uzmanlar tedavi planına dahil edilmelidir.

Tedavi sürecinde boy ve kilo ölçümleri, biyokimyasal değerler ve hormon testleri düzenli olarak izlenmelidir. Bu kontroller genellikle 3–6 ayda bir planlanmalı ve bireysel risk faktörlerine göre uyarlanmalıdır.

**Tablo-1.** Obezitenin Yönetiminde Temel Müdahale Alanları

| <b>Müdahale</b>             | <b>Açıklama</b>                                                          |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beslenme</b>             | Düşük glisemik indeksli, liften zengin, dengeli beslenme önerilir.       |
| <b>Fiziksel aktivite</b>    | Günde 60 dakika orta yoğunlukta aktivite yapılması önerilir.             |
| <b>Uyku ve ekran süresi</b> | Uyku $\geq 8$ saat, ekran süresi $\leq 2$ saat ile sınırlandırılmalıdır. |
| <b>Psikolojik destek</b>    | Duygusal yeme davranışı varsa psikolog desteği sağlanmalıdır.            |
| <b>Endokrinolojik takip</b> | Boy-kilo izlemine ek olarak hormon ve metabolik testler yapılmalıdır.    |

Aileler, obezitenin tedavisinde en önemli destekçilerden biridir. Öncelikle kilo konusunun eleştirel değil yapıcı bir

şekilde ele alınması, çocuğun özgüveninin desteklenmesi gerekir. Aile içinde sağlıklı besinlerin tercih edilmesi ve birlikte fiziksel aktivite yapılması teşvik edilmelidir. Besinleri “iyi” veya “kötü” olarak etiketlemek yerine, denge ve ölçülülük kavramı vurgulanmalıdır. Uyku ve ekran süresi düzenlenmeli, ihtiyaç halinde profesyonel destek alınmalıdır.

## 7. AİLELER İÇİN ÖNERİLER

- Ailece yemek zamanlarını birlikte geçirin.
- Sağlıklı atıştırmalıkları erişilebilir hâle getirin.
- Fiziksel aktiviteyi eğlenceli ve günlük bir alışkanlık hâline getirin.
- Eleştiri yerine pozitif ve destekleyici bir yaklaşım sergileyin.
- Sağlıklı yaşam alışkanlıklarını hedef olarak koyun; kilo takıntısından kaçının.
- Uzman kontrollerini düzenli olarak takip edin.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2023). *Obesity and overweight – Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Styne, D. M., Arslanian, S. A., Connor, E. L., Farooqi, I. S., Murad, M. H., Silverstein, J. H., & Yanovski, J. A. (2017). Pediatric obesity—Assessment, treatment, and prevention: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(3), 709–757. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-2573>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması* (COSI-TUR 2022).

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-6/cocukluk-cagi-obezite-arastirmasi-cosi-tur-2022-raporu-yayimlandi.html>

4. Atik Şahin, M., Tüzün, H., & Uğraş Dikmen, A. (2022). Çocukluk çağı obezitesi epidemiyolojisi. In S. Özkan (Ed.), *Her yönüyle çocukluk çağı obezitesi* (ss. 1–6). Türkiye Klinikleri. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-cocukluk-cagi-obezitesi-epidemiyolojisi-98324.html>
5. Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., ... & Okechukwu, K. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>
6. Farooqi, I. S., & O'Rahilly, S. (2006). Genetics of obesity in humans. *Endocrine Reviews*, 27(7), 710–718. <https://doi.org/10.1210/er.2006-0040>
7. Kansra, A. R., Lakkunarajah, S., & Jay, M. S. (2021). Childhood and adolescent obesity: A review. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 581461. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.581461>
8. Epstein, L. H., Wilfley, D. E., Kilanowski, C., Quattrin, T., Cook, S. R., Eneli, I. U., ... & Schechtman, K. B. (2023). Family-based behavioral treatment for childhood obesity implemented in pediatric primary care: A randomized clinical trial. *JAMA*, 329(22), 1947–1956. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.8061>
9. Wahi, G., St-Pierre, J., Johnston, B. C., Fitzpatrick-Lewis, D., Usman, A., Sherifali, D., Merdad, R., Esmaeilnezhad, Z., Birken, C. S., Hamilton, J., Henderson, M., Moore, S. A., Ball, G. D. C., & Morrison, K. M. (2024). Effectiveness of pharmacological interventions for managing obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis framed using minimal important difference estimates based on GRADE guidance to inform a clinical practice guideline. *Pediatric Obesity*, 19(11), e13169. <https://doi.org/10.1111/ijpo.13169PubMed>



## BÖLÜM 10

### YEME BOZUKLUKLARINDA TERAPİ YAKLAŞIMLARI

**Dr. İpek Aksakal**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yeme bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikanalitik yönelimli terapiler, aile tabanlı terapi gibi terapi yöntemleri uygulanabilmektedir.

Psikoterapilerdeki genel amaç; yeme bozukluğunun gelişmesine katkıda bulunan, işlevsel olmayan tutum ve davranışların tespiti ve değiştirilmesi, kişiler arası ve sosyal işlevselliklerinin düzeltilmesi ve hastalığın sürmesinde etkili olan psikopatolojilerin ve intrapsişik çatışmaların ele alınması olarak özetlenebilir. Bu yazıda en yaygın ve etkili yaklaşımlardan biri olan BDT üzerinde durulacaktır.

BDT, kişinin psikolojik sorunlarını sürdüren işlevsel olmayan düşünce ve davranışlarını değiştirerek iyileşme sağlamayı hedefleyen bir psikoterapi yaklaşımıdır (1). Bilişsel kısımda kişinin zihinsel süreçlerini ele alır. Kişilerin karşılaştıkları çeşitli durumları değerlendirirken kendilerinde olumsuz duygular yaratan düşünce hataları belirlenir ve kişiyle birlikte bunların ne derece gerçekçi oldukları sorgulanarak ona daha gerçekçi ve uyumlu düşünme tarzı öğretilir. BDT'nin davranışçı kısmı ise kişinin psikolojik sorunlarıyla ilişkili ya da olumsuz duygularını sürdüren uyumsuz davranışlarını değiştirerek kişiye daha uyumlu davranışlar kazandırmayı hedefler. Bu düşünce ve davranış değişikliği sayesinde kişinin hissetmekten sıkıntı dile getirdiği korku, kaygı, üzüntü, öfke, acı, utanç gibi olumsuz duygularında zamanla azalma

olur. Yapılandırılmış ve hedef odaklı olması, süreci izlemeyi kolaylaştırır (1,2)

Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda, beden algısı ve kilo kontrolüne dair çarpıtılmış düşünceler önemli rol oynar. BDT, bu bilişsel çarpıtmalarla ve ilişkili davranışlarla çalışarak kişinin yeme alışkanlıklarını daha sağlıklı bir yapıya kavuşturmasına yardımcı olur

Anoreksiya nervoza başta olmak üzere tüm yeme bozuklukları için “transdiagnostik” bakış açısıyla kendi kendini izleme, yeme sorunlarının ayrıntılı bir ölçümünün sağlandığı ve her terapi seansının odağını yönlendirmeye yardımcı olan Bilişsel Davranışçı Terapi-Yeme Bozukluğu (BDT-YB) versiyonu geliştirilmiştir (2,3, 4). Klasik BDT’de olduğu gibi bilişsel ve davranışsal stratejiler ve prosedürler uygulanırken, düşünce kayıt formu yerine kendini izleme kayıt formları tutulmasıyla klasik BDT’den ayrılır.

**Tablo-1.** Yeme bozukluklarında genel BDT planı (2,3)

| Seans sayısı   | Seans içeriği                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Seans       | Monitörizasyonun öğretilmesi                                    |
| 2. Seans       | Formülasyon                                                     |
| 3. Seans       | Kusmanın veya yeme kısıtlamanın tetikleyicilerinin belirlenmesi |
| 4-5. Seans     | Duygu düzenlenmesine yönelik çalışmalar                         |
| 6-7. Seanslar  | Stres yönetimine yönelik çalışmalar                             |
| 8-10. Seanslar | Bilişsel yeniden yapılandırma                                   |
| 11. Seans      | Kaçınma ve güvenlik aramaların önlenmesi                        |

## **YEME BOZUKLUĞU TANILI HASTADA BDT YAKLAŞIMI**

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde ayrıntılı öykü almak çok önemlidir. Hastanın yaş, okul durumu, yaşadığı yer ve aile yapısı gibi demografik özelliklerinin yanı sıra başvuru

şikâyetleri, geçmiş psikiyatrik öyküsü, gelişimsel süreci ve soygeçmişi dikkatle ele alınmalıdır. Mevcut psikiyatrik tanılar ve olası komorbiditeler ile, geçmişte kullanılan ya da hâlen devam eden farmakolojik tedavilerin ayrıntılı olarak sorgulanması klinik tabloyu anlamada kritik öneme sahiptir.

Hastalığın başlangıcından itibaren görülen kilo değişimleri, kısıtlı yeme ya da tıknırcasına yeme davranışları ve bunlara eşlik eden telafi edici alışkanlıklar değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın kilo ve beden algısıyla ilişkili temel inançları, günlük yeme düzeni ve tükettiği besinler detaylandırılmalıdır (4).

Hastalığın nasıl başladığına dair bireyin kendi düşüncelerinin yanı sıra, sürecin kronikleşmesinde etkili olabilecek kişiler arası ilişkiler de bütüncül bir klinik anlayış için göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle genç hastalarda aileden de bilgi almak yararlı olabilir. Ayrıca hastaları değerlendirmek için yeme bozukluğu ile ilgili Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) kullanılabilir (5,6).

**Aileyi Bilgilendirme:** Yeme bozukluğu tanısı veya şüphesi olan bireylerde aile bilgilendirmesi, tedavi sürecinin etkili yürütülebilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Aileye, yeme bozukluklarının yalnızca irade eksikliği değil; biyopsikososyal kökenli ciddi bir ruhsal bozukluk olduğu açıklanmalıdır (7,8) Danışanda bu durumu düşündüren genel belirtiler aktarılmalı, ancak kişisel bilgiler paylaşılmamalıdır. Tedavi sürecine ilişkin yönlendirme yapılmalı; psikoterapi, beslenme danışmanlığı ve gerektiğinde psikiyatrik desteğin gerekliliği vurgulanmalıdır. Ailenin tutumu, süreci doğrudan etkilediğinden; suçlayıcı ya da baskılayıcı yaklaşımlardan kaçınılması, destekleyici ve sabırlı olunması gerektiği belirtilmelidir. Son olarak, sürecin düzenli takibi ve uzun soluklu bir yaklaşım gerektirdiği aileye açıkça ifade edilmelidir.

**Monitorizasyonun Öğretilmesi:** Amaç hastanın yeme paternini ve bunun oluştuğu ortamları-duyguları tespit

etmektir. Monitorizasyon hasta için utandırıcı olabilir, rasyonelini iyi anlatmak gerekir. Her seans başlangıcında monitorizasyonu gözden geçirmek önemlidir (3,7;8).

**Tablo-2.** Monitorizasyon örneği (3,5,6)

| Zaman | Yenilen/İçilen                               | Nerede                | Miktarı sence nasıldı | Kusma-laksatif | Yemeği etkileyen olaylar, düşünceler, duygular                                                                            |
|-------|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.00 | 1 küçük elma<br>Yağsız süt<br>kahve          | Mutfak                | Normal                | -              | Kimse ne yediğime karışması n diye herkesin evden çıkmasını bekledim                                                      |
| 13.00 | Salata<br>Diyet kola                         | Odamda                | Normal                | -              | Eğer bu şekilde yemeye devam edersem kilo vermeyi başarabilirim                                                           |
| 19.00 | 4 tabak makarna<br>2 kâse vanilyalı dondurma | Televizyon karşısında | Çok fazla             | Kusma +        | Annem az yemeye başladığı m için beni eleştirdi ve kavga ettik. Bir şeyler yersem gerginliğim i azaltırım diye düşündüm . |

**Formülasyon:** Bilişsel Davranışçı Terapi'de (BDT) **formülasyon**, hastanın yaşadığı psikolojik sorunları anlamaya yönelik bireyselleştirilmiş bir çerçevedir. Bu çerçeve, hastanın problemlerinin nasıl ortaya çıktığını, nasıl sürdüğünü ve hangi faktörlerin bunları etkilediğini açıklayan, terapistin ve hastanın birlikte oluşturduğu bir klinik haritadır (4,7)

## 1. Durum Düzeyinde Formülasyon

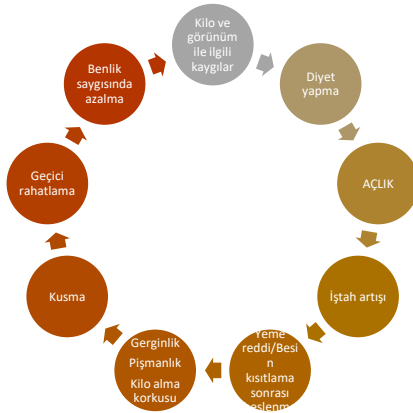
### ABC modeli /Albert Ellis (1979):

- Activating events (Tetikleyici olaylar)
- Beliefs/Behaviors (İnançlar/Davranışlar)
- Consequences (Sonuçlar)

**4D** (Durum, Düşünce, Duygu/Beden, Davranış Formülasyonu)

- **Durum:** Aynada kendini inceleme
- **Düşünce:** 'Çok şişmanım, belim çok kalın'
- **Duygu/Beden:** Endişe, kaygı, öfke
- **Davranış:** Gün boyunca kendini aç bırakma

## 1. Sendrom Düzeyinde Formülasyon



## 2. Problem Formülasyon

**4P Formülasyonu:** Predispozan-Presipitan-Perpetuan-Protetif Faktörler

**Predispozan Faktörler (Hazırlayıcı):** İrritable mizaç, mükemmeliyetçilik, kişilik örüntüleri, annenin beden algısındaki bozukluğu ve tekrarlayan diyet girişimleri.

**Presipitan Faktörler (Tetikleyici):** Arkadaşlarının şişman olduğunu söyleyerek dalga geçmesi, anne ile diyetle başlama, sınav kaygısı

**Perpetuan Faktörler (Sürdürücü):** Yoğun agresyon ve tartışmalar sonrası aileden yeterli sosyal desteği görememe, eleştiri ve suçlanma, arkadaş ortamlarından uzaklaşma, annenin anksiyöz ve eleştirel tutum.

**Protetif Faktörler (Koruyucu):** Kardeşlerinin desteği, okul ortamında öğretmenlerinin desteği ve yemesine olan katkıları, terapiye gelmek istemese bile düzenli olarak randevulara katılması.

**Kaçınma ve Güvenlik Arama Davranışları:** Kaçınma ve güvenlik arama davranışları, bireylerin kaygı, korku veya stresle başa çıkmak için geliştirdiği hem bilişsel hem de davranışsal savunma stratejileridir (8,9). Kaçınma, bir kişiyi korkutucu veya anksiyete yaratan durumlardan uzaklaştırmayı amaçlayan davranışları ifade eder; bu, kişinin zorlu bir duruma girmemek için bilinçli ya da bilinçsiz olarak ortadan kaçınmasıdır. Güvenlik arama davranışları ise, bireyin kaygı düzeyini azaltmak amacıyla dışsal destek arayışını ifade eder. Bu tür davranışlar, kişinin rahatlamasını sağlamak için çevresinden, çevre koşullarından veya nesnelerden sürekli güvence talep etmesi şeklinde ortaya çıkabilir. Bu davranışlar, kısa vadede rahatlatma sağlasa dahi, uzun vadede kaygıların pekişmesine ve fonksiyonel olmayan başa çıkma stratejilerinin güçlenmesine yol açabilir.

**Kaçınma Davranışlarına Örnekler:** Başkaları önünde soyunmama, tartışmama, dışarıda veya başkaları önünde

yemek yememe, “sakıncalı” yemekleri yememe, gün boyunca kendini aç bırakma, odasından dışarı çıkmama, arkadaş ortamından uzaklaşma

**Güvenlik Arama Davranışlarına Örnekler:** Koyu renk kıyafetler giyme, sık sık tartılma, bol kıyafetler giyme, bol sıvı alarak yemeye başlama

**Tablo-3.** Yeme Bozukluğuna Sahip Bireylerde Görülebilen Değişiklikler (3,7,8)

| Psikolojik değişiklikler            | Davranışsal değişiklikler            |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Yemekle ilgili takıntılı düşünceler | Tıknama atakları (ve kusma)          |
| Günlük aktivitelere ilgi kaybı      | Gizlice yemek tüketme                |
| Konsantrasyonda azalma              | Sakız çiğneme                        |
| Depresyon                           | Çay kahve tüketiminde artış          |
| Duygudurum dalgalanmaları           | Aşırı yavaş yeme                     |
| Öfkede artış                        | İntihar girişimi                     |
| Anksiyetede artış                   | Kendine zarar verme davranışı        |
| Apati                               | Sigara içme                          |
| Kişisel bakımda azalma              | Tırnaklarını yeme                    |
| Uyku bozuklukları                   | Yemekle ilgili kompulsif davranışlar |

**Terapi Hedeflerinin Belirlenmesi:** Kişiye özel, ulaşılabilir, gerçekçi ve belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilebilecek hedefler koyulmalıdır. Örnek: Sağlıklı ve düzenli bir şekilde beslenmek, her gün 3 ana öğün ve 2 ara öğün yapmak, her gün değil, haftalık olarak tartılmak, terapinin ilerleyen kısımlarında alt normal kilo sınırına ulaşmak (örn:45 kg hedefi) (7,8)

Yeme bozukluğuna sahip hastalar genellikle başlangıçta tedaviye karşı isteksizlerdir. Bunun nedenleri arasında; beden algı bozukluklarının olması, kilo alma korkusu,

tıkınma-kusmanın yarattığı utanç, “denetleneceği” hissi, ebeveyn aktarımı ve bilgisizlik gibi durumlar sayılabilir (8,9)

Tedavi sürecinin başında danışana sürecin genel hatlarıyla özetlenmesi, motivasyonun artırılması ve beklentilerin netleştirilmesi açısından önemlidir. Bu kapsamda, beslenme düzenlemesinin tedavideki temel rolü vurgulanmalı; ilaç tedavisi ve psikoterapötik müdahaleler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca hastalığın seyri ve iyileşme süreci (prognoz) konusunda gerçekçi ama umut verici bir çerçeveye sunulmalıdır.

Tedavi sürecinde düzenli yeme paterninin tanıtılması da kritik bir adımdır. Genellikle 3 ana ve 2-3 ara öğünden oluşan bu düzen, bir beslenme uzmanı tarafından kişiye özel şekilde hazırlanmalıdır. Aç kalmamak, öğün atlamamak ve önerilen standart miktarlara sadık kalmak bu yapının temelini oluşturur. Şişkinlik gibi sık görülen başlangıç şikayetlerine karşı da önlemler alınabilir; örneğin bol giysiler tercih etmek ve öğün sırasında sıvı tüketimini sınırlamak gibi stratejiler hastanın konforunu artırabilir.

**Tedavi Motivasyonunu Arttırmanın Yolları:** Tedavi motivasyonunu artırmak için çeşitli yaklaşımlar benimsenebilir. Öncelikle, hastaya empatik bir şekilde yaklaşmak büyük önem taşır; çünkü terapötik süreçte ondan en çok korktuğu şeyi yapması, yani yeme davranışlarını değiştirmesi beklenmektedir (6,8). Bu nedenle güven temelli bir ilişki kurmak esastır. Ayrıca, bedensel komplikasyonlar hakkında bilgilendirme yapılması da motivasyonu destekler.

Tıkınırcasına yeme, kusma, laksatif ve diüretik kullanımı gibi davranışların fizyolojik zararları konusunda açık ve anlaşılır bilgi vermek, bireyin hastalığın ciddiyetini kavramasına yardımcı olur. Son olarak, tedavi sürecinin yapıcı bir dille özetlenmesi, özellikle hızlı bir kilo alımı gibi yaygın korkuların yersiz olduğunu vurgulamak, kişinin sürece daha gönüllü katılımını destekler.

## DEĞİŞİM MODELİ

Bireyin davranışlarında değişim yaratma sürecini adım adım açıklayan bir yaklaşımdır (8,10). Bu model, genellikle yeme bozuklukları ve diğer psikolojik sorunların tedavisinde kullanılır ve değişim sürecindeki evreleri şu şekilde sıralar:

1. **Farkındalık Öncesi:** Bu aşamada birey, sorunun varlığını kabul etmez. Ya da sorun sadece başkasındadır ve birey sorunu kabul etmekten kaçınır. Bazen de kişi sadece başkası istediği için tedaviye gelir, kendisinde bir sorun olmadığını savunur.
2. **Farkındalık:** Birey sorunun farkına varır, ancak değişim konusunda ambivalans (kararsızlık) yaşar. Kişi değişmeyi ister, ancak bunun nasıl olacağına ve başarılı olup olmayacağına dair belirsizlikler ve şüpheler taşır.
3. **Hazırlanma:** Bu aşamada kişi değişimi istiyor ve bunu gerçekleştirmeye hazırdır. Hedefler belirler ve bu hedeflere ulaşmak için adım atmaya karar verir. Kişi, değişim sürecine girmeye ve bu süreci denemeye isteklidir.
4. **Eylem:** Bu evrede, birey değişim sağlamak için çeşitli teknikler ve stratejiler kullanmaya başlar. Tedavi sürecinin aktif kısmıdır ve kişinin davranışlarını değiştirmek üzere bütün terapötik araçlar devreye girer.

Bu model, terapistlerin hastalarla çalışırken hangi aşamalarda olduklarını anlamalarına yardımcı olur ve her aşamaya uygun bir tedavi planı oluşturulmasını sağlar.

Tetikleyici yiyecekler, genellikle yüksek kalori içeriğine sahip fast-food türü besinler ve "yasak" olarak kabul edilen yiyeceklerdir. Bu tür yiyecekler, atak sırasında aşırı tüketim için istek uyandırabilir ve kişi bu yiyecekleri çevresinde bulundurmakta zorlanabilir. Bu nedenle, hasta tedavi sürecinde bu tür yiyecekleri bir süre çevresinde bulundurmamaya özen göstermesi gereklidir. Aile üyeleriyle iş birliği, kişinin bu yiyeceklerden kaçınmasına yardımcı olabilir ve tedavi sürecini destekler.

Tıkınma davranışlarını tetikleyen duyguları belirlemek de önemlidir. **Affekt Regülasyonu Hipotezi**'ne göre, duygusal durumlar tıkınma davranışlarını tetikleyebilir (8,9). Örneğin:

- **Can Sıkıntısı:** Bireyin can sıkıntısı hissettiğinde tıkınma davranışlarına yönelebileceği gözlemlenebilir. Bu durumda alternatif, sağlıklı davranışlar geliştirmek önemlidir.
- **Boşluk Duygusu:** Hayatta bir eksiklik ya da boşluk hissi, kişinin duygusal açlık yaşamasına yol açabilir. Bu boşluğu daha sağlıklı aktivitelerle doldurmak gerekebilir.
- **Öfke:** Öfke, tıkınma davranışlarının bir başka tetikleyicisi olabilir. Öfke yönetimi çalışmaları, bu duyguyla başa çıkmak için önemlidir.
- **Mutsuzluk:** Mutsuzluk, bireyi duygusal yemeklere yönlendirebilir. Aktivite planlaması ve olumlu deneyimlere odaklanmak bu durumu yönetmeye yardımcı olabilir.
- **Anksiyete:** Anksiyete, kişinin kontrolsüz yeme davranışları sergilemesine yol açabilir. Bu durumda, psikoeğitim, gevşeme teknikleri ve nefes egzersizleri anksiyeteyi yönetmede faydalı olabilir.

Genel olarak, stres yönetimi teknikleri de bu duygusal tetikleyicilerle başa çıkmak için kullanılabilir. Bütün bu stratejiler, tıkınma ataklarını önlemek ve duygusal yeme davranışlarını kontrol altına almak için tedavi sürecinde önemli bir yer tutar.

**Tablo-4.** Stres yönetimi teknikleri (3,10,11)

| Stresörü ortadan kaldırma teknikleri | Stresöre verilen anlamı değiştirme | Stresin etkilerini giderme |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| <b>Problem çözme becerileri</b>      | Bilişsel yeniden yapılandırma      | Nefes egzersizi            |
| <b>İletişim becerileri</b>           |                                    | Gevşeme                    |
| <b>Zaman yönetimi</b>                |                                    | Farkındalık teknikleri     |

**Alternatif Davranış Örnekleri:** Evden dışarı çıkmak, bir müzik aleti çalmak, bulmaca çözmek, evi temizlemek, spor yapmak, kitap okumak, müzik dinlemek, seyahat planı yapmak (gerçek veya hayali), dergi okumak, birisini telefonla arayıp sohbet etmek, yürüyüşe çıkmak, duş almak...

**Tetikleyici Düşünceler İçin Bilişsel Yeniden Yapılandırma:** Yeme bozuklukları gibi durumlarda, kilo, beden imajı ve yeme davranışlarıyla ilgili işlevsel olmayan düşünceler, kişinin duygusal ve davranışsal tepkilerini şekillendirebilir (3,4,8). Bilişsel yeniden yapılandırma, bu tür olumsuz düşüncelerin tanımlanması ve daha sağlıklı, işlevsel düşüncelerle değiştirilmesi için kullanılan etkili bir yaklaşımdır. Bu süreç, aşağıdaki adımlar ile sistematik bir şekilde uygulanır:

1. **Otomatik Düşünceyi Tespit Etme:** İlk adım, kişinin zihninde aniden beliren ve genellikle olumsuz duygulara yol açan otomatik düşünceleri fark etmektir. Bu düşünceler, genellikle bilinçli farkındalık dışıdır ve hızlıca ortaya çıkar. Örneğin, bir kişi "Kilo aldım, artık hiçbir şey yolunda gitmeyecek" gibi bir düşünceye sahip olabilir.
2. **Bilişsel Çarpıtmaları Tanımlama:** Otomatik düşünceler çoğunlukla bilişsel çarpıtmalar içerir. Bu çarpıtmalar, kişinin dünyayı ve kendisini algılama biçimini bozan hatalı düşünme kalıplarıdır. Örneğin, "Hep ya da hiç" düşünme, felaketleştirme veya olumluyu görmeme gibi bilişsel hatalar, bireyin düşüncelerini çarpıtarak gerçekçi olmayan sonuçlar doğurabilir. Yukarıdaki örnekte, kişinin düşüncesi felaketleştirme ve "Hep ya da hiç" düşünme çarpıtmasını yansıtmaktadır.
3. **Düşüncelerin Destekleyici Kanıtlarını İnceleme:** Bu adımda, bireyin otomatik düşüncesine destek veren kanıtlar sorgulanır. Bu, kişinin olumsuz düşüncesini güçlendiren olayları ve durumları incelemek anlamına gelir. Örneğin, kişi "Son iki hafta boyunca sağlıklı beslendim, ancak yine de kilo aldım" gibi bir örnek, kilo

alımını kendi olumsuz düşüncesine destek olarak kullanabilir. Ancak, bu destekleyici kanıtların genellikle sınırlı olduğu ve durumu daha geniş bir perspektiften değerlendirmek gerektiği fark edilmelidir.

4. **Düşüncenin Karşıt Kanıtlarını Araştırma:** Bu aşamada, kişinin olumsuz düşüncesinin karşısında yer alan kanıtlar ortaya konulur. Örneğin, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz, kilo alımını her zaman engellemeyebilir; bu durum, bireyin biyolojik yapısı, metabolizması veya psikolojik durumu ile de ilişkili olabilir. Kişinin sağlıklı yaşam tarzını sürdürme çabaları, uzun vadede olumlu sonuçlar doğurabilir. Birey, düşüncesinin karşıtı olan daha sağlıklı ve gerçekçi kanıtları göz önünde bulundurmaktadır.
5. **Alternatif Düşünce Geliştirme:** Son olarak, kişi, otomatik olumsuz düşüncelerine alternatif, daha dengeli ve gerçekçi bir düşünce oluşturur. Bu alternatif düşünceler, kişinin kendisini daha sağlıklı bir şekilde değerlendirmesine ve daha olumlu bir perspektiften bakmasına yardımcı olur. Örneğin, "Kilo aldım, ancak sağlıklı yaşam tarzı benim için önemli ve bu süreçte ilerlemeye devam ediyorum" gibi bir alternatif düşünce, daha gerçekçi ve işlevsel bir bakış açısı sunar.

Bu süreç, bireylerin tetikleyici düşünceleri tanımlarını ve bu düşüncelerin olumsuz etkilerini azaltarak daha sağlıklı bir bilişsel yapıya ulaşmalarını sağlar. Bilişsel yeniden yapılandırma, yeme bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde önemli bir strateji olup, terapötik sürecin etkili bir bileşenidir.

**Yeme Bozukluklarında Maruziyet:** Yeme bozukluklarında maruziyet, kişinin kaçındığı yiyecekler, beden algısıyla ilgili durumlar veya yeme ortamlarıyla kontrollü şekilde yüzleşmesini sağlayan bir tekniktir (5). Bu yöntem, özellikle yoğun kaygı, suçluluk ya da kaçınma davranışlarıyla ilişkili durumlarda kullanılır.

Amaç, kişinin bu tetikleyici durumlarla baş etme becerilerini geliştirmesi ve bunlara eşlik eden bilişsel çarpıtmaların zayıflatılmasıdır. Maruziyet, genellikle kademeli olarak planlanır ve güvenli bir terapötik ortamda, destekleyici yaklaşımlarla uygulanır.

**Tablo-5.** Kaynak: (7,9,11)

| Uyaran                                     | Davranış                                                                                                 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>“Sakıncalı” yiyecekler</b>              | Az miktarlarını giderek diyetine katma                                                                   |
| <b>“Sakıncalı” mekanlar</b>                | Belirli lokantalar, arkadaşlarıyla yemek yeme, partilere katılmaya çalışma (tetikleyici yiyecekler var.) |
| <b>Anksiyete yaratan ortamlar-durumlar</b> | Aydınlıkta giyinme, aynalara bakma, başkalarının yanında giyinme, haftada bir tartılma                   |

**Son Seanslar:** Tedavinin son seanslarında, sürecin genel bir gözden geçirilmesi büyük önem taşır. Bu aşamada, hastanın neleri başardığı ve hangi hedeflere ulaşamadığı birlikte değerlendirilir. Bu değerlendirme hem kazanımları pekiştirmek hem de eksik kalan alanlara yönelik farkındalık oluşturmak açısından faydalıdır.

Başarılamayan hedefler ve gelecekte karşılaşılabilecek riskli durumlar için önleyici stratejiler belirlenmeli, hastanın bu durumlarla başa çıkabilmesi için bir plan oluşturulmalıdır. Ayrıca, tedavi sonrası desteğin devamlılığı açısından takip görüşmelerinin sıklığı planlanarak sürece yapı kazandırılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Beck AT. Cognitive therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
2. Fairburn CG. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press; 2008.
3. Türkçapar H. Bilişsel davranışçı terapi: Temel ilkeler ve uygulama. İstanbul: Epsilon Yayınevi; 2018.

4. Linardon J, Wade T, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(12):1080–1094.
5. Esin K, Ayyıldız F. Validity and reliability of the Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): short-form of EDE-Q. Esin and Ayyıldız *Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2021 [cited 2025 May 23];10:102. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00628-4>
6. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*. 1993 Nov;16.
7. Agras W, Bohon C. Cognitive behavioral therapy for the eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17:417–438.
8. Uka V, Karameta M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for eating disorders. 2020;4:12–15.
9. Görmez V, editor. *Olgularda çocuk ve gençlerde bilişsel davranışçı terapi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire *International Journal of Eating Disorders*. 1993 Nov;16.

## BÖLÜM 11

### ÇOCUK VE ERGEN YEME BOZUKLUKLARINDA ANNE VE BABAYLA ÇALIŞMA

**Dr. Özgür Değirmenci**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**Prof. Dr. Şebnem Pırıldar**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yeme bozuklukları, yeme ve beden algısına yönelik bilişsel bozulmalar, yetersiz öz-denetim ve problemlili yeme davranışlarını içeren psikiyatrik rahatsızlıklardır (1,2). Yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı son elli yılda belirgin bir şekilde artmıştır.

Yeme bozuklukları, sadece modern çağın bir sorunu değil; tarihsel süreçte farklı biçimlerde karşımıza çıkan, bir ruhsal sağlık problemidir. Ancak günümüzde, hızla değişen toplumsal normlar ve güzellik algıları, bu rahatsızlıkların aileler için daha görünür ve karmaşık hale gelmesine neden olmuştur. Sosyal medya kullanımının yaygınlaşması ile görsel odaklı paylaşımların artması ve sağlık profesyonellerinin beslenmenin genel sağlık üzerindeki önemini sıkça vurgulaması beden görünümü ve beslenme konularına dikkati artırmıştır. Medyada zayıflığın idealize edilmesi ve ince beden tipinin çekicilik, başarı ve toplumsal kabul ile ilişkilendirilmesi yönündeki mesajlar, ergenlerin kendi beden imajlarını oluşturma sürecinde bu normları içselleştirmesine yol açmaktadır.

Güncel tanı sistemlerinde yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma bozukluğu, kaçınmalı/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkinırcasına yeme bozukluğu ve diğer tanımlanmış/tanımlanmamış yeme bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (3). En sık görülen ve daha fazla tanınan yeme bozuklukları; *tıkinırcasına yeme bozukluğu*, *bulimia nervoza* ve *anoreksiya nervoza*dır. Kadınlarda bu bozukluklar daha sık gözükme ve genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır.

Anoreksiya nervoza, düşük kalorili beslenme, aşırı kilo kaybı, kilo kaybına rağmen kişinin şişman olduğunu düşünmesi ve kilo alma korkusu ile karakterizedir(2). Bu hastalarda beden görünümü ve yeme davranışına yönelik düşünceler gelişim sürecini olumsuz etkileyebilecek düzeyde bozulmuştur. Bulimia nervoza, kısa sürede aşırı miktarda yemek yeme ve ardından kusma, aşırı egzersiz yapma, müshil ve idrar söktürücü kullanma gibi telafi edici davranışlar ile karakterizedir. Tıkinırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervoza benzer şekilde kısa sürede aşırı yemek yeme ve kontrol kaybı hissi ile tanımlanır. Kişiler yemeyi kontrol edemediklerini ifade ederler ancak, bu hastalarda kusma, egzersiz ya da müshil ilaçları kullanma gibi telafi edici davranışlar gözlenmez.

Yeme bozuklukları sadece davranışsal ya da psikolojik etkenlerden kaynaklanmaz; genetik, nörobiyolojik ve psikososyal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkar (2,4). **Beynin işleyişi ve genetik** özellikler yeme bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde önemli rol oynar. Araştırmalar, yeme bozukluğu olan bireylerin beyinlerinde **açlık, tokluk ve ödül mekanizmalarını** yöneten bazı bölgelerde farklılıklar olabileceğini göstermektedir. Özellikle serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin dengesizliği, yeme davranışını ve duygudurumu etkileyebilir.

Aile içinde birden fazla kişide yeme bozukluğu öyküsü varsa, **genetik yatkınlığın** rol oynadığı düşünülür (2,4). Bu, yeme bozukluklarının kalıtsal olduğu anlamına gelmez, bazı bireylerin bu tür rahatsızlıklara daha yatkın olabileceğini gösterir.

Yeme bozukluklarında depresyon gibi duygudurum bozuklukları sıklıkla eşlik eder (2,4). Duygu düzenleme, bir duygunun ortaya çıkış sürecinde duyguları izleme, değerlendirme ve değiştirme sürecidir. Yeme sorunları olan kişiler, işlevsiz veya daha az işlevsel duygu düzenleme stratejileri kullanmaktadır. Kalori kısıtlayarak aç kalma ya da sorunlu yeme davranışı uyuma yönelik olmayan duygu düzenleme stratejileri olarak görülebilir. Bu tür rahatsızlıklar, **biyolojik temeli olan ciddi sağlık sorunlarıdır** ve profesyonel yardım gerektirir.

Bu yazıda yeme bozukluklarında ailenin rolüne, aile tabanlı terapötik uygulamalara değinilecek ardından ailelere yönelik öneriler ve bu konuda yanlış bilinenlerden kısaca bahsedilecektir.

### **Yeme Bozukluklarında Aile ve Sosyal Faktörlerin Rolü**

Yeme bozukluklarının ortaya çıkması ve gelişmesinde **aile ortamı, aile içi ilişkiler, toplumsal değerler, tutumlar** ve kişinin **sosyal çevresi önemlidir**. Aile ilişkileri açısından aşırı kontrolcü, eleştirel ya da duygusal olarak mesafeli ebeveynlik tarzları, bireyin özsaygı ve beden algısı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Özellikle yeme, kilo veya dış görünüşe aşırı odaklanan aile yapılarında risk artmaktadır.

Aile ilişkileri, bireylerin duygusal gelişiminde ve benlik saygısının oluşumunda önemli bir rol oynar. Anne-baba tutumları, çocukların yeme davranışlarını doğrudan etkileyebilir. Otoriter tutumlar, çocukların bağımsızlık geliştirmesini engelleyebilirken, aşırı koruyucu ebeveynler, çocukların kontrol ihtiyacını artırabilir ve yeme bozukluklarının tetikleyicisi olabilir (1,5). Başarı beklentisinin

aşırı yüksek olması, çocuklarda mükemmeliyetçilik ve başkalarının onayını aramayı teşvik edebilir, bu da anoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlayabilir.

Aile içindeki duygusal etkileşimler, duygusal yakınlık önemlidir. Empati eksiklikleri, yetersiz destek ve aşırı baskılar, özellikle bulimia nervoza gibi bozukluklarla ilişkilendirilen aile dinamikleridir (2,6,7). Bu nedenle tedavide aileye yönelik yaklaşımlar yeme bozukluklarının tedavisinde önemli bir yer tutar. Aile yapısının değiştirilmesi, bireylerin daha sağlıklı yeme alışkanlıkları geliştirmelerine yardımcı olabilir. Evde çok sık kilo, diyet, dış görünüş ya da “zayıflık” hakkında konuşulması, gençlerde kendi bedenleriyle ilgili kaygı yaratabilir. Ailede çok baskı hisseden ya da duygularını rahat ifade edemeyen bireylerde, bu duygular zamanla yeme davranışları üzerinden dışa vurulabilir. Yemek, kilo ve kişinin görünümü üzerinde konuşma aile içinde bir iletişim biçimi haline gelebilir.

Aynı şekilde, çevremizdeki dünya (örneğin: sosyal medya, diziler, reklamlar) bize sürekli “nasıl görünmemiz gerektiğini” söylüyor. Bu da özellikle ergenlikte, kişinin kendi bedenine karşı memnuniyetsiz olmasına neden olabilir. Akran zorbalığı, dışlanma ya da mükemmel olma isteği gibi durumlar da yeme bozukluklarını tetikleyebilir.

Yeme eylemi önemli bir sosyal aktivite olup, sosyal destek iyileşme sürecinde kritik bir rol oynar (6,7). Sosyal işlevselliğin bozulması ve sosyal izolasyon sosyal medya kullanımının artmasına ve sorunların da şiddetlenmesine neden olabilir (örneğin: anoreksiya nervozayı teşvik eden siteler). Aileler bu noktada **önemli bir koruyucu güç** olabilir. Anlayışlı, destekleyici ve yargılamayan bir yaklaşım, kişinin iyileşme sürecinde çok etkili olabilir.

## **Psikoterapiler ve Tedavi Sonuçları**

Bireysel terapiler arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT), Maudsley Anoreksiya Nervosa Modeli, psikodinamik psikoterapiler tedavide etkilidir (2). Tüm terapiler, yeme davranışı, kilo ve beden görünümü ile ilgili olumsuz düşünce ve değerlendirmeleri ele alır ve ruhsal iyilik hâlinde belirgin iyileşme sağlar. Uluslararası kanıta dayalı kılavuzlar, ergenlerde anoreksiya nervosa tedavisinde öncelikli olarak aile temelli müdahaleleri önermektedir. Aile temelli terapinin (ATT) farklı türleri, çoklu aile grup terapisi ve bakım verenlere yönelik ayrı müdahaleler gibi yöntemlerle geliştirilmiş ve hem hasta hem de bakım verenler için olumlu sonuçlar sağlamıştır.

ATT, anoreksiya nervosa tanılı çocuk ve ergenlerde önemli bir tedavi seçeneğidir (2,5,8–10). Aile terapi yöntemlerinden uygun yaklaşımların birleştirilerek oluşturulduğu bir terapi yöntemidir. Tedavi; hastalığın sebebine agnostik bakarak aileyi suçlamama, ebeveynleri hastaya karşı güçlendirerek kilo artışı sağlama, tüm ailenin desteği ile klinik düzelmeyi sağlama ve ergenin yeme alanı dışındaki kendi kontrolü ve otonomisine saygı gösterme yaklaşımlarına dayalıdır.

### **Bir Yakınınızla Yeme Bozukluğu Hakkında Nasıl Konuşabilirsiniz?**

Aile ve arkadaşlar, yeme bozukluğu olan birinin yardım almasını teşvik etmede önemli bir rol oynayabilir. Yeme bozukluğu olan bireyler, durumlarının farkında olmayabilir, yardım istemekten korkabilir ya da utanabilir. Bazen bu davranışlardan vazgeçmek konusunda kararsız olabilirler. Aile ve arkadaşlar, endişe verici belirtileri fark edip, sevdiklerini destekleyerek onlara yardımcı olabilirler (11).

**1. Yeme Bozukluğu Konusundaki Endişelerinizi Dile Getirmek için öncelikle özel bir zaman ve yer belirleyin.** Endişelerinizi sakince ve aceleyle getirmeden

paylaşabileceğiniz bir ortam oluşturun. Kalabalık içinde konuşma başlatmayın.

**2. "Ben" dili kullanın.** Gözlemlediğiniz davranışlara odaklanın. Örneğin, "Sen artık bizimle akşam yemeği yemiyorsun" demek yerine, "Bizimle akşam yemeği yemediğini fark ettim" diyebilirsiniz. Suçlayıcı ifadeler karşı tarafın savunmaya geçmesine neden olabilir. Eğer mümkünse, yemek ve kilo ile ilgili olmayan davranışlara da dikkat çekin.

**3. Söyleyeceklerinizi önceden düşünün ve prova yapın.** Bu, kaygınızı azaltmanıza ve ne söylemek istediğinizi netleştirmenize yardımcı olabilir. Ana noktaları yazmak da faydalı olabilir.

**4. Gerçeklere bağlı kalın.** Yeme bozukluğu hakkında konuşmak duygusal olarak zor olabilir. Ancak, duygularınıza kapılmadan gözlemlediğiniz davranışları ve neden endişelendiğinizi anlatmalısınız. Örneğin, "Yemekten sonra hemen banyoya gittiğini fark ettim ve kendini kusturduğundan endişeleniyorum." gibi net ifadeler kullanabilirsiniz.

**5. Damgalamadan kaçının.** Sevdiklerinize, yeme bozukluğu ya da başka bir ruh sağlığı sorunu yaşamayanın utanılacak bir şey olmadığını hatırlatın. Bu tür sorunlar pek çok insanın başına gelir ve birçok kişi iyileşebilir.

**6. Basit çözümler sunmaktan kaçının.** "Sadece yemeyi bırak" ya da "Sadece yemek ye" gibi ifadeler yeme bozukluğu olan kişiye yanlış anlaşıldığını hissettirebilir ve savunmaya geçmesine neden olabilir.

**7. Profesyonel yardım almaları için teşvik edin.** Yeme bozukluğu olan birçok kişi iyileşmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duyar. Eğer bir doktor veya terapistleri yoksa, birini bulmaları konusunda yardımcı olabilirsiniz. Gerekirse, randevularına eşlik etmeyi teklif edebilirsiniz. Erken ve etkili tedavi, iyileşme şansını büyük ölçüde artırır.

**8. Olumsuz tepkilere hazırlıklı olun.** Bazı kişiler, zorlandıklarını birinin fark etmesine sevinebilir. Ancak bazıları öfkeli ve savunmacı bir tavır sergileyebilir ya da sizin endişelerinizi küçümseyebilir. Bu tepkiler normaldir. Endişelerinizi nazikçe yineleyin, onların yanında olduğunuzu belirtin ve konuşmayı açık bırakın.

**9. Konuşmanız olumlu karşılanmasa bile umutsuzluğa kapılmayın.** Belki hemen bir değişiklik olmayabilir, ancak zamanla aile ve arkadaşların endişesi bir kişiyi iyileşmeye yönlendirebilir.

**10. Yargılamadan dinleyin, anlamaya çalışın. Yeme bozukluğu bir tercih değil, bir hastalıktır.** “Neden böyle yapıyorsun?” yerine “Ne yaşıyorsun?” sorusunu sorun. Empati kurmaya çalışın. Bedenle ilgili değil, çoğunlukla **duygularla ilgili bir kontrol mücadelesi** yaşandığını unutmayın.

**11. Destekleyici ama baskıcı olmadan yaklaşın.** “Ye lütfen”, “Bir şey yemedin” gibi sözler iyi niyetli olsa da baskı yaratabilir. Yemek etrafında değil, **duygu ve ilişki etrafında** bir bağ kurmaya çalışın.

**12. Tedaviye teşvik edin, zorlamadan süreçte yer alın.** Kendi başlarına bu durumla baş etmeleri mümkün değildir. **Uzman desteği şarttır.** Tedaviye gitme konusunda sabırlı olun, seçenekler sunun ama kararlarına saygı gösterin. Birlikte terapi sürecine katılabileceğinizi belirtin. **Aile terapisi** oldukça etkili olabilir.

**13. Kendi tutum ve davranışlarınıza dikkat edin.** Kendi bedeniniz, diyetiniz ya da başkalarının kilosu hakkında konuşmalarınız farkında olmadan olumsuz etkiler yaratabilir. Evde kilo odaklı değil, **sağlık ve iyilik halini öne çıkaran** bir dil kullanın.

**14. Tedavi süreci uzun ve geri dönüşler olabilir, sabırlı olun.** İyileşme sürecinde zaman zaman geri dönüşler olabilir.

Bu, tedavi sürecinin doğal bir parçasıdır. Suçluluk ya da çaresizlik hissettiğinizde siz de destek alın.

**15. Kendiniz için gerekirse destek alın.** Aile bireyleri de bu süreçten yıpranabilir. Siz iyi olursanız çocuğunuz/yakınıınız da daha fazla desteklenmiş olur. Aile danışmanlığı, destek grupları ve psikoeğitim programlarına katılmak çok faydalı olabilir.

**16. Bilgilenmek ve doğru bilgi kaynaklarına ulaşmak önemlidir.** Hastalıkla ilgili doğru ve bilimsel bilgiler öğrenin. Ne kadar çok bilerseniz o kadar az korkarsınız. İnternette karşınıza çıkan her bilgi doğru değildir ya da sizin için uygun değildir; uzman kaynaklara yönelin. Bu konunun uzmanı değilsiniz ama desteğiniz tedavi sürecinde çok önemlidir. Sabırlı tutumunuz tedavi sürecinde çok önemlidir.

**Not:** Eğer bir tıbbi veya psikiyatrik acil durumdan şüpheleniyorsanız (intihar düşünceleri, bayılma, kalp ritim bozuklukları veya nöbetler gibi yeme bozukluğuna bağlı komplikasyonlar), derhal tıbbi yardım alın.

**Tablo-1.** Yeme Bozukluğu Olan Bir Yakınıınıza Nasıl Destek Olabilirsiniz? (11)

|                                                                                        |                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Yeme bozuklukları hakkında kendinizi eğitin; terminolojiyi öğrenin.</b>             | Tedavi önerilerine uymaları için teşvik edin.                                                                                  |
| <b>Kilo, beslenme ve egzersizle ilgili gerçekler ile mitleri ayırt etmeyi öğrenin.</b> | Yemek sırasında ve sonrasında dikkatlerini başka şeylere yönlendirerek kaygıyı azaltmalarına yardımcı olun.                    |
| <b>Yardım etmek için ne yapabileceğinizi sorun.</b>                                    | Onlara ne yapmaları gerektiğini söylemekten kaçının.                                                                           |
| <b>Açık ve yansıtıcı bir şekilde dinleyin.</b>                                         | Onlarla iletişimde kalmaya devam edin; yeme bozukluğu olan bireyler sosyalleşmekte zorlanabilir ve insanları uzaklaştırabilir. |

|                                                                                                                                              |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sabırlı ve yargılayıcı olmamaya özen gösterin.</b>                                                                                        | Yemek içermeyen etkinlikler düzenleyerek sosyal hayata katılmalarını sağlayın.                                |
| <b>Pratik işlerde yardımcı olmayı teklif edin (çamaşır yıkama, randevulara ulaşım vb.).</b>                                                  | Emin olmadığınızda sorun; zihin okuyamazsınız ve onlar da sizin zihninizi okuyamaz.                           |
| <b>Yemek, kilo ve yeme alışkanlıkları hakkında konuşmaktan kaçının; özellikle kendi alışkanlıklarınızdan başkalarınınkinden bahsetmeyin.</b> | Paylaştıkları zor deneyimlere veya sakladıkları sırları açıkladıklarında duygularını ve acılarını doğrulayın. |
| <b>Yemek, kilo ve egzersizle dengeli bir ilişki sergileyin.</b>                                                                              | Görünüşle ilgisi olmayan olumlu kişilik özelliklerine ve diğer niteliklerine odaklanın.                       |
| <b>Onların nasıl hissettiğini sorun.</b>                                                                                                     | Ortaya çıkan endişelerinizi dile getirin.                                                                     |
| <b>Unutmayın ki iyileşme bir maraton gibidir, kısa sürede tamamlanmaz.</b>                                                                   | Davranışlarını kişisel algılamayın.                                                                           |
| <b>Yeme bozukluklarının sadece fiziksel değil, duygusal yönlerine de odaklanın.</b>                                                          | Sınırlar koyun.                                                                                               |

## **Yeme Bozuklukları Hakkındaki Yanlış Bilinenler**

Yeme bozukluklarıyla ilgilenen uzmanlar için bile bu hastalıklar kafa karıştırıcı ve zorlayıcı olabilir. Bu kafa karışıklığını artıran bir diğer faktör ise yeme bozukluklarının etrafını saran birçok yanlış inanış ve efsanedir. Aşağıda yeme bozukluklarına dair yanlış bilinenlerden yani yeme bozukluklarına ait mitlerde bahsedilecektir(11).

**Mit:** *Yeme bozuklukları bir tercihtir. Sevdiğim kişiye bundan vazgeçmesini söylemem yeterli olur.*

**Gerçek:** Yeme bozuklukları, hastaların bilinçli olarak seçmediği ve ailelerin neden olmadığı karmaşık tıbbi ve psikiyatrik hastalıklardır. Onlarca yıldır yapılan genetik araştırmalar, biyolojik faktörlerin yeme bozukluğu gelişiminde

önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Ayrıca, yeme bozuklukları genellikle majör depresyon, anksiyete, sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) gibi diğer ruh sağlığı rahatsızlıklarıyla birlikte görülmektedir.

**Mit:** *Günümüzde herkesin bir yeme bozukluğu yok mu zaten?*

**Gerçek:** Günümüz kültürü yiyecek ve kilo ile oldukça takıntılıdır ve düzensiz yeme alışkanlıkları yaygın olabilir. Ancak, klinik yeme bozuklukları daha nadirdir.

**Mit:** *Yeme bozuklukları bir tercihtir.*

**Gerçek:** Yeme bozukluklarının nedenleri karmaşıktır. Günümüzde yeme bozukluklarının genetik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle ortaya çıkan biyopsikososyal hastalıklar olduğunu düşünülmektedir.

Medyanın dayattığı zayıf beden ideali, yeme bozukluğu gelişimi için çevresel bir tetikleyici olabilir. Çevresel faktörler arasında fiziksel hastalıklar, çocuklukta alay edilme ve zorbalık, diğer yaşam stresörleri yer alır. Ayrıca, genetik yatkınlıklar nedeniyle yeme bozuklukları aile içinde daha yaygın olabilir.

**Mit:** *Çocuğumun yeme bozukluğuna neyin sebep olduğunu bulmam gerekiyor.*

**Gerçek:** Dünyanın önde gelen kuruluşları ebeveynlerin yeme bozukluklarına neden olmadığı konusunda hemfikirdir. Geçmişte, özellikle anneler, çocuklarının yeme bozukluğundan sorumlu tutulmuştur. Ancak güncel araştırmalar, yeme bozukluklarının güçlü biyolojik köklere sahip olduğunu desteklemektedir.

**Mit:** *Sadece bir yeme bozukluğu, bu kadar büyük bir mesele olamaz.*

**Gerçek:** Yeme bozuklukları, tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek ölüm oranına sahiptir. Kronik anoreksiya

nervozası olan bireylerin %20'si hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir.

Yeme bozukluklarının ciddi tıbbi sonuçları vardır. Aşırı yeme, kusma, açlık ve aşırı egzersiz nedeniyle ciddi sağlık komplikasyonları gelişebilir. İntihar oranları, yeme bozukluğu olan bireyler arasında yüksektir. Yeme bozukluğu olan kişiler, yaşam kalitelerinin ciddi şekilde bozulduğunu bildirmektedir.

**Mit:** *Anoreksiya, tek ciddi yeme bozukluğudur.*

**Gerçek:** Araştırmacılar, yeme bozukluğu teşhisi konmuş ve ayaktan tedavi gören bireylerin ölüm oranlarını incelediklerinde, bulimiya başta olmak üzere diğer yeme bozuklukları hastalarının ölüm oranlarının anoreksiya nervoza ile görülen yüksek oranlara yaklaştığını bulmuşlardır.

Çalışma sırasında, yeme bozukluğu olan her 20 kişiden biri hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Laksatif veya diüretik ilaç kullanan ya da kendini kusmaya zorlayan bireylerin, elektrolit dengesizlikleri nedeniyle kalp krizi sonucu ani ölüm riski çok daha yüksektir. Aşırı egzersiz de vücutta stres oluşturduğundan, yeme bozukluğu olan bireylerde ölüm riskini artırabilir.

**Mit:** *Sevdiğim kişinin yeme bozukluğu davranışları sergilemediğini görüyorum, o yüzden endişelenmem gerekmiyor.*

**Gerçek:** Birçok yeme bozukluğu hastası ya utanma nedeniyle ya da birinin onları durdurmasından korktukları için hastalıklarının belirtilerini gizlemek için çaba gösterir. Teşhis konulduğunda veya hasta yakınları, kişinin yeme bozukluğu davranışlarının ne kadar şiddetli ve yaygın olduğunu fark edince şaşkına dönebilirler.

**Mit:** *Sevdiğim kişi, yeme bozukluğundan iyileşmeye hazır değil ve ben hiçbir şey yapamam, ta ki hazır olana kadar.*

**Gerçek:** Bazı hastalar, hastalıklarının farkına varmakta ya da durumlarının ciddiyetini anlamakta zorlanabilirler. Diğerleri ise davranışlarını durdurmak isteseler de korkuyor olabilirler. İyileşmeye hazır olduklarını ifade etmek olumlu bir işaret olsa da tedavi, kişinin hazır olmasını beklemek zorunda değildir. Eğer hasta 18 yaşın altındaysa, bu durumdan haberdar olduğunuz anda tedaviye başlamak çok önemlidir. Erken müdahale, genellikle daha yüksek iyileşme oranları ile ilişkilendirilir.

**Mit:** *Bir ebeveyn olarak, çocuğumun iyileşmesine yardım edebileceğim pek bir şey yok.*

**Gerçek:** Araştırmalar, bunun tam tersinin doğru olduğunu göstermektedir. Ebeveynlerin, çocuğunun yeme bozukluğu tedavisinde yer alması, iyileşme şanslarını artırabilir. Bazı tedavi yöntemleri, Aile Temelli **Tedavi** gibi, ebeveynlerin geçici olarak çocuğunun yemek alışkanlıklarını kontrol etmelerini ve arındırma (kusma) davranışlarını izlemelerini gerektirir, ta ki sağlıklı bir kiloya ve düzenli yeme alışkanlıklarına ulaşılan kadar.

**Mit:** *Kişinin iyileşmesi, yeme bozukluğunun nedenini keşfetmeleriyle mümkün olacaktır.*

**Gerçek:** Yeme bozukluğu olan birçok kişide belirli bir sebep gösterilememiştir. Ayrıca, yeme bozukluğunun nedenini bulmanın iyileşme ile ilişkili olduğuna dair bir kanıt yoktur. Bir kişinin yeme bozukluğu geliştirme nedenine bakılmaksızın, tedavinin ilk öncelikleri genellikle normal yeme alışkanlıklarını ve sağlıklı kiloyu geri kazandırmaktır.

**Mit:** *Sevdiğim kişi kendisinin iyi olduğunu ısrarla söylüyorsa, buna inanmalıyım.*

**Gerçek:** Yeme bozukluklarının önemli özelliklerinden biri **kişinin doğru öz farkındalığa sahip olmamasıdır**, bu nedenle sevdiğiniz kişi bir problem olduğunun farkında olmayabilir. Bu durumda, kişi gerçekten iyi olduğunu

düşünebilir, oysa aslında akut bir hastalıktır. Bazı insanlar ise, **yeme bozukluğu olduklarını inkar edebilirler**, çünkü tedaviye başlamak için korku duyuyor olabilirler.

**Mit:** *Yemekle ilgili katı kurallar veya diyetler sorun değildir.*

**Gerçek:** Katı bir diyet, aslında bir yeme bozukluğunun başlangıcı olabilir. Belirtiler, klinik bir yeme bozukluğu teşhisi koymak için yeterli olmasa da düzensiz yeme alışkanlıkları, anemi ve kemik kaybı gibi ciddi tıbbi sonuçlara yol açabilir. Ciddi düzensiz yeme alışkanlıklarıyla başa çıkan bireyler, tam bir yeme bozukluğuna dönüşmeden önce müdahale ve tedavi görmekten fayda sağlayabilirler. Sürekli diyet yapmanın, yeme bozukluğunun daha sonra gelişmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

**Mit:** *Birisi zayıflamıyorsa, o kadar hasta değildir.*

**Gerçek:** Çoğu yeme bozukluğu olan kişi **kilolu değildir**. Bu kişiler medya tarafından zayıflamış olarak gösterilse de **birinin yeme bozukluğu olup olmadığını yalnızca görerek anlamak mümkün değildir**. Bu tür algılar, problemi sürdürebilir ve yeme bozukluğu yaşayan kişilerde, *"yeterince hasta"* ya da *"bozukluğu yeterince iyi yapmadığı"* için tedavi alamayacaklarına dair kaygıya yol açabilir. Yeme bozukluğu yaşayan bir kişi, **zayıflaması ya da tedavi sırasında kilo kaybetse de** bu durumun **iyileştiği anlamına gelmediğini** unutmamak önemlidir; bir kişi, herhangi bir kiloda yeme bozukluğuyla yaşayabilir.

**Mit:** *Yeme bozukluğu davranışları sadece yiyecek üzerine odaklanır.*

**Gerçek:** Yeme bozukluğu olan bireyler genellikle **yiyecek ve kiloya sağlıksız bir odaklanma** gösterirler, ancak belirtiler, **yiyecekten çok daha fazlasını kapsayabilir**. Birçok bilimsel araştırma, yeme bozuklukları, **mükemmeliyetçilik ve takıntı** ile bağlantılı olduğunu göstermiştir ve bu da notlar, spor performansı gibi şeylere takıntı haline gelmeye yol açabilir.

Birçok hasta, yeme bozukluğu davranışlarının başlangıçta depresyon ve kaygıyı azalttığını bildirirken, hastalık ilerledikçe, yeme bozukluğu davranışlarının neden olduğu yetersiz beslenme, depresyon ve kaygıyı artırabilir.

**Mit:** *Sevdiğim kişi şişman hissettiğini iddia etmiyor. Yine de yeme bozukluğuna sahip olabilir mi?*

**Gerçek:** Kesinlikle. Yeme bozukluklarında beden imajı bozuklukları çok yaygın olsa da bunlar evrensel değildir.

**Mit:** *Yeme bozuklukları biyolojiyle ilişkilidir, bu yüzden sevdiğimin iyileşme umudu yok.*

**Gerçek:** Biyolojik faktörler yeme bozukluklarının başlangıcında büyük rol oynasa da **bunlar tek başına yeterli değildir**. Düzensiz yeme alışkanlıklarına yatkınlık, stresli dönemlerde yeniden ortaya çıkabilir, ancak yeme bozukluğu olan bireyler, duygusal durumlarını yönetmeyi ve davranışlarının geri dönmesini engellemeyi öğrenebilecekleri birçok iyi teknik bulabilirler.

**Mit:** *Bir oğlum var. Yeme bozuklukları sadece “kız meselesi” olduğu için endişelenmeme gerek yok.*

**Gerçek:** Yeme bozuklukları, **cinsiyet fark etmeksizin herkesin başına gelebilir**. Yeme bozuklukları kadınlarda daha yaygın olsa da erkeklerin yeme bozukluğu için yardım aradıkları ve tedavi aldıkları oranların arttığını fark eden araştırmacılar bulunmaktadır. Doktorlar genellikle yeme bozukluklarının erkekleri etkilediğini düşünmedikleri için, erkeklerin hastalıkları genellikle daha şiddetli ve yerleşmiş bir şekilde tanı alır. Erkeklerde yeme bozukluğunun düşünceleri ve davranışlarında ince farklar olabilir, çünkü onlar **kilo kaybı yerine kas yapmaya** odaklanma eğilimindedirler. Ayrıca, **egzersizle arınma yapma** ve **steroidleri yanlış kullanma** erkeklerde daha yaygınken, kadınlarda daha az görülür.

**Mit:** *Çocuğum çok küçük, yeme bozukluğu geliştiremez.*

**Gerçek:** Yeme bozuklukları, her yaşta gelişebilir. Birçok yeme bozukluğu yaşayan kişi, düşüncelerinin ve davranışlarının, herkesin fark etmesinden çok daha erken başladığını, bazen erken çocukluk dönemine kadar uzandığını belirtiyor. **Seçici yeme** küçük çocuklarda yaygın olsa da bu her zaman yeme bozukluğunun bir işareti değildir. Çoğu insan yeme bozukluğunun ergenlik döneminde veya genç yetişkinlikte başladığını bildirirken, bazı araştırmalar, insanların daha erken yaşlarda yeme bozukluğu tanısı aldıklarını göstermektedir.

**Mit:** *Sevdiğim kişi artık ergen değil, o yüzden artık yeme bozukluğu konusunda endişelenmeme gerek yok. Zamanla geçer.*

**Gerçek:** İnsanlar, yaşlarına bakılmaksızın yeme bozukluklarıyla mücadele edebilirler. Araştırmalar, yeme bozuklukları olan bazı kişilerin tedavi olmadan, **kendiliğinden iyileştiğini** gösteriyor. Ancak, **ergenlik döneminde yeme bozukluğu yaşayan birçok kişi**, tedavi almadıkları sürece yetişkinlikte de bu sorunla karşılaşmaya devam ediyor.

**Mit:** *Oğlumun bulimia hastalığı var, bu yüzden başka bir tür yeme bozukluğu geliştirmeyecek.*

**Gerçek:** Yeme bozukluğu olan birçok kişi, **iyileşene kadar** birden fazla bozukluktan muzdarip olabilir. **Tüm anoreksiya hastalarının yaklaşık yarısı, bulimia** geliştirecektir. Bazı bireyler hem anoreksiya hem de bulimia belirtileri gösterirler ve **aşırı yeme** dönemlerine girerken, düşük kiloda **yeme sonrası arınma** yapabiliyorlar (bu, klinik olarak **anoreksiya, aşırı yeme/arındırma tipi** olarak sınıflandırılır). Diğerleri ise, bir tanıdan diğerine geçiş yapabilirler; buna **tanısal geçiş** (diagnostic cross-over) denir.

**Mit:** *Arınma yalnızca kendini kusturma ile yapılır.*

**Gerçek:** Arınma, yemek vücutta tamamen sindirilmeden önce, vücuttan atılmasını sağlama yöntemlerini içerir. Bir kişi, genellikle fazla yediği düşünülen yemekleri telafi etmek için arınmaya başvurur. Kendini kusturma, arınmanın en yaygın yöntemi olsa da tek yol değildir. Bireyler ayrıca **laksatif** ve **lavman** kullanabilirler ya da **insülin kullanımı, oruç tutma** ve **aşırı egzersiz** gibi **arındırıcı olmayan telafi edici davranışlar** sergileyebilirler. Bir kişi, birden fazla arınma yöntemi kullanabilir. Her bir yöntemin kendine özgü riskleri vardır, ancak tüm yöntemler **potansiyel olarak hayatı tehdit eden elektrolit dengesizliklerine yol açabilir.**

**Mit:** *Kızım anoreksiya hastalığını atlattı, sadece kilo alması yeterli.*

**Gerçek:** Kilo ve beslenme iyileştirmesi, anoreksiya tedavisinin yalnızca ilk adımlarıdır. **Sadece kilo iyileşmesi, yeme bozukluğunun tamamen iyileştiği anlamına gelmez.**

## KAYNAKLAR

1. Family-Based Therapies, Mindfulness-Based Therapies and Dialectical Behavior Therapy in Common Eating Disorders. Nesne Psikoloji Dergisi. 2021 Jul 30;
2. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. The Lancet [Internet]. 2020 Mar 14 [cited 2025 May 17];395(10227):899–911. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S0140673620300593>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Mental Disorders Manual Of Fifth Edition DSM-5 TM. American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Meule A, Richard A, Schnepfer R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, et al. Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eat Disord [Internet].

- 2021 [cited 2025 May 12];29(2):175–91. Available from: [/doi/pdf/10.1080/10640266.2019.1642036?download=true](https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036?download=true)
5. Öğütlü H, Görmez V. Family Based Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2020;(0):1.
  6. Chow CM, Tan CC. The role of fat talk in eating pathology and depressive symptoms among mother-daughter dyads. *Body Image*. 2018 Mar 1;24:36–43.
  7. Barbeau K, Carbonneau N, Pelletier L. Family members and peers' negative and positive body talk: How they relate to adolescent girls' body talk and eating disorder attitudes. *Body Image*. 2022 Mar 1;40:213–24.
  8. Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia Nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2025 May 12];2019(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041816/>
  9. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2025 May 12];52(4):481–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30520532/>
  10. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2005 Apr [cited 2025 May 12];37(SUPPL.). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15852323/>
  11. National Eating Disorders Association. Parent TOOLKIT [Internet]. [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/wp-content/uploads/2017/02/1.-ParentToolkit-0f3.pdf>



## BÖLÜM 12

### YEME BOZUKLUKLARINDA EŞ TANILAR VE YÖNETİMİ

**Dr. Elif Kayan**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yeme bozuklukları, genellikle bedensel görüntüye ilişkin takıntılar ve yeme alışkanlıklarında anormal davranışlarla karakterize edilen psikiyatrik hastalıklardır. Bu bozukluklar, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknircasına yeme bozukluğu (BED) ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (ARFID) gibi alt gruplara ayrılmaktadır (1). Yeme bozuklukları çocukluk ve ergenlik döneminde önemli bir klinik sorundur ve bu dönem, bu bozuklukların gelişimi açısından kritik bir zaman dilimidir (2). Ayrıca, yeme bozuklukları genellikle eşlik eden psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülmektedir ve bu eş tanımlar hem tanı hem de tedavi sürecini karmaşıkleştirebilmektedir (3).

### YEME BOZUKLUKLARINDA EŞ TANILAR

#### 1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, çocuk ve ergenlerde yeme bozukluklarıyla sıkça eşlik etmektedir. Yapılan bir sistematik inceleme, anksiyetenin yeme bozukluklarının gelişimine ve sürdürülmesine katkıda bulunan önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (4). Yeme bozukluğu olan ergenlerde anksiyete bozuklukları, depresyon gibi diğer eş tanımlarla birlikte bulunabilmektedir ve bu durum tedavi süreçlerini daha karmaşık hale getirebilir (5).

## **2. Depresyon**

Yeme bozukluklarıyla en yaygın eşlik eden diğer psikiyatrik hastalık depresyondur. Depresyon, anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervoza (BN) gibi yeme bozukluklarının seyrini olumsuz yönde etkileyebilir (6).

Bir araştırma, özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) olan çocukların daha yüksek depresyon oranlarına sahip olduklarını göstermiştir (7). Yeme bozukluğu olan bireylerde depresyon tedavisi, genellikle anksiyete bozukluklarıyla paralel şekilde yürütülmektedir (8).

## **3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozukluklarına sıklıkla eşlik eden bir başka psikiyatrik durumdur. YB'li çocukların %20'sinde DEHB görülebilmektedir (9). DEHB, yeme bozukluklarının tedavisinde önemli bir rol oynar, çünkü bu hastalar, yeme davranışlarını kontrol etmekte güçlük çekebilirler (10). Özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) olan ergenlerde DEHB'nin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (11).

## **4. Bipolar Affektif Bozukluk (BAB)**

Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları (YB) ve bipolar affektif bozukluk (BAB) arasındaki komorbidite, son yıllarda psikiyatrik araştırmaların önemli odak noktalarından biri olmuştur. Yapılan çalışmalar, BAB tanısı almış gençlerin yaklaşık %28'inin yaşamları boyunca bir yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza, bulimia nervoza veya yeme bozukluğu tanımlanamayan) yaşadığını göstermektedir (12). Bu bireylerde kadın cinsiyet, depresyonun şiddeti, sınırdaki kişilik özellikleri, sigara kullanımı, anksiyete bozuklukları ve travma öyküsü gibi faktörler, YB gelişimiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Özellikle BAB-II alt tipi, YB ile daha sık ilişkilendirilmiştir.

YB ve BAB komorbiditesi, tedavi sürecinde özel yaklaşımlar gerektirir. Farmakoterapi açısından, özellikle bipolar

depresyon tedavisinde kullanılan antidepresanlar, manik atak riskini artırabileceğinden dikkatli kullanılmalıdır (13). YB tedavisinde ise bilişsel davranışçı terapi (BDT), BED ve BN gibi yeme bozukluklarında etkili bulunmuş ve bireysel terapi ile desteklendiğinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Ayrıca, bireysel terapi geçmiş ve ailede anksiyete öyküsü olan bireylerde YB gelişimi daha yaygın görülmektedir.

## **5. Madde Kötüye Kullanımı**

Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları (YB) ve madde kötüye kullanımı (MKU) arasındaki komorbidite, psikiyatrik değerlendirme ve tedavi süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır (14). Yapılan araştırmalar, YB'li bireylerde MKU oranlarının genel nüfusa göre belirgin şekilde yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle bulimia nervosa (BN) tanısı olan ergenlerde alkol ve esrar kullanımı daha yaygınken, anoreksiya nervosa (AN) tanısı olanlarda da madde kullanımı gözlemlenmektedir (15). Bu durum, her iki bozukluğun da benzer nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel risk faktörlerine sahip olmasından kaynaklanmaktadır (14).

YB ve MKU komorbiditesi olan ergenlerin tedavisinde, her iki bozukluğa yönelik entegre bir yaklaşım önerilmektedir (16). Bu bağlamda, bilişsel davranışçı terapi (BDT), duyu düzenleme becerilerini geliştiren ve hem yeme bozukluklarını hem de madde kullanımını hedef alan bir tedavi yöntemi olarak öne çıkmaktadır (17). Ayrıca, motivasyonel görüşme (MG) ve diyalektik davranışçı terapi (DBT) gibi terapötik yaklaşımlar da tedavi sürecinde etkili olabilmektedir (16). Bu terapiler, ergenlerin duygusal farkındalıklarını artırarak hem yeme bozukluğu hem de madde kullanımına yönelik sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (17).

## **YEME BOZUKLUKLARINDA TANI VE DEĞERLENDİRME**

Yeme bozuklukları ve eş tanılarının doğru bir şekilde teşhis edilmesi, kapsamlı bir değerlendirme gerektirir. DSM-5

kriterleri, yeme bozukluklarının tanısında temel referans kaynağıdır (18). Ancak, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı, tanıyı daha karmaşık hale getirebilir. Bu nedenle, klinik görüşmeler, psikolojik testler ve aile görüşmeleri gibi çok yönlü bir değerlendirme süreci gereklidir (19). Bu süreç, tedavi planının doğru bir şekilde oluşturulmasında kritik öneme sahiptir.

## **YEME BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ**

### **1. Aile Temelli Terapi (FBT)**

Aile Temelli Terapi (FBT), çocuk ve ergenlerde anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervoza (BN) tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yaklaşımdır (20). Aile üyeleri, tedavi sürecine aktif olarak dahil edilir ve bu süreç, çocukların sağlıklı yeme alışkanlıklarını yeniden kazanmalarına yardımcı olur (21). FBT'nin YB'li ergenlerde etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (22).

### **2. Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT)**

Bilişsel Davranışçı Terapi (CBT), yeme bozuklukları tedavisinde bir diğer etkili yaklaşımdır. Özellikle Enhanced CBT (CBT-E), çocuk ve ergenlerde anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tedavisinde etkili bulunmuştur (23). CBT-E, yeme davranışlarını düzenlemenin yanı sıra, beden imajı bozuklukları ve mükemmeliyetçilik gibi psikolojik etmenleri de ele alır (24).

### **3. İlaç Tedavisi**

Yeme bozukluklarında ilaç tedavisi, genellikle eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluklarına yönelik kullanılır. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılır (25). Ancak, ilaç tedavisi genellikle psikoterapi ile desteklenmeli ve multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (26).

## SONUÇ

Yeme bozuklukları, çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında önemli bir klinik sorundur ve genellikle eşlik eden psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülmektedir. Bu eş tanılar, tedavi sürecini karmaşıklştırabilir ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. YB'lerin tedavisinde aile temelli terapi ve bilişsel davranışçı terapi gibi psikoterapötik yaklaşımlar, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yönetilmesiyle birlikte etkili sonuçlar verebilmektedir. İlaç tedavisi ise, psikoterapiyi destekleyen bir seçenek olarak kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Mulkern, L., & Roberts, A. (2023). "Understanding Eating Disorders in Adolescents." *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 432-445.
2. Johnson, C., & Reese, M. (2022). "Eating Disorders in Children and Adolescents: A Growing Concern." *Pediatrics*, 118(3), 899-905.
3. Adler, R., et al. (2024). "Psychiatric Comorbidities in Children with Eating Disorders." *The Lancet Psychiatry*, 11(1), 28-39.
4. Feldman, L., & Kaplan, J. (2023). "The Relationship between Anxiety Disorders and Eating Disorders." *Journal of Anxiety Disorders*, 65, 72-80.
5. Thompson, K., et al. (2021). "Anxiety and Depression in Youth with Eating Disorders." *JAMA Psychiatry*, 78(10), 1165-1172.
6. Harrison, A., & Fox, E. (2024). "Comorbid Depression in Eating Disorders." *Eating Disorders Journal*, 42(2), 45-52.
7. Wright, N., & Lewis, T. (2023). "The Role of Depression in the Pathogenesis of Eating Disorders." *Psychiatry Research*, 28(2), 170-177.

8. Hughes, L., et al. (2022). "Managing Depression and Anxiety in Adolescents with Eating Disorders." *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(8), 845-853.
9. Smith, R., & Jackson, P. (2023). "ADHD in Children with Eating Disorders." *Journal of Attention Disorders*, 34(5), 198-205.
10. Green, M., et al. (2024). "Impact of ADHD on Eating Disorder Symptoms in Adolescents." *Pediatrics and Adolescent Health Journal*, 22(1), 110-117.
11. Lee, T., et al. (2022). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Eating Disorders: A Clinical Review." *Journal of Child Psychology*, 67(2), 63-72.
12. Khoubaeva, Diana et al. (2022). "Comorbid Eating Disorders in a Sample of Youth With Bipolar Disorder: Elevated Burden of Dimensional and Categorical Psychopathology." *The Journal of Clinical Psychiatry* vol. 83,4 21r14201.
13. Suppes, T. (2011). "Bipolar disorder with co-occurring eating disorders: Prevalence and pharmacotherapeutic implications." *Focus*, 9(4), 435–448.
14. Bahji, A., et al. (2019). "Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis." *Psychiatry Research*, 273, 58–66.
15. Mann, A. P., et al. (2014). "Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders." *The Journal of Adolescent Health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 55(2), 182–187.
16. Gregorowski, C., et al. (2013). "A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders." *BMC Psychiatry*, 13, 289.
17. Gateway Foundation. (2023). "Drug addiction and eating disorders." Gateway Foundation.

18. DSM-5, American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition.
19. Watson, K., & Jensen, P. (2022). "Clinical Approaches to Diagnosing Eating Disorders." *Psychiatry Clinics of North America*, 47(4), 812-825.
20. Lebow, J., & Keane, M. (2023). "Family-Based Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa." *Journal of Family Therapy*, 35(2), 220-228.
21. Thomas, M., & Simmons, A. (2024). "The Efficacy of Family-Based Therapy in Treating Eating Disorders." *Journal of Child Psychiatry*, 72(2), 130-137.
22. Howard, K., et al. (2023). "The Role of CBT in Adolescent Eating Disorders." *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 420-428.
23. Levinson, C., & Williams, L. (2024). "Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Review." *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 1089-1097.
24. Morgan, J., et al. (2023). "Using CBT-E for the Treatment of Eating Disorders." *Journal of Cognitive Therapy*, 41(5), 342-350.
25. Riley, M., & Jones, T. (2024). "Pharmacotherapy in Eating Disorders." *Journal of Psychopharmacology*, 32(1), 45-52.
26. Bright, M., et al. (2023). "Multidisciplinary Approaches to Eating Disorders Treatment." *Journal of Pediatric Psychiatry*, 51(3), 190-198.



## BÖLÜM 13

### YEME BOZUKLUKLARINDA CİNSİYET ÖZELLİKLERİ

**Uzm. Dr. Seda Erbaş**

Gaziantep Şehir Hastanesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Yeme bozuklukları, yalnızca bireyin beslenme alışkanlıklarını değil; bedensel sağlığını, ruhsal durumunu, benlik algısını ve toplumsal işlevselliğini etkileyen ciddi psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar; çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde farklı biçimlerde ortaya çıkabilir. Araştırmalar, cinsiyetin bu bozuklukların hem ortaya çıkışında hem de seyrinde önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Yeme bozukluklarının cinsiyetle ilişkisi iki temel eksende değerlendirilir: biyolojik cinsiyet (kadın/erkek) ve toplumsal cinsiyet (gender). Biyolojik cinsiyet, hormonlar, genetik geçişler ve fizyolojik farklılıklar üzerinden etkili olurken; toplumsal cinsiyet, bireyin yaşadığı kültürel bağlamda üzerine yüklenen roller, beden algısı ve sosyal beklentiler yoluyla etki gösterir. Bu iki boyut, özellikle ergenlik gibi gelişimsel açıdan kırılgan dönemlerde iç içe geçerek bireyin yeme davranışları üzerinde önemli bir rol oynar.

#### **1. YEME BOZUKLUKLARINDA BİYOLOJİK CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Yeme bozukluklarının cinsiyetler arası dağılımı ya da sıklığı çocuklukta görece dengeli seyreitse de ergenlik ve sonrası dönemlerde belirgin bir farklılık göstermeye başlar. Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi tanılar kadın bireylerde erkeklere oranla çok

daha sık görülmektedir (1). Klinik gözlemler ve toplumsal örneklem çalışmaları, anoreksiya nervozanın kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 10 kat daha sık olduğunu göstermektedir (1). Bulimia nervosa için bu oran 4–5 kat, tıknırcasına yeme bozukluğu için ise 2–3 kat civarındadır (2). Ancak bu fark, çocukluk döneminde henüz belirginleşmemiştir. Cinsiyete bağlı farklılıklar, genellikle ergenlik döneminde hormonal ve sosyal değişimlerle birlikte belirginleşmeye başlar (3).

### **1.1. Hormonal Etkiler**

Puberte ile birlikte östrojen ve testosteron gibi cinsiyet hormonlarında meydana gelen artış, yeme davranışlarını biyolojik düzeyde etkiler. Özellikle östrojenin beyinde serotonin metabolizması ve iştah düzenlemesi üzerindeki etkileri, kadınlarda yeme bozukluklarına olan duyarlılığı artırabilir (4). Testosteron ise ergen erkeklerde kas kazanımına yönelik eğilimleri güçlendirerek farklı bir beden imajı hedefi ortaya çıkarır (2).

### **1.2. Genetik ve Nörobiyolojik Faktörler**

Yeme bozukluklarında ailesel kümelenme sıklığı ve genetik yatkınlık önemlidir. İkiz ve aile çalışmalarında anoreksiya ve bulimia nervosa için %50'nin üzerinde kalıtsal katkılar saptanmıştır (5). Kız çocuklarında genetik duyarlılık puberteye birlikte daha belirgin hâle gelir ve bu dönemde genetik etkilerin klinik belirtilere dönüşme ihtimalinin artar (4). Ayrıca serotonin sistemiyle ilişkili genlerin kadınlarda daha belirgin etki gösterdiği, bu durumun duygu durum düzenleme ve iştah kontrolü üzerinde cinsiyete özgü etkiler yarattığı öne sürülmektedir (3).

## **2. TOPLUMSAL CİNSİYETİN ETKİSİ**

Biyolojik cinsiyetin yanı sıra toplumsal cinsiyet rolleri de yeme bozukluklarının ortaya çıkışında belirleyici bir faktördür. Toplumsal cinsiyet, bireyin toplum tarafından "kadın" ya da

"erkek" olarak nasıl tanımlandığı, hangi davranışların uygun ya da uygun olmayan olarak görüldüğü ve hangi beden biçimlerinin idealize edildiği ile yakından ilişkilidir. Bu normlar, bireylerin beden algısını ve yeme davranışlarını doğrudan etkiler (3).

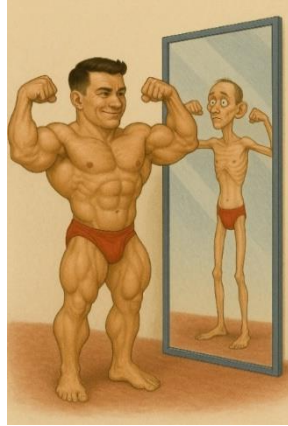
## 2.1. Kadınlık Rollerinin Etkisi

Toplumda kadınlara atfedilen güzellik normları genellikle "zayıf, ince ve narin" bir beden üzerine kuruludur. Medyada, sosyal ağlarda ve moda sektöründe sıklıkla karşılaşılan bu beden imgesi, genç kızlarda ve kadınlarda bedenlerinden memnun olmama ve sürekli kilo kaybı arzusu geliştirme riskini artırmaktadır (6). Araştırmalar, medyaya maruz kalmanın, beden imajı kaygısı ve yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetini artırdığını göstermektedir. Özellikle ergen kızlarla yapılan çalışmalarda, ince olma baskısının güçlü bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (7).



## 2.2. Erkeklik Rollerinin Etkisi

Erkek çocuklara ve gençlere yönelik toplumsal beklentiler ise çoğunlukla "kaslı, güçlü ve sportif" bir beden yönelimi içerir. Bu durum, erkeklerde yeme bozukluklarının farklı bir biçimde tezahür etmesine neden olabilir. Örneğin bazı erkekler zayıflamak yerine kas kazanımına yönelik takıntılı davranışlar (yüksek proteinli diyetler, aşırı egzersiz, gıda



takviyesi kullanımı) geliştirebilir. Bu durum özellikle halk arasında "bigoreksiya" ya da "ters anoreksiya" olarak da bilinen "kas dismorfisi" (kaslı olmadığına dair gerçekdışı inançlar) ile ilişkilidir ve tanınal olarak yeme bozuklukları spektrumunun bir parçası olarak değerlendirilmektedir (8).

Bununla birlikte, geleneksel erkeklik rolleri içinde yer alan "duygusal sorunları paylaşmama", "yardım istemekten kaçınma" gibi kalıplar, erkeklerde yeme bozukluğu belirtilerinin daha geç fark edilmesine veya hiç fark edilmemesine neden olabilir (2). Bu nedenle erkek bireylerde yeme bozukluğu görülme oranı gerçek sıklığından daha düşük raporlanmaktadır.

### **2.3. Toplumsal Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim**

Trans bireyler ve cinsiyet çeşitliliği gösteren gençlerde yeme bozukluğu riskinin belirgin şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir. Özellikle cinsiyet disforisi yaşayan bireylerde bedenlerinden duyulan hoşnutsuzluk, yeme davranışlarını etkileyebilir. Transgender (doğduğu cinsiyetten farklı bir cinsiyette olduğunu hisseden kişi) gençlerin yeme bozukluğu geliştirme oranlarının cisgender ( doğumda belirlenen cinsiyetine uygun olarak kendini kadın ya da erkek hisseden birey) gençlere kıyasla 2-4 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir (9). Bu bireylerde hem görünüşü kontrol etme çabası hem de psikolojik stresörler (ayrımcılık, dışlanma, sosyal reddedilme) yeme davranışlarını olumsuz etkileyebilir (10).

### **3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ YEME BOZUKLUKLARINDA CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik dönemine özgü sorunlar olarak ele alınsa da, çocukluk döneminde de çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu yaş grubunda tanı almasa da risk davranışları, yeme davranışı sorunları ve duygusal düzenleme güçlükleri ile karakterize tablolar

gelişebilir. Çocukluk çağındaki yeme problemleri hem gelişimsel özellikler hem de cinsiyet faktörleriyle iç içe geçerek farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağında en sık gözlenen sorunlar, DSM-5'te tanımlanan Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), seçici yeme, duyuşsal temelli reddetme ve anksiyete/otorite çatışmasıyla ilişkili beslenme reddidir (1). Bu yaş grubunda beden algısıyla



ilgili ifadeler nadir görülür. Genellikle sorunlar, kilo alma yetersizliği, büyüme geriliği ya da aileyle yeme çatışmaları olarak kendini gösterir. ARFID, erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha sık tanılanmakta, bu farkın 2:1 oranında olduğu bildirilmektedir (11). Bu bozuklukta çocuğun amacı kilo kaybetmek değildir; genellikle belirli gıdalara karşı tiksinti, dokunsal, görsel ve tat hassasiyetleri veya boğulma/kusma korkuları söz konusudur. Bu nedenle, küçük yaş grubunda gözlenen yeme sorunlarında beden algısından çok duyuşsal hassasiyetler ve anksiyöz nedenler ön plandadır (12). Ayrıca ARFID'in erkek çocuklarda daha sık tanılanmasının, otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi nörogelişimsel bozukluklarla olan ilişkisi dikkat çekicidir. Bu gruptaki çocuklarda yeme seçiciliği, dokunsal hassasiyet, yemek zamanı krizleri gibi belirtiler çoğu zaman hastalığın ilk sinyalleri olabilir ve erken dönemde gözden kaçabilir (13).

Erken çocuklukta (2–6 yaş) görülen normal seçicilik davranışları, bazen patolojik bir seyir izleyerek kronik beslenme sorunlarına dönüşebilir. Bu süreçte, erkek

çocukların daha yüksek düzeyde davranışsal rijitlik ve duyuşal hassasiyet göstermesi, seçici yeme ve ARFID gelişimine katkı sağlayabilir (14). Kız çocuklarında ise duyuşal faktörlerin (örneğin ayrılık kaygısı, kontrol kaybı hissi) daha belirgin olduğu ve yeme davranışı üzerinde daha etkili olduğu bildirilmiştir (15). Buna ek olarak, kız çocukları okul öncesi dönemden itibaren daha yüksek oranda beden farkındalığı geliştirmeye başlayabilir. Örneğin 5 yaşındaki kızların bile “daha ince olmak isteme” yönünde ifadeler kullandığı gözlenmiştir (16). Bu erken farkındalık, sosyal öğrenme ve medyadan gelen etkilerle birleşerek daha ileri yaşlarda yeme bozukluğu riskini artırabilir.

**Tablo-1** Yeme Bozukluklarında Cinsiyet Dağılımı.

Kaynak:(1, 17, 18)

| Yeme Bozukluğu Türü               | Kadınlarda Görülme Oranı | Erkeklerde Görülme Oranı | Kadın/Erkek Oranı            |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Anoreksiya Nervoz                 | %0.9 – 1.0               | %0.2 – 0.3               | 10:1                         |
| Bulimiya Nervoz                   | %1.5 – 2.0               | %0.3 – 0.5               | 4–5:1                        |
| Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu      | %3.5 – 4.0               | %2.0 – 2.5               | 2:1                          |
| Kaçıngan/Kısıtlayıcı Yeme (ARFID) | %0.5 – 1.0               | %1.0 – 2.0               | 1:2<br>(erkeklerde daha sık) |

### 3.1 Ebeveynler İçin İpuçları-Çocuklukta Yeme Sorunlarında Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Yeme reddi her zaman “naz” ya da “inat” değildir; altında kaygı, duyuşal hassasiyet veya fizyolojik sorunlar olabilir.
- Kız çocuklarında beden farkındalığı okul öncesi dönemde başlayabilir. Bu yaşta “zayıf olma” isteği göz ardı edilmemelidir.
- Erkek çocuklarda seçici yeme, duyuşal hassasiyet ve yeme sırasında davranışsal direnç daha sık görülebilir.

- Ailelerin çocuğun yeme davranışına yönelik yorumlarında cinsiyetçi kalıplardan kaçınması önemlidir.
- Zorla yedirme, tehditle yemek yedirme ya da ödüllendirme gibi yöntemler kısa vadede işe yarar görünse de uzun vadede sorunları derinleştirebilir.
- Çocuğun büyüme-gelişme takibi pediatrist tarafından yapılmalı ve çocukluk çağı yeme sorunları için mutlaka çocuk psikiyatristine başvurulmalıdır.
- Nörogelişimsel bozuklukların aile tarafından fark edilen ilk belirtilerinin yeme sorunları olabildiği unutulmamalıdır.

#### **4. ERGENLİK DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUKLARINDA CİNSİYET FARKLILIKLARI**

Ergenlik, yeme bozukluklarının ilk kez ortaya çıkma riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Biyolojik, psikososyal ve kültürel değişimlerin yoğunlaştığı bu dönemde cinsiyet, yeme davranışları üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı yollardan etkili olur. Araştırmalar, ergenlik döneminde yeme bozukluklarının kızlarda erkeklere kıyasla yaklaşık 4 ila 10 kat daha yaygın olduğunu göstermektedir (1, 3).

Ergen kızlar, toplumsal cinsiyet normları, beden algısı baskısı ve duygusal dalgalanmalar nedeniyle yeme bozuklukları açısından özel risk altındadır. Bu dönemde östrojenin artışı, duygu durum regülasyonunu etkileyerek depresif belirtileri ve benlik değeri dalgalanmalarını artırabilir. Bununla birlikte, sosyal çevreden gelen "zayıf ve ince olma" ideale dair mesajlar, içselleştirildiğinde yeme kısıtlama, aşırı egzersiz ya da kendini kusturma gibi davranışlara yol açabilir (6). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, lise çağındaki kız öğrencilerin %43'ünün zayıf olmak istediği, %33'ünün düzenli diyet yaptığı ve %10'a yakınının yeme sonrası kendini kusturma gibi patolojik davranışlar sergilediği saptanmıştır (19, 20). Aynı yaş grubundaki erkek öğrencilerde bu oranlar anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Ergen erkeklerde de yeme bozuklukları görülmekle birlikte, klinik olarak farklı bir biçimde kendini gösterir. Erkekler genellikle kaslı ve atletik görünme arzusu ile motive olurlar. Bu durum, aşırı egzersiz, protein ağırlıklı diyetler, supplement kullanımı gibi davranışlara yol açabilir (8). “Kas dismorfisi” olarak adlandırılan bu durum, klasik yeme bozukluklarından farklı görünse de aynı psikopatolojik zemini paylaşır. Bununla birlikte erkek ergenlerin yeme bozukluğu belirtilerini ifade etme ve yardım isteme oranları daha düşüktür. Birçok erkek “yeme bozukluğu kızlara özgüdür” algısı nedeniyle yaşadığı belirtileri bastırmakta ya da önemsememektedir (2). Bu nedenle tanı koyma ve tedaviye yönlendirme süreçlerinde ciddi bir gecikme yaşanabilmektedir.

Günümüzde sosyal medya, beden algısının oluşumunda etkili çevresel faktörlerden biridir. Gençlerin sıkça kullandığı sosyal medya platformlarında ideal beden imgelerinin sürekli sunulması, ergenlerde karşılaştırma, yetersizlik hissi ve sosyal onay arayışını artırmaktadır. Kızlar genellikle “fit ve zayıf” görünüm baskısı altındayken, erkekler “kaslı ve güçlü” olma konusunda baskı hissetmektedir (6). Her iki durumda da bu baskılar, yeme davranışlarının bozulmasına neden olabilir. Ayrıca bu dönemde akran zorbalığı da cinsiyetle ilişkili olarak yeme davranışlarını etkileyebilir. “Şişman” ya da “zayıf” olmak, ergenlerde sosyal dışlanmaya neden olabileceği için bazı bireylerde hızlı kilo verme çabaları gelişebilir (21).

Cinsiyet kimliğiyle biyolojik cinsiyeti örtüşmeyen bireylerde, özellikle trans ve non-binary (ikili cinsiyeti kabul etmeyen) ergenlerde, bedenle ilgili uyumsuzluk hissi yeme davranışlarını etkileyebilir. Cinsiyet disforisi yaşayan bireylerde bedenin belirli yönlerini değiştirme ya da “kaybolma” isteği, yeme kısıtlamaları veya kilo alma/kaybetme davranışlarına dönüşebilir (9). Bu ergenlerde aynı zamanda sosyal dışlanma ve psikolojik stres de sık gözlemlendiğinden, yeme bozuklukları sıklığı daha da artmaktadır (10).

#### 4.1 Ebeveynler İçin İpuçları– Ergenlikte Yeme Bozukluğu Riskleri

- Ergen kızlarda zayıf olma arzusu ve beden algısı kaygısı çok erken yaşta başlayabilir. Diyet yapma, öğün atlama, gizli yeme gibi davranışlara dikkat edilmelidir.
- Ergen erkeklerde kas geliştirme takıntısı, aşırı spor yapma ve yüksek proteinli beslenme gibi alışkanlıklar yeme bozukluğu riski taşıyabilir.
- “Bu yaşta olur” veya “ergenlik geçince geçer” söylemleri tedaviyi geciktirebilir.
- Sosyal medya içerikleri ergenlerin beden algısını güçlü biçimde etkiler. Filtreli ve gerçek dışı görüntülerin etkileri çocuğunuzun farkında olduğundan fazla olabilir.
- Cinsiyet kimliği ile ilgili sorgulama yaşayan ergenlerde, yeme davranışlarındaki değişim bedensel rahatsızlıkla ilgili olabilir. Yargılamadan dinlemek ve desteklemek çok önemlidir.
- Ergeninizin yeme davranışlarında ani değişiklik, hızlı kilo kaybı, aşırı spor, sosyal geri çekilme veya depresif belirtiler varsa mutlaka bir çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanına başvurmak gerekir.

**Tablo-2.** Ergenlerde Cinsiyete Göre Yeme Davranışları ve Beden İmajı Farklılıkları

Kaynak: (2, 6, 8, 19, 20)

| Klinik Göstergeler / Davranışlar | Kız Ergenler                            | Erkekler Ergenler                 |
|----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Zayıf olma isteği</b>         | Çok yaygın (%40+ oranında)              | Daha az yaygın                    |
| <b>Kaslı görünme arzusu</b>      | Nadir                                   | Yaygın (%30+)                     |
| <b>Diyet yapma sıklığı</b>       | %30–40 civarında                        | %10 civarında                     |
| <b>Sosyal medya etkilenimi</b>   | Filtreli görüntüler → “zayıflık” odaklı | Görünümünden çok güç, kas vurgusu |

|                             |                              |                                            |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Egzersiz motivasyonu</b> | Kalori yakmak, zayıflamak    | Kas kazanmak, güçlü görünmek               |
| <b>Yardım arama eğilimi</b> | Daha yüksek                  | Daha düşük                                 |
| <b>Stigma algısı</b>        | “Güzel görünmeliyim” baskısı | “Yeme bozukluğu kadın hastalığıdır” algısı |

## SONUÇ

Yeme bozuklukları cinsiyet temelli biyolojik ve toplumsal dinamiklerle şekillenen, yaşamın farklı dönemlerinde farklı görünümlemlerle ortaya çıkan kompleks ruhsal bozukluklardır. Çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülen seçici yeme ve ARFID gibi tablolar, ergenlikte yerini kızlarda daha yaygın olan beden imajı odaklı anoreksiya ve bulimiya gibi bozukluklara bırakır. Bu süreçte hem biyolojik faktörler (hormonlar, genetik yatkınlık) hem de toplumsal etkenler (medya, toplumsal cinsiyet rolleri, akran baskısı) belirleyici rol oynar.

Kız çocukları ve ergen kızlar, ince beden idealini daha erken yaşta içselleştirerek diyet ve beden memnuniyetsizliğine yönelirken; erkek çocukları daha çok kas gelişimi, performans ve güçlü görünme hedefiyle farklı riskli yeme davranışları geliştirebilir. Cinsiyet kimliği çeşitliliği gösteren bireylerde ise, yeme bozukluğu riski hem içsel hem de dışsal baskılarla belirgin biçimde artar.

Bu nedenle ebeveynler, öğretmenler ve sağlık çalışanları; cinsiyete göre farklılaşan yeme bozukluğu belirtilerini tanıyabilmeli, yargılayıcı tutumlardan kaçınmalı ve gerektiğinde erken müdahaleye yönlendirme yapmalıdır. Cinsiyet körü olmayan, duyarlı ve kapsayıcı bir bakış açısı; yeme bozukluklarıyla mücadelede en etkili koruyucu ve tedavi edici adımdır.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental

- disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. Strother E, Lemberg R, Stanford SC, Turberville D. Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*. 2012;20(5):346-55.
  3. Culbert KM, Sisk CL, Klump KL. A narrative review of sex differences in eating disorders: is there a biological basis? *Clin Ther*. 2021;43(1):95-111.
  4. Klump KL, Keel PK, Racine SE, Burt SA, Neale M, Sisk CL, et al. The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(1):131.
  5. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*. 2004;130(1):19.
  6. Tiggemann M, Slater A. NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2013;46(6):630-3.
  7. Rodgers R, Chabrol H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2009;17(2):137-51.
  8. Griffiths S, Murray SB, Touyz S. Drive for muscularity and muscularity-oriented disordered eating in men: The role of set shifting difficulties and weak central coherence. *Body Image*. 2013;10(4):636-9.
  9. Nagata JM, Ganson KT, Austin SB. Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*. 2020;33(6):562-7.
  10. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *J Adolesc Health*. 2015;57(2):144-9.

11. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Current pediatrics reports*. 2018;6:107-13.
12. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *Int J Eat Disord*. 2013;46(5):420-3.
13. Calisan Kinter R, Ozbaran B, Inal Kaleli I, Kose S, Bildik T, Ghaziuddin M. The sensory profiles, eating behaviors, and quality of life of children with autism spectrum disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *Psychiatr Q*. 2024;95(1):85-106.
14. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24:779-85.
15. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cogn Behav Pract*. 2003;10(2):138-46.
16. Lowes J, Tiggemann M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *Br J Health Psychol*. 2003;8(2):135-47.
17. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(5):495-9.
18. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
19. Canpolat BI, Orsel S, Akdemir A, Ozbay MH. The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *Int J Eat Disord*. 2005;37(2):150-5.
20. Örsel S, Işık Canpolat B, Akdemir A, Özbay MH. Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004.
21. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull*. 2007;133(4):557.

## EGE TIP AYIN KİTAPLARINDAN YAYIMLANMIŞ ÖRNEKLER

| <u>S.NO</u> | <u>YIL</u> | <u>KİTABIN ADI</u>                                                                                                                                  |
|-------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 109.        | 2010       | <b>İdiyopatik Hiperhidrozis ve Tedavisi</b><br>Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI                                                                      |
| 110.        | 2011       | <b>Grip (İnfluenza)</b><br>Editör: Doç. Dr. Candan ÇİÇEK                                                                                            |
| 111.        | 2011       | <b>Her Şeye Rağmen Etik</b><br>Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN                                                                                       |
| 112.        | 2011       | <b>İnsan Gelişiminin Erken Dönemi ve Plasental Bozukluklar</b><br>Editör: Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ                                                  |
| 113.        | 2011       | <b>Geriatride 5D'ler</b><br>Editör: Prof. Dr. Sibel ÜLKER GÖKSEL<br>Doç. Dr. Fulden SARAÇ                                                           |
| 114.        | 2011       | <b>Geriatride Sık Rastlanan Tıbbi Sorunlar</b><br>Editör: Prof. Dr. Sibel ÜLKER GÖKSEL<br>Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif YALÇIN                          |
| 115.        | 2012       | <b>Menopoz</b><br>Editör: Prof. Dr. Kemal ÖZTEKİN                                                                                                   |
| 116.        | 2012       | <b>Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım</b><br>Editör: Prof. Dr. Mehdi ZOGHI                                                                               |
| 117.        | 2012       | <b>Lokal Anestezikler</b><br>Editör: Doç. Dr. Semra KARAMAN<br>Prof. Dr. Aytül ÖNAL                                                                 |
| 118.        | 2013       | <b>Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri ve Tıp Eğitimi</b><br>Editör: Prof. Dr. Baha TANELİ<br>Doç. Dr. Hatice ŞAHİN |
| 119.        | 2013       | <b>Kan Yolu İle Bulaşan İnfeksiyöz Etkenler</b><br>Editör: Prof. Dr. Rüçhan YAZAN SERTÖZ                                                            |
| 120.        | 2013       | <b>Diş Hekimliğinde Anestezi ve Analjezi</b><br>Editör: Prof. Dr. Taner BALCIOĞLU<br>Prof. Dr. Bahar SEZER                                          |
| 121.        | 2013       | <b>Başarı Yolunda Rüzgarını Kendin Yarat</b><br>Editör: Doç. Dr. Tezan BİLDİK                                                                       |
| 122.        | 2013       | <b>Ötanazi</b><br>Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN                                                                                                    |
| 123.        | 2014       | <b>Konjenital Kalp Cerrahisi ve Anestezi</b><br>Editör: Doç. Dr. Seden KOCABAŞ                                                                      |

124. 2014 **Sağlıkta Şiddet Sorunu**  
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
125. 2014 **Mantarların Kanser Destek Tedavisinde Kullanımı**  
Editör: Prof. Dr. Handan AK
126. 2015 **Kanser Metabolizması**  
Editör: Prof. Dr. Hikmet Hakan AYDIN
127. 2015 **Tıp-Etik-Hukuk Boyutuyla Kürtaj**  
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
128. 2016 **Hemşirelikte Etik Karar Verme**  
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
129. 2016 **Tıp-Etik-Hukuk Boyutuyla Hospiz**  
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
130. 2017 **Mersin/Yaban Mersini Bitkisi Türleri ve Özellikleri**  
Editör: Prof. Dr. Eser YILDIRIM SÖZMEN
131. 2018 **Tıp-Etik-Hukuk Açısından Cinsel Suçlarda Tıbbi Kastrasyon**  
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
132. 2018 **Açık Kalp Cerrahisinde Anestezi ve Yoğun Bakım**  
Editör: Prof. Dr. Seden KOCABAŞ
133. 2018 **Geriatrik Sendromlarda Yeni Ufuklar**  
Editör: Uzm. Dr. Sumru SAVAŞ
134. 2018 **Sağlık Hukuku Kavramının Temel Boyutları**  
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
135. 2018 **Nöral Tüp Gelişimi ve Nöral Tüp Defektleri**  
Editör: Prof. Dr. Ayşegül UYSAL
136. 2019 **Venöz Tromboemboli ve Anestezi**  
Editör: Prof. Dr. Semra KARAMAN
137. 2019 **Luteinin Sağlık Üzerine Etkileri**  
Editör: Prof. Dr. Bülent KARABULUT
138. 2020 **Tıp ve Hemşirelik Tarihi Açısından Florence Nightingale'in Önemi**  
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
139. 2020 **Siroz ve Komplikasyon Yönetimi**  
Editör: Uzm. Dr. Ferit ÇELİK
140. 2020 **Gestasyonel Diyabete Multidisipliner Yaklaşım**  
Editör: Uzm. Dr. Aslı KILAVUZ

141. 2021 **Perioperatif Kan Transfüzyonu**  
Editör: Doç. Dr. İlkben GÜNÜŞEN
142. 2021 **Mikrobiyota İçimizdeki Evren**  
Editör: Prof. Dr. Özlem YILMAZ
143. 2021 **Glioblastomda Moleküler Mekanizmalar, Tanı ve Güncel Tedavi Yaklaşımları**  
Editör: Doç. Dr. Erkin Özgiray
144. 2021 **COVID-19 Pandemisinin Tıp, Etik ve Sosyal Alanlardaki Etkilerine Bakış**  
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
145. 2021 **Spontan Pnömotoraks ve Tedavisi**  
Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI
146. 2021 **Oküler Yüzey ve Dermatolojik Hastalıklar**  
Editör: Doç. Dr. Melis Palamar ONAY
147. 2022 **Orbita Tümörleri**  
Editör: Doç. Dr. Melis PALAMAR ONAY
148. 2022 **Robot Yardımlı Cerrahide Anestezi**  
Editör: Prof. Dr. Işık ALPER
149. 2023 **Tiroid İlişkili Orbitopatide Tanı, Tedavi ve Yönetim**  
Editör: Prof. Dr. Melis PALAMAR ONAY
150. 2023 **Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım**  
Editör: Doç. Dr. Fatma SERT
151. 2023 **Keratokonusta Tanı**  
Editör: Doç. Dr. Özlem BARUT SELVER
152. 2023 **Görme Parametreleri**  
Editör: Doç. Dr. Cumali DEĞİRMENCİ
153. 2024 **Cinsiyet Kavramına Psikiyatrik Yaklaşım Ve Anlayış**  
Editör: Prof. Dr. N. Burcu ÖZBARAN
154. 2024 **Beyin Metastazlarına Güncel Radyoterapi Yaklaşımı**  
Editör: Prof. Dr. Emine Serra KAMER
155. 2025 **Nörotrofik Keratopati Tanı ve Tedavi Yaklaşımları**  
Editör: Prof. Dr. Melis PALAMAR ONAY
156. 2025 **Oküler Ultrasonografi**  
Editör: Prof. Dr. Filiz AFRASHİ

**Ayın Kitaplarını;**

[https://basimveyayinevi.ege.edu.tr/tr-15096/tip\\_fakultesi\\_ayin\\_kitaplari.html](https://basimveyayinevi.ege.edu.tr/tr-15096/tip_fakultesi_ayin_kitaplari.html)

linkinden ulaşabilirsiniz.

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Müdürlüğü Kalite Direktörlüğü Yayın Birimi

Tel : (0232) 390 31 03 e-mail: egedergisi35@gmail.com

## ÇOCUK VE ERGENLERDE YEME VE BESLENME BOZUKLUKLARI

Çocuk ve ergenlerde yeme ve beslenme bozukluklarını gelişimsel ve psikiyatrik açıdan ele alan bu kitap; aileler, öğretmenler ve klinisyenler için rehber olarak hazırlanmıştır. Tanı ve tedavi süreçlerinin yanı sıra, yeme bozukluklarının altında yatan bireysel ve çevresel etmenlere ışık tutmayı, çocukların ve gençlerin sağlıklı gelişimini desteklemek isteyen herkese yol gösterici olmayı amaçlamaktadır.



Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ayın Kitapları Serisi