

Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları

What Is The Avoidant/Restricted Food Intake Disorder? Diagnosis And Treatment Approaches

Mehmet Emrah KARADERE¹, Çiçek HOCAOĞLU²

ÖZ

2013 yılında yayınlanan DSM-5'te yeni birçok bozukluk tanımlanmıştır. Bunlardan biri de Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğudur (KKYAB).

Bu yeme bozukluğuna belirgin yeme kısıtlaması ve gelişme geriliği eşlik etmesine rağmen kilo alma korkusu eşlik etmemektedir. Bundan dolayı anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan ayrı bir tanı olarak sınıflanmasına karar verilmiştir.

Çocuklarda, yetişkinlerde ve yaşlılarda KKYAB epidemiyolojisi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Toplum örnekleminde yaklaşık %3 ve klinik örneklerde %14–23 arasında görüldüğü bilinmektedir. Ayrıca, tanı sınıflandırmalarında henüz yeni yer alan KKYAB etiyojisine ilişkin de henüz yeterli veri bulunmadığı tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının, erken tanı ve sekelleri en aza indirmeleri ve uygun müdahalelerde bulunabilmeleri için KKYAB ve bunun çeşitli klinik görünümlerinin farkında olmaları gerekir. Tedaviye umut veren yaklaşımlar, Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve aile temelli tedaviye (ATT) yönelik modifikasyonları içerir.

Bu derlemedeki amacımız KKYAB'in tarihsel gelişimi, tanı kriterleri, kliniğini ve tedavisini güncel literatür ışığında gözden geçirmektir.

Anahtar Kelimeler: DSM-5, Yeme Bozukluğu, Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Tanı ve Tedavi

SUMMARY

Many new disorders have been identified in the DSM-5 published in 2013. One of them is avoidant/restricted food intake disorder (ARFID).

Although this eating disorder was accompanied by significant eating restriction and growth retardation, it is not accompanied by fear of weight gain. Therefore, it was decided to be classified as a separate diagnosis from anorexia nervosa and bulimia nervosa.

More studies are needed for the epidemiology of ARFID in children, adults and the elderly. It is known to be seen approximately 3% in the community sample and between 14% and 23% in clinical samples. In addition, it has been found that there is not yet sufficient data on the etiology of ARFID which is yet to be included in diagnostic classifications. Primary health care providers should be aware of ARFID and its various clinical manifestations for early diagnosis, minimizing sequelae and making appropriate interventions. Approaches which promise hope to treatment include modifications to cognitive behavioural therapy (CBT) and family based therapy (FBT).

Our purpose in this review is to review the historical development, diagnostic criteria, clinic features and treatment of ARFID in the light of current literature.

Keywords: DSM-5, Eating Disorders, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders, Diagnosis and Treatment

¹Dr. Öğr. Üyesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, karadere26@yahoo.com, ORCID:0000-0002-1404-9839

²Prof. Dr., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, cicek.hocaoglu@erdogan.edu.tr, ORCID:0000-001-6613-4317

GİRİŞ

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB), 2013 yılında yayınlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-5) Avoidant/Restricted Food Intake Disorder (ARFID) adıyla yeni bir tanı kategorisi olarak ortaya çıkmıştır.¹

DSM-IV'te ki "Yeme bozuklukları" ve "Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme ve yeme bozuklukları" şeklinde yer alan iki bölümün DSM-5'te "Beslenme ve Yeme bozuklukları" şeklinde tek bir bölümde birleştirildiği görülmektedir. Böylece beslenme ve yeme bozukluğu tanıları çocuk ve erişkin şeklinde ayrılmadan tüm yaşam dönemlerini kapsar hale gelmiştir. DSM-5 ekibinin bu değişiklikleri yapmasının en önemli nedenleri biri, DSM-IV'te bebeklik veya erken çocukluk çağı beslenme bozukluğu tanısının, kilo kaybı gereksinimi ve 6 yaşın altındaki kısıtlayıcılık gereksinimi nedeniyle yetersiz çalışılmış ve sınırlı kullanılmış olmasıdır. Bu nedenle DSM-5'te klinik olarak anlamlı beslenme ve yeme bozuklukları olan, ancak kilo alımı veya vücut görüntü bozukluğu korkusu olmaksızın, her yaştan genişletilmiş heterojen bir hasta grubunu kapsamak için¹⁸ Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olarak yeniden tanımlanmıştır.

KKYAB, anoreksiya nervoza (AN) ve bulimia nervoza (BN)'da en önemli kriter olan ağırlık ve vücut görüntüsü endişesi olmaksızın, sürekli olarak yiyeceklerden kaçınılması veya beslenme kısıtlaması ile karakterize edilir. Bu durum aşağıdakilerden en az biriyle sonuçlanır:

- Önemli kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması ya da gelişmede bozulma olması),
- Önemli beslenme yetersizliği,
- Oral beslenme takviyesi veya enteral beslenmeye bağımlılık,
- Psikososyal işlevsellikte belirgin bozulma.¹

Eşzamanlı bir sağlık sorunu ya da ruhsal bozukluğu olanlarda yeme bozukluğunun şiddeti, komorbid durumda beklenenden

daha şiddetli olduğu durumlarda KKYAB tanısı konabilir.^{1,18,22,26}

Pediyatrik yaş aralığındaki yaygın klinik görünüşleri zayıf büyümeyle karakterize kronik duygusal gıda kaçınmasını, belirsiz karın ağrısı ve kilo kaybıyla karakterize daha subakut bir görünümü ya da boğulma olayından sonra yeme korkusu nedeniyle hızlı kilo kaybıyla karakterize akut başlangıçlı bir görünümü içerebilir.

Londra'daki Great Ormond Street (GOS) Hastanesi'ndeki klinisyenler, DSM-IV'e göre başka türlü sınıflanmamış yeme bozuklukları tanısı alan genç hastalarda yeme bozuklukları için sendromlar tanımlamışlardır.²⁸ Sendrom kategorilerinden bazıları, KKYAB'ın tanı ölçütlerinin gelişimine bilgi sağlamıştır. Food avoidant emotional disorder (FAED), -Gıda kaçınan duygusal bozukluk- ise kilo ve görüntü endişesi olmadan, sıklıkla somatik yakınmalara (örneğin, karın ağrısı) atfedilen hatırı sayılır gıda kısıtlaması ve önemli ölçüde düşük ağırlık, gıdayla ilişkisiz yaygın anksiyete, yeme ve iştahı bozan obsesyonlar ve duygudurum belirtileriyle karakterize edilir.¹

Seçici yemek yeme, son derece sınırlı yiyecekler yeme ve yeni yiyecekleri denemek için aşırı isteksizlik olarak sınıflanır (aynı zamanda gıda neophobisi olarak da bilinir). Fonksiyonel disfaji/diğer gıda fobileri ya özellikle katı veya topaklı yiyecekleri yutma korkusu olarak (sıklıkla öğürme, boğulma, kusma korkusu da eşlik eder) ya da sadece basit kusma fobisi olarak ya da sadece kusmanın ya da yemenin olası diğer olumsuz sonuçlarıyla ilgili bir fobi olarak görünür.^{4,27} KKYAB hastalarının klinik durumu klinisyenlerce uzun zamandır bilinmekte ve gözlemlenmekteyken ayrı bir tanı kategorisi olarak tanı kitaplarında yer alması ise 2013 yılında DSM-5'in yayınlanmasıyla olmuştur.

Bu çalışmada amaç KKYAB'ın klinik görünüşlerini ve henüz netlik kazanmış

olmasa da kanıta dayalı olarak yönetimini tanımlamaktadır.

Epidemiyoloji

KKYAB yakın zamanda tanımlanmış bir bozukluk olduğu için, hiçbir geniş çaplı epidemiyolojik çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu nedenle, genel toplumdaki görülme sıklığı ve yaygınlık oranı ile ilgili literatür bilgisi yeterli değildir.

Tanı kriterlerinin belirlendiği 2013 yılı öncesinde yapılan çalışmalara bakıldığında, erken başlangıçlı (<13 yaş) yeme bozukluğuyla ilgili İngiliz ulusal sürveyans çalışmasında vakaların %19'unda malnütrisyon ve sürekli yiyeceklerden kaçınma olduğu, ancak kilo alımı korkusu olmadığı belirtilmiştir.²⁹ Kanada'da yapılan benzer bir çalışma da buna benzer vakaların daha yüksek bir yüzdesini bildirmektedir (%26,7).³³ Tanımlamalarından da anlaşılacağı üzere bu iki çalışmada belirtilen klinik durumlar, KKYAB ile benzerlik göstermektedir.

Toplum temelli çalışmalardan şimdiye kadar yayınlanmış tek çalışma İsveç'te okul çocukları arasında (8-13 yaş) yapılmış bir çalışmadır. Bu çalışmada yeni geliştirilen bir tarama aracı olan Gençlik Yeme Bozuklukları Ölçeği (EDYQ) kullanılmış ve yaygınlık oranı %3,2 olarak bildirilmiştir.¹⁹

Klinik örneklerde KKYAB yaygınlık oranı genel olarak daha sıktır. Örneğin, Kuzey Amerika'daki yeme bozukluğu tedavi programları boyunca yapılan bir dizi vaka incelemesi ve klinik çalışma, bölgedeki hastaların %7,2-17,4'ünün KKYAB tanı kriterlerini karşıladığını belirtmektedir.^{10,30,32} Japonya'da yeme bozuklukları için tedavi görmek isteyen bireylerin geriye dönük olarak incelendiği benzer bir çalışmada, %11'i KKYAB ölçütlerini karşılamıştır.²⁵ Dahası KKYAB, yeme bozuklukları için günlük tedavi programı uygulayan merkezlerde, gençler arasında daha da yaygın bulunmuştur (%22,5).²⁶ Boston bölgesindeki pediatrik gastrointestinal kliniklerine sevk edilen 8-18 yaş aralığındaki 2231 vakanın geriye

dönük bir incelemesinde ise, KKYAB yaygınlık oranı sadece %1,5 olduğu gösterilmiştir.⁸ Kanada, Birleşik Krallık ve Avustralya'da üç pediatrik sürveyans çalışmasının 2017 yılında yapılan örtük sınıf analizinde restriktif (kısıtlayıcı) tipte yeme bozukluğu olan çocukların %25 ila %34'ünü temsil eden iki kümeden birinin KKYAB ile uyumlu semptomlarla eşleştirildiğini öne sürmüştür.³⁴ Bu çalışmalar farklı sonuçlar verse de KKYAB'nun klinik ortamlarda sık görüldüğünü ve genel toplumdaki çocuklar arasında yaygın olabileceğini düşündürmektedir.⁴⁰

KKYAB ile ilgili çoğu epidemiyolojik çalışma genellikle çocuklara ve ergenlere odaklanmış olmasına rağmen KKYAB belirtileri erişkinlerde de görülebilmektedir. Japonya'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada 15 yıllık bir izlemde 15-40 yaş aralığında yeme bozukluğu şikayetiyle başvuran 1029 hastada %9,2'lik bir yaygınlıktan bahsedilmektedir.²⁵ 2016 yılında 325 kişiden oluşan bir grup ve 81 kişiden oluşan seçici yemek yediğini bildiren bir grup ile online olarak gerçekleştirilen bir çalışmada ise %3,1'lik yaygınlık oranı belirtilmiştir.⁴²

Yaşlı nüfusta yapılan bir çalışmaya rastlanmamış olup; çocuklarda, yetişkinlerde ve yaşlılarda KKYAB epidemiyolojisi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca tanı sınıflandırmalarında henüz yeni yer alan KKYAB etiyojisine ilişkin de henüz yeterli veri bulunmadığı tespit edilmiştir.

Klinik Özellikler

KKYAB'li hastaların öykülerinin çeşitlilik gösterebildiği tespit edilmiştir. Hastaların öykülerinde genellikle yiyecek alımını etkileyen çeşitli psikiyatrik veya genel tıbbi durumla ilgili risk faktörleri bulunabilir ama vücut imajıyla ilgili endişeler bulunmaz. Hastalar strese ya da travmaya tepki gösterebilir, korkulu ve stresli olabilir. Kendilerine göre "tehlikeli" yiyeceklere ya da kimyasallara (örneğin

yağ, şeker veya kimyasal katkıları gibi) karşı tepkiler verebilirler. Ağrı, bulantı, boğulma veya kusma riskinden kaçınmak için gıda alımlarını kısıtlama yoluna gidebilirler. Yine olumsuzluk, nahışlık hissettiren tat veya dokulardan (şeftali kabuğu gibi) kaçınmak için veya yemek yeme zamanlarında olumsuz duygulardan (endişe, kaygı, sıkıntı gibi) kaçınmak için gıda alımını kısıtlayabilirler. Bu durumlar farklı klinik vaka presentasyonlarıyla sonuçlanabilir. Bazı hastanelerin bu tip vakaları yakalayabilmek için çeşitli beslenme programları olduğu ve vakaya göre farklı uzman kliniklere yönlendirildiği belirtilmektedir.¹⁰ Birçok hastanın ilk temas noktası genellikle bir aile hekimi veya bir çocuk doktoru olduğu, bunların dışında bir iş- uğraş terapisti, diyetisyen, gelişimsel çocuk doktoru, gastroenterolog, psikolog, psikiyatrist veya diğer hekimlerin de ilk temas noktası olabileceği bildirilmektedir.³¹

KKYAB, DSM-5'te yer alan ve en önemlisi AN olan diğer kısıtlayıcı yeme bozuklukları ile klinik benzerlikler gösterebilir. Kilo kaybı, alınması beklenen kiloda olunmaması ya da ortalama BKİ değerinde olunmaması AN'da önemlidir ve belirtilerin süresi benzer veya daha uzun olabilir.^{10,26} KKYAB olan hastalar fiziki muayenede ince veya kaşektik görünüm, kuru cilt, lanugo kılları, solukluk, skafoid karın, hipotermi, bradikardi, gecikmiş kapiller dolum gibi beslenme yetersizliği bulguları sergileyebilir veya gecikmiş mide boşalmasına bağlı şişkinlik ve karın ağrısı, kabızlık, soğuk intoleransı, baş dönmesi belirtileri verebilirler. Yatılı takip veya kısa süreli gözlemler gibi yoğun tıbbi tedavi gerektirebilirler.^{10,37} Genç yaşta açığa çıktığında AN'da olduğu gibi gelişme geriliği, pubertenin geç başlaması ve düzensiz devamı ile sonuçlanabilir.

KKYAB vakaları çeşitli sebeplerle farklı bölümlere sevk edilebilmektedir. Bu öngörülemez sevkler ve farklı tedavi şekilleri, hastaların tedavi başarısını arttırmak için gerekli olan özel bakımdan yoksun kalmalarına sebep olmakta, belirsiz bir teşhis ve farklı bakım planlarına maruz

kalma olasılıklarını artırmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, bu popülasyonun klinik görünümünün olası değişkenliğini göz önünde bulundurmalı, KKYAB olan çocuk ve ergenlerin çeşitli klinik görünümünü bilmelidir. Böylece uygun tedavi önerilerini en iyi şekilde planlayıp geliştirebilirler.

Tanı

KKYAB'nun erken tanısı için düşük bir şüphe eşiği, tedavi planlaması için diğer yeme ve beslenme bozukluklarından ayrılması önemlidir. Kilo kaybı olsun veya olmasın herhangi bir yaştaki beslenme bozukluğu endişesi, eşik altı durumlarda bile erken müdahale açısından yakın bir şekilde izlenmeli, ciddiye alınmalıdır.

KKYAB tanısının nasıl konulacağı ile ilgili tanı ölçütleri DSM-5'te tanımlanmıştır.¹ DSM-5'e göre KKYAB'nun ilk tanısız ölçütü; gıda ya da yemeye karşı ilgi kaybı, gıdanın kokusu, görünümü gibi duylara hitap eden özelliklerine karşı kaçınanlık, yemenin tiksindirici sonuçlarından endişe gibi yeme ya da beslenme bozukluğudur. Bunun sonucunda aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasının ortaya çıkması gerekir:

- Belirgin kilo kaybı (veya beklenen kilo kazanımının olmaması veya çocuklarda büyümede duraksama).
- Belirgin beslenme yetersizliği.
- Damar yolu ile beslenme ya da ağızdan beslenme desteklerine bağımlılık.
- Psikososyal işlevsellikte belirgin sorunlar.

Ayrıca tanının üç tane dışlama kriteri vardır:

- Rahatsızlık, mevcut gıda eksikliği ya da ilişkili bir kültürel durumla daha iyi açıklanamaz,
- Yeme bozukluğu yalnızca anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza sırasında meydana gelmez ve kişinin vücut ağırlığı veya şekli konusunda herhangi bir rahatsızlık olduğuna dair bir kanıt yoktur.

- Yeme bozukluğu, eşzamanlı bir tıbbi duruma atfedilemez veya başka bir ruhsal bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz; bu gibi durumlarda yeme bozukluğu, rutin durum veya bozuklukla açıklanamıyorsa ve ek klinik dikkati gerektiriyorsa KKYAB tanısı konulabilir.¹

Tanısal Güçlükler, Değerlendirme Araçları

2017 yılına kadar KKYAB'nun özgün psikopatolojisi için geçerliliği gösterilmiş bir değerlendirme aracı bulunmamaktaydı. Bu boşluk, klinik ortamdaki durumun belirlenmesini, epidemiyolojisini, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesini ve doğal seyrinin aslı anlamamızı etkilemektedir. Önceki araştırmalar, KKYAB'nun gıda kısıtlaması mantığına dayanan anoreksiya nervozadan (AN) ayırt edilebileceğini düşündürmektedir.

Eating Pathology Symptoms Inventory (EPSI): Yeme Patolojisi Belirtileri Envanteri Forbush ve ark. tarafından geliştirilmiş 45 maddeli, 8 faktörlü bir ölçektir. Bu alt ölçekler beden memnuniyetsizliği (body dissatisfaction), tıkanırcasına yeme (binge eating), bilişsel kısıtlama (cognitive restraint), çıkarma (purging), kısıtlama (restricting), aşırı egzersiz (excessive exercise), kas geliştirme (muscle building) ve obeziteye yönelik olumsuz tutumlar (negative attitudes toward obesity)'dir¹². Bu ölçeğin kullanıldığı bir çalışmada, AN'li bireylerin KKYAB olanlardan daha yüksek EPSI restraint (başarılı olsun ya da olmasın bilişsel olarak yemekten kaçınmak veya çaba harcamak) puanına sahip olduğu, iki grubun da EPSI restriction'da (gıda tüketimini önleyen somut çabalar)⁴⁰ benzer şekilde puan aldığını bulduklarını belirtmektedir.

Eating Disturbances in Youth-Questionnaire (EDY-Q): Okul çağındaki çocuklar için KKYAB'nu tanımlamak için yeni geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir.¹⁹ Gençlerde Beslenme Bozuklukları Anketi, 12 maddeden oluşmaktadır ve Gıdadan

kaçınma, Seçici yemek, Fonksiyonel Disfaji, Kilo problemi şeklinde 4 faktörü vardır.²⁰

The Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5): DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi,³⁸ KKYAB tanımlamak için kullanılabilir. Bununla birlikte, KKYAB ile ilişkili psikometrik özellikleri henüz test edilmemiştir.

Çocuklarda ve yetişkinlerde KKYAB tanısı koymak için yeni bir yarı yapılandırılmış çok kaynaklı görüşme (Pika, KKYAB ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi (PARDI)) yakın zamanda geliştirilmiştir. PARDI ayrıca klinik alt tiplerin (seçici duyuşsal temelli beslenme, düşük ilgi veya iştahsızlıkla yiyeceklerden kaçınma ve tiksindirici sonuçlardan korkma nedeniyle kısıtlayıcı yeme) ve toplam KKYAB şiddetinin boyutsal değerlendirmelerini de sağlamaktadır.³

Son olarak KKYAB ve ilişkili yeme bozukluklarını tarama amacıyla 9 maddelik Kaçınan/Kısıtlayıcı yiyecek alımı bozukluğu tarama ölçeği olan Nine İtem Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS) yayınlanmıştır.⁴¹

Ayrırcı Tanı

KKYAB ayrırcı tanısında gerek diğer DSM-5 beslenme bozuklukları gerekse kilo kaybı ve gelişme geriliği yapabilecek genel tıbbi durumlar araştırılmalıdır.

Yukarda da daha önce belirtildiği gibi KKYAB, en önemlisi AN olan diğer DSM-5 kısıtlayıcı yeme bozuklukları ile benzerlik gösterir. Bununla birlikte ana ayrırt ettirici ölçüt KKYAB'nda kilo almak veya vücut algısıyla ilgili herhangi bir endişe, kaygı olmamasıdır. KKYAB, yaygın bir çocukluk problemi olan Kuş gibi beslenme (picky eating)'den ayrırt edilmelidir. Toplum temelli büyük bir kohort çalışmasında örneklemin %46'sının şimdiki kadar böyle bir davranış sergilediği belirtilmektedir.⁵ Kuş gibi beslenme; doku, renk, görünüm, koku, marka veya yeniliklere dayanan sınırlı sayıda gıda ile beslenmeyle karakterize edilebilir. Her ne kadar birçok çocuk okul çağındaki yaşların da⁵ bu

durumu yaşasa ve yetişkinlerin dörtte birinden fazlası da seçici yiyiciler (selective eaters) olarak tanımlansa da⁴² genellikle yaşla birlikte azalır. Seçici yemenin, kısıtlanan yiyeceklerin çeşitliliği ve kalori miktarını kapsayan geniş bir aralığı vardır. Kalıcı hale gelmesi durumunda (persistence), beslenme durumunu ve/veya psikososyal işlevselliği etkileyebilir, böylece KKYAB kriterlerini karşılayabilir.^{6,7,42,43} Seçici yeme, ergen ve erişkinlerdeki psikososyal konular ve işlevsizlikler gibi sorunlar oluşturabilir.⁴² Kilo kaybı veya beslenme yetersizliği olmasa bile KKYAB tanısı ile uyumlu olarak çocuklarda da davranış problemleri ve psikopatolojilerle ilişkili olabilir.^{5,43}

KKYAB teşhisi koymak için kabul edilen gıdaların çeşitlerine veya aralığına, enerji alımının yeterliliğine, kısıtlamanın başlangıcına ve süresine ve bunun gelişme ve büyüme eğrisine etkisine dikkat edilmelidir. Bunlara ek olarak, beslenme yetersizliğinin herhangi bir belirti ve bulgusu, herhangi bir sıvı takviyesi ihtiyacı veya kullanımı, aile içinde veya diğer sosyal ortamlarda yeme bozukluğundan dolayı oluşan sıkıntı ve fonksiyonel bozukluğun derecesi belirlenmelidir.²

Dikkatli bir şekilde genel sistemik muayenenin yapılması ve temel laboratuvar testleri, eşlik eden tıbbi faktörleri tanımlayabilir. Bazen anatomik veya fizyolojik durumları dışlamak için daha kapsamlı tıbbi değerlendirme (örneğin baryumlu özafagoskopi, endoskopi veya beyin görüntüleme) gerekir. İştahsızlık veya gıdalara düşük ilgiye neden olabildiğinden depresyonun dışlanması önemlidir. Gıda dokusu, yutma, boğulma veya kusma ile ilgili endişeler, KKYAB tanısında sıklıkla önemli olduğu için ortaya çıkarılmalıdır. Panik bozukluk, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi veya diğer fobik bozukluklar gibi önceden var olan veya eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi de tanı ve tedavi yaklaşımı için önemlidir.²¹

Tedavi

KKYAB için kanıta dayalı bir tedavi bugüne kadar tanımlanmamıştır. Klinik çeşitliliği göz önüne alındığında, tek boyutlu bir yaklaşımın tanımlanmasının mümkün olmadığı muhtemeldir. Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi tedavide sağlık personelinin önemli bir üyesi olduğu multidisiplinler bir yaklaşım gereklidir.¹³ Tıbbi belirtilerle ilişkili (şişkinlik, ishal, kabızlık gibi) yiyeceklerden kaçınması olanlar için, ilgili uzmanlarla işbirliği, hem altta yatan durumun yönetimini hem de beslenme tedavisi yönetimini optimize edebilir.¹⁶ Bazı durumlarda yutma ve çiğneme sorunlarını değerlendirmede uzman bir terapist gerekebilir. Disiplinler arası bir yaklaşım uzamış bir hastalığı engelleyebilir.²³

Küçük çocuklarda beslenme bozukluklarının tedavisinde, özellikle de diyet hacmini ve çeşitliliğini artırmak için tasarlanmış davranışsal müdahaleler konusunda, literatürde oldukça fazla çalışma vardır. Bununla birlikte, randomize kontrollü çalışmaların hiçbiri ergenlerde veya yetişkinlerde herhangi bir KKYAB tedavisinin etkinliğini değerlendirmemiştir. Her ne kadar bireysel vaka raporları KKYAB olan ergenler için Bilişsel-Davranışçı Terapinin (BDT)^{2,17} ve orijinal adı Family-based Therapy (FBT) olan Aile Temelli Tedavinin (ATT)¹¹ potansiyel etkinliğini vurgulasa da, büyük ölçekli çalışmalara rastlanmamıştır.⁴⁰

KKYAB'na uyarlanmış bir ATT özellikle önemlidir. Çünkü KKYAB'nun bir yeme bozukluğunu yoksa besleme bozukluğu mu olduğuyla ilgili tartışmalar hala devam etmektedir.¹⁵ Bununla birlikte özellikle çocuk ve ergenlerde tedaviye uygun şekilde ailenin de katılımının sağlanması önemlidir.

Tedavi, bozukluğun şiddetine ve beslenme yetersizliğinin derecesine bağlı olarak ayakta tedaviden^{2,9,18,24} gününbirlik programlara²⁶ veya hastane yatışına³⁷ kadar uzanabilir. Klinik görünümün alt tipi uygulanacak tedaviyi yönlendirecektir. Örneğin, bilişsel terapiler, anksiyete veya

korku temelli gıda kaçınma için uygunken, davranışsal yaklaşımlar, duyuşsal seçicilik veya yemeğe karşı ilgisizlik için kullanılır. Ayrıca, ebeveynler çocuklarıyla çeşitli teknikleri uygularken koçluk etmeli ve/veya sonuçları iyileştirmek için daha olumlu yemek zamanı etkileşimlerini teşvik etmeli, kendi davranışlarını değiştirmek için eğitim almalıdırlar.¹⁶ Tedavide daha fazla kilo kaybından kaçınmak için, bir taraftan daha geniş gıda kabulü ele alınırken diğer taraftan tercih edilen gıdaların yeterli miktarlarıyla, sıvı takviyeleri veya tüple besleme yoluyla yeterli besin alımı sağlanmalıdır.

Yetersiz kalori tüketimi olan KKYAB tanıılı küçük çocuklarda tedavi, diyet hacmini artırma stratejileri, oral beslenme formülü desteği, tüp beslemesi ve ayaktan ya da yatarak tedavi edilen yoğun davranışsal müdahalelerini içerir. Yeniden beslenmenin tıbbi denetimi (kardiyopulmoner durum ve elektrolit dengesinin izlenmesi gibi) önemlidir. Tüple besleme tipik olarak geçici bir önlem olarak tasarlandığı için, tüpten kesme sıklıkla sonraki önemli bir işlem olup, buna hazırlık yapılmalıdır. Hepsisi olmasa da bazı tüpten kesme yaklaşımları oral beslenmeyi uyarmak için zamanla tüpten gönderilen kaloringin azaltılmasını içerir. Tüpten kesim sırasında hidrasyon durumu, ağırlık takibi

gibi tıbbi izlemler gereklidir. Bu izlemlerin yapılmaması da yetersiz besin alımı nedeniyle kilo kaybına neden olabilir.³⁶ Yoğun davranışsal müdahalelerin tüpten kesmeye eklenmesinin tüp bağımlılığını azalttığını bildiren çalışmalar vardır.⁴⁰

Son olarak, KKYAB tedavisinde ilacın kullanımını destekleyen hiçbir randomize kontrollü çalışmaya rastlanmamıştır. Klinik uygulamada siproheptadin, KKYAB olan düşük kilolu veya yemeğe ilgisi olmayan genç hastalar için iştahı teşvik etmekte kullanılır. Pediatrik bir beslenme kliniğinde yapılmış randomize olmayan bir vaka çalışması, siproheptadin verilen hastaların 6,5 aylık bir süre boyunca anlamlı kilo artışından bahsetmektedir. Ancak, çalışmanın sonunda hastaların hala düşük kilolu aralıkta kaldıkları ve iştah açıcı ilaç almayan kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak fazla kilo almadıkları belirtilmektedir.³⁵ Benzer şekilde, başka bir vaka çalışmasında, KKYAB'nda yemenin korkulan sonuçlarını azaltmak için iştah uyandırıcı özellikleri olduğu bilinen mirtazapinin kullanıldığından bahsedilmiştir.^{14,39} Tüm yaş gruplarında KKYAB tedavisi için antidepresan ve anksiyolitik ilaçların etkinliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

KKYAB'nun tanımlanması, önemli yeme zorlukları olan ancak yaşam boyu vücut imajı endişesi olmayan hastalara yaklaşımı geliştirmektedir. Toplum örnekleminde yaklaşık %3 ve klinik örneklemlerde %14–23 arasında görüldüğü bilinmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının, erken tanı ve sekelleri en aza indirmeleri ve uygun

müdahalelerde bulunabilmeleri için KKYAB ve bunun çeşitli klinik görünümünün farkında olmaları gerekir. Tedaviye umut veren yaklaşımlar, BDT ve ATT'ye yönelik modifikasyonları içerir. Bu bozukluğun daha fazla anlaşılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Association, A. P. (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)" American Psychiatric Pub.
2. Bryant-Waugh, R. (2013). "Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example". International Journal of Eating Disorders, 46 (5), 420-423.

3. Bryant-Waugh, R., & Cooke, L. (2017). "96 Development of the pardi (pica, arfid, rumination disorder interview): a structured assessment measure and diagnostic tool for feeding disorders": BMJ Publishing Group Ltd.

4. Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). "Feeding and eating disorders in childhood". *International Journal of Eating Disorders*, 43 (2), 98-111.
5. Cardona Cano, S., Tiemeier, H., Van Hoeken, D., et al. (2015). "Trajectories of picky eating during childhood: A general population study". *International Journal of Eating Disorders*, 48 (6), 570-579.
6. Dovey, T. M., Aldridge, V. K., Martin, C. I., Wilken, M., & Meyer, C. (2016). "Screening Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in children : Outcomes from utilitarian versus specialist psychometrics". *Eating Behaviors*, 23, 162-167.
7. Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., et al. (2015). "Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network". *International Journal of Eating Disorders*, 48 (5), 464-470.
8. Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., et al. (2015). "Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network". *International Journal of Eating Disorders*, 48 (5), 464-470.
9. Fischer, A. J., Luiselli, J. K., & Dove, M. B. (2015). "Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder". *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3 (2), 154-166.
10. Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., et al. (2014). "Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "new Disorder" in DSM-5". *Journal of Adolescent Health*, 55 (1), 49-52.
11. Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S. E., & Colborn, D. (2015). "Family-based therapy for avoidant restrictive food intake disorder: Families facing food neophobia". *Family Therapy for Adolescent Eating and Weight Disorders: New Applications* (pp. 256-276).
12. Forbush, K. T., Wildes, J. E., Pollack, L. O., et al. (2013). "Development and validation of the eating pathology symptoms inventory (EPSI)". *Psychological Assessment*, 25 (3), 859-878.
13. Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., et al. (2015). "Update on the medical management of eating disorders in adolescents". *Journal of Adolescent Health*, 56 (4), 370-375.
14. Gray, E., Chen, T., Menzel, J., Schwartz, T., & Kaye, W. H. (2018). "Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57 (4), 288-289.
15. Keel, P. K., Kennedy, G. A., & Wick, M. R. (2018). "Eating disorders in children: Is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment?". *F1000Research*, 7.
16. Kelly, N. R., Shank, L. M., Bakalar, J. L., & Tanofsky-Kraff, M. (2014). "Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment". *Current Psychiatry Reports*, 16 (5).
17. King, L. A., Urbach, J. R., & Stewart, K. E. (2015). "Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment". *Eating Behaviors*, 19, 106-109.
18. Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). "Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder". *Current Psychiatry Reports*, 14 (4), 421-431.
19. Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). "Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls". *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24 (7), 779-785.
20. Kurz, S., Van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2016). "Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood". *International Journal of Eating Disorders*, 49 (1), 102-106.
21. Lopes, R., Melo, R., Curral, R., Coelho, R., & Roma-Torres, A. (2014). "A case of choking phobia: Towards a conceptual approach". *Eating and Weight Disorders*, 19 (1), 125-131.
22. Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). "Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents". *Archives of Disease in Childhood*, 101 (12), 1168-1175.
23. Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). "Avoidant/restrictive food intake disorder: A new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5". *Current Opinion in Pediatrics*, 29 (4), 407-413.
24. Murphy, J., & Zlomke, K. R. (2016). "A behavioral parent-training intervention for a child with avoidant/restrictive food intake disorder". *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4 (1), 23-34.
25. Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2016). "Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients". *European Eating Disorders Review*, 24 (6), 528-530.
26. Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeck, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). "Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders". *Journal of Eating Disorders*, 2 (1).
27. Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). "Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity". *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18 (1), 17-30.
28. Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (3), 317-324.
29. Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). "Childhood eating disorders: British national surveillance study". *British Journal of Psychiatry*, 198 (4), 295-301.
30. Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., et al. (2014). "Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study". *International Journal of Eating Disorders*, 47 (5), 495-499.
31. Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). "Update on eating disorders: Current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth". *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 213-218.
32. Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., et al. (2013). "Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders". *Journal of Adolescent Health*, 53 (2), 303-305.
33. Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., & Katzman, D. K. (2011). "Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian Paediatric Surveillance Program study". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165 (10), 895-899.
34. Pinhas, L., Nicholls, D., Crosby, R. D., et al. (2017). "Classification of childhood onset eating disorders: A latent class analysis". *International Journal of Eating Disorders*, 50 (6), 657-664.
35. Sant'anna, A. M. G. A., Hammes, P. S., Porporino, M., et al. (2014). "Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59 (5), 674-678.
36. Sharp, W. G., Stubbs, K. H., Adams, H., et al. (2016). "Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: Results from a randomized pilot trial". *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62 (4), 658-663.

37. Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M., & Rome, E. S. (2015). "Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency". *Journal of Adolescent Health*, 57 (6), 673-678.
38. Sysko, R., Glasofer, D. R., Hildebrandt, T., et al. (2015). "The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*, 48 (5), 452-463.
39. Thomas, J. J., Brigham, K. S., Sally, S. T., Hazen, E. P., & Eddy, K. T. (2017). "Case 18-2017: An 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident". *New England Journal of Medicine*, 376 (24), 2377-2386.
40. Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., et al. (2017). "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment". *Curr Psychiatry Rep*, 19 (8), 54.
41. Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). "Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns". *Appetite*, 123, 32-42.
42. Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). "Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms". *Journal of Eating Disorders*, 4 (1).
43. Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., et al. (2015). "Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating". *Pediatrics*, 136 (3), e582-e590.