

Yeme Bozuklukları

Doç. Dr. Fulya MANER*

Özet

Son yıllarda "yeme bozuklukları" (YB) giderek önem kazanmıştır. 30 yıllık süreç içerisinde anoreksiya nervoza (AN) hastalarının %25'i hayatlarını kaybetmekte, %25'i kronikleşmekte yani düşük beden ağırlığı devam etmekte ya da bulimiya gelişerek ağırlıkta büyük oynamalar oluşmaktadır. Yaklaşık %40'ı düzelmekte, geri kalanı hafif belirtilerle yaşamlarını sağlıklı bir biçimde sürdürmektedir. YB'de mizaç, anksiyete ve madde kullanım bozukluğu prevalansı yüksektir.

AN, kilo kaybetmeye yönelik, amaçlı ve istekli davranış biçimleri, kilo kaybı, beden ağırlığı ve yiyeceklerle aşırı uğraşı, özel yemek yeme biçimleri, kilo almaktan aşırı korku, beden imajı bozukluğu ve amenore ile karakterizedir. Hastaların yaklaşık yarısı bütün yiyecek alımını ileri derecede azaltarak kilo kaybeder, bazıları yoğun egzersiz yapar. Hastaların diğer yarısı katı bir diyet uygular, ancak ara sıra kontrolü kaybederek, kusma davranışlarının ardından tıknırcasına yemek yer. Bazı hastalar ise küçük miktarda yemek yedikten sonra kusar.

Bulimiyada benzer koşullarda ve sürede çoğu kişinin yediğinden daha fazla tıknırcasına yemek yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu vardır. Tıknırcasına yeme beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve tıknırcalar sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan, görece normal ağırlıkta veya kilolu kişilerde görüldüğünde bulimia nervosa olarak değerlendirilir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:130-139

Orta çağlarda azizelerin diyet yaparak kendilerini geri dönüşümsüz açlık durumuna getirdikleri bildirilmiştir. 1242-1271 yılları arası yaşayan Macar prensesi Margareth, kısıtlayıcı tip AN örneğidir. Siena'lı Catherine ise tıknan çıkarıcı tip AN olarak tanı almıştır.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

17. yy'ın 2. yarısında kendini açlığa mahkum eden olgu bildirimleri arasında John Reynolds'un 18 yaşındaki AN hastası Martha Taylor ve daha sonra Richard Morton'un 2 AN olgusu vardır.

19. yy'da Paris'ten Dr. Loise-Victor Marce birkaç AN olgusu bildirmiş, gastrik sinir bozukluğunun, beyin sinir bozukluğuna dönüştüğünü düşünmüştür. 1873'de Londra'dan Sir William Gull ve Ernest

Charles Laseque histerik anoreksiya tanımını ve tedavisini yayınlamıştır.

20. yy'ın başlarında pituitar yetersizlik ve AN arasında ilişki olabileceği görüşü önem kazanmıştır. 1950 yıllarında ise Hilda Bruch AN'de psikolojik boyutun temel olduğunu ve bu hastalarda bozulmuş kognisyonların tedavi yöntemlerini tanımlamıştır.

Bulimia nervosa ise 1979'da Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır.

Epidemiyoloji

YB'nin epidemiyolojisini incelemede temel sorunlardan biri, 1960'lardan beri bu sendromların tanı ölçütlerindeki değişimdir. Bu soruna rağmen çalışmalar son 50 yılda AN ve BN görülme sıklığının arttığını göstermektedir. Kuzeydoğu İskoçya'daki çalışmada 1965 ve 1991 arası, AN insidensinin 3/100 000'den 17/100 000'e yükseldiği görülmüştür. Güneybatı Londra'da Temmuz 1991 ve Haziran 1992 arası, AN insidensi 100 000'de 2.7 bulunmuştur. 15-19 yaş arası kadınlarda insidens 100 000'de 19.2'dir. Rochester, Minnesota'da yakın zamanda yapılan bir çalışmada AN insidensi yılda kadında 14.6 iken, erkekte 1.8 bulunmuştur. Tahminler büyük bir topluluğa uyarlandığında, endüstrileşmiş ülkelerde AN insidensi her yıl 100 000'de 8.1 olarak tahmin edilmektedir.

İngiltere'de yakın zamanda yapılan yaygınlık çalışması AN'nin her 100 000 kişide 20.2 (bütün topluluğun %0.02'si) olduğunu göstermiştir. USA'da AN için yaşam boyu prevalans oranları %0.51-%3.7 olarak bulunmuştur.

Avrupa ülkelerinde çeşitli prevalans çalışmalarının özetinde katı tanı kriterleri kullanıldığında, genç kadınlarda AN prevalansının %0.28 olduğu bildirilmektedir.

BN insidensi ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Hollanda'da BN insidensi, 1985-1989 arasında yılda 100 000'de 11.4'tür.

Avrupa ve USA'da 1981-1989 arası BN prevalansına ilişkin 50 çalışma gözden geçirildiğinde, BN'nin ergen ve erişkin genç kadında yaklaşık %1'lik prevalans hızı olduğu görülmüştür.

Kısmi yeme bozuklukları genel toplumda daha sık olup, genç kadınlarda yaklaşık %5-10 oranındadır.

Yakın zamanlarda yapılan bir Kanada çalışmasında BN için yaşam boyu prevalans kadında %1.1, erkek-

te %0.1 dir. Endüstrileşmiş ülkelerde BN prevalansı %1'dir.

Bütün çalışmalar YB'nin erkeklerde seyrek olduğunu göstermektedir. Klinik örneklerde erkek kadın oranı, 1/10, 1/20 arasındadır. 1970'lerin ilk yılları ve 1980'lerde orta ve yüksek sosyoekonomik koşulları olanlarda YB prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte 1980'lerden 8 çalışmada bu ilişki gösterilememiştir (AN ve BN için).

Transkültürel çalışmalar AN'nin gelişmekte olan ve Batılı olmayan ülkelerde seyrek olduğunu göstermektedir. Batılı olmayan toplumlar, batılının zayıflık ideallerinin etkisinde kaldığında oran artmaktadır. Örneğin; Almanya'da yaşayan Yunan ve Türk kızlarında prevalans, ülkelerinde yaşayanlara göre 2 kat fazla bulunmuştur. Amerikan etnik grupları arasında, beyaz kadınlarla karşılaştırıldığında YB, İspanyol asıllılarda eşit, yerli Amerikalılarda daha sık, siyah ve Asyalı kadınlarda daha seyrek bulunmuştur. Azınlık çalışmaları, daha genç, daha eğitilmiş, beyaz ve orta sınıf değerleri ile daha özdeşleşmiş kadınlarda, YB gelişme riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Ülkemizde yapılan tez çalışmalarından örnek verilecek olursa;

Büyükkal 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre %3 (24 öğrenci) YB saptadı. Bunların %70.8'i (17 öğrenci) BN olup tümü kız idi. %29.2'si (7 öğrenci) tıknırcasına YB tanısı aldı, %12.6'sı (3 öğrenci) kız, %16.6'sı (4 öğrenci) erkek idi. Yeşilbursa'nın 14-19 yaş arası 1978 öğrencide (1022 kız, 956 erkek) yaptığı çalışmada, BN kızlarda %4.31, erkeklerde %0.63, subklinik BN kızlarda %1.57, erkeklerde %0.1, AN kızlarda %0.29, erkeklerde %0.1 subklinik AN kızlarda %0.78, erkeklerde %0 bulundu.

Nedenleri

YB için özgün bir neden ve patogenez bilinmemektedir. Bu bozuklukların gelişimi için güncel açıklamalar çok yönlüdür, diyet yapma davranışının YB'nin gelişimine yol açan ortak uyarıcı olduğu vurgulanmaktadır. Biyolojik yatkınlık, psikolojik predispozisyonlar ve sosyal sorunlar bazen diyet yapma davranışına yol açmakta ve açlığın etkileri, kilo kaybı ve beslenme sorunları ile birlikte psikolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Maladaptif yeme davranışının psikolojik ve fizyolojik pekiştiricileri, temeldeki işlevi bozulmuş yeme bozukluğu davranışlarının döngüsünü devam ettirmektedir.

1. Sosyokültürel etkenler

Batılı kültürlerde incelik, çekiciliğin dışı vurumu olarak önemle vurgulanır. İsteyerek diyet yapanların çoğunluğu, daha çekici olma amacındadır. İsteyerek diyet yapanların bir diğer grubu dansçılar, balerinerler, sporcular, jockeyler gibi iş yaşamlarında rekabetin önemli olduğu kişilerdir ve YB geliştirme riskleri yüksektir. Bazı kadınların profesyonel ve sosyal taleplerle başa çıkamayıp, çatışma yaşadıkları ve diyet yaptıkları varsayılmaktadır.

2. Psikolojik etkenler

AN etiyojisine ilişkin ilk psikolojik kuramlar, fobik mekanizmalar ve psikodinamik formülasyonlar üzerinde kurulmuştur. AN pubertedeki cinsel ve sosyal gelişim sonucu, yemeğe karşı fobik kaçınma tepkisi oluşturmaktadır. Psikodinamik kuramlar oral gebe kalma fantezileri, pasif ve sıcak baba ile bağımlı, baştan çıkarıcı ilişkiler ve ambivalan duygular hissedilen anneye yönelik saldırganlık nedeniyle ortaya çıkan suçluluk üzerinde odaklanmaktadır. Bilişsel ve algısal alanda gelişme bozukluğu AN'nin nedeni olarak düşünülür. Bunlar beden imgesinin bozuklukları (zayıflığı inkar etme), algılama bozuklukları (yorgunluk, güçsüzlük, açlığın inkarı veya tanınamaması) ve uygunsuz öğrenme deneyimleri nedeniyle oluşan etkin olamama duygusudur.

AN veya BN öncesi kişilik özelliklerinin kapsamlı incelenmesi güçtür, bu nedenle çoğu çalışmada hastalar düzeldikten sonra ve hastalık sırasında değerlendirilmiştir.

Düzelmiş hastalarda sıklıkla obsesyonel ve katı düşünme, sosyal içe dönüklük, kişiler arası güvensizlik ve affekt kısıtlılığı, aşırı uyum ve davranış düzenliliği devam eder. Obsesyonel, mükemmeliyetçi kişilik, kısıtlayıcı tip AN için risk etkenidir. Bu hastalar, kişisel bağımsızlığa teşvik edecek çocukluk deneyiminden yoksundurlar.

Bu bozuklukların akut safhalarında yapılan aile etkileşimlerine ilişkin çalışmalar YB'nin devamlılığını oluşturan etkenler hakkında bir fikir verebilir. Bir kontrollü çalışma, BN hastalarının ailelerinde, kontrol ailelere göre daha çok hostilete, kaos, izolasyon hisleri buna karşılık besleyip büyütme (bakım) ve empati kurmada belirgin yetersizlik olduğunu göstermiştir.

AN hastalarında yüksek oranda major depresyon (%68), anksiyete bozuklukları (%65), OKB (%26),

sosyal fobi (%34) saptanmıştır. Kısıtlayıcı tip AN tanısı alan hastaların yaklaşık 1/4'ü C kümesi kişilik bozukluğu, tıkanan-çıkarıcı tip AN hastalarının yaklaşık %40'ı B kümesi, impulsif kişilik bozukluğu tanısını almıştır. BN hastaları ise %36-70 oranında major depresif bozukluk, %18-32 oranında madde kullanımı, %28-77 oranında B kümesi kişilik bozukluğunun çoğunluğu oluşturduğu kişilik bozukluğu tanısı alır.

3. Biyolojik Faktörler

A. Ailevi genetik etkenler: AN hastalarının kız kardeşlerinde %6.6 oranında AN geliştirmeye eğilim vardır. Çift yumurta ikizlerde %0 iken, tek yumurta ikizlerde %66 oranında kısıtlayıcı tip AN konkordansı saptanmıştır. Büyük bir örnekleme yapılan ikiz çalışmasında BN konkordansı çift yumurta ikizlerine göre, tek yumurta ikizlerinde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Birkaç çalışmada AN, BN hastalarının birinci derece akrabalarında AN, BN ve bu hastalıkların benzerlerinin ailevi kümelenmesi dikkati çekmiştir.

Bazı araştırmalarda AN'nin genetik predispozisyonu olduğu ve bazı olumsuz koşullarda (örneğin; diyet yapma veya emosyonel zorlanma) manifest duruma gelebildiği öne sürülmüştür. Bu genetik yatkınlık, özel bir kişilik tipine, bir psikiyatrik rahatsızlığa (özellikle mizaç bozukluğu) veya doğrudan hipotalamik işlev bozukluğuna bağlı olabilir.

AN ve BN'de aile çalışmaları, bu hastaların birinci derece akrabalarında, kontrol grubundakilere göre mizaç bozukluğu sıklığının artmış olduğunu göstermiştir. Yine AN hastalarının annelerinde OKB yaygınlığı kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

B. Hipotalamik-Nöromediatör etkenler: Birçok hastada kilo kaybı ortaya çıkmadan önce amenore gelişmesi ve beden ağırlığı normale döndükten sonra da menstruel siklusun normale dönmesinin gecikmesi, AN'de primer hipotalamik işlev bozukluğu olduğu görüşünü desteklemiştir. AN'de adet yeniden başlaması, kilo aldıktan sonra belirgin bir şekilde psikolojik düzelmeye ile bağlantılıdır. Hipotalamusta paraventricüler çekirdekte, yeme davranışının düzenlenmesinde nörotransmitterlerin karmaşık etkileşimleri vardır. Norepinefrinin iştah uyarıcı etkisi olup, serotonin ise doyunluk hissinin arttırıcı etkisi olup, gıda alımını azaltır, agresif, impulsif ve obsesif-kompulsif davranışları düzenler. Dopamin sistemlerinin az veya çok aktivasyonu, yeme bozuk-

lukları oluşturur. İlaç ve hormonlar, dopamin transmisyonunu etkileyen invivo çevresel stresler olup yemek yemenin kısıtlanmamasına neden olabilir. Güncel çalışmalar, AN'de üç norotransmitterin işlevsel bozukluğu olduğunu göstermektedir. Kilo restorasyonunun uzun süre devam ettiği AN'li hastalarda yapılan bir çalışmada beyin omurilik sıvısında 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) yoğunluğunun, kontrollere göre yükseldiği bulunmuştur. Bu bulgu, AN'deki obsesyonel özelliklerin, serotonerjik nörotansmitter sisteminin hiperfonksiyonu ile ilişkili olduğu varsayımı ile uygunluk teşkil eder. Kortikotropin-releasing faktör (CRF), beslenmeyi güçlü bir biçimde inhibe eder. Çok zayıflamış AN'li hastalarda BOS'da CRF yoğunluğu artmış ve kilo alındığında normal değerlere dönmüştür. Yeme davranışını uyaran nöropeptit Y, kilosu az olan ve kilosu yeni restore olmuş AN hastalarının BOS'unda yüksek bulunmuştur. Kilosu uzun süreli sağlıklı düzeylerde kalmış AN hastalarında bu değerler normale dönmüştür. Gıda alımının azalması, beslenmeyi uyaran nöropeptit salınımındaki homeostatik artışa neden olabilir, ancak bu mekanizmanın anorektik hastalarda etkisiz olduğu görülmektedir. Gonadotropin-releasing hormonun (GnRH) salgılanmasının azalması AN'de amenore nedenidir. GnRH salınımı norepinefrin ve serotoninden fazlaca etkilenir. Bu nörotansmitterlerin AN'de GnRH, nöropeptit Y, CRF salınımıyla ilişkisi, süregiden araştırma alanıdır. Norepinefrin dönüşümünün azalması, hipotalamik-pituiter-adrenal ekseninde hiperaktivite, tiroid releasing hormona (TRH), tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtının azalması, düşük plazma T3 düzeyi, bazal büyüme hormonu yoğunluğunun azalması gibi açlığa bağlı değişiklikler beslenme düzeldiğinde normal değerlere ulaşmaktadır.

Bulimiyada serotonerjik işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmektedir. Normal ağırlıktaki bulimik hastalarda, kontrollere göre fenfluramin ve metklorofenilpiperazine (mcPP) prolaktin yanıtında azalma saptanmıştır. Tıkınma davranışı fazla olanlarda ise kontrollere göre BOS'da 5-HIAA düzeyleri daha düşüktür.

Tanı

AN

İlk olarak Russell'ın AN için geliştirdiği ölçütler şunlardır:

a. Belirgin kilo kaybına yönelik davranış,

b. Marazi şişmanlama korkusu,

c. Ergenlik dönemindeki kızda adet kesilmesine neden olan bir endokrin bozukluğun varlığı.

1994 yılında oluşturulan DSM-IV kriterleri ise şöyledir;

a. Yaş ve boya göre minimal normal ağırlıkta veya üzerinde olan beden ağırlığını korumayı reddetme. (örneğin; olması gerekenin %85'inden daha az ağırlığa yol açan kilo kaybı, veya büyüme döneminde beklenen kilo artışının olmaması, beklenenin %85'inden daha az beden ağırlığı),

b. Zayıflığa rağmen kilo almaktan, şişmanlamaktan aşırı korku,

c. Beden ağırlığı veya biçiminin algılanmasında, kendisi tarafından değerlendirilmesinde bozukluk, düşük beden ağırlığının ciddiyetinin reddi,

d. Adet görmüş kadınlarda amenore, ardışık en az üç menstruel siklusun yokluğu. (hormon, örneğin; östrojen uygulamasını takiben bir kadında adet ortaya çıkıyorsa, amenoresi var kabul edilir).

Tipi belirlenir:

1. Kısıtlayıcı tip

2. Tıkınan/çıkarıcı tip. AN döneminde düzenli olarak tıkınma veya çıkarıcı (zorlayarak kusma, laksatif, diüretik kötü kullanımı) davranışları vardır. İmpulsif davranışlar; çalma, ilaç kötüye kullanımı, intihar girişimleri ve kendine zarar verme daha sıktır. Premorbid obezite, ailede obezite, mizaç değişiklikleri, B kümesi veya impulsif kişilik bozuklukları daha sıktır.

BN

1979'da tanı için Russell tarafından öne sürülen ölçütler şunlardır:

1. Aşırı yemek için güçlü ve durdurulamayan isteğin aşırı yeme epizodlarına neden olması,

2. Gıdaların şişmanlatıcı etkisinden kaçınmak için zorlayarak kusma ve/veya purgatif kötü kullanımı,

3. Şişman olmaktan aşırı korku.

1994'de geliştirilen DSM-IV kriterleri şöyledir:

A. Yineleyici tıkınma epizodları. Tıkınma epizodları aşağıdaki iki özelliğe sahiptir:

1. Belirli bir zaman döneminde (örneğin; 2 saat içinde) aynı zaman ve koşullarda çoğu insanın

yiyebileceğinden belirgin olarak fazla miktarda yeme.

2. Epizod sırasında yemeyi kontrol edememe duygusu (örneğin; yemeyi durduramayacağı veya ne ve ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B. Kilo almayı önlemek için yineleyici, uygunsuz, telafi davranışları (örneğin; kendini zorlayarak kusma, laksatif, diüretik, diğer ilaçları kötüye kullanma, oruç tutma veya aşırı egzersiz).

C. Tıkınma ve uygunsuz telafi davranışlarının her ikisinin üç ay içinde ortalama haftada en az iki kere ortaya çıkması.

D. Kendine verilen değer, beden biçimi ve ağırlıktan etkilenmesi.

E. AN epizodları sırasında bozukluğun ortaya çıkamaması.

Tipi belirlenir;

1. Çıkarıcı tip.

2. Çıkarıcı olmayan tip (oruç tutma, aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz telafi davranışları vardır).

Başka şekilde belirtilmemiş yeme bozukluğu

AN ve BN'nin tüm ölçütlerini karşılamayan yeme bozuklukları bu kategoride yer alır. İlk olarak DSM-IV'de yer alan tıkınma bozukluğu, çıkarıcı olmayan tip BN'den kilo almaktan kaçınmak için herhangi bir telafi davranışının olmaması ve 6 ay süre ile haftada 2 kere tıkınma olması belirtileri ile ayrılır. Kişiler genellikle şişmandır. Kadın ve erkek oranı eşittir.

Klinik Özellikler

AN

Hastalar karbonhidrat ve yağ içeren gıdalar başta olmak üzere gıda alımını tamamen azaltır. Aşırı hareketli olabilir veya egzersiz yaparlar. Çoğunluğu gıda ile zihinsel düzeyde aşırı uğraşır, yemek tarifleri toplar, aileleri için özel yemekler yapar. Karbonhidratlı yiyecekleri saklar, cepte, çantada taşıyabilir. Kilo almadığına inanmak için aynaya uzun uzun bakar. Bazıları kendini tamamen şişman algılayarak bazıları zayıf olduğunu, ancak karın, baldır, kalça gibi bazı bölgelerin şişman olduğunu iddia ederler. Zayıflıklarının tehlikeli boyuta geldiğinin farkına varmaz. Kendilerinin etkisiz olduğunu düşünürler, kilo kaybetme etkileyici bir başarı demektir, öz saygıyı ve

kontrol duygusunu güçlendirir. Kendilik değerleri zayıflıklarına bağlıdır. AN başlangıcından sonra sıklıkla obsesif kompulsif davranışlar gelişir. Amenore, GnRH salgılanımı azalmasına bağlı, FSH, LH azalması sonucu östrojen düzeylerinin düşüklüğüne bağlıdır. Gıda ve ağırlıkla ilgili obsesyonlar egosintoniktir. Ya hep ya hiç (dikotom) düşünme gibi bilişsel çarpıtmalar siktir. Tedavi motivasyonları düşüktür. Sıklıkla cinsel uyumları bozuktur. Çoğu anorektik ergenin psikososyal cinsel gelişimi gecikmiştir ve erişkinlerde AN başlaması ile cinselliğe ilgi çok azalmıştır. AN'deki çoğu fizyolojik ve metabolik değişiklikler, açlık durumu veya çıkarıcı davranışlarına bağlıdır ve geri dönüşümlüdür. Hematopoez bozuklukları olarak lökopeni, relatif lenfositöz ve anemi görülür. Çıkarıcı davranışları sonucu hipokalemik alkaloz gelişir. Bu durumda serum bikarbonatı yükselir, hipokloremi, hipokalsemi oluşur. Elektrolit bozukluğu olanlarda güçsüzlük, letarji, kardiak aritmi vardır. Kardiak aritmi, kardiak arreste yol açarak ani ölüm nedeni olabilir. Karaciğerde yağlı dejenerasyon görülebilir. Serum kolesterol düzeyleri yükselebilir, karotenemi, periodontit, diş çürümeleri, kuru cilt, lanugo, el sırtında sertleşme, perioral dermatit, osteoporoz, patolojik kırıklar, parotitis, gastrik boşalmanın gecikmesi, kabızlık, tiroid metabolizmasının düşmesi, düşük beden ısısı diğer biyolojik komplikasyonlardır.

BN

Genellikle birkaç haftadan bir yıl ya da daha uzun süreli diyet yaptıktan sonra gelişir. Diyet yaparak kilo kaybedilir veya başarılı olunamaz, ancak kilo kaybı, asla AN tanısı koyduracak nitelikte değildir. Yemeyi kısıtlama, tıkınma epizodlarına yol açabilir, bunlar karında rahatsızlık hissi, kendini kusturma veya sosyal çevrenin baskısı ile sonlanır. Bulimik epizodu sıklıkla suçluluk duygusu, depresyon ve öz eleştiriler izler. Bazı hastalar kilo kontrolü için laksatif kullanır ve tıkınma ve oruç tutma ardışık olarak yinelenir. Az sayıda hasta diüretik kullanır. Tıkınma sırasında yenilen gıda yüksek kalorili ve hızlı yemeyi kolaylaştıracak yapıdadır. Hastalarda kilo dalgalanmaları siktir. Tıkınma epizodu ortalama 1 saattir. Bazı hastaların el sırtında kusmanın yol açtığı nedbeler vardır. İştah azaltmak için amfetamin kötüye kullanımı, kusmayı kolaylaştırmak için ipeka şurubu kullanılabilir. Çoğu hasta düzenli yemek yemez, normal bir yemek sonunda doyunluk hissetmekte zorluk

çeker. Genellikle evde, tek başına yemeği tercih ederler. Çoğunluğu normal ağırlık aralığının üst sınırında veya hafif kilolu olmalarına rağmen, ideal kilo olarak normal ağırlık aralığının alt sınırını tercih eder. Hastaların, yaklaşık %10'u belirgin şişmandır. Çoğu hasta için tıknama epizodu gerilim ve sıkıntıyı hafiflettiği için ödüllendirici bir davranış olabilir. Sık olarak karmaşık, sorunlu kişiler arası ilişkiler, impulsif davranışlar ve yüksek düzeyde anksiyete ve kompulsif davranışlar sergilerler. Kendilik kavramları iyi gelişmemiştir ve mizaç bozuklukları görülme sıklığı yüksektir. Madde ve en yaygın olarak alkol kötüye kullanımı siktir. 1/4 hastada gıda, giysi ve mücevher en sık olmak üzere impulsif çalma sorunu görülür. Çıkarma davranışlarına bağlı AN'deki benzer tıbbi sorunlar, dişlerde aşınma, parotis bezi büyümesi, midenin akut dilatasyonu, yemek borusu zedelenmesi, karın ağrıları, ipeka zehirlenmesi sonucu kardiyomiyopatiye bağlı kalp yetersizliği önemli komplikasyonlardır.

Ayırıcı Tanı

AN

Kilo kaybına yol açan başka bir tıbbi hastalığın olmadığından emin olunmalıdır. Kilo kaybı depresif bozukluklarda sık görülür ve AN ile bazı ortak özellikler gösterir. Depresyonda iştah azalır ancak AN'de hasta iştahın varlığını yadsır. AN'nin ileri safhalarında iştah azalır. AN'deki hiperaktivite planlı ve ritüelistik özelliği ile depresyondaki ajitasyona bağlı aktiviteden ayrılır. Gıdaların kalori içeriği ile aşırı ilgilenme, yemek tarifi toplama, başkaları için yemek hazırlama, şişmanlama korkusu, beden imajı bozukluğu depresif hastada gözükmez.

Kilo oynamaları, kusma, özel yemek yeme şekilleri somatizasyon bozukluğunda görülebilir. Ancak burada kilo kaybı AN kadar ciddi değildir ve şişmanlama korkusu yoktur. 3 ay veya daha uzun süreli amenore mutad değildir. Şizofrenide gıda ile ilgili hezeyanlar, kalori içeriği ile nadiren ilişkilidir. Şişmanlama korkusu ve AN deki hiperaktivite görülmez. Kilo kaybı yapan kronik tıbbi hastalıklar; Crohn hastalığı, hipertiroidi, Addison hastalığı ve diabetes mellitustur.

BN

Aşırı kilo kaybı, amenore, BN'yi AN'den ayırır. Seyrek olarak merkezi sinir sistemi tümörleri bulimik davranışa neden olabilir.

Gidiş ve Prognoz

AN

AN başlama yaşı 14-15 ve 18 yaşlarında tepe noktasına ulaşır. Seyrek olarak 9 yaşında ve menapoz sonrası kadınlarda başladığı bildirilmiştir. Ölüm oranı çeşitli çalışmalarda %7-18 olarak bildirilmektedir. 18 yaşından önce başlama, hastaneye yatış olmaması, çıkarma davranışları olmaması iyi prognozun belirleyicileridir. AN hastalarının yaklaşık yarısında, AN başlangıcından sonra birinci yılın sonunda bulimia semptomları ortaya çıkar.

BN

6 ay -10 yıllık bulimik hastalarla yapılan 88 çalışma sonuçları şöyledir. BN için tipik başlangıç 18-19 yaş arasındadır, ölüm %0-3 oranındadır, 5-10 yıl sonra hastaların %50'si tamamen düzeler, %20'si BN ölçütlerini karşılar düzelmiş bulimik hastaların yaklaşık 1/3'ü 4 yıl içerisinde nüks yaşar. İmpuls kontrol sorunları belirgin olan ve kişilik bozukluğu olanlarda, kişilik bozukluğu olmayanlara göre prognoz daha kötüdür.

Tedavi

Anoreksiya Nervosada Yatarak Tedavi Endikasyonları:

1. Kilo kaybının son 3 ayda %30'dan fazla olması yada yaş, cinsiyet ve boya göre ortalamanın %30'undan düşük beden ağırlığı.
2. Kaybedilen kilonun hızlı olması (haftada ortalama 2 kg'lık ya da daha fazla kayıp birkaç hafta sürmüşse).
3. Yaşamı tehdit eden fizik komplikasyonlar (hipokalemi, aritmiler, anemi, ödem, kaşeksi, mide yırtılması olasılığı olan akut mide dilatasyonu, ösofajit, gastrit, parotis bezinde büyüme).
4. Suisid riskinin olduğu depresyonun eşlik ettiği durumlar.
5. Ayaktan tedaviye yanıt vermeyen diyet-tıknama-çıkarma-aşırı egzersiz yapma davranışları.
6. Ayaktan ağırlık kontrolünün sürdürülememesi.
7. Sosyal koşulların ayaktan takibe uygun olması.
8. Aile ya da eşten ayrılma gereksinimi.
9. Diğer nedenler (ayırıcı tanının karmaşıklığı,

komorbid bozuklukların tedavisi, hastayı bozukluğa ilişkin yadsıması ile yüzleştirme ve ardından ayaktan tedaviye hazırlama).

Tedavi Süreci

I. Hazırlık Aşaması

İlk kez yatırılarak tedavi olanlar genellikle yeni ortama ilişkin kaygıları nedeniyle ve başkalarının kontrolü altında olacaklarından dolayı tedirgindirler. Daha önce yatırılarak tedavi görmüş olanların ise olumsuz deneyimleri olabilir. Yatarak tedavi ayaktan tedavinin başarısız olduğu yada hastanın yeteri kadar işbirliği yapmadığını ifade edebilir ve böylece suçluluk kaynağı oluşturur. Ayrıca hastalığın ciddiyetinin göstergesi olarak yorumlanabilir. Hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek ve yatış öncesi görüşmede servisi gezdirerek mantık dışı korkularını hafifletmek, gerçekçi beklentilere teşvik etmek yararlı olur.

Terapist bireysel tedavi programlarını şekillendirirken esnek olmalı, hastanın korku ve tercihlerini dikkate almalıdır. Ağırılığı çok düşük olan hastalar için mesaj açık olmalıdır: "Size yardım edecek, destek olacağız, fakat sizi ölüme götürebilecek olan kendinizi aç bırakmanıza izin vermeyeceğiz". Bu dönemde yatarak tedavinin sınırları ve etkinliğine ilişkin ebeveynler, eş ve diğer yakın kişiler de tedavi ortamına katılmalı ve bilgilendirilmelidir. Sıklıkla ebeveyn yada eşler suçluluk hisseder, hastanın sorunlarına neden olan hatalı davranışlar yaptıklarını düşünürler. Yapabildiklerinin en iyisini yaptıkları ve bu birden fazla nedene bağlı bozuklukta kimsenin suçlanmaması gerektiği ve bundan böyle tedavide hasta ve yakınlarının birlikte çalışması gerektiği mesajı verilmelidir.

Bu şekilde yatış öncesi hazırlık sürecinden sonra hastalar kontrat imzalar. Bu kontrat aşağıdaki gibi olabilir;

"Servisi ziyaret edip, programı tanımak şansım oldu. Bu programın bana yardımcı olup olmayacağını bilemiyorum. Tedaviye başlamayı istiyorum. Tedavi ekibinin önerdiği bütün yiyecekleri yemeyi istiyorum (ismini vereceğim 3 özel yiyecek dışında) ve tedavi ekibinin uygun gördüğü ağırlık aralığı hedefini kabul ediyorum. Ne kadar süre gerekiyorsa kalacağım, (ortalama yatış süresi 3 ay) Sağlığım kötü ise servisten dışarıya çıkarırken doktorumun iznini alacağım.

Ailem haftalık aile terapisine katılmayı kabul ediyor. Barsak yumuşatıcı, idrar söktürücü ve herhangi bir ilaç önerilmedikçe kullanmayacağım".

Hastanın ismi:

Yakınının ismi:

Telefon no:

Adres:

II. Yatıştan Sonra Hastanın Değerlendirilmesi

a. Psikiyatrik öykü

1. Güncel hastalığın tanımlanması (diyete başlama sırasındaki çevre koşulları, kilo kaybının presipitasyonları, hastalığın gidişi, tıkinma ve çıkarmanın başlangıcı, kadın hastalarda menses kaybı, açlığın psikolojik belirtileri).

2. Hastanın kişiliğinin predispozan özellikleri.

3. Aile dinamikleri.

4. Geçmişteki tedavi girişimleri.

5. Yeme bozuklukları yada depresif bozukluğun aile öyküsü.

b. Ruhsal durumun incelenmesi

1. Açlığa bağlı bilinç durumundaki dalgalanmalar.

2. Açlığa bağlı mizaç durumundaki dalgalanmalar.

3. Obsesyon yada kompulsif özellikler.

4. Şişmanlık korkusu.

5. Zayıf olmayı aşırı isteme.

6. Algı bozukluğu.

III. Hastaneye Yatış ve Yatarak Tedavinin Başlaması

A. Beslenme rehabilitasyonu

Hastalar yatıştan sonra 3 öğün ve 2 öğün arası şeklinde düzenlenen yemeklerini yemeğe başlar. Hastalarla şöyle bir görüşme yapılır:

"Bedeninizin biçimi ve yemek gereksiniminize ilişkin algılarınızı değiştiren bir hastalığınız var. Yemek yeme önermemize güvenin. Bu, sizin için zor olabilir, çünkü kontrolünüzü kaybedeceğinizden, çok yiyeceğinizden ve şişmanlayacağınızdan korkuyorsunuz. Amacımız kimseyi şişmanlatmak değil. Beslenme gereksiniminize ilişkin fikirlerimizi kabul etmenizi ve önerdiğimiz herşeyi yemenizi istiyoruz. Sıkıntı hissedebilirsiniz, hemşireler sizinle birlikte olacak ve size destek, cesaret verecekler. Bu hastalığın neden ortaya çıktığını bilemiyoruz. Kişilik özellik-

leriniz; örneğin mükemmeliyetçi olmanız, bazı aile sorunları, bazı biyokimyasal değişiklikler, diyete başlama gibi birçok nedene bağlı olabilir. Sebep ne olursa olsun kimseyi suçlamıyoruz. Lütfen bize dürüst olun ve güvenin. Yediklerinizi çıkartmak, yok etmek, böylece yemenin etkilerinden kurtulmak için yoğun istek hissedebilirsiniz. Kilo almayı değil açlık durumunuzun düzelmesini düşünün. Hedefimiz sizi daha sağlıklı ve mutlu bir insan yapmaktır. Hayatınızın kontrolünü yeniden kazanmanızı, büyüme ve gelişmenizi (hasta ergen ise) istiyoruz".

Hastanede tedavinin en önemli parçası hemşire bakımındır. Hemşire ve hemşire yardımcıları gerektiği kadar hasta ile birlikte kalır. Hemşireler hastalarla oturur ve onları yemeğe teşvik eder, zorlama yapılmaz, tüpten beslenme şeklinde tehdit yapılmamalıdır. Hastanın şişmanlık korkusu ile empati yapılır. Ağırlık ve kalorilerle ilgili tartışma yapılmasına izin verilmez, duygular üzerinde yoğunlaşılır. Başlangıçta hastanın başvuru sırasındaki kilosuna göre 1200-1500 kal/gün şeklinde diyet önerilir. Diyetisyen hasta ve tedavi ekibi ile işbirliği içindedir. Hastaların menülerinden 3 özel yiyeceği çıkarma hakları vardır, diğer tüm yiyecekleri yemek durumundadır. Haftada 500-700 kal/gün artırılarak maksimum 3500-5000 kaloriye erişilir. Bu kalorinin bir kısmı yüksek enerjili, ilaç yerine önerilen "milkshake" türü ürünlerle sağlanır. Haftada 1.5 kg ağırlık artışı sağlanarak hedef ağırlığa ulaşılır. Genellikle hedef ağırlık hastanın yaşı, boyu, cinsiyeti için ortalama ağırlığının en az %90'ı olmalıdır. Hedef ağırlık açlığın fizik ve psikolojik etkilerinin artık mevcut olmadığı, normal hormon işlevlerinin yeniden oluştuğu ve diyet yapmadan yemek yemenin mümkün olduğu bir ağırlıktır ve 2.5 kg civarında bir esneklik payı bulunmalıdır.

Hastanın kusmasına karşı hemşire banyoda hastaya eşlik edip, tuvalete girdiğinde dışarıda bekler. Kusma önlenemeyecek kadar hızlı oluyorsa, personel ile birlikte temizlemesi istenir ve kusulan hacim enerjiden zengin besleyici milk-shake ile yerine konur. Başlangıçta yeme sırasında daha az rahatsızlık hissetmesi için 1-2 hafta süre ile düşük dozlarda anksiyolitik (lorazepam 0.5 mg/gün) denenebilir. Depresyon ve obsesyon belirtileri için SSRI grubundan antidepressanlar yararlı olabilir. İştah açıcılar, nöroleptikler, antidepressanlar ve lityumun sınırlı etkisi vardır.

Eğer hemşire bakımı mümkün olmazsa yada iste-

nilen kilo artış hızı sağlanamamışsa operan davranış programı uygundur. Bir dönem önerilen katı ve karmaşık operan programların, daha basit, esnek yaklaşımlardan daha fazla etkili olduğu saptanmamıştır. Örneğin; her 4 günde en az 0.75 kg'lık artış olması hedeflenir. Hastalar bütün hak ve izinlere sahiptir, servis etkinliklerine tümüyle katılırlar. Ancak hedef kilo alma oranı elde edilmemişse, sonraki 4 günü yataklarında dinlenerek geçirirler, böylece yeme ve egzersiz düzeyleri de daha yakından gözetim altında tutulur. Başka kısıtlamalar olmamalıdır. Bu 4 günlük yatakta dinlenme en az 0.75 kg ağırlık artışı ile sonuçlanırsa, hasta normal servis etkinliklerine yeniden başlar. Bu şekilde tanımlanan hastanedeki ağırlık restorasyonu ile beden ağırlığı genellikle 2-3 ay içinde sağlıklı düzeye geri döner ve hasta 2-4 hafta sonra taburcu edilir.

B. Bireysel Psikoterapi

Çoğu hastada Garner ve Bemis (1982) tarafından geliştirilen kognitif yaklaşım yararlı olur. Bu terapide hastaların çevresel uyarıları hatalı yorumladıkları ve bunun rahatsız edici duygulara ve ardından anormal davranışlara yol açtığı düşünülür. Kognitif yeniden yapılandırma yöntemleri kullanılarak düşünceler, tutumlar ve bunlarla ilişkili mantık hataları tanımlanabilir ve sorgulanabilir. Sorun çözme eğitimi yararlıdır. Rol oynama özellikle hastaneden çıkmaya ve okul, iş, aile, arkadaş çevresi ile karşı karşıya gelmeye hazırlanırken yararlı olur.

Uzun süreli psikodinamik yaklaşım hastanede başlatılabilir, ancak 6 ay ya da daha uzun süre hastanede kalmadıkça transferans nörozunun yorumlanması mümkün değildir. Hastanede bireysel psikoterapinin başlıca hedefi hastanın yaşamındaki güçlüklerle dolaylı biçimde (anorektik belirtilerle) yalancı çözümlerle değil, doğrudan mücadele etmesine yardımcı olmaktır. Çoğu hasta anoreksiya nervozanın gerçek ve önemli sorunlara yalancı bir çözüm olduğunu bilir. Yaşamın zorluklarına karşı zayıflama yoluyla hayali bir çözümden vazgeçerek, bireysel etkinlik duygusunu ve daha olgun başa çıkma yöntemleri geliştirerek kazanmaları amaçlanır. Tedavide yaşama karşı daha az entellektualizasyon kullanarak yaklaşımları ve duygularının farkına varmaları ve rahatlamalarına çalışılır. Hastalar genellikle emosyonlarını tam olarak tanımlayamaz, aleksitimi sorunları vardır.

Bireysel psikoterapi başlangıçta hergün kısa görüşmeler (15-30 dak.) şeklinde planlanır. Açlık durumu

düzeltilen hastalar daha iyi yoğunlaşabilir ve haftada 3 kere daha uzun görüşmeler mümkün olur. Yiyecek ve kalorilere odaklanmaktan sakınılmalıdır. Görüşmenin başlangıcında birkaç dakika için hastanın korkularının azaltılması yararlı olabilir. Hastanın terapistini ebeveyni gibi görmesi biçiminde ortaya çıkan transferans nörozuna dikkatli yaklaşılmalıdır.

C. Grup Terapisi

Haftada iki kere 90 dakikalık hastanın duygularını, heyecanlarını tanımladığı, girişkenlik, hakkını arama ve öfke kontrolü gibi konularının işlendiği grup terapileri yararlı olur.

D. Aile Terapileri

Bireyleri anoreksiya nervozaya yatkın kılan tek bir aile modeli yoktur. Ebeveynlerde genellikle karışık duygular vardır; bunlar suçluluk, öfke, hastalık tarafından yenilgiye uğradıkları duygusudur. Aileler çocuklarına yardım etmek için elinden geleni yapmış, başarılı olamamıştır, çabalamaktan yorulmuştur. Aile terapisinde hastalığın özelliği yeniden gözden geçirilir, ailenin çabalarına destek verilir. Bütün aileyi ilgilendiren düzelmesi gereken konular tanımlanır. Bunlar iletişim sorunları, iyi yetiştirme endişesi olabilir. Babanın uzak ve ulaşılamaz olduğu durumlarda, anne tek başına çocuğu yetiştirme ile uğraşır ve süreç içerisinde yenilgi hisseder. Ayrı oturumlar halinde ebeveynler arasında eş sorunları tanımlanır, tartışılır. Destek almak, vermek ve paylaşmak için ailelerle gruplar yapılabilir.

IV. Hastane Tedavisinin İdame Dönemi

Hedef hastanın yiyecek, ağırlık ve egzersizlere ilişkin daha çok kontrol kazanması ve servisin yapısını içselleştirerek, çıktıktan sonra kontrolü kaybetmemesidir. İdame dönem sorumluluk hastaya geri verildiği için birçok bakımdan beslenme rehabilitasyonuna göre daha zordur. Önce yemek çeşitleri, sonra yemek miktarları, son olarak her ikisi de hastanın denetimine bırakılır. Egzersizi kilo kaybetmek değil, keyifli ve sağlıklı olmak amacıyla yapmaları istenir. Yeni giysiler almaya, sosyal ortamlarda yemek yemeğe teşvik edilirler. Uğraşı terapisti hastanın yemek hazırlamasına yardımcı olur. Kalori yerine besin seçiminin dengelenmesi vurgulanır. Hastalar hafif kilolu olduklarını hissetmelerine rağmen, yavaş yavaş sağlıklı yeme davranışlarını seçmeyi öğrenirler. Korkuları yerine, tartıya ve akranlarının yorumlarına inanmaya başlarlar.

V. İzleme

Tedavinin bu son aşaması sıklıkla birkaç yılı alır. Çoğu hasta 'iyileşmiş' değil 'düzelmiş' olarak çıkar. İlk birkaç gün şaşkınlık yaşanır. Mükemmeliyetçi yapıları nedeniyle ilk haftada hata yapacaklarını, ağırlık kontrolünü kaybedeceklerini düşünürler. Yediklerini, yemekle ilgili duygu ve düşüncelerini kaydetmeleri istenir. Böylece terapi gerçek deneyimlere ve daha dinamik konulara kayar. Bulimik tip anorektik hastalar çıkarken bağımlılık gereksinimlerinin doyurulduğu destekleyici çevreyi terkedecekleri için zorlanırlar.

Yatarak Tedaviye İlişkin Sorunlar

1. Yatışı istemeyen, yaşamı tehlikede olan kaşektik hasta yasal yollarla yatırılabilir. Ancak bu zorlama gelecekte terapötik ilişki açısından olumsuzdur. Hastalarla güç savaşına girilmemeli, tedaviye motive etmeye çalışılmalıdır.

2. Tedavi ekibi hastanın davranışlarına, onun aile üyelerininkilere benzer tepkiler verebilir. Hastaların kandırma davranışlarını cezalandırmaları ekipte bölünmeye yol açabilir. Yargılamadan yüzleştirmeye ve kilo alma korkusu ve diğer dinamikleri anlamaya çalışmak gerekir.

3. Tedavi ekibi ailelere de yargılamadan yaklaşmalıdır.

4. Serviste birkaç anorektik hasta varsa birbirleriyle yarışmaya girebilirler, örneğin; en az yeme, en zayıf olma gibi. Bu durumlar yüzleştirilmelidir. Multi-impulsif davranışları olan (beraberinde alkolizm, çalma, kendine zarar verme) anorektikler çok iyi eğitilmiş deneyimli bir ekip için bile gerçek bir zorlanma oluşturabilir.

AN'de farmakoterapi olarak ilk denenen klorpromazindir. Siproheptadin yüksek dozlarda (28 mg/gün'e kadar) kilo almayı kolaylaştırır, antidepressan etkisi de vardır. Son yıllarda yapılan açık çalışmalar fluoksetinin nüksü önlediğini göstermektedir. SSRI'larla çeşitli çalışmalar sürdürülmektedir.

BN'de Kognitif Davranışçı Tedaviler

35 kontrollü psikososyal çalışmada etkili tedavi yöntemi olduğu görülmüştür. 16-20 haftalık tedavi sonunda hastaların yaklaşık %40-50'si tıknıma ve çıkarmayı bırakır. Genelde %70-95 oranında tıknıma ve çıkarmada hafifleme olur. Tedavi sonrası hemen düzelmeyen %30 hasta tedaviden 1 yıl sonra tama-

miyla düzelir. BN yanısıra depresif bozukluk da varsa, depresyon hafifler. 5-6 ay süren, 18-20 görüşme şeklinde yapılan KDT ile kişi tıknıma ve diyet yapma döngüsünü sürdürmemeyi ve gıda, ağırlık, beden imgesi ve kendilik kavramı hakkındaki işlevselliği bozulmuş bilişim ve inanışlarını değiştirmeyi öğrenir.

BN'de İnterpersonal Tedavi

BN'de kişiler arası sorunlar sık olduğu için uygulanır. Yeme davranışına değil, kişiler arası işlevselliğe odaklanılır. Bir çalışmada interpersonal tedavinin, tedavinin sonunda KDT kadar etkili olmadığı fakat tedaviyi takiben 1-6 yıl içinde KDT'ye eşit etkiye ulaştığı bildirilmiştir.

BN'de Farmakoterapi

1980'lerin sonlarından beri desipramin, imipramin,

amitriptilin, nortriptilin, fenelzin, fluoksetin gibi anti-depresanlar çift kör, plasebo kontrollü çalışmalarda, ayaktan takip edilen, normal kilolu hastalarda depresyon dozlarında denenmiştir. Hepsi tıknımayı plaseboya göre azaltmış, mizacı yükseltmiş, biçim, ağırlıkla zihinsel uğraşı gibi yeme bozukluğu belirtilerini azaltmıştır. Ancak, tıknıma ve çıkarma yalnızca %22 oranında kaybolmuştur. Çok merkezli bir çalışmada fluoksetinin 60 mg/gün dozu daha etkili bulunmuştur. KDT ile birlikte ilaç tedavisi en başarılı sonuçları vermiştir. SSRI'ların obsesyon dozlarında kullanılması önerilmektedir.

Yol gösterici kendi kendine yardım

Hasta KDT yaklaşımlarına dayanarak hazırlanan programı terapistin yönlendirmesi ya da sınırlı desteği ile kendi kendine uygular.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Büyükkal MB (1995) Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri (Aile Çalışması). Uzmanlık Tezi, İstanbul.
2. Brownell KD, Fairburn CG (1995) Eating disorders and obesity, A Comprehensive Handbook. NY, London, The Guilford Press.
3. Çelikkol A (1999) Ege psikiyatri sürekli yayınları, Yeme Bozuklukları. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 4:1.
4. Gabbard GO (1990) Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington DC., American Psychiatric Press, s.256-284.
5. Garner M, Garfinkel E (1985) Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. NY, London, The Guilford Press.
6. Halmi KA (2000) Eating disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), 2. Cilt, 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.1663-1676.
7. Işık Y, Gökler B (2001) Anoreksiya nervozanın psikodinamikleri. Türkiye'de Psikiyatri, 3(1):10-15.
8. Maner F (1997) Yeme bozukluklarında kognitif davranışçı tedavi. 6. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı. 1. Baskı, Psikiyatri Derneği Erzurum Şubesi Yayınları, s.175-186.
9. Yager J (2000) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (revision) Washington, American Psychiatric Association, cilt:157, sayı:1.
10. Yeşilbursa D (1990) Lise öğrencilerinde Anoreksiya Nervoz-Bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi-Uzmanlık Tezi, İstanbul.