

ERGENLERDE YEME BOZUKLUKLARI VE YEME BOZUKLUKLARININ GÜNCEL PSİKOTERAPÖTİK TEDAVİSİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Gonca ÖZYURT*, Yusuf ÖZTÜRK**, Aynur PEKCANLAR AKAY***

ÖZET

Amaç: Yeme bozuklukları tedaviye direnç, yüksek mortalite ve yaşam kalitesinin azalması ile karakterize, ergenlikte sık görülen ciddi bozukluklardır. Bu gözden geçirme yazısında ergenlerde görülen yeme bozuklukları ve yeme bozukluklarının güncel psikoterapötik tedavisinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** “Ergenler”, “anoreksiya nervoza”, “bulimiya nervoza”, “tıknırcasına yeme bozukluğu”, “psikoterapi” ile ilişkili olarak PubMed arama motoru ve Türk Tıp Dizini’nde yayınlanmış ve tam metnine ulaşılan çalışmalar ile DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabı gözden geçirilmiştir. **Sonuçlar:** Ergenlerde görülen anoreksiya nervozanın tedavisinde aile temelli terapilerin önemi giderek artarken; bulimiya nervoza tanılı ergenlerin tedavisinde bilişsel davranışçı tedavinin ve tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan ergenlerin tedavisinde kişiler arası terapilerin etkinliği gösterilmiştir. **Tartışma:** Ergenlerde görülen yeme bozukluklarının nörobiyolojik ve emosyonel birçok alanla ilişkili olması nedeniyle gençler için yeme bozukluğuna özgü tek bir tedavi modelinden daha çok; aileyi de içine alan gencin biyopsikososyal gelişimine uygun birden çok tedavinin bir arada kullanıldığı çoklu tedavi modellerinin daha faydalı olacağını düşündürmektedir. Yeme bozukluğu tanısı olan gençlerle yapılacak randomize kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ergen, psikoterapi, yeme bozuklukları

SUMMARY: REVIEW OF EATING DISORDERS AND CURRENT PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OPTIONS

Objective: Eating disorders are common and serious disorders in adolescence characterized by treatment resistance, high mortality and significant decline in life quality. This review aimed to discuss eating disorders and current psychotherapeutic treatment options. **Method:** Studies and reports containing keywords; “adolescents”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “binge eating disorder” and “psychotherapy” within PubMed and Turkish Medical Index databases were searched and re-evaluated by using relevant diagnostic criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). **Results:** While family based treatments in adolescents with anorexia nervosa have increasingly been stressed out as among most important interventions, cognitive behavioral therapies in bulimia nervosa and interpersonal therapies in binge eating disorder were shown to be effective, as well. **Discussion:** Since eating disorders during adolescence are related to a diverse of underlying neurobiological and emotional processes, multiple treatment models including families of affected individuals that would also focus on biopsychosocial developmental stages and hallmarks of adolescence might be more efficient compared to modalities involving single or specific model to address the disorder. Further randomized controlled clinical studies involving adolescents diagnosed with eating disorders are warranted.

Key Words: Adolescent, Eating disorder, Psychotherapy

GİRİŞ

Yeme bozukluğu (YB) toplumda %5 gibi sıklıkla görülen (Treasure ve ark. 2010); tedaviye dirençli (Fassino ve Abbate-Daga 2013); yüksek mortalite gösteren (Arcelus ve ark. 2011); yaşam

kalitesini düşüren (Abbate-Daga ve ark. 2014), ciddi (Klump ve ark. 2009) bir bozukluktur. Yeme bozukluklarının etiyojisi halen büyük ölçüde bilinmemekte ve tedaviye yönelik yeterli girişimler bulunmamaktadır. Tedavisinde kanıt dayalı kılavuzlar halen bulunmamakla birlikte tedavinin önemli bölümünün psikoterapi olduğu konusunda fikir birliği sağlanmış-

*Yard.Doç.Dr. Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

**Yard.Doç.Dr. Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Bolu

***Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

tır (Hay ve ark. 2015, NICE 2004, Yager ve ark. 2012). Ergenlerde YB tedavileri için aile tedavileri (Countrier ve ark. 2013, Lock 2015, Murray ve Le Grange 2014), bilişsel davranışçı terapiler (Castellini ve ark. 2014) , kişilerarası terapiler (Murphy ve ark. 2012), psikodinamik yönelimli terapiler (Reich ve ark. 2014) başta olmak üzere mizaç temelli tedaviler (Kaye ve ark. 2015), duygusal kabullenmeye yönelik terapiler (Wildes ve ark. 2011) gibi birçok terapi ve tedavi yöntemleri tanımlanmıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'ın (DSM) son versiyonu olan DSM-5'te "Beslenme ve yeme bozuklukları" başlığında şu bozukluklar yer almaktadır: Pika, ruminasyon bozukluğu, kısıtlayıcı/sınırlı gıda alımı bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa, tıknırcasına yeme bozukluğu, belirtilmemiş beslenme veya yeme bozukluğu, diğer beslenme veya yeme bozukluğu (APA 2013).

Bu yazıda çocuklara göre ergenlerde daha sık görülen ve ergenlerin yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen anoreksiya nervosa (AN), bulimiya nervosa (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) tanılarının ve bu tanılarda kullanılan güncel psikoterapötik tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

"Ergenler", "anoreksiya nervosa", "bulimiya nervosa", "tıknırcasına yeme bozukluğu", "psikoterapi" ile ilişkili olarak PubMed arama motoru ve Türk Tıp Dizini'nde günümüze kadar yayınlanmış çalışmalar ile DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabı gözden geçirilmiştir. Elde edilen 652 makaleye 0-18 yaş sınırlaması, klinik çalışma filtrelemesi uygulanmış; ulaşılan 196 makaleden yazım dili İngilizce veya Türkçe olan; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi elektronik kütüphanesi aracılığı ile tam metnine ulaşılan makaleler yazıya dahil edilmiştir. İngilizce veya

Türkçe tam metnine ulaşılamayan; psikoterapi olarak aile temelli terapi, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapi, kişilerarası psikoterapi dışında psikoterapi uygulanan çalışmalar yazımıza dahil edilmemiştir.

ANOREKSİYA NERVOSA

Anoreksiya nervosa (AN), zayıf bir bedene sahip olma arzusu, şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku, kilo vermek amacıyla yapılan çeşitli özgün davranışlarla karakterize bir YB tablosudur. Başlıca özelliği, bireyin olağan sayılan en az vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesi, vücut biçimini ya da boyutunu algılamada belirgin bozukluk sergilemesidir.

Erişkinlerde yaşam boyu prevalansı %1-2 iken kız ergenlerde görülme oranı %0.3 ile %0.7 arasında değişmekte; erkek ergenlerde kız ergenlerin onda biri gibi bir oranda görülmektedir (Keski-Rahkonen ve ark. 2007, Lucas ve ark. 1991, Norris ve ark. 2012, Swanson ve ark. 2011). AN tanılı olguların yarısından fazlasında başlangıç orta-geç ergenlik döneminde; başlangıcın ergenlik öncesi ve erken ergenlik döneminde olması ise kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur.

Anoreksiya nervosanın iki alt tipi bulunmaktadır; kısıtlayıcı tipte kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tip, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümü tanımlar. Tıknırcasına yeme/çıkarma tipinde kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur (APA 2013). Tıknırcasına yeme/çıkarma davranışı ergenlik öncesi dönemde daha az görülmektedir (Herpetz-Dahlman 2015).

Anne-çocuk ilişkisindeki zorluklar nedeni ile gencin ayrılma bireyselleşme sürecinin güçleştiği; çatışmaların üstesinden gelemeyen gencin kendini aç bıraktığı ve AN'nin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ergen AN tanısı olan olguların rekabeti kaldıramadıkları, çözülemeyen sıkıntılarla benlik saygılarının azaldığı ve bunun çözümünü de dış görünüşlerinde aradıkları öne sürülmüştür (Norman 1992).

AN ciddi tıbbi ve psikolojik komorbiditelerin eşlik ettiği ve psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek mortaliteye sahip bozukluklardan biridir (Smink ve ark. 2012). AN tanısı olan olguların yarısına yakını hayatı boyunca bir psikiyatrik bozukluk tanısı almaktadır ve gençlerde en çok majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu görülmektedir (Buhren ve ark. 2013). AN tanılı ergenlerin %22-28'inde C kümesi kişilik

örgütlenmesi de (kaçıngan, obsesif-kompulsif kişilik gibi) tanıya eşlik etmektedir (Gaudio ve Di Ciommo 2011, Magallon-Neri ve ark. 2013). Olguların yaklaşık %11'inde intihar düşünceleri ve %4'ünde kendine zarar verici davranışlar bulunmaktadır (Buhren ve ark. 2013).

Bu olguların yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar çok çeşitli olmakla birlikte olgular gastrointestinal, genitoüriner, nörolojik ve hematolojik sistem anormallikleri açısından risk altındadırlar (Norrington ve ark. 2012). Mortalite ise birincil olarak suisid veya AN'ye ikincil olarak gelişen ciddi tıbbi komplikasyonlar sonucu olmaktadır (Franco ve ark. 2013).

AN'de çocuk ve ergenlerde yapılan psikoterapi çalışmaları gözden geçirildiğinde daha çok psikodinamik yönelimli psikoterapiler ve aile te-

Tablo 1: Yeme bozukluklarında Amerikan Pediatri Akademisi'ne göre hastaneye yatış kriterleri (Rosen 2010)

Anoreksiya Nervosa	Bulimiya Nervosa
Kalp atım hızı gündüz <50 atım/dk, gece <45 atım/dk	Senkop
Sistolik kan basıncı <90 mm Hg	Serum potasyum <3.2 mmol/L
Ortostatik değişiklikler: nabız için (>20 atım/dk) veya kan basıncı (>10 mm Hg)	Serum klor <88 mmol/L
Aritmi	Özofageal yırtıklıklar
Vücut ısısı < 96 F(35,5°C)	Uzamış QTc'yi içeren kardiyak aritmiler
İdeal vücut ağırlığının <%75 veya yoğun girişimlere rağmen devam eden kilo kaybı	Hipotermi
Vücut yağ oranının <%10	İntihar riski
Yemek yemeyi reddetme	İnatçı kusmalar
Ayaktan tedaviye yanıtızsızlık	Hematemez
	Ayaktan tedaviye yanıtızsızlık

melli terapilerle ilgili çalışmalarla karşılaşmış ve bu çalışmalarda AN tanılı olgularda psikodinamik yönelimli psikoterapiler ve aile temelli terapilerin etkili olduğunu saptanmıştır.

Aile temelli terapiler (ATT) ergen ve genç erişkin AN tanılı olgularda etkinliği klinik çalışmalarca gösterilmiş tedavi çeşididir (Katzman ve ark. 2013, Lock 2015, Lock 2010, Lock ve ark. 2006, Stiles-Shields ve ark. 2012). Minuchin ve arkadaşlarının 1975 yılındaki çalışması; AN tedavisinde aile müdahaleleri kullanımında büyük bir ilgi uyandırmıştır. Bu yaklaşımın gerekçesi ailelerin AN gelişiminde anahtar bir rol (anoreksiojenik aile) oynamasıdır. Aile müdahaleleri, aile içindeki işlevselliği olmayan ilişkilerin tedavisinden ziyade ailedeki kullanılabilir psikolojik kaynakların harekete geçirilmesi olarak görülmektedir (Eisler ve ark. 2000). Tedavide odak noktası bozukluğun etiolojisi değildir. Bakım vericiler kendilerini suçlamamalı bunun yerine çocuklarının sağlığını tekrar kazanması konusunda güç sarf etmelidirler. Bu konuda tedavi ekibi aileye yardımcı olmalıdır. Kardeşlerin de hastalığa yönelik endişeleri olduğundan tedavide kardeşler de desteklenmelidir (Dimitropoulos ve ark. 2013). ATT'nin, AN tanısı olan ergenlerde tedavi hedefleri, fiziksel, davranışsal ve psikolojik iyileşme olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır.

Öncelikle tedavi ekibinin aileye yeniden beslenme konusunda yol gösterici olması gerekir. Ailenin, AN ortaya çıkmadan önce yemekten hoşlandığı gıdaları gence sunması ve gencin bu gıdaları yemesi konusunda genci teşvik etmesi önerilmektedir. Sonrasında gencin yemek yemesinin kontrolünü, gelişimine uygun olacak şekilde aşamalı olarak sağlaması üzerine odaklanılır. En son olarak nüks önleme, gelişimsel zorlukların değerlendirilmesi ve ardından tedavi sonlandırma çalışması yapılır. ATT 6-12 ay içinde gerçekleştirilir (Stiles-Shields ve ark. 2012).

Geleneksel tedaviler ele alındığında AN hastalarının yarısından daha azı 2-5 yıl arasında ta-

mamen, üçte biri kısmen iyileşirken, %20 hasta grubunda kronik hastalık gelişmektedir (Arcelus ve ark. 2011). ATT'de ise bir yıl içinde %50-60 oranında tam, %25-35 oranında kısmi iyileşme sağlanırken sadece %15'lik bir hasta grubunda tedaviye yanıt alınamamaktadır. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında; gençlerde yeme bozukluklarında aile tedavisinin etkisine bakılmış ve bireysel tedaviye göre bir üstünlük gösterilememiştir. Ancak altı aydan on iki aya kadar izlem verileri analiz edildiğinde; bireysel tedaviye göre daha üstün bulunmuştur (Couturier ve ark. 2013). AN tedavisinde ATT ile bireysel psikoterapinin dört yıllık etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada uzun dönem relaps ve remisyon oranlarının benzer olduğu bulunmuştur (Le Grange ve ark. 2014). ATT'ler pediatrik yeme bozukluğu olan olgularda birinci basamak tedavi olarak ortaya çıkmaktadır (Katzman ve ark. 2013). Hughes ve ark. (2014) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; 12-18 yaş arasındaki 100 AN tanılı olgunun yarısına tüm ailenin katıldığı aile terapisi uygulanırken diğer yarısına anne ve babalarına yönelik ebeveyn odaklı aile temelli terapi uygulanmış; 6-12 aylık izlem sonunda beklenen kilonun >%95'ine ulaşma remisyon olarak alınmıştır. İki tedavi modelinin etkinliği benzer olarak bulunmuş ve AN tanılı genç olgular için alternatif bir tedavi daha sunulmuştur (Hughes ve ark. 2014).

Anoreksiya nervosa tanısı olan gençlere psikodinamik yönelimli psikoterapi uygulanırken; bedensel yakınmalar için daha çok bu yakınmalara karşılık gelen ruhsal sıkıntılara (acılar) odaklanılmalıdır. Bu acı, cinsel kimliğin üstlenilmesindeki zorluk olabilir. Bu durumda ergenlikteki gelişim durmaktadır. Farklılaşan ve değişen beden, bir kaygı nesnesi haline gelebilmekte ve iç çatışma alanına dönüşmektedir. Bilinçdışı çocuk kalma arzusu, öncelikle anne-kız ilişkisi olmak üzere gencin ilişkilerini zorlaştırmaktadır. Anne, kızı ile olan ilişkisinde genellikle kendi ödipal/narsisistik çatışmasını yansıtabilmektedir. AN tanısı olan genç yaşadıklarını genellikle hissedememektedir. Bedenini algılayabilmek için ise

bedenine zarar vermektedir. Çaresizce bedenini hissedebilmek için kendisini aç bırakmaktadır. Beden, AN tanısı olan gençlerde ne arzu nesnesi, ne de özne olarak yaşanır. Kendi bedeni, ancak kendisinden çok uzakta ise haz yaşayabilir. Terapötik ortamda, tüm bunların farkında olarak gencin ilişki kurma kapasitesi üzerine odaklanılmalıdır. Sorun, yeme ile ilişkili bir soruna indirgenmemelidir. Asıl olarak yeme ile ilişkili (varsayılan) sorun, duygularla ilişkilendirilmelidir. Terapi sürecinde kuru, düz ifadeler, rüyasızlık, duygusuzluk gibi fakirlikler, bağımlılık ile ilişkili regresif süreçler dikkat çekicidir. Yine terapi sürecinde gence özgürlük tanınup, güven kazandırılmalıdır (Corcos ve Jeammet 2001). AN'de yapılan psikodinamik yönelimli tedavilerin beden kitle indeksi üzerine, yeme psikopatolojisi ve eşlik eden diğer patolojiler üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Fassino ve ark. 2001a, Fassino ve ark. 2001b, Gowers ve ark. 1994, Hall ve Crisp 1987, Long ve ark. 2012, Robin ve ark. 1999, Ross ve ark. 2011). Yapılan çalışmalarda psikodinamik yönelimli girişimlerin hiç tedavi edilmemeye göre etkisinin daha fazla olduğu, yine rutin girişimlerden de etkili olduğu bulunmuştur (Dare ve ark. 2001). Ergenlerde uygulanan bireysel psikodinamik yönelimli psikoterapinin aile temelli terapi ile karşılaştırıldığı, Lock ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada tedavinin hemen sonrasında remisyon oranları benzerken; altı ve on iki aylık izlem çalışmalarında aile temelli terapilerin daha etkili olduğu gösterilmiştir (Lock ve ark. 2010). Ergenlerde uygulanan ego yönelimli bireysel psikoterapinin; davranışsal aile sistemleri terapisi ile karşılaştırıldığı Robin ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada iki terapinin de etkinliği benzer bulunmuştur.

Anoreksiya nervosanın bilişsel davranışçı tedavisinde (BDT); genç ile bilişsel aşamada kilosunun sağlıklı bir düzeyde olması gerektiğine yönelik çalışılır. Bilişsel davranışçı terapinin kullanıldığı en önemli aşamalar; tedavi sırasındaki eğitim, kilo almayı sağlama ve yeme alışkanlıklarının normale dönmesi aşamalarıdır. Tedavinin

ilerleyen aşamalarında belli bir kilo artışı sağlandıktan sonra bilişsel yeniden yapılandırma aşamasına geçilir. Bilişsel yeniden yapılandırmanın ilkeleri kullanılarak, düşünceler, tutumlar ve mantık hataları tanımlanabilir. Olgular kendilerine daha az değer verme ve önemseme eğilimindedirler ve yine değerlerini ölçecekleri tek yol da vücut biçimleri ve ağırlıklarıdır. Kendini bu şekilde değerlendirme eğiliminde olan gençler için bilişsel teknikler kullanılabilir (Galsworthy-Francis ve Allan 2014). AN tanılı gençlere uygulanan BDT etkinliğini değerlendiren bir çalışmada 20 seanslık BDT uygulamasının kilo alımı, psikopatoloji, yeme bozukluğu belirtileri üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir (Dalle Grave ve ark. 2013).

Anoreksiya nervosa tanısı olan gençlerin tedavisinde özellikle ATT ve psikodinamik yönelimli psikoterapiler birlikte uygulanabilir; ancak bu konuda deneyimli uygulayıcılara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

BULİMİYA NERVOSA

Bulimiya nervosa (BN) tanısı olan olgular, birçok kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyeceği, belirli bir zaman diliminde (genelde 30-60 dakika içinde) yerler (APA2013). Olgularda şişmanlama korkusu ve zayıflama çabası belirgindir. BN tanısı olan olguların beden ağırlığı normal ya da normalin üzerindedir. BN tanısı olan olgular engelleyemediği yeme nöbetlerinin ardından şişmanlama korkusu ve yediklerinin oluşturduğu suçluluk duygusuyla kendine zarar verici davranışlar geliştirir; uyararak ya da uyarmayarak kusarlar, laksatif-diüretik kullanırlar. BN'de, aşırı yeme atağından önce yemeklere karşı önüne geçilmez bir istek duyulur, atak sırasında yemeklerden alınan bir haz söz konusu değildir, atağı izleyen dakikalarda kısa süren bir rahatlama dönemi olur ancak bunu hemen yoğun bir pişmanlık izler (Campbellve Peebles 2014). Şiddetine göre dört alt tip tanımlanmıştır.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Tablo 2: Anoreksiya nervosada psikoterapilerin etkinliklerinin incelendiği çalışmalar

Yazarlar	Örneklem	Tedavi	Sonuç
Russel ve ark. (1987)	n:21 kız ergen	Aile temelli terapiveya bireysel terapi (Bir yıl boyunca 20 seans)	Aile temelli terapi %90 oranında tedaviye orta ya da iyi düzeyde yanıt sağlarken; bireysel tedavi %18 oranında tedaviye orta yada iyi düzeyde yanıt oluşturmuştur.
Robin ve ark. (1999)	n:37 kız ergen	Aile temelli terapiveya bireysel terapi	Tedavi sonunda ve izlemde aile temelli terapi uygulananlarda bireysel terapi uygulananlara oranla BKİ daha fazla artmıştır.
Eisler ve ark. (2000)	n:40 kız ergen	Ergen ile birarada veya ergen olmadan aile tedavisi	Tedavilerin etkinliği benzer bulunmuştur.
Lock ve ark. (2005)	n:86 kız ergen	Aile temelli terapi altı ayda on seans veya 12 ayda 20 seans	Etkinlikleri benzer bulunmuştur.
Lock ve ark. (2010)	n:121 kız ergen	Aile temelli terapi ya da içgörü yönelimli psikoterapi	Tedavi sonunda iki çeşit tedavinin etkinliği benzer bulunurken; altı ay ve 12 aylık izlem sonunda aile temelli terapi daha etkili bulunmuştur.
Couturier ve ark. (2013)	Üç çalışmanın metaanalizi n:285	Aile temelli terapi veya bireysel terapi	Aile temelli terapi uzun dönemli izlem sonuçları açısından daha etkin bulunmuştur.
Hughes ve ark. (2014)	n:100 ergen	Aile temelli terapi veya anne-babaya yönelik aile terapisi	İki tedavinin etkinliği benzer bulunmuştur.

BKİ: Beden kitle indeksi

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Bulimiya nervosa görülme sıklığını araştıran ça-

lişmalarda kız ergenlerde BN sıklığı %1-2 arasında, erkek ergenlerde %0.5 oranında bulunmuştur (Fairburn ve Beglin 1990, Flament ve ark. 1995).

Bulimiya nervosa tanısına depresif belirtiler, anksiyete, madde kötüye kullanımı eşlik edebilir (Kelly ve ark. 2014). Diğer yeme bozukluklarına göre kendine zarar verici davranışlarla BN arasında daha kuvvetli ilişki olduğu gösterilmiştir ve ergen BN tanılı olguların intihar düşüncesi, planları ve girişimi sıklıkla olabilir (Swanson ve ark. 2011). BN'nin tıbbi komplikasyonları daha çok kardiyovasküler sistem (uzun QTc, ortostatik kalp hızı değişiklikleri gibi) ve elektrolit dengesi üzerine olmaktadır (Peebles ve ark. 2010).

Aşırı diyet, kusma, yemek ve yeme ile ilgili düşünce uğraşları, beden biçimine ve kiloya yönelik aşırı duyarlılık, sık kilo ölçümü veya kilosunu ölçtürmekten kaçınma BN ortaya çıkışında etkilidir. (Fairburn 1985, Wilson ve Fairburn 1993).

Bulimiya nervosa tedavisi için bilişsel davranışçı tedavilerin ve kişiler arası psikoterapinin etkinliği gösterilse de ergen BN olguları için tedavi etkinliğini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bilişsel davranışçı tedavilerde amaç; beden, beden ağırlığı, yemekler ve yeme tutumları ile ilgili yanlış bilişlerin değiştirilmesidir. Bu amaçla ödevler ve düzeltmelerin uygulandığı aşamalı bir psikoterapi gerçekleştirilerek gencin başa çıkma becerileri geliştirilir. Görüşmeler terapistin etkin rol oynadığı, yapılandırılmış seanslardan oluşur (Peterson ve Mitchell 2001). Bilişsel davranışçı tedavi, BN'de görülen tıknırcasına yeme, kusma, diyet sorunları ve beden biçimini aşırı önemseme gibi belirtilerin çoğunda etkili bulunmuştur (Fairburn 2002). Ergen BN tanılı olgularda BDT'nin uygulandığı çalışmalarda olguların tıknırcasına yeme ataklarını azaltmada BDT'nin etkinliği gösterilmiştir (Schmidt ve ark. 2007). Le Grange ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise aile temelli terapilerin BN üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Le Grange ve ark. 2007). Anderson ve arkadaşları (2015) bu çalışmalardan

yola çıkarak aile temelli terapiler ile diyalektik davranışçı tedavilerin bir arada uygulanmasını incelemişlerdir. Ergen BN tanılı olgularda duygu düzenleme güçlükleri sıklıkla BN'ye eşlik etmektedir. Aile temelli terapiler ile yeme düzeni tekrar sağlanırken; diyalektik davranışçı tedavi ile duygu düzenleme alanındaki güçlükler düzlenebilir. Yine ATT ile gencin semptomlarının aile ile birlikte nasıl önleneceği, aile ile çalışılsa da gencin nörobiyolojik incinebilirlikleri ve BN'nin egosintonik belirtileri göz ardı edilebilir (Anderson 2015). Alternatif olarak diyalektik davranışçı terapi tedaviye eklendiğinde, BN için karakteristik olan ve BN ile ilgili deneyimlenen ve duygu düzenleme güçlüğü ve olumsuz duygulanım ile ilişkili bulunan (Smyth ve ark. 2007) affektif durumlara (Linehan 1993, Safer ve ark. 2009) müdahale şansı doğabilir. Ergen BN tanılı olgularda uygulanan diyalektik davranışçı tedavinin öncül sonuçları umut vericidir (Fischer ve Peterson, 2015, Salbach-Andrae ve ark. 2008). Nasıl ki ATT ile tedavi gencin duygu düzenleme ile ilgili güçlüklerine odaklanmıyorsa diyalektik davranışçı tedavi de ailenin BN tedavisinde ve yeme düzeninde etkin rol almasına odaklanmaktadır (Anderson 2015). İki tedavi modelinin birleştirilmesi ile ergen BN tanılı olgularda daha etkin bir tedavi sağlanabilir (Anderson 2015).

Destekleyici psikoterapi de BDT kadar BN tanılı ergen olgularda etkili bulunan diğer bir terapidir (Le Grange ve ark 2007, Lock 2005). Bulimik belirtileri olan ergenlerde internet temelli BDT'nin etkinliği de gösterilmiştir (Pretorius ve ark. 2009).

Aile temelli terapiler de ergen BN hastalarda umut vermekle birlikte bu terapilerin, BDT ve destekleyici psikoterapilere üstün olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır (Couturier ve ark. 2013, Kass ve ark. 2013, Stiles-Shields ve ark. 2012).

Ergen BN tanılı olgularda yapılan psikodinamik yönelimli psikoterapilerin yeme bozukluğunda etkinliğini değerlendiren çalışmalar incelendi-

ğinde Almanya’da yapılmış, BN tanılı gençlerde uygulanan 60 seanslık psikodinamik yönelimli psikoterapilerin etkinliğini gösteren bir çalışma bulunmaktadır. Psikodinamik yönelimli psikoterapilerin diğer tedavilere eklenerek değerlendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte tek başına etkinliğini değerlendiren başka çalışmaya rastlanmamıştır (Reich ve ark. 2014). Erişkin BN tanılı olgularda psikodinamik yönelimli girişimlerin değerlendirildiği çalışmalarda yeme psikopatolojisi ve genel psikopatoloji üzerine psikodinamik yönelimli girişimlerin etkili olduğu gösterilmiştir (Daniel 2011, Fairburn ve ark. 1986, Garner ve ark. 1993, Levine ve Mishna 2007, Liedtke ve ark. 1991, Lunn ve ark. 2012, Poulsen ve ark. 2010, Poulsen ve ark. 2014, Valbak 2001). Çalışmalarda BDT’nin psikodinamik yönelimli girişimlerden daha etkili olduğu gösterilmiştir (Daniel 2011, Garner DM ve ark. 1993). Bulimiya nervosa tedavisinde BDT öncelikli olarak seçilebilecek bir tedavi yöntemidir.

TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

Tıkınircasına yeme bozukluğu (TYB), tıkınircasına yeme atakları ile belirgin bir YB tablosudur. Ancak BN’deki gibi çok miktarda alınan besinlerin kilo etkisini gidermek için başvurulan telafi davranışları yoktur (Grilo 2002). TYB tanısı olan olgular boylarına göre beklenen beden ağırlığının üstündedirler ve genellikle obezite tanısı da alırlar. Yeme atakları sırasında kontrol kaybı duygusu yaşarlar ve yeme eylemlerini durduramazlar, kısa süre içinde çok miktarda besini tüketirler. Çoğu zaman açlık hissetmeden yediklerini bildirirler ama yeme eylemi sırasında BN tanısı olan olgulardan farklı olarak yediklerinden haz alırlar (Campbell ve Peebles 2014). DSM IV-TR’de tıkınircasına yeme ortalama olarak altı aylık sürede en az haftada iki gün olarak belirtilirken DSM-5’te ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olarak düzenlenmiştir (APA 2013). TYB, kadınların %3.5’ini, erkeklerin

Tablo 3: Bulimia nervosa ve tıkınircasına yeme bozukluğunda psikoterapilerin etkinliklerinin incelendiği çalışmalar

Le Grange ve ark. (2007)	Bulimiya Nervosa n:80 ergen	Aile temelli terapi veya destekleyici terapi	Aile temelli terapi tedavi sonunda ve izlemde destekleyici psikoterapiden daha etkin bulunmuştur.
Schmidt ve ark. (2007)	Bulimiya Nervosa n:85 ergen	Aile temelli terapi veya bilişsel davranışçı terapi	İki grup arasında fark bulunmamıştır.
Lock (2005)	Bulimiya Nervosa n: 40 ergen	Bilişsel davranışçı terapi	%50 oranında etkin bulunmuştur.
Debar ve ark. 2013	Tıkınircasına Yeme Bozukluğu n: 26 kız ergen	Bilişsel davranışçı terapi	Tedavi sonunda tıkınircasına yeme atakları azalmıştır.
Tanofsky-Kraff ve ark. 2010	Tıkınircasına Yeme Bozukluğu n:38 kız ergen	Kişiler arası terapi	Tedavi sonunda ve bir yıllık izlemde beklenilen BKİ’nde azalma sağlanmıştır.

BKİ: Beden kitle indeksi

%2'sini etkileyen ve belki de en sık görülen yeme bozukluğu türüdür (Hudson ve ark. 2007). Kız ergenlerde %2.3 ve erkek ergenlerde %0.8 oranında görülmektedir (Swanson ve ark. 2011). Obez ergenleri inceleyen bir çalışmada obez ergenlerin %1'i TYB tanısını karşılarken; %9'unun tıknırcasına yeme atakları olduğu bulunmuştur (Decaluwe ve Braet 2003). TYB tanısı olan ergenlerin birçoğu kilolu ya da obezdir (Striegel-Moore ve ark. 1998).

Çocuk ve ergenlerde TYB etiyojisine yönelik bilinenler çok azdır. TYB, genelde geç ergenlik ya da erken yetişkinlikte başlamaktadır. Ergenlik döneminde başlayan TYB için ise katı diyet uygulamalarının, zayıf olma baskısının, beden memnuniyetsizliğinin, duygusal yemenin, kendine güven azlığının ve sosyal desteğin zayıf olmasının etiyojide rol oynadığı gösterilmiştir (Stice ve ark. 2002). TYB tanısı alan gençlerin %80'inden fazlası, yaşamları boyunca bir psikiyatrik tanı almaktadırlar (Swanson ve ark. 2011). Yetişkinlerde ise TYB tanısının depresif bozukluk, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkisi gösterilmiştir (Wilfley ve ark. 2000).

Çocuk ve ergenlerde TYB tedavisinde BDT'nin ve kişilerarası terapinin (KAT) etkili olduğuna dair iki tane çalışma bulunmaktadır (Debar ve ark. 2013, Tanofsky-Kraff ve ark. 2010). Diyalektik davranışçı tedavinin etkinliği ise bir olgu sunumu ile gösterilmiştir (Safer ve ark. 2007). TYB olan gençler TYB olmayan akranlarına göre daha fazla duygu düzenleme zorlukları yaşamakta ve daha dürtüsel hareket etmektedirler (Hughes ve Gullone 2011). Bu durum diyalektik davranışçı terapilerin de tedavide rol alabileceğini düşündürmektedir.

Erişkin TYB'nin tedavisinde etkinliği en iyi ortaya konan tedavi BDT'dir (NICE 2004, Ricca ve ark. 2010, Vocks ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2010). BDT yapılırken gençlerle işbirliği kurma, işlevsel olmayan otomatik düşünceleri ve inanç-

ları inceleme amaçlanır. Düşüncelerin değişmesi, çevreyle yeni ilişkiler kurma ve davranış değişikliği beklenir. TYB tanılı olgularda BDT uygulanırken; tıknırcasına yeme, dış görünüşü üzerinde değiştiremediği düşünceleri ve özgüven düşüklüğü hedef alınır (Devlin ve ark. 2007). Ortalama yirmi seans olarak planlanan tedavi üç evrelidir. Bunlar;

1. Evre: Psikolojik eğitim ve davranışçı teknikler (1-8. seanslar)
2. Evre: Bilişsel teknikler (8-16. seanslar)
3. Evre: Tedavinin tamamlanması (16-20. seanslar) (Fairburn ve Cooper 1993).

Kişilerarası psikoterapi ise Klerman ve ark. (1984) tarafından depresyon tedavisi için geliştirilmişken; Fairburn (1997) tarafından erişkin BN tanılı olguların tedavisi için uyarlanmıştır. TYB tanılı olgular için Wilfley ve arkadaşları 1998'de formüle etmişlerdir. Tedavinin birinci aşaması, yeme bozukluğunun ortaya çıkışının ve devam etmesinin kişilerarası ilişkiler zeminde ayrıntılı bir şekilde irdelenmesine yönelik seanslardan oluşur. Tedavinin ikinci aşamasının odak noktası, mevcut ilişkilerin değiştirilmesine yönelik yeni bir düzenleme getirilmesidir. Son aşamada olguların gelecekte karşılına çıkabilecek kişilerarası zorluklar için bir yol haritası belirlenmesi planlanmıştır. Bireysel görüşmelerde süre 50 ya da 60 dakika kadardır. İlk üç seans ilk iki hafta içinde, daha sonraki seanslar iki haftada bir yapılır (Wilson ve ark. 2010). Erişkinlerde yapılan çalışmalarda kişilerarası terapilerin özellikle tıknırcasına yeme bozukluklarında etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir (Ricca ve ark. 2010, Wilfley ve ark. 2002, Wilson ve ark. 2010). Çalışmalar kişilerarası psikoterapinin de TYB'de BDT kadar etkili olduğunu göstermiştir (Hilbert ve ark. 2012, Wilfley ve ark. 2002). Bireysel KAT ile grup KAT etkinliği ise benzerdir (Ricca ve ark. 2010). Ergenlerde de TYB'de KAT'nin etkin olabileceğini gösteren çalışmalar vardır (Klerman ve ark. 1984, Safer ve ark. 2007, Tanofsky Kraff ve ark. 2007, Tanofsky-Kraff ve ark. 2010).

ÖZYURT VE ARK.

Erişkin TYB tanılı olgularda yapılan psikodinamik yönelimli girişimlerin değerlendirildiği çalışmalarda girişimlerin psikopatoloji üzerine ve yeme patolojisi üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (Beutel ve ark. 2006, Ciano ve ark. 2002, Gallagher ve ark. 2014a, Gallagher ve ark. 2014b, Keating ve ark. 2014, Maxwell ve ark. 2012, Maxwell ve ark. 2014, Tasca ve ark. 2006a, Tasca ve ark. 2006b, Tasca 2007, Tasca ve ark. 2012, Tasca ve ark. 2013).

Tıkınırcasına yemenin nörobiyolojik ve emosyonel bağlantılarıyla ilişkili veriler, gençler için alternatif tedavi seçeneklerinin de sunulması gerekliliğini düşündürmektedir.

SONUÇ

Yeme bozukluklarının tedavisinde bir ekip çalışması gerekmektedir. Bu ekip içerisinde çocuk ve ergen psikiyatristi, gastroenterolog, psikolog, diyetisyen ve aile terapisti yer almalı; gençler medikal, beslenme, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirmeye alınmalıdır. Hastalığın şiddeti, hastalık süresi, güvenlik konuları ve ailesel tercihler olguların tedavi biçimini etkilemektedir. Çocuk ve ergenlerde yatış endikasyonunu belirlerken tıbbi komplikasyonlar, beden ağırlığı, iyileşme motivasyonu, içgörü, komorbidite ve çevresel stresörleri belirlemek önemlidir (Özcan 2015).

Evde tedavi öncelikli tercihtir ancak evde tedavi dışındaki diğer modellerde zaman zaman gerekli ve uygun olabilir. 2004 yılında Amerikan Pediatri Akademisi AN ve BN için hastaneye yatış kriterleri oluşturmuş, 2010 yılında bu kriterler revize edilmiştir (Tablo 1) (Rosen 2010). Hastanın motivasyonu düşük, iletişimi, tedaviye uyumu kötü ve sosyal desteği azsa yatarak tedavi görmesi daha yararlı olabilir. Yatarak tedavide tam bir psikiyatrik ve fiziksel muayene, uygun laboratuvar çalışmaları ve yakın izlem yapılmalıdır. (Herzog ve ark. 2006).

Ergenlerde görülen yeme bozukluklarının nöro-

biyolojik ve emosyonel birçok alanla ilişkili olması gençler için yeme bozukluğuna özgü tek bir tedavi modelinden daha çok; aileyi de içine alan, gencin biyopsikososyal gelişimine uygun birden çok tedavinin birarada kullanıldığı çoklu tedavi modellerinin daha uygun olacağını düşündürmektedir. Bu gözden geçirme yazısı ile güncel tedavi yaklaşımları ele alınmış ve uygulanacak çoklu tedavi modelleri için bir yol göstericilik sağlanmıştır. YB tanısı olan gençlerle yapılacak randomize kontrollü, çoklu tedavi modellerinin uygulandığı klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Abbate-Daga G, Facchini F, Marzola E ve ark. (2014) Health-related quality of life in adult inpatients affected by anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 22:285-291.

Anderson LK, Murray SB, Ramirez AL ve ark. (2015) The integration of family-based treatment and dialectical behavior therapy for adolescent bulimia nervosa: philosophical and practical considerations. *Eating disorders* 23:325-335.

APA- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Washington D.C.

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J ve ark. (2011) Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 68:724-731.

Beutel ME, Dippel A, Szczepanski M ve ark. (2006) Mid-term effectiveness of behavioral and psychodynamic inpatient treatments of severe obesity based on a randomized study. *Psychother Psychosom* 75:337-345.

Buhren K, Schwarte R, Fluck F ve ark. (2013) Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 22:39-44.

Campbell K, Peebles R (2014) *Eating disorders in children and adolescents: state of the art review*. *Pediatrics*.134:582-592.

Castellini G, Montanelli L, Faravelli C ve ark. (2014) Ea-

- ting disorder outpatients who do not respond to cognitive behavioral therapy: a follow-up study. *Psychother Psychosom* 83:125-127.
- Ciano R, Rocco PL, Angarano A ve ark. (2002) Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: an exploratory study of efficacy and persistence of effects. *Psychother Res* 12:231-239.
- Corcos M, Jeammet P (2001) Eating Disorders: psychodynamic approach and practice. *Biomed Pharmacother* 55:479-488.
- Couturier J, Kimber M, Szatmari P (2013) Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 46:3-11.
- Dalle Grave R, Calugi S, Conti M ve ark. (2013) Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 82:390-398.
- Daniel SI (2011) Adult attachment insecurity and narrative processes in psychotherapy: an exploratory study. *Clin Psychol Psychother* 18:498-511.
- Dare C, Eisler I, Russell G ve ark. (2001) Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 178:216-221.
- Debar LL, Wilson GT, Yarborough BJ ve ark. (2013) Cognitive behavioral treatment for recurrent binge eating in adolescent girls: a pilot trial. *Cogn Behav Pract* 20:147-161.
- Decaluwe V, Braet C (2003) Prevalence of binge eating in obese children and adolescents seeking weight loss treatment. *Int J Obes* 27:404-409.
- Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E ve ark. (2005) Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obes Res* 13:1077-1088.
- Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E ve ark. (2007) Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow up. *Obesity (Silver Spring)* 15:1702-1709.
- Dimitropoulos G, Freeman VE, Bellai K ve ark. (2013) Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: non-shared experiences and family functioning. *Eur Eat Disord Rev* 21:284-293.
- Eisler I, Dare C, Hodes M ve ark. (2000) Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 41:727-736.
- Fairburn CG (1997) Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Handbook of Treatment for Eating Disorders içinde. DM Garner, PE Garfinkel (ed). Guilford Press, New York, s:278-294.*
- Fairburn CG (1985) Cognitive-behavioral treatment for bulimia. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia içinde, DM Garner, PE Garfinkel (ed). Guilford Press, New York, s:160-191.*
- Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M ve ark. (1986) A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 24:629-643.
- Fairburn CG (2002) Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Eating Disorders and Obesity içinde. CG Fairburn, KD Brownell (ed) ikinci baskı. The Guilford Press, New York, s:302-307.*
- Fairburn CG, Beglin SJ (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147:401-408.
- Fairburn CG, Cooper Z (1993) The eating disorders examination. In *Binge Eating: Nature Assessment and Treatment*, 12th ed. (Eds CG Fairburn, GT Wilson), Guilford Press, New York, s.317-360.
- Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F ve ark. (2001a) Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment. *Psychother Psychosom* 70:201-208.
- Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F ve ark. (2001b) Non-responder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome. *Eur Psychiatry* 16:466-473.
- Fassino S, Abbate-Daga G (2013) Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 13:282.
- Flament M, Ledoux S, Jeammet P ve ark. (1995) A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorders in adolescence. *Eating Disorders in Adolescence:*

ÖZYURT VE ARK.

- Anorexia and Bulimia Nervosa içinde, H Steinhausen (ed) Brunner/Mazel, New York, s:21-36.
- Fischer S ve Peterson C (2015) Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: a pilot study. *Psychotherapy* 52:78-92.
- Franko DL, Keshaviah A, Eddy K ve ark. (2013) A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 170:917-925.
- Gallagher ME, Tasca GA, Ritchie K ve ark. (2014) Attachment anxiety moderates the relationship between growth in group cohesion and treatment outcomes in group psychodynamic interpersonal psychotherapy for women with binge eating disorder. *Group Dyn Theory Res Pract* 18:38-52.
- Gallagher ME, Tasca GA, Ritchie K ve ark. (2014) Interpersonal learning is associated with improved self-esteem in group psychotherapy for women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)* 51:66-77.
- Galsworthy-Francis L, Allan S (2014) Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 34:54-72.
- Garner DM, Rockert W, Davis R ve ark. (1993) Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 150:37-46.
- Gaudio S, Di Ciommo V (2011) Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatient adolescents with anorexia nervosa. *Psychosom Med* 73:769-774.
- Golden NH, Attia E (2011) Psychopharmacology of eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 58:121-138.
- Gonzalez ML, Dixon DR, Rojahn J ve ark. (2009) The behavior problems inventory: Reliability and factor validity in institutionalized adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 22:223-235.
- Gowers S, Norton K, Halek C ve ark. (1994) Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 15:165-177.
- Grilo CM (2002) Binge Eating Disorders, Eating Disorders and Obesity içinde. Fairburn CG, Bownell KD (ed) İkinci baskı, The Guilford Press, New York, s.178-182.
- 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.
- Hall A, Crisp AH (1987) Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one year. *Br J Psychiatry* 151:185-191.
- Hart S, Franklin RC, Russell J ve ark. (2013) A review of feeding methods used in the treatment of anorexia nervosa. *J Eat Disord* 1:36.
- Hay PJ, Claudino AM, Touyz S ve ark. (2015) Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD003909.
- Herzog D (1995) Psychodynamic psychotherapy for anorexia nervosa. *Eating Disorders and Obesity içinde*, KD Brownell, CG Fairburn (ed) The Guilford Press, New York, s:330-335
- Herzog DB, Eddy KT, Beresi EV (2006) Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Essentials of Child and Adolescent Psychiatry içinde*, MK Dulcan, JM Wiener (ed), American Psychiatric Publishing, Washington.
- Hoste RR, Labuschagne Z, Le Grange D (2012) Adolescent bulimia nervosa. *Curr Psychiatry Rep* 14:391-397.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG ve ark. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61:348-358.
- Hughes EK, Gullone E (2011) Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body Image* 8:224-231.
- Hughes EK, Le Grange D, Yeo MS ve ark. (2014) Parent-focused treatment for adolescent anorexia nervosa: a study protocol of a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 14:1.
- Kass AE, Kolko RP, Wilfley DE (2013) Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatr* 26:549-555.
- Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM ve ark. (2013) The role of the pediatrician in family-based treatment for adoles-

- cent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health* 53:433-440.
- Kaye WH, Wierenga CE, Knatz S ve ark. (2015) Temperament-based treatment for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 23:12-18.
- Keating L, Tasca GA, Gick M ve ark. (2014) Change in attachment to the therapy group generalizes to change in individual attachment among women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)* 51:78-87.
- Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL ve ark. (2014) Pediatric feeding and eating disorders: current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 16:446.
- Keski-Rahkonen A, Hoek H, Susser ES ve ark. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 164:1259-1265.
- Klump KL, Bulik CM, Kaye WH ve ark. (2009) Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord* 42:97-103.
- Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ ve ark. (2007) A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 64:1049-1056.
- Le Grange D, Lock J, Accurso EC ve ark. (2014) Relapse from remission at two-to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53:1162-1167.
- Levine D, Mishna F (2007) A self psychological and relational approach to group therapy for university students with bulimia. *Int J Group Psychother* 57:167-185.
- Liedtke R, Ja"ger B, Lempa W ve ark. (1991) Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study. *Psychother Psychosom* 56:56-63.
- Linehan MM (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Lock J (2005) Adjusting cognitive behavioral therapy for adolescent with bulimia nervosa: results of a case series. *Am J Psychother* 59:267-281.
- Lock J (2015) *An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents*. *J Clin Child Adolesc Psychol* 44:707-721.
- Lock J (2010) Treatment of adolescent eating disorders: progress and challenges. *Minerva Psichiatr* 51:207-216.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS ve ark. (2010) Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 67:1025-1032.
- Lock J, Le Grange D, Forsberg S ve ark. (2006) Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:1323-1328.
- Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR (2012) Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clin Psychol Psychother* 19:1-13.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM (1991) 50-Year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatry* 148:917-929.
- Lunn S, Poulsen S, Daniel S (2012) A multiple case study of psychoanalytic therapies for clients with bulimia nervosa. *Nord Psychol* 64:87-102.
- Magallon-Neri E, Gonzalez E, Canalda G ve ark. (2014) Prevalence and severity of categorical and dimensional personality disorders in adolescents with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 22:176-184.
- Marchi M, Cohen P (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:112-117.
- Marcinko D, Bilić V (2010) Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history. *Psychiatr Danub* 22:257-260.
- Maxwell H, Tasca GA, Gick M ve ark. (2012) The impact of attachment anxiety on interpersonal complementarity in early group therapy interactions among women with binge eating disorder. *Group Dyn* 16:255-271.
- Maxwell H, Tasca GA, Ritchie K ve ark. (2014) Change

ÖZYURT VE ARK.

- in attachment insecurity is related to improved outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. Psychotherapy (Chic) 51:57-65.*
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL ve ark. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry 32:1031-1038.
- Murphy R, Straebler S, Basden S ve ark. (2012) Interpersonal psychotherapy for eating disorders. Clin Psychol Psychother 19:150-158.
- Murray SB, Le Grange D (2014) Family therapy for adolescent eating disorders: an update. Curr Psychiatry Rep 16:447.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (clinical guideline National Collaborating Centre for Mental Health, London.
- Norman K (1992) Eating Disorders. Review of General Psychiatry içinde. HH Goldman (ed) Appleton&Lange, California, s:327-338.
- Norris M, Apsimon M, Harrison M ve ark. (2012) An examination of medical and psychological morbidity in adolescent males with eating disorders. Eat Disord 20:405-415.
- Özcan Ö (2015) Yeme bozuklukları. Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi içinde. A Selimoğlu (ed) Akademi Uluslararası Yayıncılık, İstanbul, s:428-440.
- Peebles R, Hardy KK, Wilson JL ve ark. (2010) Medical compromise in eating disorders not otherwise specified: are diagnostic criteria for eating disorders markers of severity? Pediatrics 125:1193-1201.
- Peterson CB, Mitchell JE (2001) Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In the outpatient Treatment of Eating Disorders. Mitchell JE (ed) University of Minnesota Press, s. 144-167.
- Pinhas L, McVey G, Walker KS ve ark. (2013) Trading health for a healthy weight: the uncharted side of healthy weights initiatives. Eat Disord 2:109-116.
- Pinhas L, Morris A, Crosby RD (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.
- Poulsen S, Lunn S, Daniel SI ve ark. (2014) A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 171:109-116.
- Poulsen S, Lunn S, Sandros C (2010) Client experience of psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa: an interview study. Psychotherapy (Chic) 47:469-483.
- Pretorius N, Arcelus J, Beecham J ve ark. (2009) Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: the acceptability and effectiveness of internet-based delivery. Beh Res Ther 47:729-736.
- Reich G, Horn H, Winkelmann K ve ark. (2013) Psychodynamic focal therapy of bulimia nervosa for female adolescents and young adults. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 63:2-20.
- Ricca V, Castellini G, Mannucci E ve ark. (2010) Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder: a randomized, three-year follow-up study. Appetite 55:656-665.
- Robin AL, Siegel PT, Koepke T ve ark. (1994) Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. J Dev Behav Pediatr 15:111-116.
- Robin AL, Siegel PT, Moye A (1995) Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. Int J Eat Disord 17:313-322.
- Robin AL, Siegel PT, Moye AW ve ark. (1999) A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1482-1489.
- Rosen DS (2010) American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics 126:1240-1253.
- Ross GA, Green C (2011) Inside the experience of anorexia nervosa: a narrative thematic analysis. Couns Psychother Res 11:112-119.

- Russell GFM, Szmulker GI, Dare C ve ark. (1987) An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 44:1047-1056.
- Safer DL, Telch CF, Chen EY (2009) *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. Guilford Press, New York.
- Salbach-Andrae H, Bohnekamp I, Pfeiffer E ve ark. (2008) Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: a case series. *Cognitive and Behavioral Practice* 15:415-425.
- Shaw H, Stice E, Becker CB (2009) Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 18:199-207.
- Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW (2012) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 14:406-414.
- Smyth JM, Wonderlich SA, Heron KE ve ark. (2007) Daily and momentary mood and stress associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in their natural environment. *J Consult Clin Psychol* 75:629-638.
- Stice E, Presnell K, Spangler D (2002) Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychol* 21:131-138.
- Stiles-Shields C, Hoste RR, Doyle PM ve ark. (2012) A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Rev Recent Clin Trials* 7:133-140.
- Striegel-Moore RH, Wilson GT, Wilfley DE ve ark. (1998) Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord* 23:27-37.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D ve ark. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 68:714-723.
- Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE, Young JF ve ark. (2010) A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *Int J Eat Disord* 43:701-706.
- Tasca GA, Ritchie K, Conrad G ve ark. (2006) Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: an aptitude by treatment interaction. *Psychother Res* 16:106-121.
- Tasca GA, Balfour J, Ritchie K ve ark. (2006) Developmental changes in group climate in two types of group therapy for binge-eating disorder: a growth curve analysis. *Psychother Res* 16:499-514.
- Tasca G, Balfour L, Ritchie K ve ark. (2007) Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)* 44:423-433.
- Tasca GA, Balfour L, Presniak MD ve ark. (2012) Outcomes of specific interpersonal problems for binge eating disorder: comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 62:197-218.
- Tasca GA, Ritchie K, Demidenko N ve ark. (2013) Matching women with binge eating disorder to group treatment based on attachment anxiety: outcomes and moderating effects. *Psychother Res* 23:301-314.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N (2010) Eating Disorders. *Lancet* 375:583-593.
- Valbak K (2001) Good outcome for bulimic patients in longterm group analysis: a single-group study. *Eur Eat Disord Rev* 9:19-32.
- Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R ve ark. (2010) Meta-Analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 43:205-217.
- Yager J, Devlin MJ, Halmi KA ve ark. (2012) *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, 3rd ed.* American Psychiatric Association, Washington.
- Yon L, Doyen C, Asch M ve ark. (2009) Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debre Hospital (Paris): guidelines and practical methods. *Arch Pediatr* 16:1491-1498.
- Wildes JE, Marcus MD (2011) Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *Int J Eat Disord* 44:421-427.
- Wilfley DE, Frank E, Welch R ve ark. (1998) Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for

ÖZYURT VE ARK.

binge eating disorder: toward a model for adapting empirically-supported treatments. Psychother Res 8:379-391.

Wilfley D, Friedman M, Dounchis J ve ark. (2000) Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline following treatment. J Consult Clin Psychol 68:641-649.

Wilfley DE, Welch RR, Stein RI ve ark. (2002) A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. Arch Gen Psychiatry 59:713-721.

Wilson GT, Fairburn CG (1993) Cognitive treatments for eating disorders. J Consult Clin Psychol 61:261-269.

Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS ve ark. (2010) Psychological treatments of binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry 6:94-101.

Woolston JL, Hasbani SM (2007) Eating and growth disorders in infants and children. Lewis' Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook içinde, Martin A, Wolkmar FR (Ed) Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s:583-592.