**TC**

**İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER FAKÜLTESİ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ BÖLÜMÜ**

**YEME BOZUKLUĞU VE YEME BOZUKUĞUNA EŞ TANI OLAN PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA BDT YAKLAŞIMI**

Hazırlayan

**Gonca YILMAZ**

Danışman

**Yard. Doc. Dr. İbrahim Söylemez**

**İstanbul-2018**

**ÖZET**

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal, psikolojik sorunlara neden olan, bireyin yaşam düzeyini etkileyen davranışsal ve bilişsel bir bozukluktur. Özellikle ergenlik çağlarında görülmektedir. Kendisine eş tanı olarak depresyon, anksiyete, kişilik bozukluğu, OKB, uyku bozuklukları ve daha fazlası gibi psikiyatrik rahatsızlıklar taşımaktadır. Yıllarca yapılan çalışmalarda en etkili ve uzun süren terapi yöntemi BDT olarak görülmektedir. Bu araştırmada BDT’ nin yeme bozukluğu kategorilerine giren Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza ve Tıkanırcasına yeme bozukluğu üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Ayrıca yeme bozukluğuna eş tanı olan psikiyatrik rahatsızlıklarda değerlendirilerek, beyinsel görüntüleme yöntemleri, farmakolojik etkilerde ön plana çıkartılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Yeme bozukluğu, Bilişsel Davranış Terapisi, Psikiyatrik rahatsızlıklar

**Giriş**

Yeme bozukluğu bireylerin yaşam kalitesini psikolojik, sosyolojik ve tıbbi açıdan olumsuz etkilemektedir. Yeme bozukluğu farklı şekillerde görülmektedir ve 1950’ lerden beri giderek artmıştır ( Öyekçin & Şahin. 2011). Ve son zamanlarda teknolojinin gelişmesiyle YB’ nin modern tolumların zayıf görünüm ve beden egzersizlerini arttırması gibi sosyolojik etkenler veya ergenlik dönemindeki bireylerin bağımsız olmak istemesi; bedenlerini anne ve baba kontrolünden çıkartmak istemeleri gibi psikolojik etkenler sonucunda ortaya çıktığı düşünülmüştür (Cankat 1997). Bu bozukluğun yaygınlık oranı 1 yıllık ve nokta yaygınlığı oranları şeklinde verilmektedir .Sağlık politikalarında yeme bozukluğu üzerine yön verilmesi bu açıdan önemlidir. Yeme bozukluğunda yapılacak olan epidemiyolojik çalışmalar fazla maliyet gerektirmekte ve zamanı uzun olmaktadır. Ayrıca epidemiyolojik olarak örneklerin seçilmesi zordur ve geniş örneklem gerektirir çünkü bu bozukluğun yaygınlık oranı düşüktür ve olguların kendini gizleme eğilimi vardır (Cankat 1997). Bu nedenle iki aşamalı çalışmalar gerçekleşebilir. İki aşamalı çalışmalar toplum içindeki YB olgularını saptamak için en çok kullanılan yöntemlerdir. İlk aşamasında ölçekler ile yüksek riskli gruplar saptanır ikinci aşamasında ise bu riskli gruplarda klinik görüşme yapılarak olgular belirlenir ve risk taşımayan gruplarla karşılaştırılabilir. Bu çalışmanın zayıf yönü yanıt oranlarının düşük olması ve ölçeklerin özgünlüğü ile duyarlılığıdır (Cankat 1997).

Bu bozukluğa tanı koyabilmek için bireylerin kilo kaybının dereceleri, kilo ve beden imgesi tutumları incelenmelidir. Semptomları taşıyan bireyler genellikle tedaviye olumlu yanıt vermektedirler. DSM IV’ e göre yeme bozuklukları tek başına görülürler ve her zaman psikiyatrik rahatsızlıklar bu bozukluğa eşlik etmektedirler. Aile hekimleri bu konuda yeterli bilgiye sahip olmalı, özellikle de ergenlerde görülen bu hastalığın tanı ve tedavisini sürdürmelidir ( Öyekçin & Şahin. 2011). Eş tanı açısından değerlendirildiğinde depresyon yeme bozukluğuna en sık eşlik eden tanıdır. Hormonel takviyenin azalması ile bireylerde depresyon hali artar. Depresyonun yeme bozukluğunda % 40-45 oranında olduğu saptanmış, ömür boyu prevelansının % 68 olduğu ve yeme bozukluğunun dışında seyrettiği bildirilmiştir ( Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003). Ek olarak iki uçlu duygu durum bozukluğu ve anksiyete de yeme bozukluğuna etki etmektedir. Depresyondan sonra en sık eşlik eden tanı anksiyetedir ve YB tanısı olan bireylerin % 60 ‘ ında anksiyete olduğu belirlenmiştir. Panik bozukluk ve agorafobi yeme bozukluğundan önce başlamaktadır (Halmi ve ark.1991, Halmi 2003, Kaye ve ark 2004). Bu psikiyatrik rahatsızlıkların yanı sıra Sosyal fobi ve OKB ‘ de YB tanısı alan bireylerde görülmektedir. Obsesif elirtiler ve yeme bozukluğu arasında güçlü bir ilişki vardır (Erol ve ark. 2002). Obsesif kişilik özelliği olanların daha çok anoreksiye nevroza hastalarında ve genetik olarak ailede bulunduğu bildirilmiştir (Halmi ve ark.1991, Halmi 2003).Kişilik bozuklukları özelliklede sınır kişilik bozukluğu YB hastalarında eş tanı olarak seyretmektedir (Halmi ve ark.1991, Halmi 2003). Alkol ve madde kullanılmının etkisine baktığımızda ise blumia nervoza hastalarında sık görüldüğü saptanmıştır (Halmi ve ark.1991, Halmi 2003, Kaye ve ark 2004). Psikiyatrik eş tanı olarak Travma sonrası stres bozukluğu, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismarda Yeme bozukluğuna etki etmektedir (Güney E, Kuruoğlu AÇ 2007).

Yeme bozukluğunu en çok temsil eden grup lise ve üniversite öğrencileridir. Yani Yeme bozukluğu erişkinliğe geçişin gerçekleştiği, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, enerji, protein, vitamin, mineral gibi kaynaklara ihtiyacın arttığı ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir. Ergenlik puberte ile başlamaktadır ve kızlarda yaş ortalaması 8-13 iken erkeklerde 9-14 yaşlarında görülmektedir (2008 Alantar ve Maner). Bu dönemde gerçekleşen fiziksel değişimlerden dolayı ergen bireylerin beslenme alışkanlıklarına dikkat etmeleri ve sağlıklarını korumaları ı gerekmektedir. Beslenme çocukluk ve ergenlik döneminde yeterli ve dengeli olmadığında kronik hastalıklar oluşmaktadır (Brewerton 1992).

İnsan vücudunda genel olarak birbirlerini bütünleyici etkileri olan endokrin ve nöral sistemlerin homeostazisine etkisi olduğu kadar davranış kalıplarına da etkisinin olduğu son otuz yıldan beri araştırılmaktadır (Sofuoğlu 2004). Yapılan bu araştırmalarda nöroendokrin işlevler ile duygudurum bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar arasında yakın ilişki görülmüştür. Bu hastalıkların patogezinde etkili olan monoaminerjik nörotransmitterler aynı zamanda bazı hipotalamik opeptidler ve hipofiz hormonlarının sentez ve salınımını kontrol ederler (Sofuoğlu 2004). Bunlarda ergenlik dönemi gençlerinin tıbbi, psikolojik, sosyolojik gelişimini derinden etkilemektedir. Ergenlik dönemindeki bireyler kendi vücut ağırlığıyla aşırı ilgilenmekte, yeme davranışlarında değişiklikler geliştirmektedirler. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu bu değişikliklerin neden olduğu yeme bozukluklarıdır. Gece yeme sendromu, obezite ve ortoreksiya nevroza daha resmi olarak yeme bozukluğunda sınıflandırılmasa da ergenlerde görülebilen rahatsızlıklardır. Bu dönemde bireylerin sahip olduğu yeme bozukluğu onların nöroendokrin ve moleküler değişimlerine olumsuz etkide bulunmaktadır (Zincir 2014).

Son 20 yılda yeme bozukluğunun etiyolojisine etki eden psikolojik ve sosyolojik etkilerin dışında yapısal yatkınlığı destekleyen biyolojik etkenler, yapısal görüntüleme ve işlevsel beyin görüntüleme yöntemleriyle kendini göstermektedir. Anoreksik hastalarda bölgesel özgüllük net olmasa da yiyecek uyaranı beyin kan akımı artışını sağlamaktadır ve PET ve SEPECT ile yapılan bir çok çalışmada anoreksiya nevroza için farklı bulgular elde edilmiştir (Ellison ve Foong 1998). SPECT kullanılarak yapılan bir çalışmada kremalı kek yemekle anoreksik hastanın frontal, oksipital, pariyetal ve temporal bölgelerinde hiperperfüzyon görülmüştür (Nazoe ve ark.1995). Benzer olan başka bir PET çalışmasında, anoreksik hastalarda yüksek kalorili yiyeceklerin anksiyeteyi provoke ettiği ve daha büyük temporo oksipital aktivasyona neden olduğu saptanmıştır ( Frank ve ark. 2004). Anoreksik hastalara yapılan bir başka fMRI çalışmasında da görsel yüksek kalorili sunumun sol mesial temporal yanında sol insular ve bilateral anteriyor singulat korteks aktivitesiyle birlikte yüksek düzeyde anksiyete ortaya çıkardığı bulunmuştur.

DSM V’ e göre tanımlanan anoreksiya, bulimiya nevroza, tıkanırcasına yeme bozukluğu yeme bozukluklarında en sık karşılaşılan ve Bilişsel Davranış Terapisi çalışılan alt başlıklardır.

**Tartışma**

Anoreksiya Nervoza’ da BDT

Enerji alımında eksiklik olmasıyla oluşan düşük beden ağırlığı kilo alma korkusu, kilo alımını güçlü engelleme davranışları, ve beden imgesi bozukluğu olan AN hasta ve ailesi üzerinde ciddi etkisi olan mental rahatsızlıktır. Kişinin kendini değerlendiremediği vücut ağırlığını veya biçimini algılama bozukluğudur (Güleç ve Şahin 2011). AN başlıca üç ölçüte sahiptir; birincisi, kişinin kendisinin neden olduğu ağır rahatsızlıklara sebep olan şiddetli açlık. İkincisi, zayıflığa karşı geliştirilen dürtü veya şişmanlığa karşı şiddetli korku. Üçüncüsü, şiddetli açlığın sebep olduğu tıbbi belirti ve bulgu varlığıdır (Güleç Öyekçin ve ŞAHİN 2011). Bu nedenle Anoreksik hastalara eşlik eden klinik rahatsızlıkların başında anksiyete, sosyal uyum güçlüğü, tekrarlayıcı ve katı davranışlar görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

AN tedavisinde başta BDT olmak üzere Psikoterapi, Kişilerarası terapi, Yatarak tedavi, Eğitsel davranışçı terapi (EDT) gibi bir çok tedavi tekniği uygulanmaktadır. Yeme bozukluğu beden algısına dönük bir bozukluk olduğu için anoreksik hastalarda da BDT diğer terapi yöntemlerine göre daha etkili olmaktadır. BDT ’ de rahatsızlık oluşturan düşüncelerin ortaya çıkması ve kilo almaya karşı oluşturulan korku ve direncin altındaki sebepler sorgulanmaktadır (Maner ve Aydın 2007). Pike ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir araştırmalarında, Anoreksiya Nervoza tanısı almış ve hastaneden taburcu edilmiş 33 kadın hastayı randomize olarak BDT ve beslenme danışmanlığı gruplarına ayırmıştır. İki yaklaşımında koruma tedavisindeki etkinliklerini başta nüks, tedaviyi bırakma ve tam iyileşme oranları olmak üzere çeşitli parametreler açısından karşılaştırmışlardır. Beslenme danışmanlığı, özgül bir diyet analizi ve dengeli beslenme planıyla yapılan destekleme yöntemidir. 33 hastaya bir yılda 50 bireysel seanstan gerçekleşen terapi süreci uygulanmış ve BDT uygulanan hastaların Morgan- Russell kriterlerine daha yüksek oranda iyi sonlanım elde ettiği saptanmıştır.

Bulimia Nervoza’ da BDT

Bulimia nervoza genelde genç kızlarda ve kadınlarda görülen, ara sıra oluşan aşrı yemek yeme, kilo alma fakat bir yandan da kilo alımını durdurmaya çalışma eylemindeki karakterize bozukluktur (Halmi 2000). Bu hastalar 16-24 yaş aralığında normal veya normalin üzerinde kiloda olanlardır (Öztürk ve Uluşahin 2008). Patolojik olarak hasta yemeyi durduramadığı için kusmakta, aşırı egzersiz yapmakta veya çeşitli ilaçlar kullanmaktadır. Bulimia Nervoza olan kadınların %7-40 ‘ ında amenore, % 37-64’ ünde menstruasyon düzensizliği görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008). Buna ek olarak BN olan bireylerin yüksek düzeye genetik olarak bu hastalığı taşıdığı, özgeçmişlerinde çocukluk çağı cinsel travma öyküsü olduğu ve aile içi sorunların çok olduğu saptanmıştır (Halmi 2000).

Russell (1979), Bulimia nervozanın ilk formal tanııtmını yapmış ve bu hastalığın tedavisinin zor olduğunu açıklamıştır. Ayrıca kronik bir rahatsızlık olduğu, yüksek oranda relapslar ve kalıcı klinik belirtiler seyrettiği saptanmıştır (Herzog ve ark. 2006). Kişinin işlevselliğini, sosyal uyumunu bozan bu rahatsızlığın tedavisi ile ilgili araştırmalar giderek artmaktadır (APA 1994). Sonuç olarak ise psikofarkolojik ve psikolojik tedavilerle özellikle BDT yaklaşımının etkili tedavi şekli olduğu ortaya koyulmuştur. Bunun en büyük nedeni BDT’ nin özgül kuramsal yaklaşım olması; BN ‘ nin bilişsel kuram açısından nasıl ele alındığı ve bu kuramla tedavisinin ayrıntılı açıklandığı kitabın yayınlanmış olmasıdır (Fairburn 1985). Daha sonra deneysel yöntemlerle yapılan araştırmalarda da BDT en etkili tedavi şekli olmaktadır (Fairburn 1988). Bu yüzden Bulimia Nervozanın psikolojik tedavisinde ilk seçenek BDT olarak önerilmektedir (Agras 2014). Bulimia Nervozayı taşıyan hastalarda aşırı diyet, kusma, laksatif kötüye kullanımı, yemek ve yeme ile ilgili düşünce uğraşları, beden biçimi ve kilodaki duyarlılık görülmekte ve bunlar beden biçimi ve ağırlığı aşırı derecede önemlidir inancını taşımaktadırlar. BDT’ nin gelişim temeline baktığımızda Bulimia Nervoza’ nın bilişsel modeli üzerine olduğunu görmekteyiz (Fairburn 1985, ilson ve Fairburn 1993).

Bulima Nervoza hastalarına BDT olarak üç aşama uygulanır. Birinci aşamadaki tekniklerde diyet kısıtlaması azaltılır, yemeye direnme açısından bilişsel ve davranışsal başa çıkma yolları geliştirilir. Buradaki yaklaşım Beck’ in (1976) depresyon için geliştirdiği bilişsel terapiden model alınmıştır.BN hastalarından kilo, yeme ve beden biçimine ilişkin düşünce ve tutumları sorgulatılır, değiştirmeleri için düşünmeleri istenir. İkinci aşamada giderek artan bilişsel bir odaklanma söz konusudur. Üçüncü aşamada ise tedavi sonucu gelişen iyilik durumu sürdürülür, relapsın önlenmesi hedeflenir, bilişsel ve davranışçı bileşenler devam ettirilir (Erol ve Yazıcı 1999). Ek olarak yeme nöbetleri, kusmaları ve diğer psikiyatrik belirtiler için antidepresanlar etkili olmaktadır (Fairburn ve ark. 1986).

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ‘nda BDT

Bu bozukluk kişinin kısa zaman aralıklarıyla yiyebileceğinden çok daha fazlasını tüketmesi ve bu sırada kontrol kaybı yaşamasıyla ortaya çıkan bir yeme bozukluğudur. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun temel özelliği, bulimia nervozo gibi kusma, ilaç kullanma, yeme alışkanlığını dizginleme gibi eylemlerin bulunmamasıdır (TURAN,POYRAY ve ÖZDEMİR 2015). Tıkanırcasına yeme davranışından ilk kez Albert Stunkard yarım yüzyılı aşkın bir süre önce bahsetmiştir (Stunkard 1959). Klinik bir tablo olarak 1991 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından tanı ölçütü olarak kullanılmıştır. DSM V’ e göre (APA 2015); ‘’Beslenme ve Yeme Bozuklukları’’ bölümünde kendine özgü tanı ölçütü olan yeme bozukluğu olarak adlandırılmıştır (TURAN,POYRAY ve ÖZDEMİR 2015)

Bu bozukluğa eşlik eden psikiyatrik hastalıklar; duygudurum bozuklukları, anksiyete, kişilik bozukluklarıdır (Dingemans ve ark. 2002, Herzog ve Eddy 2007). En çok karşılaşılan tanı ise majör depresyondur (Dingemans ve ark. 2002). Kişilik bozukluklarına detaylıca değindiğimizde kaçıngan, borderline ve obsesif kompulsif olduğu saptanmıştır (Van Hanswijck De Jonge ve ark 2003).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu genelde obezite ile sonuçlanmaktadır. Yenen yemeğin yakılan enerjiden fazla olması ile vücut yağ kitlesinin artması obeziteye yol açmaktadır. Araştırmalara göre obezitede; tıkanırcasına yeme bozukluğu, bipolar afektif bozukluk, majör depresif bozukluk , şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar eş tanı olarak karşımıza çıkmaktadır (Oğuz ve ark 2016). Ayrıca obezite nedeniyle tedavi olmak isteyenlerin; kişilik bozuklukları, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, uyku bozuklukları ve tıkanırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromuna daha sık rastladığı görülmüştür ( Özdel ve ark 2011; Colles ve ark 2007; Horne 2011).

TYB ‘ nın tedavisinde ki temel hedef; tıkanırcasına yeme nöbetlerinin yok olması ve sağlıklı yeme alışkanlığının kazanılması, istikrarlı bir kiloya ulaşılması, obeziteye bağlı ve diğer ruhsal hastalıkların tedavisini gerçekleştirmedir (Turan,Poyraz ve Özdemir 2015). Bu bozuklukta temel hedeflerin sağlanması için Bilişsel Davranış Terapisi (BDT), Kendi Kendine Yardım Terapisi (KKYT), Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi (DYKVT), Motivasyonel Terapi (MT), Psikoterapi yöntemleri ve Bariatrik Cerrahi (BC) uygulanabilmektedir. Farmakolojik açıdan baktığımızda başlıca üç grup ilaç kullanılmaktadır; antidepresanlar, antiobezite ilaçları ve antiepileptikler. Tıkanırcasına yeme bozukluğunda kullanılması amacıyla farklı ajanlarda (disülfiram, ghrelin, opiat antagonistleri, krom pikolinat) araştırılmaktadır. Rea ve Grilo’ nun (2008) yaptığı bir araştırmada ilaç tedavisinin (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, sitalopram,essitalopram, atomoksetin, topiramat, zonisamid, sibutramin) kısa dönemli etkili olduğu saptanmıştır. Bu yüzden BDT yaklaşımı uzun süreli olarak ve ilaç kesilmesinden sonra ki dönemde de etkisinin devam etmesi açısından yararlı görülmektedir. TYB’ nin tedavisinde en iyi oalrak görülen tedavi BDT’ dir (NICE 2004, Vocks ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2010, Ricca ve ark. 2010). BDT yaklaşımında otomatik düşünceler ve bunların altında yatak inançlar incelenmektedir. Psikiyatrik hastalıklara yol açan çarpık düşüncelerin saptanması ve düzeltilmesi, sosyal açıdan iyi ilişkiler kurulması, eski davranışların iyileştirilmesi BDT ile gerçekleşmektedir. BDT bu hastalık üzerinde katı diyet yapma, kişinin dış görünümü ve kilosu üzerindeki düşünceleri ve düşük özgüvenini hedef alır ( Devlin ve ark. 2007). Bu bozukluk ortalama 20 seans sürmekte ve 3 aşamadan oluşmaktadır (Fairnburn ve Cooper 1993). 1. Evrede ( 1-8. seans) psikolojik eğitim ve davranışçı tetkikler sağlanır, 2. Evrede (8-16. seans) Bilişsel tetkikler sağlanır, 3. Evrede (16-20) ise tedavi sonlandırılmaya başlar; son dört seansta elde edilen kazanımların sürdürülmesi eski alışkanlıklara karşı yenilmenin önüne geçilmesi sağlanır. Böylece hastalar bir daha bu duruma düşmeyeceğine inanabilir ve hastalığın tekrar nüksetmesinde öğrendiği teknikler ile neler yapabileceğinin farkında olur (Turan ve ark. 2015).

**Sonuç**

Yeme bozukluğuna eşlik eden bir çok psikiyatrik rahatsızlık vardır. Kişilere kalıcı terapi olması için BDT uygulanmakta böylece otomatik ve çarpık düşünceleri, yanlış inançları iyileştirilmektedir. Yeme bozukluğunda en etkili terapi olarak görülen BDT uzun sürmekte ve hastanın iyileşmesinden sonra da hayat boyu rahatsızlığı ile baş etmesini sağlamaktadır.

**Kaynakça**

Güleç Öyekçin D, Şahin ME. Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2011; 1:15

Fairburn CG, Harrison PJ.Eating disorders. Lancet 2003;361:407-16

Cankat S (1997) Anoreksiya nervoza etyopatıjenezi. Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları, F Çuhadaroğlu (Ed), Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1, Ankara,s.39-41

Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara,2008.

Halmi K, Agras WS, Crow S ve ark. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arcb Gen Psychiatry* 2005; 62:776-81

Zincir SB. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches İn Psychiatry 2014; 6(4): 389-400

Güney E, Kuruoğlu AÇ. Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Doç. Dr., Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:93-101

Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B,Sungur MZ. Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2016;8(2):133-144

Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(4):419-435

Bulut NS, Küpeli N, Bulut GÇ, Topçuoğlu V. Anoreksiya Nervoza’ da Psikososyal Tedaviler. . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2017; 9(3):329-345

Erol A, Yazıcı F. Bulimia Nervozada Tedavi. Yrg.Doç.Dr. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir. *Klinik Pskiyatri* 1992;2:172-178

Alantar Z, Maner F. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:97-104

Brewerton TD, Shannon M. Possible clozapine exacerbation of bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 1992;149:1408-1409

Nozoe S, Naruo T, Yonekura R ve ark. (1995) Comparison of regional cerebral blood flow in patients with eating disorders. Brain Ress Bull,36(3):251-255

Frank GK, Brailer UF, Henry S ve ark. (2004) Neuroimaging studies in eating disorders. CNS Spectrum, 9(7):539-548

Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *İnt J Eat Disord* 2006;39:364-8.

Agras WS, Lock J, Brandt H, Bryson SW, Dodge E, Halmi KA et al. (2014) Comparison of 2 family therapies for adolacent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. JAMA Psychiatry,71:1279-1286

Van Hanswjick De Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G (2003) The Prevalance of DSM IV Personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. Psychol Med,33:1311-1317

Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF(2002) Binge eating disorder. Int J Obes, 26:299-307

NICE(2004) Eating disorders- Core inventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, related eating disorders. NICE Clinical Guideline No:9.London, National Institue for Clinical Excellence.

Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A(2007) Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. In: Clinical Manual of Eating Disorders,(Eds Yagers, PS Powers): 195-207. Arlington, American Psychiatric Publishing.

Fairburn CG, Cooper Z(1993) The eating disorders examination. In Binge Eating: Nature Assement and Treatment, 12th ed. (Eds CG Fairburn,Gt Wilson): 317-360. New York, Guilford Press.