

NPİSTANBUL BEYİN HASTANESİ
Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad. No:18 34768
Ümraniye / İstanbul
T: 0216 633 06 33 F: 0216 634 12 50
www.npistanbul.com bilgi@npistanbul.com

NP FENERYOLU POLİKLİNİĞİ
Ahmet Mithat Efendi Cad. No:17 (Bağdat Cad. Sahil Yolu
Kalamış Mevkii) 34726 Fenerbahçe-Kadıköy / İstanbul
T: 0216 418 15 00 F: 0216 418 15 30
www.feneryolu.npsuam.com np.feneryolu@uskudar.edu.tr

NP ETİLER POLİKLİNİĞİ
Nispetiye Cad. No:19 Etiler 34330
Levent-Beşiktaş / İstanbul
T: 0212 270 12 92 F: 0212 270 17 19
www.etiler.npsuam.com np.etiler@uskudar.edu.tr

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sok. No:14 34662
Üsküdar / İstanbul
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56
www.uskudar.edu.tr bilgi@uskudar.edu.tr

Referanslar;

- 1- Alternative Medicine review, 2002 Jun; 7(3) 184-202
- 2- Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. International Journal of Eating Disorders July 20(1);1-12
- 3- Biological Psychiatry 2007 Feb 1;61(3)348-58:1073-1074
- 4- Keel PK et. al. Predictors of mortality in eating disorders Arch Gen Psychiatry 2003;Feb.60(2): 179-83
- 5- Sullivan PF Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995;152:1073-1074



“Hastaya zarar vermenin biçimlerinden birisi de hastayı tedavisiz bırakmaktır”

Prof. Dr. Nevzat Tarhan

NP Sağlık Grubu Bünyesinde Tedavi Seçenekleri

NPİSTANBUL, hastalığı anlamak ve müdahale etmek için size ve sevdiklerinize yardımcı olacak kaynaklar sunar. Temel yaklaşımımız; Önce kapsamlı inceleme ve nöropsikolojik tarama yaparak teşhisi netleştirmek.

Daha sonra ölçmeye dayanan metotlarla tedavi planı yapmak. Güçlü ve yeterli yöntemlerle beyin kanıtlarını izleyerek tedavi uygulamaktır.

1. **Son teknolojik özelliklerin** eklendiği ameliyathaneler, yoğun bakım hizmetleri sadece beyin cerrahisi değil bütün cerrahi hizmetlere uygun altyapıya sahiptir.

2. **Görüntüleme sistemleri** MR, Angio BT, intraoperatif uygulamalar, mobil röntgen USG dahil geniş bir yelpazeye sahiptir.

3. **Nöromodülasyon Merkezi**’nde beyin uyarım tedavileri en yeni yöntemlerle uygulanmaktadır.

4. **Psikoterapiler:** Amaç, eksiklikleri ve kayıpları ortadan kaldırma, duygusal destek sağlama, yaşam olaylarına yönelik uygulanabilir bilgi ve beceri kazandırma, uyumsuz davranışların yerine uyumlu davranışların konmasıdır. Nörofeedback, EMDR, psikanalitik psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi, hipnoterapi, NPGRUP bünyesinde sunulan bazı terapi yöntemleridir.

5. **Yataklı Tedaviler:** Kişinin kendisinin ve çevresinin güvenliğini riske attığı, hayatı tehlikenin olduğu, tedaviye dirençli yaşadığı durumlarda yatarak tedavi etkili bir seçenektir.

6. **Genel Tıbbi Süreç:** Genel tıbbi hizmetlerle bağlantılı olarak altyapımızı “Beyin odaklı” bir hastane olarak sunmaktayız.

7. **İmplant Uygulamaları:** Hastanemizde Naltrexon İmplant ve Disulfiram İmplant uygulamaları yapılmaktadır. Kullanılan maddenin türüne göre uygulanan implantlar değişiklik göstermektedir.

8. **Aile Bilgilendirme Eğitimleri:** Bağımlılık sadece kullanan kişiyi değil tüm aileyi etkileyen bir hastalıktır. Dolayısıyla tedavide kişi ile birlikte ailenin de değişimi hedeflenmektedir. Bu sebeple hem ailelerin bu hastalık hakkında bilgilencmeleri hem de yakınlarının bırakmayı sürdürmelerini destekleyecek uygun davranış ve tutumları öğrenmeleri için eğitimler düzenlenmektedir.

9. **Klinik Farmakogenetik Laboratuvarı (İlaç Kan Düzeyi ve DNA Analizi):** İlaç kullanan hastalarda, ilaç kan düzeylerinin tedavi değerlerinin üstüne çıkmasına ya da ilaç etkileşimleri beyin işlevlerinde bozulmaya yol açabilir. Bunu saptamak için kullanılan ilaçların kan düzeyleri (TDM) ölçülür.

Genetik profile göre ilaç belirlenebilmesi ve kullanılan ilaçların kan düzeylerinin monitörizasyonu ile tedavinin başarı şansı artırılır. Kişiyi tedavi ile gereksiz veya yan etkisi yüksek olabilecek ilaçlar önceden saptanarak tedavi akılcı biçimde şekillendirilir. Gerekirse “DNA analizi” yapılır.

10. **Elektrokonvülsif Tedavi:** Hastalıkların alevli dönemlerinde hastanede yatarak anestezili EKT uygulaması yapılabilir. Beyne çok düşük elektrik akımı verilerek nöbet oluşturulur ve beyin bozulmuş olan elektrokimyasal süreçleri düzenlenir.

11. **Transkraniyal Manyetik Uyarım Tedavisi (TMU):** Psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda kullanılan yeni bir tedavi yöntemidir. Beyin hastalıklardan etkilendiği düşünülen bölgelerine kısa aralıklarla uygulanan manyetik alan aracılığıyla, beyin elektriksel aktivitesi düzenlenir. İlaçlara göre daha hızlı ve güçlü tedavi sağlar. Kliniklerimizde ilaç tedavisine dirençli depresyon vakalarında kullanılmaktadır. Elektrokonvülsif tedavinin uygulanmadığı bazı durumlarda (hasta ve ailenin tercihi, anestezi riski), manik ataklarda düşük frekanslarda uygulanmaktadır.

12. **EMDR:** Son yıllarda geliştirilen özgün psikoterapi tekniklerinden biri de kısaca EMDR olarak adlandırılan ve travmatik yaşantılara ilgili genellikle olumsuz duygu ve düşünceleri zihinde yeniden işlemden geçirmeye dayanan bir yöntemdir.

13. **Hipnoterapi:** Hipnoz esnasında kişinin bilinçaltı ile etkileşim gerçekleştirilerek, tedavi amacı doğrultusunda yaşamda olumlu, önemli ve kalıcı değişiklikler elde edilebilmektedir.

14. **Nörofeedback:** Nörofeedback eğitiminde kişinin o andaki EEG’inden gelen beyin dalgalarıyla ilgili bilgiler kişiye görsel ve/veya işitsel sinyallerle bildirilir ve kişiden bunun belli yönlerini kontrol altına alınması istenir. Kişinin yaşadığı soruna veya ihtiyacına göre beyin hangi bölgesinde hangi frekanslı dalgayı arttırmak/azaltmak gerekirse ona göre bir tedavi protokolü düzenlenerek öğrenme ortamı yaratılır. Kişi o andaki düşüncesi ile beyin dalgaları arasındaki bağı görür ve istediği yönde kontrol edebilmeyi öğrenir.

15. **Biyofeedback:** Vücut ısısı, cilt direnci, solunum sayısı, kas gerginliği ve kalp atım sayısını özel elektrotlar ile ölçerek kişinin bedensel duyumları ve düşünceleri arasındaki ilişkileri görselleştiren bir sistemdir.

16. **Rehacom (Bilgisayarlı eğitim modülleri):** Zihinsel becerilerin tekrar kazanılması ya da mevcut becerilerin artırılması için kişiye özel dikkat eğitim programı yapılabilir. Planlama, organizasyon, dikkat yönetimi gibi kognitif becerilerin rehabilitasyonu, bilgisayarlı eğitim modülleri kullanılarak yapılır.

17. **Uyku Laboratuvarı:** Uyku odası, fototerapi odası, uyku deprivasyon odası ve merkezi dijital tetkik sistemi ile uyku laboratuvarı oluşturulmuştur. Uyku laboratuvarları; nöroloji, KBB, göğüs ve psikiyatri uzmanlarının ortak disipliner yaklaşımı gereken bir faaliyettir. Tedavide psikiyatrik yaklaşım çoğu defa gerekir. Laboratuvar sorumluluğu bu bilince yürütülmektedir.

18. **İleri Toksikoloji Doğrulama Laboratuvarı** ile bağımlılık hastalarının tedavisinde önemli avantajlar sağlanmaktadır.



YEME BOZUKLUKLARI

Yeme Bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış/tanımlanmamış yeme bozukluklarını içeren psikiyatrik hastalıkların içinde yer alan bir tanı grubudur. Yeme davranışı ile yemekle ilgili duygular ve düşüncelerin bireye ciddi boyutlarda rahatsızlık vermesiyle karakterizedir. Diyet yapma davranışı, yeme bozukluklarının gelişimine yol açan ortak uyarıcıdır. Yiyeceklere, vücut ağırlığına ve görünüşe aşırı derecede takıntılı olma durumu; bireyin sağlığına, sosyal ilişkilerine ve günlük aktivitelerine olumsuz etki etmektedir. Yeme bozuklukları, sadece besinler ve vücut ağırlığı ile ilişkili bir psikiyatrik bozukluk değildir. Bedensel belirtiler ön planda gibi görünse de alt yapısında karmaşık psikofizyolojik süreçlerle ilerler. Yeme bozuklukları, içsel yaşanan karmaşaya dışsal bir çözüm getirmektedir.

Yeme bozukluklarının ortaya çıkma nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal nedenlerin birlikte rol oynadığı sanılmaktadır. Yeme bozukluklarının altında yatan sebepler; düşük benlik saygısı, depresyon, kontrol kaybı duygusu, değersizlik, kimlik karmaşaları, aile içi iletişimde problemler ile ilişkilendirilmektedir. Genel olarak adolesan ve genç kadınları etkiliyor gibi görünse de her yaşta ve her cinsiyette bireyin yeme bozukluğu olabilir. Yeme Bozuklukları Akademisi (AED: Academy for Eating Disorders)'ne göre Amerika'da 10 milyon kadın ve 1 milyon erkek bireyin yeme bozukluğunun olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde görülen yeme bozuklukları, tahminlerin aksine son 10 yılda iki katına çıkmıştır. Yeme bozuklukları, önemli fiziksel sağlık problemlerine yol açmalarının yanı sıra, ölüm riski taşıyan psikiyatrik bozukluklardır.

YEME BOZUKLUKLARI NELERDİR?

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA: American Psychiatric Association)'nin 2013 yılında yayınladığı kriterlerde (DSM 5) Yeme Bozuklukları son olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır:

1. Anoreksiya Nervoza
2. Bulimiya Nervoza
3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (İlk defa tanımlanan)
4. Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları (EDNOS: Eating disorder not otherwise specified)

ANOREKSİYA NERVOZA (AN)

Anoreksiya nervoza, beden algısının bozulması ile sağlıklı bir zayıflığı hedef alarak belirgin derecede düşük bir vücut ağırlığı kaybına sebep olma, ağırlık kazanımından aşırı derecede korkma ve bunlara bağlı bozulmuş yeme davranışı ile karakterizedir.

Anoreksiya nervoza hastaları genellikle tehlikeli derecede zayıf olmalarına rağmen kendilerini "şişman" hisseder, aynaya baktıklarında kendilerini şişman görürler ve şişman olmaktan aşırı derecede korkarlar. Hastalığın erken safha-

larında yeme davranışları ile ilgili sorunları olduğunu inkâr ederler ancak yemek yeme, yiyecek ve ağırlık kontrolü onlar için takıntı haline gelmiştir.

Bazı AN hastaları aşırı yeme atakları yaşayabilir ve sonrasında çok kısıtlı diyet ile aşırı egzersiz yapma, kendini kurturma veya laksatif (müshil), diüretik kullanma gibi telafi edici davranışlarda bulunur. Çoğu vakada, yeme bozuklukları ile beraber anksiyete, panik, obsesif-kompulsif bozukluk, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozukluklar da tabloya eşlik edebilmektedir.

Anoreksiya Nervoza'nın DSM 5 el kitabında yayınlanan tanı kriterleri şunlardır:

- A. Gereklinimlerine göre enerji alımını kısıtlamaktadır. Bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açmaktadır.
- B. Vücut ağırlığı kazanımından ya da şişmanlamaktan çok korkma ve belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın vücut ağırlığındaki yükselişi güçleştiren kısıtlama, çıkarma ya da telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler, o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

1. **Kısıtlayıcı Tip:** Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak vücut ağırlığının kaybedildiği görünümü tanımlamaktadır.

2. **Tıknırcasına Yiyecek/Çıkaran Tip:** Son üç ay içinde yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanılması) dönemleri bulunmaktadır.

Beslenme bozukluğuna bağlı şu belirtiler izlenir:

- Menstruasyon döngüsünün (kadınlarda) en az 3 ay olmaması,
- Kalsiyum kaybına bağlı kemik erimeleri ve ya kırıklar,
- Saç ve tırnaklarda kırılmalar,
- Cilt kuruluğu ve cildin sararması,
- Kansızlık, kas dokusunda yıkılmalar, kalp kasında güçsüzlüğe bağlı kalp sorunları,
- Aşırı kabızlık,
- Düşük tansiyon, yavaş nefes alma ve düşük nabız sayısı,
- Vücut ısısında düşme,
- Depresyon, algılama becerisinde düşüş, hareketlerde yavaşlama.

BULİMİYA NERVOZA (BN)

Bulimiya nervoza, aşırı miktarda yiyecek yiyen, yineleyen ve sık tekrarlayan ve yeme kontrolünden yoksun hissetme durumlarıyla karakterizedir. Bu aşırı yemek yeme sonrasında çıkarma (örn. kusma, müshil veya diüretik kullanımı), aç kal-

ma ve /veya aşırı egzersiz gibi aşırı davranışlar telafi edici bir davranış türü izlenmektedir. Anoreksiya nervozanın aksine bulimiya nervozalı bireylerin BKİ değerleri normal ya da hafif şişman sınıflandırması içinde olabilmektedir.

Bulimiya nervozalı bireyler sık sık yeme nöbeti geçirmektedir. Yeme nöbetlerinde çoğu zaman tükettikleri besinler hızlı ulaşılabilir olup; şeker, karbonhidrat ve yağ oranları dolayısıyla kalori içeriği yüksek yiyecekler seçmektedir. Besinleri çok hızlı yiyerek bazen yemeği tatmadan bile yutabilmektedirler. Yeme nöbetleri esnasında, hastalar kendilerini durdurmakta zorlanırlar ve bunu "kontrolü kaybetmek" olarak hissederler. Nöbetten sonra bu davranışını telafisinde: aç kalma, kendini kusturma, müshil (laksatif) ya da diüretik kullanma, aşırı egzersiz yapma ya da bu davranışların hepsini bir arada gösterme takip etmektedir. Öğrenme ya da utanma duygusu sebebiyle genelde bu telafi edici davranışlarını gizlice yapmaktadır. Hastanın her yemekten sonra çıkarma davranışında bulunması, tıbbi sorunları da beraberinde getirmektedir.

Bulimiya Nervoza'nın DSM 5 el kitabında yayınlanan tanı kriterleri şunlardır:

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri olmaktadır. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisini de kapsamaktadır:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu nöbet sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Vücut ağırlığında artış olmaması için, kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmaktadır.

C. Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuş olmalıdır.

D. Benlik değerlendirmesi, vücut biçimden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmektedir.

E. Bu bozukluk, anoreksiya nervoza seyri sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Hastalığın vücuttaki belirtileri ise şunlardır:

- Kronik şekilde kızarmış ve yaralı boğaz,
- Boyundaki tükürük bezleri ve çene altındaki bezlerin şişmesi,
- Yanakların ve yüzün şişmesi ve adeta "sincap" gibi bir görüntü oluşması,
- Mide asitleri temasından dolayı diş minelerinin erimesi ve dişlerin çürümesi,
- Devamlı kusma sebebiyle mide kapağının bozulması ve reflü,
- Müshil kullanımı sebebiyle bağırsak tahrişi ve sorunları,
- İdrar söktürücü ilaçlar sebebiyle böbrek hastalıkları,
- Sıvı kaybına bağlı sorunlar.

TIKNIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

Tıknırcasına yeme bozukluğu bireyin yeme kontrolünü kaybederek tekrarlayan aşırı yemek yeme nöbetleriyle karakterizedir. Bulimiya nervozadan farklı olarak aşırı yiyen birey herhangi bir telafi edici davranışa (aşırı egzersiz, aç kalma vb) bulunmaz. Buna bağlı olarak, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireyler genelde hafif şişman ya da şişman grubundadır. Aynı zamanda aşırı yemenin yol açtığı suçluluk, utanç ve sıkıntı tekrar aynı yeme döngüsünü yaşamalarına neden olur. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalar özellikle kalp-damar hastalıkları ve yüksek tansiyon riskini taşımaktadır.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu'nun DSM 5 el kitabında yayınlanan tanı kriterleri şunlardır:

A. Yineleyici tıknırcasına yeme nöbetleri olmaktadır. Bir tıknırcasına yeme nöbeti aşağıdakilerden her ikisini de içermelidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu nöbet sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Tıknırcasına yeme nöbetlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik etmelidir:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
 4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
 5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
- C. Birey tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duymaktadır.
- D. Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalıdır.
- E. Tıknırcasına yeme nöbetlerine, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmemeli ve tıknırcasına yeme, bulimiya nervoza veya anoreksiya nervoza sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Yeme Bozuklukları, ruhsal ve fiziksel sağlığın arasındaki ayrılmaz bütünlük bağını psikofizyolojik bir kanıttır. Fiziksel sağlığın sürekli olabilmesi için ruhsal durumun da sağlıklı olması gerekir, aynı durum tersi için de geçerlidir. Bu yüzden Anoreksiya Nervoza hastalarını tedavi etmenin ilk adımı ağırlığın sağlıklı bir düzeye getirilmesi; Bulimiya Nervoza hastalarında ise ilk adım yeme ve kusma nöbetlerinin engellenmesi ve Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olan hastaların ilk tedavisini yemenin yavaşlatılmasıdır. Ancak bu tedavide yol alabilmek için öncelikle bireyin hasta olmasına sebep olan veya hastalığını kötüleştiren, altta yatan duygusal sorunları çözmek gerekir.

Yeme bozukluğu olan bireylerin, hastalıklarını tetikleyen düşünceler, duygular ve davranışlar hakkında bilgi edinmesi ve anlaması için psikoterapi vazgeçilmezdir. Aynı zamanda, psikoterapi ile beraber bazı ilaçların kullanımının ve beslenme danışmanlığının bu hastalığın tedavisinde etkinliği hem teorik hem de pratik olarak gösterilmiştir. Beslenme danışmanlığı alan yeme bozukluğu hastalarının ileriki dönemde hastalıklarının tekrarlama durumu ortadan kalkmaktadır. Yeme Bozukluklarının tedavisinde Genel Tıbbi Bakım, Beslenme Danışmanlığı, Psikiyatrik Tedavi ve Psikoterapi Desteği programlarının beraber yürütülmesi gerekmektedir.

"Hekim sadece yapılan tedavilerden değil yapılmayan tedavilerden de sorumludur."

Prof. Dr. Nevzat Tarhan