

ANOREKSİYA NERVOZA ve TEDAVİSİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR

Uz. Dr. Efser Kerimoğlu
A.Ü.T.F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı
Çocuk Psikiyatristi

Psik. Dr. Birsen Ceyhan
A.Ü.T.F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Anoreksiya Nervoza daha çok ergenlik döneminde ortaya çıkan ve çoğunlukla kızlarda görülen şiddetli bir yemek reddi ve buna bağlı belirtilerdir. Hastalık gerek belirtilerin çeşitliliği, gerekse tedavisinin özelliği dolayısıyla çok çeşitli tıp ve psikoloji disiplinlerini ilgilendirmektedir.

Anoreksiyanın tanımında 1972'de Feighner ve arkadaşlarının koyduğu tanı ölçütleri günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Bunları şöyle sıralayabiliriz : 1) 25 yaştan önce başlama 2) Normal beden kilosunun % 25'ini kaybetme 3) Yemek yemeye karşı özel tutumlar (açlık hissetmemek, kilo kaybetmekten zevk almak, yiyecekleri saklamak, biriktirmek gibi) 4) Aşağıdaki belirtilerden en az iki tanesinin bulunması a - Amenore b - Saçlarda cıvılaşma (Lanugo) c - Bradikardi d - Hiperaktivite e - Bulemi epizodları f - kendi kendini kusturma 5) Hastanın anoreksiyasını ve kilo kaybını açıklayacak hiçbir organik rahatsızlığının bulunmaması (Simons hastalığı gibi) 6) Belirgin bir psikiyatrik bozukluğunun olmaması (Primer affektif bozukluklar, Şizofreni, Obsesif kompulsif nevroz, Fobik nevrozlar gibi) (Bemis, 1978).

Amerikan Psikiyatri Derneğinin 1980'deki (DSM III) tanı kriterleri de şöyle : 1) Şişmanlık korkusu 2) Beden imajının bozulması korkusu ve sürekli olarak kendilerini şişman algılama 3) Normal beden kilolarının % 25'ini kaybetme (18 yaşın altındakiler için yaş ve boy faktörünü de dikkate almak gerekir.) 4) Normal boy ve yaşlarının

gerektirdiği kilonun alt sınırını dahi reddetme.

Ensidans : Hastalık ergenliğin erken dönemlerinden sonuna kadar, nadiren de 30 yaşına kadar görülebilir. Kız erkek oranı genellikle 8/1 dir. (Bemis 1978) 100.000 lik popülasyonda 1 yılda görülme oranı 0,24 - 1,6'dır. (Brautigam, Christian 1978) Bununla birlikte tanı kriterlerinin çok iyi kullanılmaması da ve diğer nedenlerle olan kilo kayıpları ile karıştırılmalarına bağlı olarak çok değişik sonuçlarla da karşılaşabilmektedir. Özellikle son yıllarda hastalığa olan dikkatlerin artması sonucu hastane kayıtlarında dramatik bir artış gözlenmektedir (Anyan, Schowalter 1983; Maloney, Klykylo, 1983). Genel toplum içinde hastalığın dağılımı konusunda da değişik bilgiler verilmektedir. Genellikle her toplumda hastalığın görülebileceği bildirilmektedir. Hindistan, Nijerya, Zimbabve gibi geri kalmış topluluklardan da vaka örnekleri vardır (Buchan, Gregory, 1984).

Klinik görünüm : En çarpıcı klinik görünüm «kilo kaybıdır». Beden kilosunun en az % 25'ini kaybetmiş olma tanı da önemli bir ölçü ise de hastalık öncesi kiloları, boyları, yaşları arasındaki farklılıklar dolayısıyla bu kesin bir sınır olarak ele alınamaz.

İkinci önemli klinik bulgu 'Amenore'dir. Amenore primer ve sekonder olarak (Menarştan önce ve sonra) gözlemlenebilirse de genellikle sekonderdir ve çoğunlukla hastanın zayıflama-ya başladığı ilk dönemlerde, aşırı kilo

kaybından önce ortaya çıkan bir belirtidir. Amenorenin eşlik etmediği anoreksiya vak'aları çok az sayıdadır.

Bazı hastalarda yeme ile ilgili ilginç davranışlar gözlemlenir. Yemekleri saklayıp biriktirme, başkalarına yedirmek için aşırı bir çaba gösterme, yiyecek aşırma, abur - cubur yeme gibi. Ayrıca bu hastalarda herkesle birlikte yemek yiyememe, ısrar edilince kusma veya kendi kendini kusturma, laksatif alma gibi davranışlar da gözlemlenebilir. Zaman zaman bulemi türünde durdurulmayan yedek yemeler de olabilir.

Klinik görünümünde ayrıca beslenme bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan kabızlık, kusma gibi mide barsak rahatsızlıkları, ödemler, saçlarda cıvılaşma, bradikardi, hipotansiyon, hipotermi, soğuğa karşı dirençsizlik, poliüri, libido azalması veya kaybı, infantil uterus bulunabilir. Aşırı kilo kayıplarında protein yıkımı ve hipotalamusta ortaya çıkan bozukluklar sonucu çeşitli organik semptomlar ve metabolik, hormonal dengesizlikler, zihinsel ve ruhsal bozukluklar gözlenebilir. Ciddi depresyonlar, hatta suizid girişimleri de yine pek ender olmayan klinik bulgularındandır (Bemis, 1978).

Anoreksiyalı hastaların labratuvar sonuçlarında da anormal EEG, bulguları, bazal metabolizma düşüklüğü, glikoz tolerans testinde düşüklük, estrogen ve hormon düzeylerinde değişikliklere rastlanmaktadır (Bemis, 1978; Brautigam, Christian, 1978; Schowalter 1983; Lippe, 1983).

Kişilik özellikleri : Anorektik hastaların kişilik özellikleri pek çok klinisyen tarafından benzer biçimde tanımlanmaktadır. Bunlar içe dönük, temiz,

iyi huylu, okulda ve evde çok az sorun çıkararak, duyarlı, bağımlı, buna karşın mükemmeliyetçi, bencil ve inatçı kimselerdir, zekaları genellikle normalin üstündedir. Anorektik hastalarda obsesif, histerik, otistik, hipokondriyak veya depresif özelliklerin de bulunabileceği bildirilmektedir (Powers, Powers, 1984; Bemis, 1978).

Anorektik erkekler daha çok şizoid ve paranoiddirler, kızların tersine iyi öğrenci değillerdir ve tedaviye de daha dirençlidirler. (Maloney, Klykylo, 1983).

Anoreksiya nervözalların aile yapıları ve ilişkileri de pek çok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Genellikle annelerin dominant ve sürekli baskı kurmaya çalışan kimseler olduğu, buna karşın babaların pasif ve etkisiz oldukları bildirilmektedir. Yapılan bir araştırmada hastaların aile sistemlerindeki interaksiyonları belirleyen 5 önemli özellik bulunmuştur. 1) Enmeshment (ağ gibi sarmak) 2) Aşırı koruyuculuk 3) Rijidite 4) Çatışmaların çözümünde kayıtsızlık 5) Çözülmemiş evlilik ve aile çatışmaları içinde hasta çocuğun varlığı. Bunları açıklayacak olursak; Aile üyeleri birbirlerinin tepkilerine aşırı derecede duyarlıdırlar. Birbirlerinin duygu ve gereksinimlerini sezgisel olarak kavrarlar. Aile dengesini bozmamak için kendi bireysel ilgi ve isteklerinden vazgeçerler. Birbirlerini hemen hemen hiç eleştirmezler. Bireysel otonomi çok azdır, üyelerin bağımsızlığına izin verilmez, anorektik hasta ailesine karşı, ailesi de anorektik hastaya karşı aşırı koruyucu, kollayıcıdır. Aile bu ilişkilerinde son derece katı olduğu için yeni durumlara uyum gösteremez, örneğin büyümekte olan bir çocuğun yeni özelliklerine göre değişim yapılamaz. Anorektik hastaların olduğu aile-

lerde çatışmaların çözümü çok güçtür. Çünkü düzenin bozulmaması için aileler çatışmaları inkar etme, görmezden gelme eğilimindedirler. Bu ailedeki hasta çocuk, ailenin bütün ilgisini çeker. Böylece aile temeldeki çatışmaların çözümüyle uğraşmaz, görünüşte aile sistemi stabilitesini korur, ancak bunun korunması için çocuğun hastalığının sürmesi de gereklidir (Liebman, 1983).

Ortaya çıkarıcı etmenler : Pek çok klinik araştırmaya göre anoreksiya yeni bir okula başlama, puberte dönemi, evlilik ve benzeri gibi yeni bir duruma tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Üzerinde durulan bir diğer konu da, başlangıçta anoreksiyanın aşırı kiloları atma, perhiz yapma biçiminde başladığıdır, ancak burada anlaşılamayan istenen normal kiloya inildikten sonra da yemek reddinin neden sürdürüldüğüdür (Bemis 1978).

Prognoz : Bu konuda verilen sonuçlar birbirinden oldukça farklıdır. Bazı araştırmalarda iyileşme oranı % 35 olarak bildirildiği halde bazılarında bu oran % 75'e kadar çıkabilmektedir. Bunun nedeni iyileşme ölçütlerinin farklı değerlendirilmesinden ileri gelmektedir. Bazı araştırmacılar iyileşme olarak yalnızca kilo almayı, bazıları da kilo alma yanısıra sosyal ve ruhsal uyumun düzelmesini de ölçüt olarak kabul etmektedir. Bu konudaki izleme çalışmaları da yetersizdir. Ancak en uzun izleme çalışmaları en olumsuz sonucu verenlerdir. Ölüm oranı da bazı araştırmalarda % 3,6-6,6 olarak bildirilmekte bazı araştırmalarda ise bu oran % 22'ye çıkmaktadır (Manoley, Klykylo 1983). Yalnız son yıllarda tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler dolayısıyla ölüm oranlarında düşme olmuştur. Tedavi görmeyen vakalarda ölüm oranının % 10-15 olduğu bildirilmek-

tedir (Powers, Powers 1984. Hastaların % 25-50'sinde semptomların bir süre sonra yeniden ortaya çıktığı, % 38'inin ise yeniden hastaneye yattığı ileri sürülmektedir (Bemis 1978).

Etioloji : Psikodinamik açıdan anoreksiya nervozadaki temel çatışma, özet olarak kadınlık rolünü aşağı görme, bedensel ve ruhsal olarak kadın olmaya yönelik olgunlaşmayı reddetme ve bunun sonucunda oral döneme regrese olma olarak açıklanır. Yemeğe karşı tutumları ve amenore bunun klinik görünümüdür. En önemli kanıt da anoreksiyanın başlama yaşıdır (Bemis 1978; Brautigam, Christian, 1978).

Ego psikolojisi açısından da dürtü bozukluklarından anne-çocuk ilişkisine kadar pek çok konu üzerinde durulmuş, erken yaşlarda anne kaybı, anne-çocuk ilişkisindeki bozukluk, aşırı koruyuculuk gibi nedenler ileri sürülmüş ve anoreksiyalılarda defektli bir self algısı bulunduğu bildirilmiştir (Bemis 1978).

Beden imajı : Anoreksiya Nervozanın etiolojisinde pek çok araştırmacı beden imajındaki yıkımın üzerinde durmakta ve beden imajı ile aşırı ilgilenme hastalığın derecesi ile orantılıdır denmektedir hatta tedavide bozuk kendilik imajının düzeltilmesi için ayna, fotoğraf, video aracılığı ile yüzleştirme yapılmasını önerenler de vardır.

Aile etkileşimleri yönünden olayı ele alanlar ailedeki aşırı koruyuculuk stabil ve bağımlı kalmaya yönelik özellikler üzerinde durmakta anoreksiyadaki bozukluğun bireysel bir sorun değil, kişiler arası ilişki sorunu olduğunu söylemektedirler (Bemis 1978).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda genetik etmenlerin de önemi üzerinde

durulmaktadır. Anoreksiyalı hastaların kız kardeşlerinde prevelans yüksek bulunmuştur. (% 5) Ancak, bu çevresel etkenlere de bağlı olabilir. İkiz çalışmalarında da genetik lehine bulgular bulunmuşsa da bunlar genelleme yapabilecek kadar çok sayıda değildir. (Maloney, Klykylo 1983)

Anoreksiya Nervozada ortaya çıkan çeşitli fizyolojik değişiklikler dolayısıyla hastalıkta organik bir etioloji bulunabileceği konusu üzerinde de durulmaktadır ve «Anoreksiya Nervozada eğer organik bir anormallikle ilgili ise bozukluk büyük bir olasılıkla hipotalamustadır» denilmektedir. Yapılan pek çok araştırmada hayvanların hipotalamusunda lezyon yaratılmış ve semptomların Anoreksiya Nervozaya benzediği görülmüştür. Yiyeceği red veya daha az yiyecek alma, aktivitede artma, davranış ve duygusal bozukluklar, sıvı dengesinde, ısı regülasyonunda, karbonhidrat metabolizmasında, gonadotropin sekresyonunda bozukluklar görülmüştür. Hipotalamik bozukluk anoreksiya nervozada anormal düşünce örüntüleri ve psikoseksüel bozukluklara da neden olmaktadır, denmektedir. Ancak bütün bunlar da henüz deneme safhasındadır, kesin birşey söylenemez (Bemis 1978).

Tedavi : Anoreksiya Nervozalı hastalar genellikle çok fazla kilo kaybı olmadıkça dikkati çekmezler. Bu yüzden de hekime başvurulduğunda çoğunlukla kaşektik, deri turgor tonusu bozuk ve anemiktirler. Uzun süre açlığa bağlı olarak kalp ve dolaşım sisteminde, elektrolitlerinde, metabolizmada ve hipotalamik fonksiyonlarda çeşitli bozukluklar ortaya çıkmış olabilir. Bütün bu nedenlerden ötürü anoreksik hastalar acil olarak ele alınıp değerlendirilmesi ve organik tetkiklerinin yapılması gere-

ken vakalardır. Kilo kaybı normal kilonun % 25'in altına düşmüş ise derhal hastaneye yatırılarak tıbbi bakıma alınmaları zorunludur. Bu dönemde mutlaka psikiyatri kliniklerinde yatırımları gerekmez. Pediatri, iç hastalıkları, gastroenteroloji gibi ilgili bölümlerde de yatırılabilir ve psikiyatrik olarak da izlenmeleri veya psikiyatrye yatırıldığında mutlaka ilgili servislerle işbirliğine girilmesi gerekir. Hastaneye yatırmaktaki amaç kilo aldırma değildir. Genellikle önerilen, hastanın ideal vücut kilosunun % 70'i ile hastaneye yatırılıp % 80 - 85'i ile taburcu edilmesidir. % 90 ile taburcu edilmesini savunanlar da vardır. Hasta kısa zamanda ele alınıp gerek organik gerekse ruhsal yönden değerlendirilmeli, kişilik özellikleri, yeme davranışı, aile, çevre, okul ilişkileri gözden geçirilmeli, dinamik formülasyon yapılmalı ve bütün bunlara göre hastaya uygun bir tedavi planlanmalıdır. Bu tedavi planı yatarak veya ayakta tedaviyi ve taburculuktan sonra uzun süreli izleme tedavisini de mutlaka içermelidir. Hastanın yalnızca kilo alması hiçbir zaman düzeldiği anlamına gelmez, sosyal ve ruhsal uyumunun da düzelmesi gerekir. Uzun süre izlenmeyen vakalarda semptomların yeniden geri gelmesi veya kronikleşme daha kolaylıkla olmaktadır (Maloney, Klykylo, 1983).

Tedavide, ilaç tedavisi (Özellikle fenotiazinler ve antidepresanlar) psikodinamik tedavi, bireysel psikoterapi, aile tedavileri ve davranış tedavileri gibi çeşitli yöntemler uygulanmaktadır.

Psikodinamik tedavi yöntemleri : Klasik psikoanalitik tedavinin Anoreksiya Nervozada uygulanmasının iyi sonuçlar verdiği ileri sürülüyorsa da, genel kanı çok yararlı olmayacağı biç-

mindedir. Buna gelen eleştiriler şöyle özetlenebilir :

1 - Bu hastalar çok dirençli olduklarından transferans ilişkisine girebilmeleri çok zordur.

2 - Bu tedavide daha çok hastanın yemek yeme davranışı üzerinde durulur, yorumlar getirilir, hastanın kendisini ortaya koymasına dolayısıyla güçlü bir self duygusu geliştirilmesine izin verilmez.

3 - Bu tedavi yöntemi ile yapılan araştırmalar daha çok tek bir vak'a analizi biçimindedir, dolayısıyla genelleme yapılamaz (Bemis 1978).

Son yıllarda daha çok obje ilişkileri üzerinde durulmakta, ayrılma, bireyselleşme, otonomi kazanma süreçleri incelenmektedir. Anoreksiyanın uzun süreli ayaktan tedavisinde bu konular üzerinde durularak patolojik savunmaları ve negatif transferansları ile çalışılabilir ve bu yararlı olur denmektedir. Ayrıca uzun süreli bireysel psikoterapide hastanın defektli self algısı ve bozuk kişiler arası ilişkilerinin esas alınması ve bunların düzeltilmeye çalışılması öneriliyor. (Maloney, Klykylo, 1983)

Bireysel psikoterapide hasta sorununun inkar ettiği için başlangıçta empatik bir ilişki kurmak zor olabilir. Bu yüzden destekleyici nitelikteki tedaviler daha uygundur. Hastaya duygularını tanıması ve davranışlarıyla olan ilişkisini görmesi öğretilir. Genellikle ilk ortaya çıkan duygu kızgınlıktır ve çoğu anorektik öfkeli iken daha çok kusar. Örneğin burada önce hastaya bu duygusunu tanıtmak ve benimsetmek daha sonraki aşamalarda da kızgınlığına tepki verirken daha az zarar

verici bir yol seçmesini öğretmek gerekir. Terapötik ilişki kurulup, hasta duygu ve düşüncelerini benimsemesini öğrendikten sonra da iç görü kazandırıcı bir psikoterapi uygulanabilir (Powers, Powers, 1984).

Aile Tedavileri : Bu konuda Minuchin ve arkadaşları, Liebman ve arkadaşları ve Palozzoli gibi araştırmacıların önerdikleri türde aile sistemleri oryantasyonlu tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (Maloney, Klykylo 1983). Bu yöntemde psikiyatrist, hasta ve ailesi temel üyelerdir. Ayrıca pediatrist veya aile hekimi yardımcı üye olarak ekibe katılır. Tedavi, hasta ve ailesinin hekime başvurduğunda, hastada ve ailede varolan ruhsal patolojilerin ve işlev bozukluklarının tanımlanması ile başlar, daha sonra da buna uygun bir tedavi planı düzenlenir (Liebman ve ark. 1983).

İlk aşamada hastanın tıbbi muayeneleri ve labratuvar tetkikleri yer alır. Bu incelemeler pediatrist tarafından yapılır ve aile üyelerinden birinin de mutlaka bulunması istenir. Bundan amaç, hem hastalığın ve semptomların ciddiyetini aileye göstererek onlarda belli bir kaygı yaratmak, hem de böyle bir olaya aile üyelerinin tepkilerini ve etkileşimlerini gözlemleyebilmektir. Bunlar yapılırken bir yandanda semptomların gelişimi, aile yapısı, ev ortamı, ortaya çıkarıcı nedenler, semptomları kaldırmak için yapılan girişimler konusunda ayrıntılı bilgi alınır (Liebman ve ark. 1983).

Tıbbi tetkikler bittikten sonra pediatrist hasta için sağlıklı olabilecek bir kilo ve buna uygun günlük kalori ve diyet programı hazırlar. Pediatrist, psikiyatrist ve aile birlikte oturarak sonuçları ve prognozu tartışır, tedavi

planını kararlaştırırlar. Burada amaç ailenin psikoterapiye olan dirençlerinin kırılmasıdır. Peditrist ve psikiyatristin birlikte çalışmalarının da, aileler için rol modeli oluşturmak gibi çeşitli yararları vardır. Ayrıca psikiyatrist aileyi peditriste hastalık hakkında soru sormak için teşvik eder. Peditrist de aileyi psikoterapinin gerekliliği konusunda ikna eder, böylece ailenin olaya katılımı kolaylaşır. Bunlardan başka birlikte çalışmak peditrist ve psikiyatrist için de önemlidir. Birbirlerini konsülte ederler. Terapinin ilk aşamalarında peditrist de aile terapisi seanslarına katılır. Başlangıçta tedavinin ayaktan mı, yoksa yatırılarak mı yapılacağına da karar vermek gerekir. Çocuklarda genellikle okul aktivitesini engellemek için ayaktan tedavi yeğlenirse de, bazı durumlarda hastane tedavisi de gerekli olabilir. Suisid tehlikesi, ciddi ruhsal semptomlar buna neden olabileceği gibi, ayaktan tedavinin yarar sağlamadığı veya taburculuktan sonra semptomların yeniden ortaya çıktığı durumlarda da hastanın yatırılması gerekir (Anyan, Schowalter 1983).

Hastane tedavisi genellikle üç dört haftadır ve hastanın verdiği kilonun 1/3 ünü veya 1/2 sini alması istenir. Tedavi taburculuktan sonra ortalama 10 ay devam eder (Liebman ve ark. 1983).

Ayaktan tedavide de yine peditrist ve psikiyatrist birlikte çalışırlar. Ekip başkanı psikiyatristtir. Bu tedavinin aşamalarını şöyle özetleyebiliriz : 1 - Hastanın yemek reddini ortadan kaldırmak ve kilo almasını sağlamak ilk hedeftir. Çünkü hasta yemek reddini sürdürdüğü takdirde, ailesinin ilgisini başka bir yöne çekebilmek ve aile içi çatışmaların çözümünü ile uğraşabilmek mümkün olmaz. 2 - Hastadaki semp-

tomların nedeni olarak düşünülen ailedeki işlev bozukluklarını ortadan kaldırmak. 3 - Semptomların yeniden ortaya çıkışını engelleyebilmek için aile sisteminin yapısında ve işlevlerinde değişiklikler yapmak. 4 - Aile tedavisi bittikten sonra anababayla evlilik terapisi ve hasta ile de bireysel terapiye geçmek (Liebman ve ark. 1983).

Bu tedavinin başlangıcında hep birlikte yenilen öğle yemeği seansları vardır. Burada hastanın yeme davranışı, ailenin buna tepkisi ve aradaki ilişkiler gözden geçirilir ve düzeltilmeye çalışılır, daha sonra aile üyelerine ve hastaya görevler verilir ve kendi sorumluluklarını yüklenerek, çatışmalarını çözümleyebilmelerine çalışılır. Hasta yeniden gıda reddine başlarsa, aile bunu psikiyatriste haber verir, ancak kendileri olaya karışmaz, bu hastanın sorumluluğu altındadır. Ailede değişen durumlara uyum sırasında kriz ortaya çıkarsa, psikiyatrist olaya karışır, öğle yemeği seansları yeniden başlar. Aile üyelerine bazı görevler vererek, aile sisteminde değişiklikler yapmak, üyelerin herbirinin rolüne açıklık getirmektedir. Bu çok güç ve stres yaratan bir süreçtir. Dirençli hastalar ve aileleri ile çalışmada terapistin yaratıcı, deneyimli ve tutarlı olması gerekir. (Liebman ve ark. 1983).

Aileler sıklıkla yardıma gereksinimleri olduğunu ve birbirleri ile ilişki kurmada yetersiz olduklarını belirtirler. Yeni sorunlar çözme zorunluluğunda kalmamak için de önerilen tedavi programını kolaylıkla kabul ederler (Liebman ve ark. 1983).

Bu tür yaklaşımın çok iyi sonuçlar (% 85 - 86) verdiği söyleniyor. (Bemis 1978, Liebman ve ark. 1983). Yalnız anoreksia eğer baş vurumdan 1 yıl ön-

ce başlamışsa ve psikososyal gelişim dönemlerinde de belirgin sorunlar varsa, aileler ayrı yaşıyor veya boşanmışlarsa tedavinin çok güç ve karmaşık olduğu belirtiliyor. Ayrıca tedavinin planlanması ve yürütülmesinin bu konuda uzmanlaşmış bir kişi tarafından çok iyi bir biçimde yapılması gerektiği de vurgulanıyor (Liebman ve ark. 1983).

Aile tedavileri yaklaşımı çeşitli yönlerden eleştirilmektedir :

1 - Anoreksiyayı tek bir kavram (bozuk aile sistemi) olarak görmektedir ve tanı koyarken de sendromun heterojenesisini reddetmektedir.

2 - Bu vak'aların çoğunda aile sistemi stabil hale gelse de daha sonra psikoterapiye gereksinim vardır.

3 - Hastaların çoğunda izleme çalışmalarında hasta ile direkt ilişki kurulmamaktadır ve bu izleme çalışmalarının süresi de belirli değildir.

4 - Amenore, yeme sorunları, psikoseksüel uyum ve diğer psikiyatrik semptomlarla ilgili sistematik bir değerlendirmeleri de yoktur.

5 - Ayrıca tedavi sonuçlarının iyi olmasının nedeni, zaten prognozu iyi olan hasta grubunun tedaviye alınmış olmasına bağlıdır (Maloney, Klykylo 1983).

Davranış tedavileri : Bu konuda davranış değiştirme, relaksasyon, sistematik duyarsızlaştırma, rol oynama gibi çeşitli teknikler kullanılmaktadır (Maloney, Klykylo 1983).

Davranış tedavileri uygulandığında kilo alma potansiyelinin süratle art-

tığı bildirilmekte ise de, bu yaklaşıma pek çok eleştiri de gelmektedir. Bu tekniğin çok zorlayıcı olduğu, ayrıca çok çabuk kilo almanın bulemeye yol açtığı, hatta mide dilatasyonu gibi organik ve fizyolojik bozukluklara neden olabileceği üzerinde durulmaktadır. Davranış tedavileri için tek hedefin hastanın kilo alması olduğu, bu yapılırken de hastanın ruhsal tedavisinin ihmal edildiği, sonuçta da hastalarda büyük duygusal yıkımlara, hatta intiharlara yol açtığı gibi ağır eleştiriler de getirilmektedir. Buna karşın süratli kilo kaybının meydana geldiği akut vakalarda kullanılmasının yararlı olduğu da bildirilmektedir. Ayrıca diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanıldığında çok iyi sonuçlar alındığı da vurgulanmaktadır (Bemis 1978; Maloney, Klykylo 1983).

Görüldüğü gibi tek tek ele alındıklarında tedavi yöntemlerinin her birinin hem çok yararlı, hem de sakıncalı veya eksik yönleri bulunmaktadır. Son zamanlarda pek çok araştırmacı bu yöntemlerin hastaya uygun bir kombinasyon biçiminde kullanılmasını önermektedir. Ayrıca bu uygulamanın çeşitli disiplinlerden gelen bir ekiple yapılması gerektiği üzerinde de durulmaktadır ve buna multidisipliner ekip ile yapılan multidimensiyonil yaklaşım denmektedir. (Maloney, Klykylo 1983). Güney Florida üniversitenin yeme bozuklukları bölümünde ve yine Yale üniversitesi NewHaver hastanesi adolesan servisinde yapılan bu tür uygulamalar anlatılmakta ve çok iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Bu tür tedavi programlarında davranış tedavisi, psikoterapi, aile danışmanlığı ve aile tedavisi ve ayrıca kilo kaybına bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonların tedavisi birlikte uygulanmaktadır. Uygulayıcı ekipte de davranış terapisi-

ti, psikoterapist, aile terapisti, iç hastalıkları uzmanı veya peditrist, diyet uzmanı ve hemşire bulunmaktadır. Tedavi programı içerisinde ekibin her üyesinin görevleri ve sınırları tek tek belirtilmekte, böylece hasta aile ve tedavi ekibinin birlikte iyi bir uyum içerisinde çalışması sağlanmaktadır (Liebman ve ark. 1983; Powers, Powers 1984).

KAYNAKLAR

- Anyan, W.R., Schowalter, J.E. (1983). A Comprehensive Approach to Anorexia Nervosa, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 2 : 122 - 127.
- Bemis, K.M. (1978). Current Approaches to the Etiology and Treatment of Anorexia Nervosa, *Psychological Bulletin*, 85, 3 : 593 - 617.
- Brautigam, W., Christian, P. (Çeviri : Özbek, A., Odağ, C.) (1978). Psikosomatik Tıp, Öğrenci ve Doktorlar için el kitabı, A.Ü.T.F. Yayınları 336 : 220 - 241.
- Buchan, T., Gregory, L.D. (1984). Anorexia Nervosa in a Black Zimbabwean, *British Journal of Psychiatry*, 145 : 326 - 330.
- DSM III (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition).
- Liebman, R., Sargent, J., Silver, M. (1983). A Family Systems Orientation to the Treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 2 : 128 - 133.
- Lippe, B.M. (1983). The Physiologic Aspects of Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 2 : 108 - 113.
- Moloney, M.J., Klykylo, W.M. (1983). An Overview of Anorexia Nervosa, Bulimia, and Obesity in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 2 : 99 - 107.
- Powers, P; Powers, S. (1984). Inpatient treatment of Anorexia Nervosa. *Psychosomatics*, July, Volume 25, Number 7. Sayfa 512 - 527.