

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Binge Eating Disorder

Şenol Turan, Cana Aksoy Poyraz, Armağan Özdemir

Özet

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme davranışı üzerinde kontrol kaybının hissedildiği, tekrarlayan aşırı yeme dönemleriyle kendini gösteren ve kişinin tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için bir takım yöntemlere başvurmadığı bir yeme bozukluğudur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabının son baskısında (DSM-5) yeni bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu erişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğudur. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda obeziteyle ilişkili tıbbi komplikasyonlar, yeme bozukluğuna bağlı psikopatolojiler ve başka ruhsal bozukluklar da görülebilmektedir. Bütün bunlar kişide önemli rahatsızlıklara yol açmakta, bireyin yaşam kalitesinin düşmesine ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisi ilaç tedavileri, psikoterapi ve bariatrik cerrahiden oluşmaktadır. Bu derlemede, tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanımı, epidemiyolojisi, etiyolojisi, klinik özellikleri ve ağırlıklı olarak tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme bozukluğu, psikoterapi.

Abstract

Binge eating disorder is characterized by frequent and persistent overeating episodes that are accompanied by feeling of loss of control over eating without regular compensatory behaviors. It is identified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) as a new eating disorder category. Binge eating disorder is the most common eating disorder among adults. Binge eating disorder is associated with significant morbidity, including medical complications related to obesity, eating disorder psychopathology, psychiatric comorbidity; reduced quality of life, and impaired social functioning. Current treatments of binge eating disorder include pharmacotherapy, psychotherapy and bariatric surgery. In this review, the definition, epidemiology, etiology, clinical features and mainly treatment of binge eating disorder are discussed.

Key words: Binge eating disorder, eating disorder, psychotherapy.

TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU (TYB), bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur. TYB'nin temel özelliği, yemek yeme alışkanlıkları bu tanıma uyan kişilerde bulimia nervozanın (BN) ayırt edici özelliği olan tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için, hastanın kendini kusmaya zorlaması, ishale yol açan ya da idrar söktürücü ilaçlar kullanması, yeme alışkanlığını uzunca bir süre dizginlemesi yahut yorucu beden hareketleriyle metabolizmayı hızlandırması gibi tedbirlerin alınmamasıdır.

Tıkınırcasına yeme davranışından ilk kez Albert Stunkard, yarım yüzyılı aşkın bir süre önce bahsetmiştir (Stunkard 1959). Tanı ölçütleri olan bir klinik tablo olarak ise, 1991 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. TYB, Amerikan Psikiyatri Birliğinin sınıflandırma sistemi olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabının (DSM) 1994 yılında yayınlanan revize edilmiş 4. Baskısında (DSM-IV-TR) “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır (APA 2000). Yakın bir geçmişte yayınlanan DSM-5’te ise (APA 2013) “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

Bu yazıda, DSM-5’te “başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları” kategorisinden çıkarılmış olan ve kendine özgü tanı ölçütleri bulunan TYB’nin tanımı, epidemiyolojisi, etiyojisi, klinik özellikleri, seyri ve ağırlıklı olarak tedavisinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Epidemiyoloji

TYB erişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğudur (Iacovino ve ark. 2013). Epidemiyolojik çalışmalar, TYB’nin genel nüfus içindeki yaygınlık oranlarının %0.7 ve %6.6 (Westenhoefer 2001, Grucza ile ark. 2007); yaşam boyu yaygınlığının %3 olduğunu göstermektedir (Hudson ve ark. 2007). Hay’ın yürüttüğü ve yapılandırılmış bir görüşme sonunda taniya karar verilmiş olan bir çalışmada TYB’nin nokta yaygınlığı %1 olarak bulunmuştur (Hay 1998). Yakın zamanda yürütülen toplum temelli bir başka çalışma, TYB’nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğunu, başlangıç yaşının yirmili yaşların ilk yıllarına rastladığını, kadınların yaşamları boyunca bu hastalığa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark. 2013).

Türkiye’de 2006 yılında yeme bozukluklarının üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını araştırmak için yapılan bir çalışmada, 951 (492 kız, 459 erkek) öğrencinin yalnızca 21’inde (%2.2) yeme bozukluğuna rastlandığı, bunların 18’inin (%1.7) BN, 3’ünün (%0.31) ise TYB olduğu; TYB saptanan öğrencilerin hepsinin erkek olduğu tesbit edilmiştir (Kuğu ve ark. 2006). Türkiye’de ergenlerdeki yeme bozukluğunun yaygınlığını araştırmak için yürütülen bir başka çalışmada, TYB yaygınlığının %0.99 olduğu bulunmuştur. Bu oran, anoreksiya nevrozadan (AN) (%0.034) ve BN’den (%0.79) daha yüksektir (Vardar ve Erzengin 2011).

Cinsiyet dağılımı açısından TYB, AN ve BN’den farklılık göstermektedir. AN ve BN çoğunlukla kadınlarda görülen, erkeklerde nadiren ortaya çıkan hastalıklardır (Herzog ve Eddy 2007). TYB ise erkeklerde de sık görülen, ancak yine de kadınlarda erkeklerden 1.75 kat daha fazla görülen bir bozukluktur (Hudson ve ark. 2007). Vardar ile Erzengin’in (2011) yürüttüğü çalışmada, TYB’nin erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir.

TYB obez kişilerde daha sık görülmektedir. Bu kişilerde %8 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir (Dingemans ve ark. 2002). Öte yandan, kilo vermek için hastaneye başvuran kişilerde TYB’nin görülme oranının % 25-30 olduğu (Spitzer ve ark. 1993, Klem ve ark. 1998), bariatrik cerrahi hastalarının yaklaşık yarısının TYB tanısı aldığı gösterilmiştir (Vinai ve ark. 2015). Annagür ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2012), obezite nedeniyle hastaneye başvuran 48 bireyin 22’sinde TYB olduğu saptanmıştır.

Obezite ile TYB arasında genetik bir bağ olup olmadığını inceleyen ve ikiz kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada, ortak genetik yatkınlığın 0.34 olduğu, bunun “orta

düzeyde genetik ilişki" şeklinde değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Bulik ile ark. 2003). TYB'nin Tip-II diabet hastalarında nüfusun geri kalan kesimlerine göre daha sık görüldüğü (%5.7) saptanmıştır (Manucchi ve ark. 1997). Papelbaum ve arkadaşları (2005) 40-65 yaş arasında Tip-II diabeti olan 70 kişi ile yürüttükleri çalışmada, bu kişilerde %20 oranında yeme bozukluğu olduğu ve bunun %10'unu TYB'nin oluşturduğunu bildirmiştir. Türkiye'de 110 diabet hastasıyla yürütülen ve bu hastalarda bozulmuş yeme davranışı olup olmadığını araştıran bir çalışmada, diabetiklerde %59.1 oranında bozulmuş yeme davranışı olduğu, bozulmuş yeme davranışı gösterenlerden birinde AN, birinde BN, yedisinde ise TYB olduğu gösterilmiştir (Çobanoğlu ve ark. 2008).

Etyoloji

TYB'nin etiyolojisi hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Genetik etmenleri araştıran çalışmalar, TYB'nin genetik bir yönü olduğu üzerinde önemle durmuşlardır (Hudson ve ark. 2006, Javaras ve ark. 2008). TYB'li kadınların birinci derece akrabalarıyla normal popülasyona göre bu hastalığın daha sık görüldüğü obez bireylerin kıyaslandığı bir çalışmada, TYB görülme oranı TYB'li kadınların birinci derece akrabalarında daha yüksek bulunmuştur (Fowler ve Bulik 1997). İkizler üzerindeki bir çalışmada, tıkınırcasına yeme davranışında kalıtımın payının %41 olduğu belirlenmiştir (Reichborn-Kjennerud ve ark. 2004). Bir başka çalışmada ise, bu oranın erkeklerde %74, kadınlarda %70 olduğu ifade edilmiştir (Root ve ark. 2010). Moleküler genetik alanındaki çalışmalarda melanokortin 4 reseptör genindeki mutasyonların tıkınırcasına yeme alışkanlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiş olmakla birlikte (Branson ve ark. 2003), daha sonraki çalışmalarda bu reseptör üzerinde mutasyon olduğu saptanamamıştır (Herpertz ve ark. 2003, Hebebrand ve ark. 2004, Gamero-Villaruel ve ark. 2015). Literatürde, Leu72Met ghrelin gen varyantının TYB'ye yakınlık oluşturabileceğini ileri süren bir çalışma bulunmaktadır (Monteleone ve ark. 2007). TYB'li hastalar üzerindeki bir başka gen çalışmasında ise, serotonin transporter gen polimorfizminin (5HTTLPR) TYB'ye yakınlık oluşturduğu belirtilmektedir (Monteleone ve ark. 2006).

TYB'nin oluşumuna yol açan biyolojik süreçler hakkında yürütülen çalışmalar dopamin, opioid, ghrelin ve serotoninin etyolojide rolü olduğunu ileri sürmektedir (Halmi 1994). Beyindeki ödülle ilişkili bölgelerde, dopamin, asetilkolin ya da opioid sistemlerinde meydana gelen değişikliklerin tıkınırcasına yemeyi arttırdığı söylenmektedir (Avena ve Bocarsly 2012). Yemek yeme ile ödüllendirme arasındaki nöral döngüler başta limbik sistem olmak üzere, talamus, hipotalamus gibi birçok beyin bölgesiyle bağlantılıdır (Keller ve ark. 2005). Dopaminin ödüllendirme ve beslenmenin yönlendirilmesi açısından çok önemli bir rolü vardır (Erlanson-Albertsson 2005). Tıkınırcasına yemenin diyetle oluşturulduğu hayvan modellerinde, yağ ve şeker içermesi nedeniyle lezzetli olan gıdaların nükleus akümbensten dopamin salınımını arttırdığı gösterilmiştir (Bello ve Hajnal 2010). Ghrelin ile yapılan çalışmalarda, yemekten önce TYB hastalarında ghrelin düzeyinin düşük olduğu, yemek sonrasında bu düzeyin daha da düştüğü gösterilmiştir (Geliebter ve ark. 2005).

Tıkınırcasına yeme davranışının oluşmasında opioidlerin de rolü olduğu öne sürülmüştür. İlaç çalışmaları, bir mü-reseptör antagonisti olan naltreksonun tıkınırcasına yemeyi baskıladığını göstermiştir (Corwin ve Wojnicki 2009). TYB ve BN olan bireylerde, bir başka opioid reseptör antagonisti olan naloksan ile yürütülen bir çalışmada ise,

naloksanın lezzetli yiyeceklerin yenmesini azalttığı ancak tıknırcasına yeme davranışı olmayan obezlerde ve normal kilodaki bireylerde yemeyi azaltmadığı saptanmıştır (Mathes ve ark. 2009). Benzer şekilde hem mü hem de kappa reseptör antagonisti olan nalmafentin de sıçanlardaki tıknırcasına yeme davranışını azalttığı gösterilmiştir (Cottone ve ark. 2008).

Santral sinir sisteminde (SSS), serotoninin iletiminde bozulma olmasının tıknırcasına yemenin gelişmesiyle ilişkili olduğu söylenmektedir (Jimerson ve ark. 1990, Monteleone ve ark. 2000, Steiger 2004). Çeşitli çalışmalarda, SSS'de serotonin düzeyini arttıran ilaçların (imipramin ya da fluoksetin gibi) tıknırcasına yemeyi baskıladığı gösterilmiştir (Pope ve ark. 1983, Grilo ve ark. 2005). Serotoninin salınımını uyaran ve geri alımını engelleyen d-fenfluramin ile yapılan çalışmalarda da bu maddenin tıknırcasına yeme ataklarının sayısını azalttığı gösterilmiştir (Stunkard ve ark. 1996). Bütün bu veriler tıknırcasına yeme ile serotonin arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir (Cao ve ark. 2014).

Tasca ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada kilolu TYB hastalarında, kilolu ancak TYB olmayan ve normal ağırlıktaki kadınlara göre, dolaşımda bulunan IGF-II izoförmlerinin seviyelerinde anormallikler saptanmıştır ve bunun TYB'nin nörobiyolojisinde rol oynayabileceği ifade edilmiştir.

TYB'nin psikoanalitik açıdan ele alınması 80'li yıllardan sonra olmuştur. Psikoanalitik görüşe göre yeme davranışı, bedeni kontrol altında tutmanın en eski ve ilkel yolu olarak kabul edilmektedir (Gürdal Küey 2013). Fairburn'e göre (1985), tıknırcasına yeme sorunu olan bireyler, vücut biçimlerinin ve kilolarının çok önemli olduğuna ve bunların katı bir kontrol altında tutulması gerektiğine inanırlar. AN ile ortak olan nokta, her iki hastalıkta da beden imgesinde bozulma olması ve ergenlikte beden gelişimini kabul etmekte zorluk yaşama gibi çatışmaların bulunmasıdır. Ayrıca tıknırcasına yemesi olan kişilerde dürtüsellik ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin daha sık rastlandığına da dikkat çekilmiştir (Gürdal Küey 2013). Fairburn ve arkadaşları (1998), çocukluk çağında ve aile bireylerinde ortaya çıkan obezitenin, depresyonun, beden ve görünümüne ilişkin olumsuz değerlendirmelere maruz kalmanın ve özgüven eksikliğinin TYB'nin oluşmasında önemli etmenler olduğunu saptamışlardır.

Bilişsel davranışçı görüşler, erken yaşlarda yaşanan olumsuz ya da travmatik deneyimlerin, bireyin kendisi hakkında olumsuz düşünceler üretmesine yol açtığını söylemektedir (Maner 2013). Bireyin kendisi hakkındaki olumsuz inançları, kilosunu, beden biçimi ya da yeme davranışıyla ilgili bir yorumda bulunulması durumunda kendini gösterebilir ve kişide olumsuz otomatik düşüncelerin ("başarısızım" gibi) ve bunlarla ilişkili duygusal yanıtların (sıkıntı hissetme gibi) oluşmasına neden olabilir (Maner 2013). Yaşanan sıkıntı verici duygusal yanıtlar sonucunda yeme davranışı ile ilgili hem olumlu ("yemek yersem sıkıntım azalır" "yemek haz verir" gibi) hem de olumsuz düşünceler ("yemek yersem kilo alacağım" gibi) ortaya çıkabilir. Kişi, duygusal olarak sıkıntısının azalması amacıyla yemek yerse, bu davranışı sonrasında "kendimi durduramıyorum" şeklinde yemek yemenin kontrol edilemeyeceğine dair yeni düşünceler üretebilir. Tıknırcasına yeme ile duygusal olarak rahatlatma hisseden bireyde, bu davranış, tekrar etme eğilimi gösterir ve tıknırcasına yeme davranışı alışkanlık haline gelebilir (Maner 2013). TYB'de sosyodemografik ve klinik özellikleri inceleyen bir çalışmada, göç etmenin tıknırcasına yeme alışkanlığına zemin hazırladığı görüşü ileri sürülmüştür (Swanson ve ark. 2012).

Klinik Özellikler

TYB'si olan kişiler, benzer koşullarda ve sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazlasını belirli bir süre içinde (örneğin iki saatte) yerler. Bu kimseler bu süre içinde hiçbir şeyin kendilerini yemekten alıkoyamayacağı hissine sahiptirler. Yemek yemeyi belli bir noktada durduran sınır yoktur. Kişi kendini denetleyemez; ne yediğini ve ne kadar yediğini düşünemez. Bu kişiler, “olağandan çok daha hızlı”, “rahatsızlık verecek düzeyde” ya da “açlık hissi duyulmayan zamanlarda aşırı ölçülerde yeme” şeklinde tanımlanan davranışlardan birine ya da bir kaçına birden sahip olabilirler. TYB'nin asıl ayırt edici yönü, tekrar tekrar kendini gösteren tıkınırcasına yeme dönemlerinde, tıknanmanın olumsuz etkilerini giderebilecek tedbirlere hiçbir şekilde başvurulmamış olmasındadır (Topçuoğlu 2013).

TYB'si bulunan kişiler, ne kadar yediklerinden utandıkları için yalnızken yeme eğilimi gösterirler. TYB'ye bağlı olarak, bu bozukluğu yaşayan birey, belirgin bir sıkıntı hissi içerisinde. Bu hastaların yaşadığı sıkıntı hissi, tıkınırcasına yeme atağı sırasında ve/veya sonrasında yaşanan hoş olmayan duyguların yanında, tıkınırcasına yemenin bir sonucu olarak gelişen vücut ağırlığında ve biçimindeki değişikliklere de bağlıdır. Bu bireyler yemek yeme davranışlarından ya da kilolarından dolayı kendilerinden nefret etme, beden görünümünden hoşlanmama ya da iğrenme, bedensel kaygılar ve kişisel ilişkilerde sıkıntı yaşayabilirler. Öte yandan yemek yeme davranışları ya da kiloları kişinin öteki insanlarla ilişkilerini ve çalışma hayatını olumsuz yönde etkiler (Herzog ve Eddy 2007).

DSM-5'e göre tıkınırcasına yeme ataklarının üç ay içerisinde haftada en az bir kez olması gerekmektedir (APA 2013). Tıkınırcasına yeme ataklarının süresi değişiklik gösterebilir. TYB hastalarının çoğuna, değişen derecelerde obezite eşlik etmektedir. Birçok hasta diyet yapmak için yoğun çaba gösterir ancak bu konuda başarısız olur. TYB hastalarının bir kısmı yemeyi kontrol etmek için çabalamaya devam eder, bir kısmı ise daha önceden yaşadıkları başarısız deneyimler nedeniyle diyet yapmayı bırakır (APA 2013).

TYB'ye en sık eşlik eden hastalıklar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır (Dingemans ve ark. 2002, Herzog ve Eddy 2007). En sık konulan tanı ise %46-51'lik oran ile major depresyondur (Dingemans ve ark. 2002). TYB'de en sık görülen kişilik bozuklukları ise kaçınan, borderline ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır (Wilfley ve ark. 2000, Van Hanswijck De Jonge ve ark. 2003). TYB, obeziteye bağlı tıbbi komplikasyonlar (Tip-2 diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi), yaşam kalitesinin azalması ve bireyin toplum hayatına ayak uyduramaması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Rieger ve ark. 2005).

Tanı Ölçütleri

Albert Stunkard yarım yüzyılı aşkın bir süre önce, tıkınırcasına yemeyi, obez bireylerde görülen normal ölçülerin dışında kalan yeme alışkanlıklarından biri olarak tanımlamıştır (Stunkard 1959, Hsu 2006). Stunkard'ın obez bireylerde “tıknınırcasına yeme”nin yanında “geceleyin yeme” ve “doyma hissi duymadan yeme” şeklinde üç farklı patolojik yeme davranışını tanımladığı 1959'dan sonraki yıllarda, TYB açısından yeni bir görüşün ortaya atılmadığı sessiz bir dönem olmuştur (Topçuoğlu 2013). İlk kez 1991 yılında TYB tanı ölçütleri bir klinik tablo halinde tanımlanmış, sonrasında da bu tabloya duyu-

lan ilgi artmıştır (Spitzer ve ark. 1991). Spitzer ve arkadaşlarının önerileriyle TYB, DSM-IV-TR'de "Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" başlığı altında yer almıştır (APA 2000). Bu hastalık yakın bir geçmişte yayınlanan DSM-5'te de (APA 2013) "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Tablo. 1'de TYB için DSM-5 tanı ölçütleri gösterilmiştir.

Tablo.1. DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)

A. Tekrar tekrar görülen tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (ör. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı hissini bulunması.

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:

1. Alışılının çok üstünde bir hızla yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme
3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme
4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnızken yeme
5. Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimia nervozada ve anoreksia nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

DSM-IV-TR'de tanı için tıkınırcasına yeme atakları ortalama olarak 6 aylık sürede, en az haftada 2 gün ortaya çıkması gerekmekteydi (APA 2000). DSM-5'e göre ise tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez kendini göstermelidir (APA 2013). DSM-IV-TR ile DSM-5 arasında TYB'nin tanı ölçütleri açısından bunun dışında herhangi bir fark bulunmamaktadır. DSM-5'te TYB'nin şiddetini belirleyen ölçütler tanımlanmıştır ve bu ölçütler Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nun Şiddeti

Ağır olmayan: Haftada ortalama bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: Haftada ortalama dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olması.

Ağır: Haftada ortalama sekiz-on üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı derecede: Haftada ortalama on dört ya da daha fazla sayıda tıkınırcasına yemenin olması.

Ayrııcı Tanı

TYB ve BN'nin ortak özellikleri, her iki bozukluğun da tıkınırcasına yeme dönemleri ve diyet yapma ile kendini göstermesidir. TYB'yi BN'den ayırt eden asıl özellik, tekrar tekrar kendini gösteren tıkınırcasına yeme dönemlerinde, tıknmanın olumsuz etkilerini giderebilecek tedbirlere başvurulmamış olmasıdır. Yürütülen çalışmalar, BN hastalarının tıkınırcasına yeme dönemleri esnasında çoğunlukla yüksek kalorili tatlıları, TYB hastalarının ise birbirinden farklı yiyecekleri tükettiğini göstermiştir (Topçuoğlu 2013). Tıkınırcasına yeme davranışı dışındaki dönemlerde BN hastaları, TYB hastaları-

na göre daha katı bir şekilde diyet yapma eğilimindedirler (Wilfley ve ark. 2003). BN'de diyet yapmanın, tıkınırcasına yeme davranışından önce başladığı, TYB'de ise bunun değişken olduğu söylenmektedir (Santonastaso ve ark. 1999).

DSM-5'te "Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında yer alan Gece Yeme Bozukluğu'nun (GYB) TYB'den ayırt edilmesi gerekmektedir. GYB'li hastaların TYB hastalarına göre gece uyanmaları daha siktir ve uyañdıklarında yedikleri yiyecek miktarı daha azdır. TYB'de tıkınırcasına yeme davranışları yalnızca gece görülmez, aynı zamanda gün içerisinde farklı zamanlarda da büyük miktarlarda yiyecek yenmesi söz konusudur. GYB hastalarında diyet yapma ve vücut görünümünü hakkındaki düşünceler TYB'deki kadar yaygın değildir. GYB'li bireylerde sabahları iştahsızlık ve gece uyuyamama yakınmaları olması tanı açısından bir gereklilik iken, bu belirtiler TYB'de bulunmaz (Orhan ve Tuncel 2009).

Fazla miktarlarda yemek yeme, major depresif bozukluğun bir belirtisi olarak görülebilir. Depresyona eşlik eden fazla miktarlarda yemek yeme dönemleri çoğu kez tıkınırcasına yemeyi kapsamaz.

Hastalık Süreci

Fichter ve arkadaşlarının (1998) yürüttüğü bir çalışmada altı yıl takip edilen 68 kadın hastanın yalnızca %6'sında TYB belirtilerinin devam ettiği gösterilmiştir. Aynı ekibin 2008'de yayımladığı 12 yıllık bir başka takip çalışması olguların %36'sına hâlâ TYB tanısı konmakta olduğunu göstermektedir. Bir başka çalışmada, TYB hastalarının beş yıllık takibi sonunda hastaların %10'unda hastalık belirtilerinin devam ettiği saptanmıştır (Fairburn ve ark. 2000). Bu uzun süreli izlem çalışmalarının sonuçlarına bakılarak TYB'nin olumlu bir seyir gösterdiği söylenebilirken, daha kısa süreli izlem çalışmalarında olumsuz sonuçlar alınması dikkat çekicidir. Wilfley ve arkadaşları (2003) TYB'li bireylerin bir yıllık takibinden sonra %38'inin hâlâ bu tanıyı aldıklarını, %55'ine de "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu" tanısı konduğunu göstermiştir.

Tedavi

TYB'nin tedavisindeki temel hedefler; tıkınırcasına yeme nöbetlerinin ortadan kalkması ve sağlıklı bir yemek yeme alışkanlığının kazanılması, istikrarlı bir vücut ağırlığına sahip olunması, obeziteye bağlı rahatsızlıkların ve bunların yanı sıra görülen ruhsal rahatsızlıkların tedavisidir (Devlin ve ark. 2007). Bu hedeflere ulaşmak için ilaç tedavileri (İT); Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Kendi Kendine Yardım Terapisi (KKYT), Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi (DYKVT), Kişilerarası Psikoterapi (KP), Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), Motivasyonel Terapi (MT) gibi psikoterapi yöntemleri ve Bariatrik Cerrahi (BC) önemli imkânlar getirmektedir (Hay ve ark. 2009, Wilson ve ark. 2010, Vocks ve ark. 2010, Wilson 2011, Iacovino ve ark. 2012, Fischer ve ark. 2014, Vella-Zarp ve ark. 2014).

Farmakoterapi

TYB'nin tedavisinde başlıca üç grup ilaç kullanılmaktadır: Antidepresanlar, antiobezite ilaçları ve anti epileptikler. TYB'de farklı ajanlar da (disülfiram, ghrelin, opiat antagonistleri, krom pikolinat) bu hastalığın tedavisinde kullanılması amacıyla araştırılmaktadır. Reas ve Grilo'nun (2008) yürüttüğü metaanaliz çalışmasında, TYB'de başvuru

ilaç tedavilerinin (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, sitalopram, essitalopram, atomoksetin, topiramamat, zonisamid, sibutramin) etkili olduğu ancak bu ilaçların kısa dönem sonuçları hakkında bilgi verdiği ifade edilmiştir. Bir başka meta-analiz çalışmasında ilaç tedavisinin TYB’de “orta derecede” etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Vocks ve ark. 2010). Bu nedenle daha uzun süreli ve ilaç kesilmesinden sonraki dönemi de içeren izlem çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Antidepresanlar

Antidepresanların TYB tedavisinde etkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Hudson ve ark. 1998, McElroy ve ark. 2000, Malhotra ve ark. 2002, Arnold ve ark. 2002, McElroy ve ark. 2003, Pearlstein ve ark. 2003). Fakat bu çalışmaların çoğunda ilaçların kısa dönem sonuçları değerlendirilmektedir. Stefano ve arkadaşlarının (2008) metaanaliz çalışmasında, antidepresanların tıknırcasına yemeyi ortadan kaldırma oranlarının plasebodan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bu çalışmaya dâhil edilen araştırmaların biri dışında, ilaç kullanımının 8 hafta ile sınırlı olması ve hastaların kilolarında değişiklik olmaması nedeniyle antidepresanlar TYB tedavisinde tek başına tavsiye edilmemektedir (Stefano ve ark. 2008).

Fluoksetin (60 mg/gün) ile BDT’nin karşılaştırıldığı ve on iki ay devam eden plasebo kontrollü, çift kör, randomize bir çalışmada BDT’nin etkili, fluoksetinin etkili olmadığı gösterilmiştir (Grilo ve ark. 2012). Bu çalışmada fluoksetinin hem tek başına kullanımında, hem de BDT’ye eklendiğinde, tek başına BDT’ye kıyasla etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. TYB hastalarında, sertralin (ortalama 165.9 mg/gün) ve fluoksetinin (ortalama 64.5 mg/gün) 24 hafta kullanıldığı bir başka çalışmada ise, iki ilaç arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve tedavinin sekizinci haftasında hastaların yedikleri yemeklerin miktarında anlamlı bir azalma olduğu, buna bağlı olarak kilolarının azaldığı gösterilmiştir (Leombruni ve ark. 2008).

Bir çalışmada venlafaksinın TYB tedavisinde etkili olabileceği ifade edilmiştir (Malhotra ve ark. 2002). Bu çalışmada venlafaksin ortalama 222 mg/gün dozunda kullanılmıştır. TYB’si ve komorbid depresyonu bulunan kişilerde duloksetinin etkisini araştıran bir çalışmada plaseboya göre haftalık tıknırcasına yeme sıklığının azaldığı gösterilmiş ancak daha büyük örnekleme olan çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Guerdjikova ve ark. 2012). Duloksetin bu çalışmada ilk hafta 30 mg/gün, ikinci hafta 60 mg/gün, hastalar doza uyum gösterdikçe dördüncü haftada 90 mg/gün ve sekizinci haftada 120 mg/gün’e kadar arttırılmış, ortalama olarak 78.7 mg/gün şeklinde kullanılmıştır. Atomoksetin (ortalama 106 mg/gün) ile yapılan bir çalışmada ilacın etkili olduğu ancak yan etkileri açısından sorunlar yaşandığı ifade edilmektedir (McElroy ve ark. 2007). Reboksetinin etkili olabileceğine dair bir çalışma bulunsa da, bu çalışmada hasta sayısı oldukça azdır (Silveira ve ark. 2005). Dokuz hastanın dâhil edildiği bu çalışmada reboksetin 8 mg/gün şeklinde kullanılmıştır. Öte yandan, bir başka antidepresan olan bupropionun, 300 mg/gün dozunda ve sekiz hafta süreyle kullanımında, randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada tıknırcasına yeme üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (White ve Grilo 2013).

Antiepileptikler

Antiepileptik ilaçlardan topiramamat, zonisamid ve lamotrijin TYB tedavisinde etkisi araştırılan ilaçlardır. Topiramamatın tıknırcasına yeme ataklarını azalttığı ancak yol açtığı

yan etkilerin bu ilacın kullanımını kısıtladığı belirtilmektedir (Reas ve Grilo 2008, Arbaizar ve ark. 2008, McElroy ve ark. 2012, Romacciotti ve ark. 2013). Zonisamidin araştırıldığı çalışmalarda, ilacın, tıkınırcasına yemenin görüldüğü günlerin sayısını azalttığı ve kiloyu anlamlı bir şekilde düşürdüğü sonucuna varılmış olsa da (McElroy ve ark. 2004, 2006), yan etkilerinin iyi tolere edilemediğine dikkat çekilmiştir (McElroy ve ark. 2006). Zonisamid'in 100-600 mg/gün aralığında kullanıldığı bu çalışmaların birinde, zonisamid ortalama 513 mg/gün, 12 hafta (McElroy ve ark. 2004); diğerinde ise ortalama 436 mg/gün, 16 hafta boyunca (McElroy ve ark. 2006) uygulanmıştır. Lamotrijinin dört vak'ada antidepresan ilaçlara eklenerek, bir olguda da antidepresan ilaçların kesilmesinden sonra tedaviye sadece bu ilaçla devam edilerek etkili olduğu gösterilmiştir (Trunko ve ark. 2014). Bu olgularda lamotrijin 75-400 mg/gün aralığında kullanılmıştır.

Obezite İlaçları

Antiobezite ilaçlarından sibutramin ve orlistatin TYB tedavisinde etkili olup olmadığı da araştırılmıştır. Bir serotonin-nöradrenalin gerilim inhibitörü olan sibutramin ile yürütülen çalışmalar, bu ilacın kullanımıyla tıkınırcasına yemenin görüldüğü gün sayısının ve kilonun anlamlı ölçüde azaldığını ortaya koymuştur (Appolinario ve ark. 2002, 2003, Milano ve ark. 2005, Wilfley ve ark. 2008).

Appolinario ve arkadaşlarının (2002) yürüttüğü 12 haftalık açık uçlu çalışmada, daha sonra yaptıkları randomize, çift kör, plasebo kontrollü 12 hafta devam eden çalışmada (Appolinario ve ark. 2003), Wilfley ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan 24 haftalık randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada sibutramin 15 mg/gün şeklinde kullanılmıştır. Milano ve arkadaşları tarafından (2005) yürütülen, 12 hafta süren plasebo kontrollü çalışmada ise sibutramin 10 mg/gün dozunda kullanılmıştır. Fakat başağrısı, ağız kuruluğu, kabızlık, uykusuzluk, baş dönmesi gibi yan etkilere yol açmıştır (Wilfley ve ark. 2008). Golay ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü 24 hafta devam eden bir çalışmada orlistatin (120 mg/gün) TYB'si olan kişilerde plaseboya oranla daha çok kilo vermeyi sağladığı gösterilmiştir.

TYB'nin tedavisinde bu ilaçlar dışında, bir opioid reseptör antagonisti olan ALKS-33, krom pikolinat, akamprosot ve disulfiram denenmiştir. Krom pikolinat (600-1000 mcg/gün, 6 ay) (Brownley ve ark. 2013), akamprosot (1998-2997 mg/gün, 10 hafta) (McElroy ve ark. 2011) ve disulfiramın (250 mg/gün, 16 hafta) (Farcı ve ark. 2015) etkili olabileceği sonucuna varılırken, ALKS-33'ün (10 mg/gün, 6 hafta) (McElroy ve ark. 2013) etkisiz olduğu gösterilmiştir.

Psikoterapiler

Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

TYB'nin tedavisinde etkinliği en iyi ortaya konan tedavi BDT'dir (NICE 2004, Vocks ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2010, Ricca ve ark. 2010). BDT, tedavi sürecinde hastalarla işbirliği kurarak işlevsel olmayan otomatik düşünceleri ve bunların altında yatan inançları inceleme imkânı verir. Ruhsal rahatsızlıklara yol açan çarpık düşünceleri saptayıp değiştirmeyi, çevreyle yeni ilişkiler kurmayı ve eski davranışları değişikliğe uğratmayı hedef alır.

BDT’de tıknırcasına yeme, katı diyet yapma, hastanın dış görünümü ve kilosu üzerindeki saplantılı düşünceleri ve düşük özgüveni hedef alınır (Devlin ve ark. 2007). Ortalama yirmi seans olarak planlanan tedavi üç evrelidir (Fairburn ve Cooper 1993).

1. Evre: Psikolojik Eğitim ve Davranışçı Teknikler (1-8. seanslar): İlk evrede temel amaç yeme davranışı üzerinde bir kontrol kurulmasının sağlanmasıdır. Sekiz seansın ilk ikisi yahut üçü psikolojik eğitime ayrılır. Sonraki seanslara davranışçı yöntemlerle devam edilir. Psikolojik eğitim seansları boyunca hastaya tıknırcasına yeme ile obezite arasındaki ilişki hakkında bilgi verilir; diyetin ve egzersizin önemi üzerinde durulur; besinler hakkında bilgi verilir. Davranışçı yöntemler uygulanmaya başlandığında öğünler düzenlenir (üç ana, üç ara öğün). Uyarıcı kontrolü sağlanmaya çalışılır. Hastanın yemek yemeyi yavaşlatması için çeşitli yöntemler geliştirilir. Öğünlerin düzenlenmesi hastada kilo alacağı endişesi doğurabileceği için, hastanın kilosunun her hafta yeniden ölçülmesi tavsiye edilir. Uyarıcı kontrolü sağlamak için tabağı tepelemesine doldurmak yerine yeterince doldurmak, tabakta yemek bırakmak, atıştırılması kolay yiyeceklerin evde bulundurulmaması, aç karnına alışverişe çıkmamak, alışverişte hazırlanması vakit alan yiyeceklerin satın alınması gibi yöntemler üzerinde durulur. Öğünler arasında tıknırcasına yemeye olan yatkınlığın arttığı saatlerde hoşla giden faaliyetler (bir arkadaşına telefon etmek, duşa girmek gibi) planlanabilir.

2. Evre: Bilişsel Teknikler (8-16. seanslar): Bu seanslar süresince özellikle bilişsel tekniklere başlanır. Hastanın yemek yeme, kilo alma, besinler ve kendi dış görünümü hakkında işe yaramayan ve rahatsızlığa yol açan düşünceleri, inanışları belirlenir ve bunlar daha esnek düşünce ve inançlarla değiştirilmeye çalışılır. Bu süreçte mükemmeliyetçilik, aşırı genelleme, felaketleştirme, kişiselleştirme, seçici soyutlama, “ya hep ya hiç” zıtlığı içinde düşünme gibi bilişsel çarpıtmaların fark edilmesi büyük önem taşır. Hasta ile tedaviyi uygulayan uzman iş birliği içerisinde söz konusu düşünceleri ve inanışları irdeleyerek, otomatik düşünceler, ara inanışlar ve şemalar hakkında keşiflerde bulunurlar ve çeşitli bilişsel terapi teknikleriyle (bilişsel yeniden yapılandırma gibi) eski bilişsel yapıların değiştirilmesini sağlayabilirler.

3. Evre: Tedavinin Tamamlanması (16-20. seanslar): Son dört seansta, terapi sürecinde elde edilen kazanımların sürdürülmesi ve eski alışkanlıklara yenik düşmenin önüne geçilmesi üzerinde durulur. Birçok hasta, yeme konusunda bir daha bu duruma düşmeyeceğine inanabilir. Bu yüzden bu durumdaki hastalara, rahatsızlığın nüksetmesi ile geri-dönüş arasındaki farklar açıklanmalı, hayatının daha sonraki yıllarında yeme ile ilgili bir rahatsızlığı olursa, o zamana kadar öğrendiği teknikler çerçevesinde neler yapabileceği anlatılmalıdır.

Kendi Kendine Yardım Terapisi (KKYT)

Fairburn’un “Tıknırcasına Yemenin Üstesinden Gelme”(Overcoming Binge Eating) kitabında (1995) tanımlanan ve bir tedavi uzmanının rehberliğinde yürütülen TYB için geliştirilmiş BDT programı (Wilson ve ark. 2010) “kendi kendine tedavi”yi amaçlar. Tıknırcasına yeme davranışına sahip kişilere bir eğitim programı sunan bu kitap, bu kişilerin kendilerini nasıl tedavi edebileceklerini gösteren, tedavinin evrelerini adım adım açıklayan bir kaynaktır. İlk hedef, kişinin kendisini gözlemlemesi, kendini dizginlemesi ve herhangi bir rahatsızlık duyulduğunda bunun giderilmesi için birtakım yöntemler kullanılarak düzenli bir yeme rejiminin kurulmasını sağlamaktır. On saatlik tedavinin ilk seansı yaklaşık olarak bir saat, sonraki seansları ise 25 dakika kadar süre-

cektir. İlk dört seans haftada bir, sonraki iki seans iki haftada bir, son dört seans ise dört haftada bir kere uygulanır (Wilson ve ark. 2010). Yürütülen çalışmalar TYB'de bu yöntemin etkili bir tedavi yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır (Carter ve Fairburn 1998, Grilo ve Masheb 2005, Striegel-Moore ve ark. 2010).

Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi (DYKVT)

Davranışçı kurama dayanan bu tedavi şekli hem vücuda giren kaloringin kısıtlanmasını, hem de beden egzersizlerini gerektiren özel bir programdır (Wilson ve ark. 2010). Tedavinin başında hastanın o sıradaki kilosunun %7'sinin azaltılmasını amaçlayan bir diyet değişikliği yapılacak ilk uygulamadır. Bu programa alınan kişilerden, her şeyden önce, yağlardan gelen kaloringin %25'ini azaltmaları istenir. Beden eğitimi alıştırmalarını, vücuda giren yağ miktarını, hatta gerekirse kaloriyi hastanın kendisinin takip etmesi programın temel özelliğidir. Bu program çerçevesindeki beden egzersizlerinin haftada iki buçuk saat sürmesi öngörülmüştür. Programın tamamı 16 haftalıktır. Her hafta elli dakikalık seanslar düzenlenir, daha sonra da iki haftada bir dört seansa indirilir. DYKVT'yi BDT ile karşılaştıran çalışmalarda BDT'nin daha etkili olduğu görülmüştür. (Grilo ve Masheb 2005, Munsch ve ark. 2007, Grilo ve ark. 2011).

Kişilerarası Psikoterapi

Klerman ve arkadaşları (1984) tarafından depresyonun tedavisi için geliştirilen ve Fairburn (1997) tarafından BN hastalarının tedavisi için uyarlanan bir psikoterapi yöntemidir. Yöntemi, TYB'ye Wilfley ve arkadaşları 1998'de formüle etmiştir. Tedavinin ilk evresi dört seanstan oluşur; bu seanslar yeme bozukluğunun ortaya çıkışının ve devam etmesinin kişilerarası zeminde ayrıntılı bir şekilde irdelenmesine ayrılmıştır. Bu evrede, tedavinin ikinci evresinin odak noktasını meydana getiren ve kişiler arasında kendini gösteren gündelik sıkıntılarının çıktığı alanlardaki yakınmaların ortadan kaldırılmasına yönelik, mevcut ilişkileri değiştiren yeni bir düzenleme getirilir. Son üç seans, hastanın daha iyi bir duruma kavuşturulması ve gelecekte karşılaşabileceği kişilerarası zorluklar için bir yol haritası belirlenmesine ayrılmıştır. Bireysel görüşmelerde, iki saati aşabilen ilk seans dışındaki seanslar elli ya da altmış dakika kadardır. İlk üç seans ilk iki hafta içinde, daha sonraki seanslar iki haftada bir yapılır (Wilson ve ark. 2010). Çalışmalar kişilerarası psikoterapinin de TYB'de BDT kadar etkili olduğunu göstermiştir (Wilfley ve ark. 2002, Hilbert ve ark. 2012).

Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)

DDT, borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde uygulanan, duyguların düzenlenmesi amacıyla Linehan (1993) tarafından geliştirilmiş bir terapi yöntemidir. Bu yöntemin uygulanmasında dört alan üzerinde durulur. Bunlar, farkındalık, sıkıntılı durumlar karşısında hoşgörülü olabilmek, duyguların düzenlenmesi ve kişilerarası etkililiktir. DDT'nin temel amacı, yeni şartlara ayak uydurabilmek için duygulara düzen verme becerisinin geliştirilmesi ve bu becerinin günlük hayatta uygulamaya geçirilmesidir. DDT'nin TYB'de etkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. (Wiser ve ark. 1999, Telch ve ark. 2001, Bankoff ve ark. 2012, Masson ve ark. 2013).

Motivasyonel Terapi (MT)

Motivasyonel görüşme öncelikle madde kullanımının tedavisi amacıyla geliştirilmiştir (Miller ve Rollnick 2002). Yeme bozukluğu bulunan kişiler, iyileşebileceklerine yönelik umudunu kaybetme ya da tedaviyi bırakma düşüncelerine sahip olabilmektedirler. Bu durumlarda bireylerin tedaviye devam etme azmini güçlendirmeye yönelik terapi yöntemlerinden faydalanılabilir. Motivasyonel görüşme ya aile üyeleriyle çalışarak ya da BDT'ye eklenerek gerçekleştirilebilir. Motivasyonel terapinin sağlıklı bir şekilde beslenme ve tıknırcasına yeme alışkanlığı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Cassin ve ark. 2008, Geller ve ark. 2011, McDonald ve ark. 2012). Yakın geçmişte yürütülen bir çalışmada, motivasyonel terapinin eklendiği KKYT ile psikolojik eğitimin eklendiği KKYT karşılaştırılmış ve tıknırcasına yemenin takibinde motivasyonel terapinin psikolojik eğitime göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (Vella-Zarb ve ark. 2015).

Bariatrik Cerrahi (BC)

Bariatrik Cerrahi (BC), morbid obez (Beden Kitle Endeksi (BKİ)≥40) ya da BKİ≥35 olan ve obeziteye bağlı bilinen en az iki tıbbi sekel gelişmiş olan kişilerde uygulanan bir cerrahi yöntemdir (Shirmer ve Schauer 2010). Hudson ve arkadaşlarının (2006) yürüttüğü çalışmaya göre TYB hafif ve orta derecedeki obeziteden çok ciddi obeziteyle (BKİ≥40) bağlantılı bulunmuştur. Bir başka çalışmada BKİ≥40 olanlarda %20 oranında TYB'ye rastlanmıştır (Gruza ve ark. 2007). Cerrahi yöntemler dışındaki tedavi yaklaşımları morbid obezlerin kilo vermesinde etkili olmayabilir; kilo vermeyi sağladığı durumlarda da bu etki uzun süre devam etmeyebilir. Bu yüzden, obezite cerrahisi bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir (Buchwald ve ark. 2004, Courcoulas ve ark. 2013).

Sonuç

TYB, yakın bir geçmişte yayınlanan DSM-5'te, başlıca yeme bozukluklarından biri olarak tanımlanmıştır ve son yıllarda ruh sağlığı ve obezite ile ilgilenen hekimlerin ilgi alanına daha fazla girmeye başlamıştır. Obezite günümüzdeki en önemli sağlık problemlerinden biridir ve TYB ile obezite arasında açık bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, hekimlerin TYB konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, bu bozukluğu tanımları ve uygun tedavi yaklaşımlarını uygulamaları büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L, Erhan Ç (2012) Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49:14-19.
- Appolinario JC, Bacaltchuk J, Sichieri R, Claudino AM, Godoy-Matos A, Morgan C et al. (2003) A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60:1109-1116.
- Appolinario JC, Godoy-Matos A, Fontenelle LF, Carraro L, Cabral M, Vieira A et al. (2002) An open-label trial of sibutramine in obese patients with binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*, 63:28-30.
- Arbaizar B, Gómez-Acebo I, Llorca J (2008) Efficacy of topiramate in bulimia nervosa and binge-eating disorder: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 30:471-475.
- Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennett AJ, Keck PE Jr (2002) A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*, 63:1028-1033.

- Avena NM, Bocarsly ME (2012) Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 63:87-96.
- Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE, Pantalone DW (2012) A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eat Disord*, 20:196-215.
- Beck JS (2001) *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi* (Çeviri Ed. NH Şahin). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bello NT, Hajnal A (2010) Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacol Biochem Behav*, 97:25-33.
- Branson R, Potoczna N, Kral JG, Lentos KU, Hoehe MR, Horber FF (2003) Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med*, 348:1096-1103.
- Brownley KA, Von Holle A, Hamer RM, La Via M, Bulik CM (2013) A double-blind, randomized pilot trial of chromium picolinate for binge eating disorder: results of the Binge Eating and Chromium (BEACh) study. *J Psychosom Res*, 75:36-42.
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K et al. (2004) Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 292:1724-1737.
- Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS (2003) Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord*, 33:293-298.
- Cao X, Xu P, Oyola MG, Xia Y, Yan X, Saito K et al. (2014) Estrogens stimulate serotonin neurons to inhibit binge-like eating in mice. *J Clin Invest*, 124:4351-4362.
- Carter JC, Fairburn CG (1998) Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol*, 66:616-623.
- Cassin SE, von Ranson KM, Heng K, Brar J, Wojtowicz AE (2008) Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomised controlled trial. *Psychol Addict Behav*, 22:417-425.
- Corwin RL, Wojnicki FH (2009) Baclofen, ractopride, and naltrexone differentially affect intake of fat and sucrose under limited access conditions. *Behav Pharmacol*, 20:537-548.
- Cottone P, Sabino V, Steardo L, Zorrilla EP (2008) Opioid-dependent anticipatory negative contrast and binge-like eating in rats with limited access to highly preferred food. *Neuropsychopharmacol*, 33:524-535.
- Courcoulas A, Christian NJ, Belle SH, Berk PD, Flum DR, Garcia L et al. (2013) Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *JAMA*, 310:2416-2225.
- Çobanoğlu ZSÜ, Altuntaş Y, Karamustafaloğlu KO, Şengül A, Çobanoğlu N (2008) Tip 1 ve Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam: Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 21:24-31.
- Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A (2007) Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. In: *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Eds J Yagers, PS Powers):195-207. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF (2002) Binge eating disorder. *Int J Obes*, 26:299-307.
- Erlanson-Albertsson C (2005) How palatable food disrupts appetite regulation. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 97:61-73.
- Fairburn CG (1997) Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, (Eds DM Garner, PE Garfinkel):278-294. New York, Guilford Press.
- Fairburn CG, Cooper Z (1993) The eating disorders examination. In *Binge Eating: Nature Assessment and Treatment*, 12th ed. (Eds CG Fairburn, GT Wilson):317-360. New York, Guilford Press.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, 57:659-665.
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME (1998) Risk factors for binge eating disorder: a community based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, 55:425-432.
- Fairburn GC (1985) Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa*, (Eds DM Garner, PE Garfinkel):160-192. New York, Guilford Press.
- Farci AMG, Piras S, Murgia M, Chessa A, Restivo A, Gessa GL et al. (2015) Disulfiram for binge eating disorder: an open trail. *Eat Behav*, 16:84-87.
- Fichter MM, Quadflieg N, Gnutzmann A (1998) Binge eating disorder: treatment outcome over a 6-year course. *J Psychosom Res*, 44:385-405.
- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S (2008) Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*, 41:577-586.
- Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S (2014) Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther*, 58:36-42.
- Fowler S, Bulik C (1997) Family environment and psychiatric history in women with binge eating disorder and obese controls. *Behav Change*, 14:106-112.

- Gamero-Villarreal C, Rodriguez-Lopez R, Jimenez M, Carrillo JA, Garcia-Herraz A, Albuquerque D et al. (2015) Melanocortin 4 receptor gene variants are not associated with binge-eating behavior in non-obese patients with eating disorders. *Psychiatr Genet*, 25:35-38.
- Geliebter A, Gluck ME, Hashim SA (2005) Plasma ghrelin concentrations are lower in binge-eating disorder. *J Nutr*, 135:1326-1330.
- Geller J, Brown KE, Srikaneswaran S (2011) The efficacy of a brief motivational intervention for individuals with eating disorders: A randomized control trial. *Int J Eat Disord*, 44:497-505.
- Golay A, Laurent-Jaccard A, Habicht F, Gachoud JP, Chabloz M, Kammer A et al. (2005) Effect of orlistat in obese patients with binge eating disorder. *Obes Res*, 13:1701-1708.
- Grilo CM, Crosby RD, Wilson GT, Masheb RM (2012) 12-month follow-up of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 80:1108-1113.
- Grilo CM, Masheb RM (2005) A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 43:1509-1525.
- Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT (2005) Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*, 57:301-309.
- Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT, Gueorguieva R, White MA (2011) Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 79:675-685.
- Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR (2007) Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*, 48:124-131.
- Guerdjikova AI, McElroy SL, Winstanley EL, Nelson EB, Mori N, McCoy J et al. (2012) Duloxetine in the treatment of binge eating disorder with depressive disorders: a placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord*, 45:281-289.
- Gürdal Küey A (2013) Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. In *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar):59-65. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği.
- Halmi KA (1994) A multi-modal model for understanding and treating eating disorders. *J Womens Health*, 3:487-493.
- Hay P (1998) The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *Int J Eat Disord*, 23:371-382.
- Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P (2009) Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD000562..
- Hebebrand J, Geller F, Dempfle A, Heinzl-Gutenbrunner M, Raab M, Gerber G et al. (2004) Binge-eating episodes are not characteristic of carriers of melanocortin-4 receptor gene mutations. *Mol Psychiatry*, 9:796-800.
- Herpertz S, Siffert W, Hebebrand J (2003) Binge eating as a phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med*, 349:606-609.
- Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. Arlington, American Psychiatric Publishing.
- Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR et al. (2012) Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*, 200:232-237.
- Hsu LKG (2006) Eating Disorders in Obesity. In *Obesity and Mental Disorders* (Eds SL McElroy, DB Allison, GA Bray):93-103. New York, Taylor and Francis.
- Hudson J, Lalonde J, Pindyck L, Bulik C, Crow S, McElroy S et al. (2006) Familial aggregation of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63:313-319.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61:348-358.
- Hudson JI, McElroy SI, Raymond NC, Crow S, Keck PE, William P et al. (1998) Fluvoxamine in the treatment of binge eating disorder: A multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry*, 155:1756-1762.
- Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE (2012) Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14:432-446.
- Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope HG, Hudson JI (2008) Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study. *Int J Eat Disord*, 41:174-179.
- Jimerson DC, Lesem MD, Kaye WH, Hegg AP, Brewerton TD (1990) Eating disorders and depression: is there a serotonin connection? *Biol Psychiatry*, 28:443-454.
- Kelley AE, Baldo BA, Pratt WE (2005) A proposed hypothalamic - thalamic - striatal axis for the integration of energy balance, arousal, and food reward. *J Comp Neurol*, 493:72-85.

- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73:904-914.
- Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO (1998) Psychological symptoms in individuals successful at long-term maintenance of weight loss. *Health Psychol*, 17:336-345.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville B, Chevron E (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- Kugu N, Akyuz G, Dogan O ve ark. (2006) The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 40:129-35.
- Leombruni P, Piero A, Lavagnino L, Brustolin A, Campisi S, Fassino S (2008) A randomized, double-blind trial comparing sertraline and fluoxetine 6-month treatment in obese patients with binge eating disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 32:1599-1605.
- Linehan MM (1993) *Cognitive Behavioral Therapy Of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press.
- Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J (2012) The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Res*, 200:1-11.
- Malhotra S, King KH, Welge JA, Brusman-Lovins L, McElroy SL (2002) Venlafaxine treatment of binge-eating disorder associated with obesity: a series of 35 patients. *J Clin Psychiatry*, 63:802-806.
- Maner F (2013) Yeme bozuklukları ve bilişsel davranışçı görüşler. In *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar): 67-76. Ankara, Türkiye Psikiyatri Demeği.
- Mannucci E, Bardini G, Ricca V, Tesi F, Piani F, Tannini R et al. (1997) Eating attitudes and behavior in patients with type II diabetes. *Diabet Nutr Metab*, 10:275-281.
- Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM, Safer DL (2013) A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther*, 51:723-728.
- Mathes WF, Brownley KA, Mo X, Bulik CM (2009) The biology of binge eating. *Appetite*, 52:545-553.
- McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, Keck PE et al. (2000) Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 157:1004-1006.
- McElroy SL, Guerdjikova A, Kotwal R, Welge JA, Nelson EB, Lake KA et al. (2007) Atomoxetine in the treatment of binge-eating disorder: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 68:390-398.
- McElroy SL, Guerdjikova AI, Blom TJ, Crow SJ, Memisoglu A, Silverman BL et al. (2013) A placebo-controlled pilot study of the novel opioid receptor antagonist ALKS-33 in binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 46:239-245.
- McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM (2012) Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Pharmacother*, 13:2015-2026.
- McElroy SL, Guerdjikova AI, Winstanley EL, O'Melia AM, Mori N, McCoy J et al. (2011) Acamprosate in the treatment of binge eating disorder: a placebo-controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44:81-90.
- McElroy SL, Hudson JI, Malhotra S, Welge JA, Nelson EB, Keck PE Jr (2003) Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: A placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 64:807-813.
- McElroy SL, Kotwal R, Guerdjikova AI, Welge JA, Nelson EB, Lake KA et al. (2006) Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 67:1897-1906.
- McElroy SL, Kotwal R, Hudson JI, Nelson EB, Keck PE (2004) Zonisamide in the treatment of binge-eating disorder: an open-label, prospective trial. *J Clin Psychiatry*, 65:50-56.
- Milano W, Petrella C, Casella A, Capasso A, Carrino S, Milano L (2005) Use of sibutramine, an inhibitor of the reuptake of serotonin and noradrenaline, in the treatment of binge eating disorder: a placebo-controlled study. *Adv Ther*, 22:25-31.
- Miller WR, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, Guilford Press.
- Monteleone P, Brambilla F, Bortolotti F, Maj M (2000) Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behaviour, purging behaviour, nutritional status and general psychopathology. *Psychol Med*, 30:1099-1110.
- Monteleone P, Tortorella A, Castaldo E, Di Filippo C, Maj M (2007) The Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene is significantly associated with binge eating disorder. *Psychiatr Genet*, 17:13-16.
- Monteleone P, Tortorella A, Castaldo E, Maj M (2006) Association of a functional serotonin transporter gene polymorphism with binge eating disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 141:7-9.
- Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A et al. (2007) A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 40:102-113.
- NICE (2004) *Eating disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, related eating disorders*. NICE Clinical Guideline No:9. London, National Institute for Clinical Excellence.
- Orhan FÖ, Tuncel D (2009) Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:132-154.

- Papelbaum M, Appolinario JC, Moreira Rde O, Ellinger VC, Kupfer R, Coutinho WF (2005) Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Rev Bras Psiquiatr*, 27:135-138.
- Pearlstein T, Spurrell E, Hohlstein LA, Gurney V, Read J, Fuchs C et al. (2003) A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: a high placebo response. *Arch Womens Ment Health*, 6:147-151.
- Pope HG Jr, Hudson JL, Jonas JM, Yurgelin-Todd D (1983) Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry*, 140:554-558.
- Ramacciotti CE, Coli E, Marazziti D, Segura-García C, Brambilla F, Piccinni A, Dell'osso L (2013) Therapeutic options for binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, 18:3-9.
- Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Tamsb K, Harris JR (2004) Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study. *Int J Eat Disord*, 36:307-314.
- Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Sauro CL, Ravaldi C, Rotella CM et al. (2010) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge-eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55:656-665.
- Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ (2005) A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 37:234-240.
- Root TL, Thornton LM, Lindros AK, Stunkard AJ, Lichtenstein P, Pedersen NL et al. (2010) Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eat Behav*, 11:92-98.
- Santonastaso P, Ferrara S, Favaro A (1999) Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 25:215-218.
- Shirmer B, Schauer P (2010) Surgical management of obesity. In: Schwartz's Principles of Surgery, 9th ed. (Eds FC Brunicaardi):949-978. New York, McGraw Hill.
- Silveira RO, Zanatto V, Appolinário JC, Kapczinski F (2005) An open trial of reboxetine in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, 10:93-96.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus MD et al. (1991) Binge eating disorder: to be or not to be in DSM-IV. *Int J Eat Disord*, 10:627-629.
- Spitzer RL, Yanovski SZ, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A et al. (1993) Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*, 13:137-153.
- Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Appolinario JC (2008) Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Eat Behav*, 9:129-136.
- Steiger H (2004) Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *J Psychiatry Neurosci*, 29(1):20-29.
- Striegel-Moore RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F et al. (2010) Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol*, 78:312-321.
- Stunkard A, Berkowitz R, Tanrikut C, Reiss E, Young L (1996) D-fenfluramine treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 153(11):1455-1459.
- Stunkard AJ (1959) Eating Patterns and Obesity. *Psychiat Quart*, 33: 284-295.
- Sungur MZ (2003) Bilişsel davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları. *3P Dergisi*, 11:31-38.
- Swanson SA, Saito N, Borges G, Benjet C, Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME et al. (2012) Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. *J Psychiatr Res*, 46:31-37.
- Tasca G, Lelievre JY, Qiu Q, Ritchie K, Little J, Trinneer A et al. (2013) Characterization of IGF-II isoforms in binge eating disorder and its group psychological treatment. *PLoS One*, 8:e83019.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM (2001) Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69:1061-1065.
- Topçuoğlu V (2013) Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve tedavisi. In *Yeme Bozuklukları ve Obezite*, (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar):261-272. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Trunko ME, Schwartz TA, Marzola E, Klein AS, Kaye WH (2014) Lamotrigine use in patients with binge eating and purging, significant affect dysregulation, and poor impulse control. *Int J Eat Disord*, 47:329-34.
- Türkçapar H (2007) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Van Hanswijck De Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G (2003) The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med*, 33:1311-1317.
- Vardar E, Erzenin M (2011) Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanımlı iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Turk Psikiyatri Derg*, 22:205-212.
- Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, Carter JC, Keating L (2015) A randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *Int J Eat Disord*, 48:328-332.

- Vinai P, Da Ros A, Speciale M, Gentile N, Tagliabue A, Vinai P et al. (2015) Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eat Behav*, 16:1-4.
- Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S (2010) Meta-Analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 43:205-217.
- Westenhoefer J (2001) Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *Int J Eat Disord*, 29:477-481.
- White MA, Grilo CM (2013) Bupropion for overweight women with binge-eating disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 74:400-406.
- Wilfley DE, Crow SJ, Hudson JI, Mitchell JE, Berkowitz RI, Blakesley V et al. (2008) Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo-controlled double-blind study. *Am J Psychiatry*, 165:51-58.
- Wilfley DE, Frank E, Welch R, Spurrell EB, Rounsaville B (1998) Adapting Interpersonal Psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: toward a model for adapting empirically-supported treatments. *Psychother Res*, 8:379-391.
- Wilfley DE, Friedman MA, Dounchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA (2000) Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consult Clin Psychol*, 68:641-649.
- Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS (2003) The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 34:96-106.
- Wilson GT (2011) Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 34:773-783.
- Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW (2010) Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:94-101.
- Wiser S, Telch CF (1999) Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *J Clin Psychol*, 55:755-768.

Şenol Turan, Uzm.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; **Cana Aksoy Poyraz**, Uzm.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul; **Armağan Özdemir**, Uzm.Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Şenol Turan, İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, İstanbul, Turkey. E-mail: senolturan81@yahoo.com.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol7/no4/

Geliş tarihi/Submission date: 17 Ocak/Jan 17, 2015 · **Çevrimiçi yayım/Published online** 13 Şubat/Feb 13, 2015
