

ADOLESANDA YEME BOZUKLUKLARI

Seçil Gunher Arıca*, Vefik Arıca**, Mustafa Arı***, Cahit Özer*

*Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

**Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

*** Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Geliş Tarihi / Received: 10.02.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 22.03.2011

ÖZET

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza sıklıkla adolesan dönemde başlayan, bu nedenle de bu yaş grubunda özellikle dikkat edilmesi gereken bozukluklardır. Gelişimsel süreci bozan etkileri nedeniyle erken dönemde tanı ve tedavileri çok önemlidir. Bu hastalar çoğunlukla kendilerini hasta olarak kabul etmezler. Hastalık kronikleştikten sonra çevredekiler tarafından algılanır. Bu hastalıklarda görülen fiziksel belirtilere çok sıklıkla ilerleyen dönemde hastaların fiziksel durumunda ölümle sonuçlanabilen bozukluklar eklenmektedir. Hastalığın tanı, tedavi ve takibi için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozalı hastalar okullarda yapılması önerilen tarama testleri sayesinde kronikleşmeden erken dönemde saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Adolesan

ADOLESCENT EATING DISORDERS

SUMMARY

Anorexia nervosa and bulimia nervosa as they frequently begin during adolescence period are two disorders that needs special interest of clinicians working with adolescents. Early diagnosis and treatment of these disorders is very important because of their deteriorating effects on developmental processes. These patients often do not accept them as patients. After chronic illness is perceived by other people. As the disorder progresses, very frequently physical complications, that may even lead to death are added to psychiatric picture. A multidisciplinary team is needed to approach the disease treatment and follow-up. Bulimia nervosa, anorexia nervosa, and patients without chronic early through screening tests are suggested to be conducted in schools can be identified.

Keys Words: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescent.

Giriş

Yeme bozukluklarının nedenini tam olarak tanımlamak güç olmakla birlikte; sosyal, biyolojik ve psikolojik etkenlerin hepsinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Dünya Sağlık Birliğinin sınıflandırma sistemi olan ICD 10' da (International Classification of Disease) 'fizyolojik bozukluk ve fizyolojik etkenlerle bağlantılı davranışsal sendromlar' adıyla yer almaktadır (1). Bunun sebebi ruhsal bozukluğa eşlik eden bedensel işlevlerde bozulmadır. Amerikan Psikiyatrik Birliği'nin Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM IV), iki tür yeme bozukluğu tanımlamıştır: Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza (2). Yeme bozuklukları obezite ve astımdan sonra en sık görülen üçüncü kronik hastalıktır. Hastaların %95'ini kızlar oluşturur (3).

Yeme Bozukluklarında etiyoloji

Adolesan dönem vücut yağının arttığı, fiziksel görünüm, vücutla ilgili duygular ve üretkenliğin başladığı bir dönemdir. Son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki yeme bozukluklarının etiyolojisinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve ailesel durumların önemli rol oynadığını gösteriyorⁱ. Diyet yapmayı başlatan genelde aile üyeleri, arkadaşlar ve medyadır. Diyet yapmanın sürdürülmesi ise bireysel motivasyon ve kendini etkin hissetme gibi faktörlere bağlıdır.

1. Cinsiyet faktörü

Cinsiyet faktörü açısından bakıldığında yeme bozuklukları kızlarda erkeklere nazaran 20 kat daha fazla görülür. Bunun sebebi olarak genç kızların ergenlik döneminde yaşadığı bedensel fizyolojik değişimler gösterilebilir. Bu dönemde yaşanan göğüs ve kalçalarda büyüme, yağlanma ve kilo alımı kişiyi toplumun belirlediği vücut ölçülerinden uzaklaştırır (4). Ülkemizde 15-17 yaş grubu arasında yapılan bir çalışmada normal ağırlık grubunda olan kızların %33,6'sının, erkeklerin %6,3' ünün sık diyet yaptığı bulunmuştur. Normal ağırlık grubundaki kızların % 43'ü, erkeklerinde %18,3' ünün daha zayıf olmayı istediği belirtilmiştir. Diyet yapma davranışı ile anoreksiya arasında benzer bilişsel örtüler vardırⁱⁱ.

2. Ailesel Etkenler

Anoreksik olguların ailelerinde kilo sorunlarına ve yeme bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (4). Monozigot ikizlerde yüksek konkordans oranı hastalığın genetik boyutuna dikkat çekmektedir. Yakın akrabalarında fiziksel hastalıklara, duygu durum bozukluklarına, obsesif kompulsif bozukluklara ve alkolizme daha sık rastlanmaktadır (6) . 2002 yılında Fonseca, Ireland ve Resnick tarafından 1996 çocukta yapılan çalışmaya göre erkeklerde yeme bozukluğunda ebeveyn tarafından aşırı derecede kontrol edilme, geçmişte

cinsel istismar olarak bulunurken; kızlardaki en önemli risk faktörü ise geçmiş dönemdeki cinsel istismardır (7).

Aile yapıları itibariyle hareket özgürlüğünün verilmeyişi, aile işleyişi açısından yeterli doyum sağlanamayan ilişkilerin varlığı bu kişiyi anoreksiyaya eğilimli hale getirir. Bu tür yeme bozuklukları olan çocukların ailelerinde çocuktan başarı beklentisi diğer yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat anoreksiya nervozalı hastaların aile ilişkilerine yönelik yapılan bir çalışma gösteriyor ki, anoreksiyalıların tipik bir aile ilişkisi örüntüsünün varlığı konusundaki görüşleri doğrulamamaktadır (7).

3. Sosyokültürel faktörler

Toplumda zayıflıkla ilgili normlar yeme bozukluklarının etiolojisinde önemli rol oynuyor. Batı ülkelerinde yeme bozukluklarının sıklığı adolesanlar arasında %10'lara kadar çıkmaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde toplumsal güzellik anlayışında zayıflığa aşırı değer veren yönde bir değişim olarak açıklanmaktadır (6).

2003 yılında Tozzi ve Arkadaşları'nın yaptığı bir çalışmaya göre toplumsal baskının yeme bozukluklarında önemli bir risk faktörü olduğu ama bu faktörün hastalık oluşumunda tek başına yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Gelişmiş ülkelerde toplumsal güzellik anlayışında zayıflığa aşırı değer veren yönde bir değişim olarak açıklanmaktadır (8).

4. Biyolojik etkenler

Kilo kaybı ve açlığa bağlı olarak yeme davranışını düzenleyen mekanizmalarda değişiklikler olur ve yeni düzenlemeler yapılır. Nörobiyolojik değişimler olduğu gibi immun sistemde ve endojen opiatların salınımında da değişiklikler ortaya çıkar. Bu değişiklikler hastalığın sürmesinde etkilidir. Yapılan nörokimyasal incelemelerde norepinefrin aktivitesinde azalma gösterilmiştir. Kortikotropin releasing factor (CRF) artışının kortizol etkinliğinin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (9).

5. Psikososyal etkenler

Son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki, bebeklik ve çocukluk dönemindeki yanlış beslenme davranışları ileriki dönemlerde ortaya çıkan yeme bozukluklarıyla ilişkili olabilir (10).

Boyun eğen, mükemmeliyetçi, utangaç, depresif ve obsesif eğilim taşıyan genç kızlarda anoreksiya nervroza daha sık görülmektedir. Bozukluk, genelde tüm yaşamını ebeveynlerini mutlu etmek için harcamış, okul başarısı iyi olan genç kızlarda görülür. Ciddi boyutta stresli yaşantıya sahip çocuklarda normal çocuklara göre iki kat daha fazla görülür. Yine anne-çocuk arasında sevgi bağının yetersiz olduğu durumlarda da yeme bozuklukları daha fazla görülür (10).

Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya Nervoz kelime anlamı olarak 'sinirsel iştah kaybı' dır. Bruch'a göre ise 'beden üzerinde disiplin sağlayarak kişiler arası ilişkilerde ve kendilik algısında kontrol duygusu elde etmek ve bu etkisizlik duygusunu ortadan kaldırmak için kişinin kendi geliştirdiği tedavi yöntemi' olarak tanımlanmıştır (11). Günümüzde sıklığı adolesanlarda ve genç erişkinlerde % 4'dr. En sık başlangıç yaşı 15-19 yaş arasındır. Ancak %'5 kadarında 20 yaşından sonra başlar (5). Kızlarda erkeklerden 20 kat fazla görülür. Adolesan dönemindeki kızlarda görülme oranı %0.5-1 arasındadır (5). Anoreksiya Nevroz'da en belirgin özellik şişmanlıktan aşırı korkudur. Hasta kendi bedeninin çok iri olduğunu düşünür ve ileri derecede zayıf olduğunda bile kilo vermeye çalışır.

Anoreksiya Nevrozda tipik olarak belirtiler şöyle gelişir: Hasta başlangıçta diyet yapmaya başlar ve bu dönemde şişmanlamaktan korkusu olan herhangi bir adolesandan farkı yoktur. nce diyetinden tatlılar, hamur işleri gibi yüksek kalorili besinleri çıkarır. Sonra yediği her besin için kalori hesabı yapmaya başlar. Bu davranışlarındaki aşırlık başkaları tarafından fark edilinceye kadar hastalık ilerler. Kilo verdikçe zayıf olma fikri bir obsesyona dönüşür. Kalori kısıtlayarak yaptığı diyete ek olarak diüretik ve laksatif türü ilaçlar kullanmaya başlar (12). Bu anoreksiya nevrozaya özgül davranışlara ek olarak benlik saygısının düşük olması, katı bir 'ya hep ya hiç' tarzı düşünce şekli, uykusuzluk, duygusal durumda oynamalar, sinirlilik, ie çekilme, karşı cinsle iletişim kuramama görülebilir (12). Bu hastalar genel olarak ince ve kaşektik grnmdedirler. Vital bulgularında hipotansiyon, hipotermi; ciltte lanugo tüyleri, parmaklarda kendini kusturmaya bağlı olarak cilt derisinde kalınlaşma ve sertleşme, deride ve saçlarda kuruluk, kalpte bradikardi ve mitral kapak prolapsusu, batında skafoid karın ve palpe edilebilir barsak ansları, memelerde atrofi, vajinal mukozada hipostrojenizasyona bağlı olarak kuruluk, ağız ve dişlerde çürük görülebilir (13).

Tanı

Amerikan psikiyatri birliğinin sınıflama sistemine göre Anoreksiya Nevroz tanısı koymak için gereken ölçütler tablo 1 de verilmiştir (2).

Tablo 1. Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri

<p>A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kilo ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn: beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında beklenenin %85'inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak şekilde beklenen kilo alımını gerçekleştirememe)</p>
<p>B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma</p>
<p>C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisi olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme</p>
<p>D. Kadınlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık siklusun olmaması</p>

Tipleri:

Kısıtlayıcı tip: Anoreksiya Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında tıkanırcasına yemek yeme ya da çıkartma davranışı göstermiştir. Yemeyi aşırı kısıtlayarak kilo verme söz konusudur.

Tıkanırcasına yeme/çıkartma tipi: Anoreksiya Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi tıkanırcasına yemek yeme ya da çıkartma davranışı göstermiştir.

Ayırıcı Tanı:

Beraberinde depresyon, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk sıklıkla görülür (6).

Gidiş ve sonlanış:

Genellikle ergenliğin ilk ve orta dönemlerinde bozukluk relaps ve remisyonlarla sürer. Hastaların % 2-5 inde intihar bildirilmiştir (12) . Hastalığın diğer biyolojik komplikasyonlarına bağlı ölüm oranı %6-9 arasında görülmektedir (12).

Tedavi:

Tedavide amaç yalnız kilo alımı üzerine olmamalıdır. Yaklaşım kilo alımını sağladıktan sonra psikoterapinin devam ettirilmesi ve böylece relapsların engellenmesidir (6).

Bu hastalar bireysel ve aile terapisinden fayda görürler. Depresyonun eşlik ettiği olgularda antidepresanlar tedaviye eklenmelidir(6). Terapide amaç hastanın kendi iç kaynaklarını keşfedip, düşünce, yargılama ve duygulanım becerilerini kullanarak kendini kontrol edebilme becerisini geliştirmesidir (3) . Terapide dört prensip korunmalıdır (14).

1. Yeme davranışını değiştirmek için aşırı çaba harcamamalıdır. Bu nedenle bu durumu problem olarak ortaya koymak işbirliğini güçleştirir.
2. Terapist hastanın içsel yaşantısını onunla birlikte değerlendirerek empati yapmalıdır. Terapide hastalar kendi pozitif yönlerini keşfetmelidir.
3. Hastanın kilo alımı terapist yerine bir başkası tarafından izlenmeli. Hasta kilo almadığı dönemlerde kendini başarısız görebilir bu da hastanın onu ebeveynleri ile özdeşleştirmesine sebebiyet verir.
4. Terapist hastanın beden algısı ile ilgili çarpıtmaları yargılayıcı olmadan bir tutumla ele almalıdır. Hastayı değişim için zorlamamalıdır.

Aile terapisinde aile bireyleri arasındaki sınırların netleştirilmesi, aile içindeki güç ilişkilerinin ele alınması ile tedavi uzmanı anoreksik hastanın zorluklarının nasıl bir başkaldırı anlamı taşıdığını ortaya koymaya çalışır. Vücut ağırlığı normalin %30 ve altına düştüğü durumlarda hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (6).

Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa kelime anlamı 'öküz açlığı' dır. Bu bozuklukta sorun kontrol edilemeyen aşırı yemek yeme nöbetlerinin olmasıdır (3). Bu nöbetler sırasında kişi aldığı kalori miktarını üç binden yirmi bine kadar çıkarabilir. Hastalar nöbetler sırasında şuursuzca davranıp kendilerini kaybettiklerini söylüyorlar. Yeme nöbetlerinin sıklığı günde birkaç kez olabildiği gibi haftada bir kez bile olabilir. Dakikalar veya saatler sürebilir. Bu durumlar genellikle hastanın kendisini kaygılı, gergin ve sıkıntılı hissettiği durumlarda olur. Başlangıçta bu yemek yeme sıkıntılı durumdan kurtulmaya yardımcı olur ancak bir süre sonra suçluluk ve utanç duygusu hissetmeye başlarlar. Kendini kusturarak ya da laksatif kullanarak kilosunu kontrol etmeye başlar. Tanı için mutlaka kusmanın olması şart değildir. Hastalık gitgide ilerleyince hastalar refleks olarak kendi göğüs ve karın kaslarını kasarak kendilerini kusturmayı öğrenirler (12). Bulimikler yüksek karbonhidratlı besinleri aşırı miktarda aldıkları yeme nöbetleri için her gün belli bir zaman dilimi ayırırlar, daha sonrada yediklerini gizlice çıkarırlar. Bu hastaların kilosu genelde normaldir, ancak adet düzensizlikleri görülebilir. Hastaların yüz görünümü tipiktir. Yuvarlak şişmiş yanaklara karşın, beden zayıf görünür. Yüzdeki şişmenin nedeni tükürük bezlerindeki büyümedir. Yine kendini parmakla kusturmaya bağlı olarak ağız ve dişlerde çürükler, el parmaklarında deride kalınlaşma ve sertleşmeler vardır (13).

Bulimikler, anoreksiyalı hastaların katı, kendine yönelik disiplinli, cezalandırıcı vicdani yapısına sahip değillerdir. Aksine, dürtüsel, sorumsuz ve disiplinsiz bir davranış

biçimi sergilerler. Fakat anoreksiyalı hastaların %40'ında da bulimia görülebilir. Bulimik hastaların yarısında tabloya kişilik ve dürtü kontrol bozuklukları eşlik eder. Alkol veya madde kullanımı, çalma, intihar girişimleri dürtüsel biçimde ortaya çıkar (14).

Kızlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazla görünür. Toplumda yaygınlığı %1 kadardır (12). Erkeklerde bulimia nadir görülür. Ancak bulimialı erkeklerin önemli bir kısmında cinsel kimlik sorunları ve cinsellikte problemler daha sık görülür (12). Bulimia nervoza da tanı tablo 2 de belirtilen DSM IV tanı kriterleri varlığında konur (2).

A. Yineleyen tıkanırcasına yeme ataklarının olması. Bir tıkanırcasına yeme atağı her ikisi ile belirlidir: 1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belli bir zaman diliminde yeme. 2. Bu atak sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması.
B. Kilo almaktan sakınmak için kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların yada diğer ilaçların kötüye kullanımı, hiç yemek yememe yada aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma
C. Tıkanırcasına yemek yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez olarak ortaya çıkmaktadır.
D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenir.
E. Bu bozukluk sadece anoreksiya nervoza atakları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipleri:

Çıkartma olan tip: Bulimia nervozanın o sıradaki atağı sırasında kişi kendi kendine düzenli olarak kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları kötüye kullanmıştır.

Çıkartma olmayan tip: Bulimia nervozanın o sıradaki atağı sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi davranışlarda bulunmuş, ancak kendini kusturmamış ya da laksatif, diüretik ve lavmanları kullanmamıştır.

Gidiş ve Sonlanış

Hastalar çıkartma yöntemiyle elektrolit dengesini ileri düzeyde bozabilir ve bu durum kalp durmasına neden olabilir. Bu nedenle elektrolitleri izlenmelidir (12). Kusmaya bağlı özefajitler, Mallory-Weiss yırtıkları görülebilir (15). Laksatif kullanımına bağlı olarak kolon motilitesi bozulur, devamında intermittent konstipasyon ve ishal atakları görülür. Yine bulimik hastalarda görülen aşırı yeme atakları sırasında akut pankreatit gelişebilir. Kusmaya

zorlamaya bağlı olarak artmış intratorasik basınç gözde konjoktival kanamalara, yüzde peteşi ve purpuraya sebep olur (15).

Bulimia nervoza olguların yaklaşık yarısının tamamen düzeldiği, dörtte birinin kısmi düzelme gösterdiği ve diğer dörtte birinin kronikleştiği görülmüştür (14). Aileye yönelik terapiler tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır (14).

Tedavi

Bulimia nervoza hastaları genellikle tedaviye hastalık başladıktan yıllar sonra başvururlar. Çoğunlukla tedaviye istekli görünürler ve çabucak iyileşmek istedikleri için beklenti içine girerler.

Tedavide daha büyük yaş grubundaki hastalarda antidepresanlardan özellikle fluoksetinden yararlandığını gösteren çalışmalar vardır (15). Tedavide eşlik eden bozuklukların her biri ayrı ayrı kapsamlı bir plan içerisinde ele alınmalıdır. Hastaların %30'u kognitif davranışçı terapi ve psikoeğitimsel yaklaşımdan fayda görürler. Ancak kişilik bozukluğu eşlik edenlerde tedavi uzun dönemli ve destekleyici olmalıdır (12). 2000 yılında APA (Amerikan Psyschiatric Association)'nın yayınladığı yeme bozukluklarında hastaneye yatırma kriterleri (16):

1. kalp hızı <40/dk
2. ortostatik kan basıncı ve kalp hızı
3. kan basıncı <80/50 mmHg.
4. düşük potasyum, düşük fosfor düzeyi
5. vücut ağırlığı ideal vücut ağırlığının %75'inden az olması
6. hızlı kilo kaybı ve bunlara ek olarak intihara teşebbüs edenler.

Sonuç olarak ülkemizde rutin olarak adolesanlara koruyucu sağlık hizmeti verilmemektedir. Adolesan dönemde konunun ciddiyeti ile ilgili olarak önlemler alınmalı ve okullarda tarama testleri belirli aralıklarla yapılmalıdır. Tarama testinde yüksek risk grubunda çıkanlar Psikiyatri ve Çocuk Uzmanlarına yönlendirilmeli, uzun dönemde de bu hastalar yine Aile Hekimleri tarafından takibe alınmalıdır. Bu hastaların ailelerine ve okul öğretmenlerine bu konu hakkında danışmanlık hizmeti verilmelidir. Aile hekimleri de bölgelerinde yaşayan adolesanları tıpkı gebe ve çocuk izlemi gibi rutin olarak belirli aralıklarla takibe almalı, danışmanlık hizmeti vermelidir.

Kaynaklar

1. Dünya Sağlık Örgütü. Ruhsal ve Davranış Bozukluklarının Sınıflandırılması (ICD-10). (Çev. Ed:M. Orhan Öztürk). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. Ankara 1993.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM IV) (Çev. Ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1994.
3. Herzog DB. Eating Disorders. The New Harvard Guide to Psychiatry ed: Nicholi AM, 1988; 434-45.
4. Jimerson, S.R., Pavelski, R., Orliss, M., Helping Children With Eating Disorders: Quessential Research on Etiology, Prevention, Assesment and Treatment. Handbook of Crisis Counseling, İntervention, and Prevention in the schools, second edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2002.
5. Örsel S, Canpolat BI, Akdemir A, Özbay H. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksleri açısından değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15: 5-15.
6. Öztürk MO. Ruhsal Etkene Bağlı olan Fizyolojik İşlev ya da Yapı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10. Basım, Ankara 2004; 471-489.
7. Fonseca, H., Ireland, M., Resnick, M.D. 'Familial Corralates of Extreme Weight Control Behaviors Among Adolescents'. İnternational Journal of Eating Disorders 2002; 32(4): 441-8.
8. Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., Bulik, C.M. Causes And Recovery in Aneroxia Nervosa: The Patients Perspective. İnternational Journal of Eating Disorders 2003; 33(2): 143-54.
9. Eating Disorders Kaplan ve Sadock: Synopsis of Psychiatry, In Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds. 7th ed.1994: 689-98.
10. Gual, P., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, M.A., Lahortiga, F., Irala-Estevez, J., Cervera-Enguix, S.'Self-Esteem, Personality, and Eating Disorders: Basseline Assesment of a Prospective Population-Based Cohort'. İnternational Journal of Eating Disorders 2002; 31(3): 261-73.
11. Elliot, J.Children in Difficulty: A Guide to Undersatnding & Helping. Florence, USA: Routledge 1998.
12. Steinhausen HC. Anorexia and bulimia nervosa. Child and adolescent psychiatry, 4. basım. Editörler: M. Rutter, E. Taylor 2004; 555-70.

13. Coupey SM. Anorexia Nervosa. In: Friedman SB (ed). Comprehensive Adolescent Health Care, 2nd ed. St Louis: Mosby; 1998, 263-8.
14. Gabbard GO. Psychoactive Substance Use And Eating Disorders. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. American Psychiatric Pres Inc. 1990; 255-85.
15. Pomeroy C, Mitchell JE. Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook, 2nd edn. New York. Guildford Pres. 2002; 278-85.
16. APA: Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psych Supplement. 2000.