

## OLGU SUNUMLARI

# ERKEN BAŞLANGIÇLI ANOREKSİYA NERVOZA TANILI 8 YAŞ ERKEK ÇOCUK: GENETİK VE ÇEVRESEL ETMENLERİN ETKİLEŞİMİ

Tuğba Didem KUŞCU\*, Ayşe Burcu AYAZ\*\*, Ayşe RODOPMAN ARMAN\*\*\*

### ÖZET

Anoreksiya Nervosa ve diğer yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik döneminde ve kızlarda görülmesi nedeniyle, erkek olan ve ergenlik öncesi dönemde başlayan vakalar gözden kaçabilmekte ve bu hastaların tanı ve tedavileri gecikebilmektedir. Bu olgu sunumunda 8 yaşında Anoreksiya Nervosa tanılı erkek hasta sunulacaktır. Hastalığın gelişiminde olası etmenlerin etkileşimi tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Anoreksiya nervosa, erken başlangıç, erkek, risk etmenleri.

**SUMMARY: COMBINATION OF GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS ON EARLY ONSET ANOREXIA NERVOSA IN AN 8-YEAR-OLD BOY**

Anorexia Nervosa and other eating disorders usually begin in adolescence, and these disorders are commonly seen in girls. Therefore, boys with anorexia nervosa and children with preadolescent onset may be overlooked and their diagnosis and treatment may delay. In this case report, an 8 year-old boy diagnosed with Anorexia Nervosa will be explained, and interaction of potential factors in the development of disorder will be discussed.

**Key Words:** Anorexia nervosa, early onset, male, risk factors.

**Gelis Tarih Received:** 12.02.2016 **Kabul Tarihi Accepted:** 29.01.2018

### GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB) anormal yeme davranışı kalıpları, vücut ağırlığıyla abartılı uğraş ve değişmiş beden algısı ile karakterizedir. Hem anoreksiya nervosa (AN) hem de bulimiya nervosa (BN)'nin başlangıcı normalde ergenlik döneminde olsa da, bazı yazarlarca AN'nin başlangıcının 7 yaş kadar erken olabileceği belirtilmektedir (Gonçalves ve ark. 2013). Ergenlerde AN yaygınlığı son zamanlarda artmış olup bazı çalışma sonuçları ve medya bildirimlerine göre ergenlik öncesi AN sıklığı da artmaktadır (Poppe ve ark. 2015). AN kadın cinsiyet hastalığı olarak öne çıkarılsa da erkeklerde görülme oranı göz ardı edilmemelidir. (Wooldridge ve Lytle 2012). Ayrıca erkeklerdeki AN insidansı ergenlik öncesinde daha yüksek olabilmektedir (Gonçalves ve ark. 2013). Erken başlangıçlı AN fiziksel gelişimi

geciktirebilir, hatta durdurabilir. Hastalık sürecinde kilo kaybı gözlenmeyebilir (Pinhas ve ark. 2011). AN'nin küçük çocuklarda, özellikle de erkeklerde görülebileceği farkındalığının az olması nedeniyle bu çocuklarda yönlendirme, tanı ve tedavi gecikebilmektedir (Smink ve ark. 2012). Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte, etiyolojide biyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel etmenler gibi birçok bileşenin rol aldığı düşünülmektedir (Harrington ve ark. 2015). Çocukluk döneminde obsesyonel eğilimler gösteren ya da anksiyete bozuklukları geliştiren bireylerde, mankenlik ya da atletlik gibi zayıflığa değer verilen ortamlarda çalışan bireylerde ve birincil derece biyolojik akrabalarında AN saptanan bireylerde görülme sıklığı daha yüksektir (American Psychiatric Association 2013).

\*Dr., \*\*Uzm. Dr., \*\*\*Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Pendik EAH, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (3) 2018

## KUŞCU VE ARK.

Bu yazıda 8 yaşında AN tanısı almış bir erkek olgu sunularak erken yaş grubunda ve erkek cinsiyette AN tanı farkındalığını arttırmak amaçlanmıştır. Ayrıca hastalığa neden olabileceği düşünülen olası etmenler bu olgu üzerinden tartışılacaktır.

### Olgu

Sekiz yaşında, erkek hasta (M) bir psikiyatrist tarafından "AN, kısıtlayıcı tip" tanısıyla polikliniğimize yönlendirilmişti. Ailesi tarafından belirtilen başvuru şikayetleri kilo alma korkusu, yeme reddi ve fiziksel gelişimde gecikmeydi.

M'nin ilk görüşmede doktoruyla konuşmayı reddetmesi nedeniyle öykü çoğunlukla ebeveynlerinden alındı. M 2 yıl öncesinde yemeklerini kısıtlayana dek sağlıklı bir çocukmuş. İki yıl öncesinde yemek konusunda seçici değilmiş ancak yediği miktara dikkat etmekteymiş. Yemeklerden sonra aynanın karşısında vücudunu inceleyerek kocaman bir göbeği olduğu ve kıyafetlerinin yakışmadığı ile ilgili yakınmaktaymış. Sık sık tartılmakta, kilo aldığı zaman porsiyonlarını daha da küçültmekteymiş. Bir yıl önce annesi daha çok yemesi ve dolu bir tabağı bitirmesi konusunda ısrar etmeye başlayınca, itiraz etmeden yemeğini bitirmektedir ancak hemen ardından yediklerini kusmaktaymış. Hastalığı sürecinde annesi M'nin yemek zamanlarını ve yediği miktarları sıkı bir şekilde takip etmesine rağmen, M yeme düzenini değiştirmemekteymiş. Ayrıca, düzenli gittiği futbol kursundaki hocası M'nin fiziksel performansının son zamanlarda düştüğünü gözlemlemiş. M hastalığı sürecinde yemek saklama, aşırı egzersiz yapma, laksatif kullanma benzeri davranışlar sergilememiş.

Ailesi, M'nin, televizyondaki obez insanlar hakkında yapılan yorumlardan olumsuz yönde etkilendiğini ve kilo alma korkusunda medyanın etkileyici bir rol oynadığını düşünmekteydi. M'nin kız kuzeni 10 yaşındayken AN tanısı almıştı. Kuzeniyle araları iyiydi ve hemen her

hafta sonu beraber evde oyun oynayarak vakit geçiriyorlardı.

M'nin 2 ay öncesine dek psikiyatri başvurusu olmamış. İki ay önce farklı bir şehirde yaşayan teyzesini ziyarete gittiğinde, zaten AN tanısı konan kız yeğeni hakkında endişeli olan teyze M'nin yeme tutumu ve kilo alma korkusu karşısında endişelenip M'yi bir psikiyatriste götürmüştü. O başvuruda ölçülen boyu 117.7 cm (3. persentilde), ağırlığı 21 kg (3-10 persentil aralığında) ve vücut kitle indeksi (VKİ) 15.16 olarak saptanmış. AN, kısıtlayıcı tip tanısı konulan M'ye fluoksetin 10 mg/gün ve risperidon 0.50 mg/gün ilaç tedavisi başlanmış ve ailesinin yaşadığı şehre dönünce bir çocuk psikiyatristine gitmesi önerilmiş.

M planlanan ve istenen bir çocuk olup zamanında, sezeryanla dünyaya gelmiş. Doğumda bir komplikasyon yaşanmamış. Bir buçuk yaşında yürümeye başlaması dışında tüm gelişimsel basamakları uygun yaşlarda başarmış.

M üçüncü sınıf öğrencisiydi ve notları konusunda mükemmelliyetçiydi. Okuldaki arkadaşlarıyla iyi geçiniyor ancak arkadaşları tarafından "bücürük" diye çağırılıyordu. Bu duruma içerlese de hiçbir zaman şiddetli bir üzüntü hali yaşamamıştı. Okuldan kaçma ya da disiplin suçu öyküsü yoktu.

M anne ve babası ile yaşıyordu ve ailenin tek çocuğuydu. M'nin babası, 48 yaşında, fabrikada işçi, annesi ise, 41 yaşında, ev hanımıydı. Ebeveynleri M'nin her istediğini yapıyor ve sınır koymıyordu ve genellikle ebeveynlerle tartışması yemek üzerine oluyordu M'nin annesi normal kiloda, babası ise obez olarak tanımlanabilecek kiloda idi. M babasını defalarca fazla kiloları nedeniyle uyarmasına rağmen babası bugüne dek hiç diyet yapmadığını ifade etti. M annesini aşırı koruyucu ve müdahil, babasını ise mesafeli olarak tanımlamaktaydı. Boş zamanlarında babasıyla nadiren de olsa balığa gitmekten mutlu olan M, bazen komşu çocuklarla futbol

oynadığını ancak okulda arkadaşlarının kendisiyle fiziksel özellikleri nedeniyle dalga geçmeleri nedeniyle rahatsız olduğunu belirtti. M hafta sonlarını genellikle aynı şehirde yaşayan teyzesinde, AN tanılı kuzeniyle oyun oynayarak geçirirdi. Oyunlarda M öğrenci ya da erkek evlat rolünü üstlenirken, kuzeni ise öğretmen ya da anne olurdu. M kuzeniyle geçirdiği vakitleri çok sevdiğini belirtti.

M'nin annesinin gestasyonel diyabeti olduğu ve M'ye gebeyken depresif atak geçirdiği öğrenildi. M'nin kız kuzeni 10 yaşında AN tanısı almış ve 3 yıl boyunca bir çocuk psikiyatristi tarafından tedavi edilmişti. Şu anda remisyonda olduğu öğrenildi.

M'nin bilinen bir ilaç alerjisi veya fiziksel gelişim gecikmesi dışında tıbbi bir sorunu yoktu. M fluoksetin 10 mg/gün ve risperidon 0.50 mg/gün tedavisi dışında ilaç kullanmıyordu.

M ilk görüşmede özenli ve temiz giyinmişti. Boyu yaşına göre biraz kısa görünüyordu. Kas tonusu ve gücü normal aralıkta olup herhangi bir anormal hareket gözlenmedi. Yürüyüşü doğaldı. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon gözlenmedi. M başlarda utangaçtı ve psikiyatristiyle göz teması kurmaktan kaçınıyordu, ancak görüşmeler ilerledikçe daha çok konuşmaya başladı. Duygudurumu ötimik olup duygulanımı biraz kısıtlıydı. Konuşması normal ton, şiddet ve kalitedeydi. Düşünme süreci uygun ve amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde kilo alma korkusu ve boyunun kısa kalmasıyla ilgili endişesi vardı. Kendine ya da başkalarına zarar verme düşüncesi yoktu. Algısal bozukluk tariflemiyordu. Yer-kişi-zaman oryantasyonu tamdı. Bellekle ilgili sorun yoktu. Zeki görünüyordu ve yaşına uygun bilgisi tamdı. Buna rağmen durumuyla ilgili iç görüşü yoktu ve yeme miktarıyla ilgili yanlış tutumları devam ediyordu.

Daha önce gittiği çocuk psikiyatristi tarafından M'ye anoreksiya nervoza tanısı konulmuştu. Yaşına göre düşük persentildeki kilo ve boyu, kilo

almaktan ciddi bir korku sergilemesi ve beden görünümü algısında sapmalar olması nedeniyle AN tanısı konulan hastanın sadece diyet yapması nedeniyle kısıtlayıcı tür olduğuna karar verilmiştir. Tıkınırcasına yeme ataklarının olmaması ve sonradan başlayan ve kısa süren tepkisel kusmaları nedeniyle diğer YB'lerden ayrılmaktadır. Okulda sözlü zorbalığa maruz kalması ve annede depresyon öyküsü varlığı nedeniyle major depresyon açısından da detaylıca irdelenen M'nin duygudurumunun takiplerde her zaman ötimik olduğu ve düşünce içeriğinde depresif temaların olmadığı görülmüştür. Tedavi esnasında aileye karşı belirgin direncin ortaya çıkmasıyla karşıt olma karşı gelme bozukluğu açısından değerlendirilen hastada direncin daha çok AN doğasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Detaylı bir değerlendirmeden sonra, önceki psikiyatristin 2 ay önce başlamış olduğu ilaç tedavisine annenin ilaçtan fayda gördüklerini, M'nin eskiye göre daha rahat yediğini belirtmesi üzerine devam edildi. Büyüme ve gelişmesinin takibi için bir pediatriste yönlendirildiler. Farmakoterapiye ek olarak, M'ye ve ailesine hastalığın nedenleri, gidişatı ve tedavisi hakkında psikoeğitim verildi. Boyu ve kilosu hakkında ikilemde olduğu gözlenen M ile motivasyonel görüşme teknikleri kullanıldı. İkileminin çözülmesi adına şu prensiplerden yararlandı: empatinin gösterilmesi için etkin yansıtma dinleme, hastanın şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri ortaya çıkarma, dirençle çalışırken tartışmadan uzak durma, kendine yeterliliği destekleme. Çocuk psikiyatristi tarafından M ile ayda bir 30 dakikalık görüşmeler düzenlendi ve her oturumdan sonra 15 dakika ebeveynleri ile çocuktan ayrı olarak görüşüldü. Aile oturumunun amaçları M'nin durumu hakkında ailenin iç görüşünü kuvvetlendirmek, yeme kontrolünü M'ye geri vermek ve aile içinde uygun sınırlar oluşturmaktır. M'nin boyunun uzaması için motivasyonu düşüğü zamanlarda, ödül-ceza sistemini kullanmak tedavi sürecinde çok işe yaradı. M ile yapılan oturumlarda öncelikle M'nin ikircikli ifadelerini keşfetmesine

yardım edildi. Bu ifadelerden bazıları şunlardı: "Kilo almaktan korkmuyorum.", "Kilo vermek istemiyorum.", "Babam gibi şişman olmak istemiyorum.", "Büyüme ve uzun olmak istiyorum." Boyunun uzamasını gerçekten istiyordu ve oturumlar ilerledikçe boyunun uzaması için kilo vermemesi gerektiği gerçeğinin farkına vardı. Buna rağmen, kilosunda sürekli olarak artış ve azalışlar oluyordu. Bunun iki ana sebebi olduğu düşünülüp önlemler alındı. Birincisi, M AN tanılı kuzeniyle görüşmeye devam ediyordu ve her görüşmeden sonra diyetini kısıtladığı fark edildi. Ebeveynlerine M'nin kuzeniyle daha uzun aralıklarla görüşmesi önerildi. İkincisi, M'nin ebeveynlerine karşı gelme davranışları arttı ve karşı gelme davranışlarından biri de yemeyi reddetmekti. M ile ebeveynleri arasındaki çatışma arttıkça, ebeveynlerin tedavi sürecine katılımları azaldı. Karşı gelme davranışlarını azaltmak için risperidon dozu 0.50 mg/gün'den 0.75 mg/gün'e çıkarıldı.

Tedavinin beşinci ayında M'nin ağırlığı 24 kg'a (25. persentil), boyu 119 cm'e (10. persentil) ve VKI ise 16.95'e yükselerek normal büyüme persentillerini yakaladı. Halen, fluoksetin ve risperidon ilaç tedavisi ile motivasyonel görüşmeler devam etmektedir. Ebeveyn oturumları, aile içi çatışmayı çalışabilmek için 30 dakikaya çıkarılmıştır. Güncel olarak yatarak ya da yoğun ayaktan tedavi gerektirecek bir durum bulunmamaktadır.

Özet olarak, M'nin özgeçmişinde herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık yoktu. M AN tanı ölçütlerini karşılaması nedeniyle bir çocuk psikiyatristine yönlendirilmişti. Olgu biyo-psi-ko-sosyal açıdan incelendiğinde hastalığına sebep olabilecek çeşitli etkenler bulunabilir. M dış görünümüne önem veren bir çocuktu ve kendisine rol model olması beklenen ebeveyni yani babası obezdi. Gelecekte babası gibi obez biri olma düşüncesinden oldukça rahatsızdı. M'nin yaşamının ilk yılında annenin geçirdiği depresyonun bağlanma ilişkilerini olumsuz etkilediği, annenin aşırı korumacı ve müdahale-

ci tutumunun M üzerinde kontrol sahibi olmaya çalışmasına ve bunu da en çok yemek üzerinden yapmasına neden olduğu ve bu durumun M'de karşı gelme tutumlarını ortaya çıkarttığı düşünülmektedir. M ailenin tek çocuğu olduğundan ve ailesi yetersiz ebeveynlik becerileri nedeniyle sınır koyamadığından, M'nin karşı gelme davranışları artmıştı ve yeme reddi de bu davranışlarından biriydi. Ayrıca, M kendisine sınır konulmadığı için TV'de istediği programı istediği kadar izleme konusunda da serbest kalmıştı. Dahası, okulda zorbalığa maruz kalması nedeniyle muhtemelen büyümesi konusunda umutsuzluğa kapılmış ve tepki olarak diyetini kısıtlamıştı. Son olarak, belki de en önemlisi, AN için genetik yatkınlığı vardı ve ayrıca kuzeni M için bir rol model olmuş gibi görünüyordu.

## TARTIŞMA

AN genellikle ergenlik dönemi başlangıçlı ve kadın cinsiyet hastalığı olarak bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda kadın olmak ve ergenlik dönemi, yeme bozuklukları için risk faktörü olarak dikkat çekmektedir (Dahlmann ve ark. 2018, Gonçalves ve ark. 2013, Roberts ve ark. 2018). Ancak bazı çalışma sonuçlarına göre AN başlangıç yaşı son yıllarda giderek düşmektedir (Nicholls ve ark. 2011, Pinhas ve ark. 2011). Danimarka'da yapılmış bir çalışmada 1995-2010 yılları arasında AN insidansı 2 katına çıkarken, başlangıç yaşının giderek düştüğü bulunmuştur (Steinhausen ve Jensen 2015). İngiltere'de 10-14 yaş arası hastaneye yatışı yapılan AN olgu sayısı 1990'dan 2011'e dek ciddi oranda artmıştır (Holland ve ark. 2016). Bir çalışmada ilkökul çağı çocukları arasında erkeklerin %5-8'inin, kızların %9-14'ünün yeme bozuklukları için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı bildirilmiştir (Halmi 2009). Ayrıca Davey ve Bishop (2006) kolejlerde gittikçe artan oranlarda erkeklerin yeme bozukluğu için danışmanlık aldığını saptamışlardır. Son zamanlardaki çalışmalarda vakaların erkek kadın oranı 1:10 ile 1:4 arasında değişkenlik göstermektedir ve bu oranların muhtemelen erkek lehine daha yüksek olduğu

düşünülmektedir (Hudson ve ark. 2007, Murray ve ark. 2017). Bu vaka AN denilince akla hemen gelmeyen iki gruba- çocukluk dönemi ve erkek cinsiyet- dikkat çekmesiyle önemli olup tanı öncesi 2 yıllık hastalık geçmişi ile özellikle küçük çocuklarda tanı gecikmesinin büyüme- gelişmede gecikme ile sonuçlanacağına çarpıcı bir örneği olup literatürle uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır (Nicholls ve ark. 2011). Çocuklardaki yeme bozukluklarının aile hekimleri tarafından tanınma oranları çok düşüktür (Hoek ve van Hoeken 2003). Özellikle pediatristler ve aile hekimleri çocuklardaki yeme davranışlarındaki değişikliklerle ilgili kuşkucu olmalı çünkü bu hekimler psikiyatristlere kıyasla pediatrik popülasyonla daha sık karşılaşmaktadır ve erken müdahale gidişatı etkilemektedir. Pediatrik yeme bozuklukları erken ve uygun müdahalelerle iyi bir gidişata sahip olabilmektedir (Campbell ve Peebles 2014). Aile temelli davranışçı terapiler başta olmak üzere, ego odaklı bireysel psikoterapiler, dialektik davranışçı terapiler ve ağır, dirençli semptomlarda tamamlayıcı tedavi olarak ilaç tedavileri halen AN için elimizde bulunan en güçlü tedavi araçlarıdır. İlaç tedavileri tartışılmalı olmakla birlikte bazı durumlarda psikoterapiyi güçlendirmek için atipik antipsikotiklerin ve antidepresanların, besin takviyesi için çinko preparatlarının, azalmış kemik yoğunluğunu artırmak için östrojen gibi üreme hormonlarının ve kilo alımını destekleyip depresyon belirtilerini azaltmak için siproheptadinin faydası olabileceği bildirilmektedir (Martin A ve ark. 2007). Olgumuz görüldüğü gibi, 5 aylık uygun tedavi ile yaşı ve cinsiyeti ile uyumlu normal gelişimi yakalamıştır.

Yazında erken başlangıçlı AN'nın, çeşitli etiyolojik ve risk faktörlerinin kompleks bir birleşimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Poppe ve ark. 2015). Bu olgu için özellikle üç faktör üzerinde durulacaktır: genetik, rol model ve medya. Anoreksik bir kuzene sahip olmak hem genetik bir risk faktörüdür hem de rol model olması açısından önemlidir. İkizlerde eş zamanlı AN tanısı saptanma oranlarının yüksek olması dikkat

çekicidir (Klump ve ark. 2001, Lilley ve Silberg 2013). Ayrıca yapılan ikiz ve aile çalışmalarında kalıtsallığın yüksek olduğu, hastalığın ailesel kümelenme gösterdiği ve özellikle hastaların birinci derece akrabalarında AN riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Clarke ve ark. 2012, Shih ve Woodside 2016, Steinhausen ve ark. 2015, Strober ve ark. 2000). Tüm bu bulgular hastalığın etiyolojisinde genetik etmenlerin önemini göstermektedir. Yazında rol modelin AN üzerine etkilerine dair bir yayın bulamasak da bu olguda yeme bozukluğunun başlangıcı ve tedavi direnci anoreksik kuzenle yakın etkileşim ile ilişkili görünmektedir. Ayrıca olgu için rol model olması beklenen kişi yani babası obez olması nedeniyle olgunun arzuladığı fizik görünüşün zıttına sahiptir. Medyanın çocuk ve ergenlerdeki yeme davranışı üzerine güçlü bir etkisi vardır. Medyanın AN üzerine etkisi dayatılan zayıflık düşüncesi/imesi ile ilişkilendirilmiştir (Gonçalves ve ark. 2013). M'nin ebeveynleri, M'nin TV izleme alışkanlıklarını kontrol edemedikleri ve çocuklarının sürekli olarak medyada dayatılan "Zayıf ol!" mesajına maruz kalması nedeniyle suçlu hissetmektedirler. Hausenblas ve ark. (2013) tarafından yapılan meta-analize göre medya tarafından dayatılan ideal fizik düşüncesi/imesi yeme bozukluğu belirtilerinde küçük değişikliklerle sonuçlanmaktadır ve bu değişiklikler özellikle yeme bozukluğu gelişmesi açısından yüksek risk taşıyanlarda görülmektedir.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Campbell K, Peebles R (2014) *Eating disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review*. *Pediatrics* 134:582-592.

Clarke TK, Weiss AR, Berrettini WH (2012) *The genetics of Anorexia Nervosa*. *Clin Pharmacol Ther* 91:181-188.

Dahlmann BH, Dempfle A, Egberts KM ve ark. (2018)

## KUŞÇU VE ARK.

- Outcome Of Childhood Anorexia Nervosa-The Results of A Five-To Ten-Year Follow-Up Study. Int J Eat Disord* 51: 295-304.
- Davey CM ve Bishop JB (2006) Muscle dysmorphia among college men: An emerging gender-related counseling concern. *Journal of College Counseling* 9:171-180.
- Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EBSM ve ark. (2013) Eating disorders in childhood and adolescence review (Trastornos alimentares en la infancia y adolescencia y factores de riesgo). *Rev Paul Pediatr* 31:96-103.
- Halmi KA (2009) Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci* 11:100-103.
- Harrington BC, Jimerson M, Haxton C ve ark. (2015) Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am Fam Physician* 91:46-52.
- Hausenblas H.A, Campbell A, Menzel JE ve ark. (2013) Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: a meta-analysis of laboratory studies. *Clin Psychol Rev* 33:168-181.
- Hoek HW, van Hoeken D (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34: 383-396.
- Holland J, Hall N, Yeates DGR ve ark. (2016) Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): Database studies. *Journal of the Royal Society of Medicine* 109: 59-66.
- Hudson JL, Pope Jr HG, Hiripi E ve ark. (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61:348-358.
- Klump KL, Miller KB, Keel PK ve ark. (2001) Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med* 31:737-740.
- Lilley EC, Silberg JL (2013) The Mid-Atlantic Twin Registry, revisited. *Twin research and human genetics. The official journal of the International Society for Twin Studies* 16:424-428.
- Martin A, Volkmar FR (Edit) (2007) *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams&Wilkins.
- Murray SB, Nagata, J, Griffiths S ve ark. (2017) The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review* 57: 1-11.
- Nicholls DE, Lynn R, Viner RM (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry* 198:295-301.
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD ve ark. (2011) Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 165:895-899.
- Poppe I, Simons A, Glazemakers I ve ark. (2015) Early-onset eating disorders: a review of the literature. *Tijdschr Psychiatr* 57: 805-814.
- Roberts SR, Ciao AC, Czopp AM (2018) The Influence of Gender on The Evaluation of Anorexia Nervosa. *International Journal Of Eating Disorders* DOI: 10.1002/eat.22917.
- Shih PB, Woodside DB (2016) Contemporary Views on the Genetics of Anorexia Nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol* 26: 663-673.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW (2012) Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports* 14: 406-414.
- Steinhausen HC, Jensen CM (2015) Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders* 48: 845-850.
- Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D ve ark. (2015) A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 48:1-8.
- Strober M, Freeman R, Lampert C ve ark. (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American journal of psychiatry* 157:393-401.
- Wooldridge T, Lytle P (2012) An Overview of Anorexia Nervosa in Males. *Eating Disorders* 20: 368-378.