

ANOREKSİYA NERVOSADA TIKINIRCASINA YEME/ÇIKARTMA ALTTİPİNE DÖNÜŞÜMÜNÜN İNTİHAR GİRİŞİMİ SIKLIĞIYLA BİRLİKTELİĞİ

Çeviren: C. Göker*

ÖZET

Amaç. Anoreksiya nervoza psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek intihar riskine sahip hastalıktır. Bunun birçok faktörle ilişkisi vardır. Biz bu üst üste çakışma olasılığını da hesaba katarak bu faktörlerin yaşamda ilk kez ortaya çıkış zamanını değerlendirdik. **Yöntem.** Paris'teki üç ayrı hastanede ayakta/yatmakta olan, DSM-IV'e göre anoreksiya nervoza tanısı konmuş olan 304 hasta Aralık 1999-Ocak 2003 tarihleri arasında sistematik olarak toplanmıştır. Hastalar yüz yüze görüşülerek (DIGS) değerlendirilmiştir. O anki yeme bozukluğunun boyutları ölçülmüş ve hastalar eğitilmiş klinisyenlerce retrospektif olarak geçmişteki en düşük BKİ, anoreksiya nervozanın başlangıç yaşı, geçirilmişse major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve tıkinircasına yeme/çıkartma alttipine dönüşüm zamanları açısından değerlendirilmiştir. **Bulgular.** Major depresif bozukluk ($p<0.001$) ve tıkinircasına yeme/çıkartma alttipine dönüşüm ($p<0.001$) intihar girişimiyle ilişkili en önemli iki faktör olarak bulunmuştur.

Sendromik veya boyutsal ölçülerin kullanıldığı çok değişkenli analizle de bu sonuç değişmiştir. Yaşam boyu durum analiz edildiğinde tıkinircasına yeme/çıkartma alttipine dönüşüm diğer alttipe veya major depresif bozukluğa kıyasla intihar girişimi açısından en önemli yordayıcı faktör olarak tespit edilmiştir (OR=15). **Sonuç.** Anoreksiya nervozada tıkinircasına yeme/çıkartma alttipine dönüşüm intihar girişimi sıklığında artışla ilişkilidir ve bu konuya dikkat edilmesi gerekmektedir. Prospektif bir çalışmayla da bu sonuçlar onaylanırsa tıkinircasına yeme/çıkartma davranışının erken tespitiyle daha yoğun ve özel terapötik girişimler söz konusu olabilir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Dürtüsellik, Depresyon, Yeme bozukluğu, Bağımlılık.

1. Giriş

En az 2 yıllık izlemlerin yapıldığı, katılımcıların %10'undan daha azının kaybedildiği ve psikiyatrik hastalıklarda ölüm oranlarını inceleyen çalışmalara odaklanmış geniş bir metaanalizde yeme bozukluklarının çok yüksek standardize ölüm oranlarına sahip olduğu göz-

* Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

terilmiştir. Bu hastalarda intihar riski beklenenden 23 kat daha fazla olarak bulunmuştur.

Anoreksiya nervozada intihar oranlarını inceleyen bir başka metaanalizde ise, biri dışındaki tüm çalışmalarda genel topluma kıyasla anorektik hastaların çok daha fazla oranda intihar girişiminde buldukları gösterilmiştir. "İntihar davranışı olan hastaları değerlendirme ve tedavi kılavuzu"nda da en yüksek standardize ölüm oranı taşıyan psikiyatrik hastalığın anoreksiya nervoza olduğu belirtilmiştir. Gerçekten de somatik komplikasyonlardan sonra bu bozuklukta en fazla ölüm nedeni intihardır.

Anoreksiya nervoza tedavisiyle uğraşan klinisyenler için intihar davranışı ile ilişkili erken faktörleri tanımlamak öncelikli öneme sahiptir. İşsizlik ve bekar olmak gibi sosyodemografik parametreler dışında; major depresif bozukluğun eşlik etmesi, alkol ve madde kötüye kullanımı, obsesif ve borderline kişilik bozukluğu, yaşam boyu minimum beden kitle indeksine (BKI) sahip olma ve bozukluğun süresi anoreksiyada intihar davranışı ile ilişkili faktörler olarak bilinmektedir. Bu faktörlerin bir kısmı blumiada da bulunabilir.

Nitekim, çıkartma olan tip blumikler olmayanlara kıyasla intihar fikriyle daha fazla uğraşmakta ve daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadırlar.

Bazı çalışmalarda anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin daha fazla intihar girişimiyle birliktelik gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmalarda hasta sayısı görece az olup (37-167 hasta), bozukluğun başından sonuna aynı alttipde seyretmediği gerçeği dikkate alınmamıştır. Sadece bir prospektif çalışmada yeme bozukluğu olan 250 hastadan ölen 7 hastanın tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi olduğu vurgusu yapılmıştır, ancak bunların sadece 3'ü intihar sonucu ölmüştür.

İlişkili faktörleri tespit edebilmek için geniş örnekleme ihtiyaç vardır çünkü (1) genel toplumda anoreksiya nervozaya sık rastlanmaz, (2)

intihar girişimi sıklığı görece ılımlıdır, ve (3) farklı alttipleri vardır. Ayrıca alttipler yaşam boyu durağan bir seyir göstermez, dolayısıyla retrospektif değerlendirme bazı kısıtlılıklarına rağmen bir alttipten diğerine dönüşümü saptamada işe yarayabilir.

Bu sebeple biz, intihar girişimiyle ilişkili değişik faktörlerin etkisini incelediğimiz bu çalışmada 304 ayaktan veya yatan anoreksiya nervoza hastasını çalışmaya aldık. Ayrıca tıknırcasına yeme/çıkartma alttipine dönüşümün intihar girişimi riskindeki rolünü bu konuda yayınlanmış çalışmaların metaanalizini yaparak tekrar analiz ettik.

Hipotezimiz major depresif epizot varlığı ve tıknırcasına yeme/çıkartma alttipine dönüşümün her ikisinin de artmış intihar girişimi ile birlikte olacağı idi.

2. Yöntem

Araştırma için gerekli kurumsal onaylar alındı. Erişkin hastaların kendilerinden, çocukların ise ebeveynlerinde bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, DSM-IV'e göre anoreksiya nervoza tanısı konan 304 Fransız hasta (10 erkek, %2.29) Kasım 1999'dan Ocak 2003'e kadar çalışmaya alındı. Dahil etme kriterleri yaşam boyu anoreksiya nervoza tanısı almış olmaları. Dışlama kriterleri ise psikotik bozukluk veya öğrenme güçlüğü varlığı (örneğin IQ<70) idi.

Paris'teki Robert Debre Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümü (n=97), Sainte-Anne Hastanesi (n=195) ve Louis Mourier Hastanesi Psikiyatri Bölümleri'nde (n=12) yatmış/yatmakta olan hastalar toplandı. Tüm hastalar 4 klinisyen (AK, LR, KH, SM) tarafından yarı yapılandırılmış bir araç olan DIGS (genetik çalışmalar için tanınal görüşme) kullanılarak değerlendirildi.

Ayrıca hastaların dosyaları taranarak bozukluğun başlangıç yaşı, eşlik eden diğer bozukluklar ile (örneğin ilk intihar girişimi, ilk major depresif epizot, ilk anksiyete bozukluğu, ilk bağımlılık bozukluğu gibi) karşılaştırıldı.

Anoreksiya nervozanın her 2 alttipinin yani kısıtlı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin tanı kriterlerinin hangi yaşlarda karşılandığı tespit edildi. 2 ayrı klinisyen (CF, PG) tarafından DIGS ile elde edilen veriler dosyalardan edinilenlerle kıyaslandı ve sonuç olarak her 10 vakadan birinde eşlik eden tanılar (örneğin major depresif epizotlar) veya temel klinik kriterler (örneğin intihar girişimi yaşı, alttip, minimal BKİ) modifiye edildi.

Görüşmede ortalama yaş 22.3 idi. İntihar girişimi varlığı, intihar niyeti (1-3), ölümcül oluş (1-6) DIGS ile değerlendirildi.

Ek olarak hastalara EDI (yeme bozukluğu ölçeği), 26 maddelik EAT (yeme tutumu testi) ve 13 maddelik BDI (Beck depresyon ölçeği) gibi bazı kendini değerlendirme ölçekleri de verildi.

Yalancı pozitif sonuçlar açısından Bonferroni düzeltmesi ve istatistiksel analizler için SPSS programı kullanıldı. Çoklu değişkenlerin olası üst üste çakışması açısından logistic regresyon analizi yapıldı. Üst üste çakışmayı önlemek için önce kategorik değişkenler için (örneğin tanı veya davranış), sonra da boyutsal değişkenler (örneğin yaş ve hastalığın ciddiyeti) için analiz yapıldı.

Tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin intihar riski ile ilişkisini ortaya koymak için Pubmed'de "anoreksiya nervoza" ve "intihar" anahtar kelimelerini kullanarak 1966-2005 yılları arası basılmış olan 262 makaleyi tarayarak metaanaliz yaptık. Buna göre sadece 5 orijinal makalede intihar sıklığının ölçülmüş ve anoreksiyanın alttipi değerlendirilmiş olduğunu bulduk.

Woolf yöntemi ile toplam ki-kare değerlerini hesapladık. Kaplan-Meier yöntemiyle de sonuç eğrilerini oluşturduk. Bu eğrileri oluşturmaktaki amacımız hastalık başlangıcından değerlendirmeye kadar geçen sürenin etkisini incelemektir.

3. Sonuçlar

Yaşam boyu intihar girişimi öyküsü 304 hastanın 86'sında (%28.3) tespit edildi. Bunların

tamamı kadındı ve çoğunda (%55.8) birden fazla intihar girişimi vardı. İlk girişimde ortalama yaş 21.5 (sd=6.83) idi ve intihar girişimlerinin %91.9'u (n=79) anoreksiya nervoza başladıktan sonra görüldü. İntihar niyeti çoğu vakada orta veya ciddi (her biri için %36) iken %26.8'inde hafifti. İntihar girişiminin ciddiyeti (ölümcül oluşu) %32.6 orta, %20.9 ılımlı, %13.9 hafif derecede, %10.5 ciddi değil iken %11.6 vakada aşırı derecede idi. Anoreksiya nervozanın başlangıcı ile görüşme zamanı arasındaki süre ortalama 6.23 yıldır (en kısa 6 ay, en uzun 35 yıl, sd=6.48).

3.1. Anoreksiya Nervozanın Alttipi

Görüşmeler sırasında tıknırcasına yeme/çıkartma davranışının varlığı önceden intihar girişimi öyküsü olanları olmayanlardan ayırmada en önemli faktör olarak belirlendi. Bu hem kategorik düzeyde (tablo 1), hem de boyutsal düzeyde (tablo 2) istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bulundu. Tüm örnekleme görüşmelerden sonra intihar girişimi gelişimi tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi olanlarda (ortalama yaş=21.92, sd=6.71) olmayanlara kıyasla (ortalama yaş=19.14, sd=7.20) istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.001$) olarak daha fazla bulundu. En az bir intihar girişimi olan hastalar içinde tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi olanların diğerlerine kıyasla ortalama intihar girişimi sayısı (1.99, sd=1.22; $t=1.75$, $df=302$, $p=0.041$) ve girişimlerin ölümcül olma eğilimi (3.53, sd=1.43; $t=1.37$, $df=302$, $p=0.086$) daha fazla idi.

3.2. Major Depresif Epizot

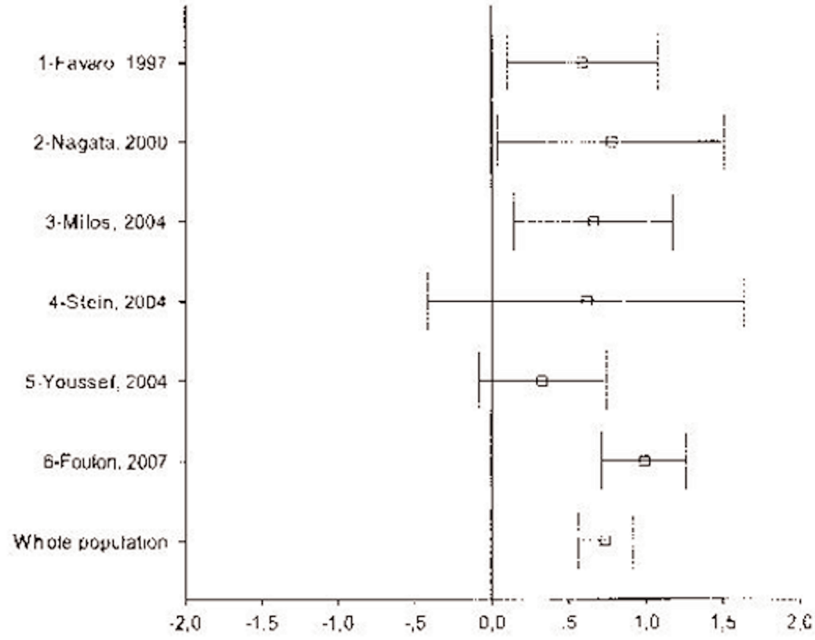
Yaşam boyu komorbidite (OR=3.10; $p=0.004$, Bonferroni ile düzeltilmiş) veya görüşme esnasındaki BDI depresyon düzeyi ($p<0.001$, Bonferroni ile düzeltilmiş) dikkate alındığında depresyon da intihar davranışı ile büyük oranda ilişkili bulundu. Üçüncü önemli parametre ise major depresif bozukluğun başlangıç yaşı olarak tespit edildi. Major depresif bozukluk için daha geç başlangıç yaşı intihar girişimi açısından daha anlamlı ($p=0.008$, Bonferroni ile düzeltilmiş) bulundu (tablo 1).

Table 1. Major clinical characteristics of patients with anorexia nervosa, with or without a lifetime history a suicidal attempt.

Clinical characteristics	Patients with anorexia nervosa				Comparison X2 or t test	Significance p-value
	With suicidal attempt (N=86)		Without suicidal attempt (N=218)			
	N or Avarage	% or s.d.	N or Avarage	% or s.d.		
Anorexia nervosa age at on set (years)	16.9	0.052	15.9	0.039	1.76	0.08
Bingeing/purging type	72	83.7%	79	36.2%	55.6	<0.0001
Minimal body mass index (kg/m2)	14.4		13.4	0.021	3.84	<0.0001
Major depressive disorder	72	83.7%	136	62.4%	12.9	0.0004
Age at on set of first depressive epizod	20.4		17.0	0.062	3.40	0.0006
Obsessive kompulsive disorder	16	18.6%	26	11.9%	2.3	0.13
Agora phobia	1	1.2%	6	2.8%	0.7	0.40
Social phobia	3	3.5%	15	6.9%	1.3	0.26
Panic disorder	5	5.8%	16	7.3%	0.2	0.63
Alcohol deponce	2	2.3%	5	2.3%	0.0	0.98
Cannabis deponce	4	4.6%	4	1.8%	1.9	0.17

Table 2. Clinical dimensions in patients with anorexia nervosa, with or without a lifetime history a suicidal attempt.

Instruments	Clinical dimensions	Patient with anorexia nervosa				Comparison t	Significance df	p-value
		With suicidal attempt (N=86)		Without suicidal attempt (N=218)				
		Mean	sd	Mean	sd			
EDI	Drive for thinnes	12.2	7.0	9.3	7.0	3.25	288	0.001
	Bulinia	7.4	6.8	2.8	5.0	5.69	288	<0.0001
	Body dissatisfaction	16	8.2	12.9	7.8	3.00	288	0.0028
	Ineffectiveness	11.2	7.2	8.4	6.5	3.13	288	0.0018
	Perfectionism	6.8	4.3	6.1	4.1	1.29	288	0.196
	Interpersonal distrust	5.9	3.9	5.6	3.9	0.60	288	0.540
	Interoceptive awareness	11.7	7.4	8.5	6.9	3.40	288	0.0006
	Maturity fears	6.5	6.2	5.9	5.3	0.70	288	0.420
	Asceticism	8.8	4.9	7.1	4.0	2.80	227	0.,0044
	Social insecurity	8.9	5.0	7.1	4.2	2.95	227	0.0033
EAT	Avoidance-preoccupation	19.5	10.6	15.3	10.4	3.12	283	0.0019
	Bulimia	10.3	6.0	6.6	5.6	4.90	283	<0.0001
	Oral control	6.8	5.2	7.6	5.3	1.20	283	0.230
	EAT-26 total	36.6	18.	29.4	18.1	3.00	283	0.004
Beck	BECK total score	15.7	7.8	11.4	6.3	4.30	288	<0.0001



Şekil 1. İntihar girişimi ile tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi arasındaki ilişkiyi inceleyen altı çalışmanın odds ratiolarının (OR) logaritması. Metaanalizdeki tüm örneklemde OR+5.42

3.3. Tüm İlişkili Değişkenleri Regresyon Analiziyle Değerlendirme

Tıknırcasına yeme/çıkartma davranışı ve depresyon dışındaki diğer parametrelerin önemini değerlendirmek için logistic regresyon analizi yapıldı (tablo 1 ve 2). Sonuç olarak kategorik düzeyde sadece tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi (Wald ki-kare=47.7, df=1, p<0.001) ve major depresif bozukluk (Wald ki-kare=14.4, df=1, p=0.001); boyutsal düzeyde ise EDI'nin blumia boyutu (Wald ki-kare=13.6, df=1, p<0.001), toplam BDI puanı (Wald ki-kare=7.6, df=1, p=0.006) ve EAT'in blumia boyutu (Wald ki-kare=4.1, df=1, p=0.040) intihar girişimi ile anlamlı derecede ilişkili bulundu.

3.4. Olası Üst Üste Çakışma Dikkate Alındığında Değerlendirme

Major depresif bozukluk ile tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin birlikteliği tek başına tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin rolünü değerlendirmeyi zorlaştıracağı için her hasta için bu çakışmayı dikkate alarak tekrar değerlendirme yaptık. Bu amaçla anoreksiya tanısı konmadan önce intihar girişiminde bulunmuş olan 7 vakayı dışta bırakarak kalan 297 vakayı analiz ettik. Major depresif bozukluk veya tıknırcasına yeme/çıkartma alttipi tanıları olmayan hastalarda intihar girişimi %3.31 (242 hastada 8 girişim) oranında gözlemlendi.

En az 1 kez major depresif bozukluk saptandıktan sonra girişim sıklığının arttığı (210 hastada 57 girişim) belirlendi (OR=10.90). En az 1 tıknırcasına yeme/çıkartma periyodu olanlarda ise sıklık (175 hastada 59 girişim) daha da artmaktaydı (OR=14.88). Son olarak hem major depresif bozukluk, hem de tıknırcasına yeme/çıkartma tipi olan 76 hastada sıklık %50'ye kadar çıktı (OR=29.25). Daha güvenilir sonuçlar elde etmek ve asıl risk altındakileri saptamak amacıyla 13 yaş altındaki 12 hasta analizden çıkarıldığında dahi bu 3 gruptaki artmış intihar girişimi sıklıklarında bir değişiklik olmadı (Sırasıyla OR=11.02, 14.56, 32.96).

Zaman içinde bu gruplarda görülen intihar girişimleri grafik üzerinde eğriler haline getirilerek karşılaştırıldığında da tıknırcasına yeme/çıkartma tipiyle intihar girişimleri arasında major depresif bozukluğa oranla daha önemli ilişki olduğu görülebilmektedir.

3.5. Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Alttipinin İntihar Riski Üzerindeki Rolünün Meta-analizde Tekrar Değerlendirilmesi

Son olarak çalışmamızda bulduğumuz odds oranını (OR=9.70) anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkartma tipinin intihar girişimleri üzerindeki rolünü inceleyen diğer 5 çalışmamızla karşılaştırdık (şekil 1). Bu çalışma ve diğer 5 çalışmanın metaanalizi sonucunda intihar girişimi ile tıknırcasına yeme/çıkartma tipi arasında çok büyük bir ilişki bulduk (toplam OR=5.42).

4. Tartışma

Bu retrospektif çalışmada anoreksiya nervozalı 304 hastanın geçmiş intihar girişimleriyle tıknırcasına yeme/çıkartma davranışları arasında hem sendromik, hem de boyutsal düzeyde güçlü ilişkiler olduğunu bulduk. Major depresif bozukluk da önceki intihar girişimleriyle ilişkiliydi ancak bunun büyük oranda tıknırcasına yeme/çıkartma tipi ile çakışmasına bağlı olduğunu düşündük. Analiz edildiğinde tıknırcasına yeme/çıkartma tipinde intihar girişimine kadarki

sürenin kısaldığı, oysa major depresif bozuklukta durumun böyle olmadığı saptandı. Dolayısıyla bizim örneklerimizde tıknırcasına yeme/çıkartma tipinin varlığı veya sonradan ortaya çıkışı intihar girişiminin en önemli belirteci olarak belirlendi. Bu durumda hipotezimizin yarısı yani tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinin intihar girişimindeki rolü doğrulanmış oldu. Öte yandan major depresif bozukluğun etkisi net olarak ortaya konamadı. Doğrudan etkisi yüksek olmakla beraber (OR=11) muhtemelen tıknırcasına yeme/çıkartma tipine dönüşümle büyük oranda çakışmaktadır.

Dürtüsel, kendine zarar verici ve intihar davranışları ile blumia nervoza semptomları arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Literatürde de anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkartma alttipinde intihar girişimi sıklığının arttığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları da kısıtlı tipe kıyasla tıknırcasına yeme/çıkartma tipinde daha yüksek intihar girişimi riski olduğunu gösteren çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Şekil 1'deki metaanalizde tıknırcasına yeme/çıkartma tipi ile artmış intihar girişimi riski birlikteliği gösterilmektedir.

Franko ve ark (2004) uzunlamasına prospektif çalışmalarında 136 anoreksiya nervoza hastasını 9 yıl boyunca intihar girişimi yordayıcıları açısından izlemiştir. Tıknırcasına yeme ve kusma gibi blumia nervoza semptomlarının intihar girişimini yordamadığını bulmuşlardır. Öte yandan depresif semptomların ağırlığı intihar girişimlerini yordamaktaymış. Bulik ve ark (1999) anoreksiya nervoza, blumia nervoza ve major depresif bozukluk gruplarındaki hastaları intihar girişimi oranları açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında; anoreksiya nervozada depresyon varlığının intihar girişimi riski ile ilişkili görünmediğine işaret etmişlerdir. Bizim çalışmamızda tıknırcasına yeme/çıkartma tipi ve major depresif bozukluk ile intihar girişimleri arasında bulduğumuz güçlü ilişki bu bağlamda diğer çalışmaların sonuçlarına zıttır.

Anoreksiya nervozada alttip dönüşümü ile artmış intihar girişimi arasındaki bağlantı net

değildir. Beden algısındaki bozukluk ve intihar riski arasında doğrusal bir ilişki olduğu öne sürülmüştür. Gerçekten de bozuk beden algısı kendine zarar verici tutumları tetikliyor olabilir. Dolayısıyla tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışları bozuk olan beden algısını daha da bozarak ve düşük olan kendine güveni daha da azaltarak intihar fikirlerini daha da artırıyor olabilir. Örneğin tıknırcasına yemek iştah kontrolünde başarısızlık ve çıkartma da önceki çilekeşliğin kaybı olarak yorumlanıyor olabilir.

Anoreksiya nervozanın kısıtlı olmayan alt-tipi daha yüksek mükemmeliyetçilik boyutu (örneğin ebeveyn eleştirisi) puanıyla ve kusma davranışı daha düşük içe dönüklük ile ilişkilidir. Dolayısıyla tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarıyla kuşatılmak (daha yüksek mükemmeliyetçilik boyutu ve daha düşük içe dönüklük sebebiyle) artmış morbiditenin göstergesi olarak da kabul edilebilir.

Pompili ve ark.nın (2006) öne sürdüğü bir başka olasılık ise tıknırcasına yeme/çıkartma alttipine dönüşümün daha fazla komorbiditeyle ilişkili olduğu; madde kötüye kullanımı, duygudurum bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu gibi eşlik eden bozuklukların doğrudan intihar davranışı riskini artırdığıdır. Her ne kadar bu çalışmada madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozukluğu karıştırıcı faktörler olarak bulunmamışsa da uzunlamasına başka çalışmalarla bu iddia araştırılmalıdır.

Dürtüsellik kısıtlı tip yeme bozukluklarına kıyasla blumikler için daha karakteristik bir özellik olarak kabul edilmektedir. Anoreksiya nervoza dahil olmak üzere dürtüsellik arttığı tüm psikiyatrik bozukluklar artmış intihar riskiyle birlikte. Dolayısıyla anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkartma tipindeki dürtüsellik artmış intihar riskini açıklamaya aday gözükmektedir. Ancak dürtüsellik çok boyutlu olduğundan anoreksiya nervozadaki dürtüsellik açıklama çalışmaları literatür karmaşıktır. Rosval ve ark (2006) dürtüsellik inceledikleri çalışmalarında davranış testleri kullanmışlardır. Cezalan-

dırma durumunda yapılan hataların kısıtlı tip anoreksiya nervozada kontrol grubuyla eşit olduğunu ama tıknırcasına yeme/çıkartma tip anoreksiya nervozada iki kattan daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Dolayısıyla tıknırcasına yeme/çıkartma tipinde inhibisyonun kalkışı dürtüsel davranışların daha sık ortaya çıkmasına ve bu da intihar girişimi riskinin artmasına yol açıyor olabilir.

4.1. Çalışmanın Bazı Kısıtlılıkları

İlk olarak prospektif değil de retrospektif bir çalışma olması sebebiyle hastalar geneli daha az temsil ediyor olabilirler (örneğin hepsi en az 1 kez yardım talep etmiş ve hepsi intihar girişiminden kurtulmuş). Ayrıca görüşmeden çok önce olmuş olaylar söz konusu olduğundan değerlendirmenin kalitesi düşebilir. Ek olarak eşlik eden duygudurum bozukluğunu retrospektif olarak değerlendirmek zordur. Dolayısıyla sonuçlar bir cohort çalışmasıyla teyit edilmelidir. Gene de bu çalışmada retrospektif değerlendirmeler eğitimli klinisyenler tarafından yüz yüze görüşmelerle yapılmıştır ve veriler diğer klinisyenlerce dosyalardaki bilgilerle karşılaştırılarak kontrol edilmiştir. Dahası bu çalışmaya alınan geniş örneklem uzun bir süre izlenen hastalardan oluşturulmuştur (31 yıla kadar izlenenler vardır). Uzun süreli izlem hastalığın alttip dönüşümlerini ve değişen semptomlarını saptamak açısından çok yararlı olmuştur.

İkinci kısıtlılık borderline kişilik bozukluğu gibi önemli bazı faktörlerin değerlendirilmemiş olmasıdır. Ek olarak en az 1 kez yatmış hastalar seçildiğinden örneklem daha ağır vakalardan oluşmaktadır, komorbidite oranları daha yüksektir ve dolayısıyla intihar girişimi riskinin de fazla olması daha olasıdır.

Üçüncü kısıtlılık geniş örneklem elde edebilmek için çok geniş bir yaş aralığının çalışmaya dahil edilmiş (8-52 yaş) olmasıdır. Dolayısıyla çocuk hastalar görüşmeden çok sonra tıknırcasına yeme/çıkartma tipine dönüşebilir, zaten hastalık süresi arttıkça intihar girişimi riskinin de arttığını biliyoruz.

Bu çalışma anoreksiya nervozada intihar girişimi riskinin yüksek olduğunu ve anorektik hastaların alt gruplarının tespitinin intihar riskini belirlemede önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca hastalık seyri sırasında tıkinırcasına yeme ve çıkartma semptomlarının gelişmesinin klinisyeni artmış intihar davranışı riski açısından uyarması gerektiğini de ortaya koymaktadır. Kısıtlı tip anoreksiya nervoza hastaları en azından 2 yıl sonra mizaç, duygudurum ve

dürtüsellik açısından tekrar değerlendirilerek tıkinırcasına yeme/çıkartma tipine dönüşümü neyin belirlediği araştırılmalıdır.

Bu bulgular tedavi yaklaşımı açısından da önemlidir. Örneğin bilişsel davranışçı terapi ile blumik/çıkartma davranışlarına odaklanarak belki bu hastalarda uzun dönemde intihar riskini azaltmak mümkün olacaktır. Ek olarak hastaların ve ailelerinin bilgilendirilmesinin etkisi de analiz edilmelidir.