

# Birinci Basamak Hekiminin Yeme Bozukluğu Yakınmasına Yaklaşımı: Bir Olgu\*

APPROACH OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN TO EATING DISORDERS: A CASE PRESENTATION

Pemra C. Ünalın<sup>1</sup>, Serap Çifçili<sup>2</sup>

## Özet

22 yaşında üniversite öğrencisi bayan hasta kendi isteği ile polikliniğimize başvurdu. Tikanırcasına yemek yeme dönemleri ardından kendi kendini kusturuyordu. İlk görüşmede yeme bozukluğu ve depresyon tanılarının yanı sıra disosiyatif belirtiler saptandı. Özgeçmişinde ve psikososyal öyküsünde erken baba kaybı, parçalanmış aile, ekonomik kısıtlılıklar ve özgüven düşüklüğü ifade etmesine rağmen okul başarısı azalmamıştı. Hasta, 1 ay önce başvurduğu psikiyatri hastanesinde verilen, anti-depresan ve düşük doz antipsikotikten oluşan tedaviyi düzenli kullanmaktaydı. Fluoksetin, dozu iki kat artırılarak (40 mg tablet/gün), olanzapin'in ise (5 mg tablet/gün) önerildiği gibi kullanılması planlandı. İkinci görüşmede, yeme bozukluğundaki risk faktörleri sorgulanarak tıbbi öykü tamamlandı. Majör depresif bozukluk ve bulimiya tanısı, histerik kişilik, disosiyatif bozukluk, cinsel istismar şüphesi ve intihar eğilimi nedeniyle aynı gün psikiyatri konsültasyonu sağlandı. İzlenen hastamız, 2 ay sonra, ilaç ve kombine psikoterapiye devam etmekteydi, okulunda yıl sonu sınavlarını başarı ile tamamlamış, kendisine bulduğumuz yarı-zamanlı bir işte çalışmakta, üvey babasından boşanmak üzere dava açan annesiyle ayrı bir evde yaşamaktaydı. Bu olgu aracılığı ile yeme bozukluğu şikayeti ile birinci basamağa başvuran bir hastada öykü alma sürecinin özellikleri, birinci basamak hekimine düşen görevler ve mültidisipliner yaklaşım ilkeleri gözden geçirilecektir.

**Anahtar sözcükler:** Bulimiya, yeme bozukluklarında primer korunma, etiyoloji

## Summary

A 22 year-old female patient complaining of binge eating and self-induced vomiting visited our out-patient clinic by her own interest. At the first interview, besides eating disorders and depression, dissociative symptoms were also diagnosed. Although her medical and psychosocial history included early loss of his father, family dissociation, lack of social and economic support and decrease in self-esteem, there was no problem with her school success. The patient was told to duplicate the SSRI class antidepressant drug dosage (fluoxetine tb. 40 mg/day) combined with a low dose antipsychotic drug (olanzapine tb. 5 mg/day) which had been prescribed a month ago in a psychiatric hospital, but used irregularly. At the second interview, history taking was completed assessing risk factors for eating disorders. At the same day a psychiatric consultation was organised in order to confirm the diagnose of major depressive disorder and bulimia nervosa and to evaluate the patient concerning hysteric personality, dissociative disorder, sexual abuse, and suicidal intention probabilities. After two months of drug and psychotherapy, the patient had passed her final exams at school, was working at a part-time job which we had arranged for her, and had moved to a new apartment with her mother who was divorcing with her step-father. By discussing this case, history taking, steps to be taken by a primary care physician and multi-disciplinary approach to eating disorders in primary care will be revised.

**Key words:** Bulimia, primary prevention in eating disorders, etiology

\* II. Ulusal Aile Hekimliği Günleri Sivas, 2003'te poster olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr.

<sup>2</sup>) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Öğretim Görevlisi.

**Y**eme bozukluğu şikayetiyle birinci basamağa başvuran bir olgu aracılığıyla, alma süreci ve dikkat edilmesi gereken noktalar hatırlatılarak, mülti-dipliner yaklaşımın gereği tartışılacaktır.

## Olgu Sunumu

Randevuyu alırken "Ama hemen görüşelim. Çok sıkıntım var." demişti. Randevu gününde, 22 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi, güncel moda uygun giyinmiş genç bir bayan hasta ile karşılaştım.

Şikayetini; "Çok iştahlıyım, olur olmadık zamanlarda canım yemek istiyor. Kalkıp buzdolabının başına gidiyor, kendimi kontrol edemiyorum, yemekleri ısıtmaya bile gerek duymadan atıştırıncasına yiyorum. Sonra öyle şişiyorum, öyle doluyorum, öyle pişman oluyorum ki gidip kusuyorum, kusmak için uğraşıyorum. Üstelik bu kusturma işi gittikçe daha da zorlaştı." diye bir çırpıda anlattı.

DSM IV sınıflamasına göre bulimiya nervoza tanı ölçütleri;<sup>1</sup>

A. Yineleyen tıkanırmasına yemek yeme dönemleri.

Bu dönemlerin iki ana özelliği vardır.

1. Aynı zaman dilimi içinde ve aynı koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği kısa sürede yiyebilme,

2. Bu dönemde yemek yeme denetiminin tamamen ortadan kalktığı duygusu,

B. Kilo alımını önlemek amacıyla kendi geliştirdiği yöntemlerle kusma, laksatif ve diüretik kullanımı, lavman yapma ya da diğer ilaçlar, aşırı egzersiz gibi davranışların yinelenmesi.

C. Tıkanırmasına yeme ve kusmanın üç ay süreyle haftada en az iki kez yinelenmesi.

D. Kendini değerlendirmede vücut şekli ve kilonun aşırı ve anlamsızca önemsenmesi.

E. Bu değişikliklerin anoreksiya nervoza dönemlerinde ortaya çıkmıyor olması.

Tıkanırmasına yemek yeme epizodları psikiyatrik ve psikolojik zorlukları olan kişiler tarafından bazı duygulanımlarla başa çıkma yöntemi olarak kullanılabilir. Olumsuz duygulanımlardan kaçmak, kusmanın ardından gelen "rahatlama-gevşeme" hissini kullanmak avantaj gibi görünse de bu hisler yerini hızla depresyon ve sağlıkla ilgili kaygılara bırakır. Ortaya çıkan olumsuz hislerin yeniden "tıkınma" davranışına yol açması halinde bir kısır döngü oluşur.<sup>2</sup>

Not almayı bırakıp parmaklarına doğru baktım, "Yazı yazarken sağ elinizi mi kullanıyorsunuz?" "Evet" sağ el işaret ve orta parmaklarında dermatit ve lateral yüzlerinde nasırlaşmalar olduğunu gözledim. Sabırsız, zaman, zaman gözleri yaşaran ama ses tonunda hiç bir değişiklik olmadan duygulanımı değişen, konuşkan bir hastaydı. Hastanın anlatımındaki hız göze batıyordu.

Yeme bozukluğu olan hastalardaki savunma mekanizmalarından biri de hareketlilik. Bunu bitkinlik ve yorgunluğu bastırmak için kullandıkları düşünülebilir.<sup>3</sup>

Anlatmaya devam etti. "1.5 yaşında babam öldü. Annem ben 4 yaşındayken yeniden evlendi. Ben anneannem ve dedemle kalmaya devam ettim. Çünkü üvey babam beni istememiş. Ne zaman onlara gitsem, mesela yaz tatiline falan, hep başıma kakardı. "seni yedirip, içiriyorum, ben sana bakmak zorunda mıyım?" derdi. Galiba benim kafamda bu var. Yemek yerken hep suçluluk hissediyorum, ama bir taraftan da hırslımı, öcümü alır gibi tükiniyorum."

Sorulara rasyonel bir yaklaşım bulmaya çalışırlar.<sup>3</sup>

Hikayesi; Bu yakınma 4-5 aydır sürmekteydi, lise sonda, üniversite sınavlarına hazırlık yaparken de benzer bir dönem yaşamıştı: O sıradaki yakınmasının sadece kontrolsüz yeme ve kendi kendini kusturma atakları olduğunu ama şu an kendini daha tedirgin hissettiğini söyledi. "Ama bu sefer biraz daha farklı. Akşamları aklıma korku düşüyor, ne için bilmiyorum, içim sıkılıyor, ne yapacağımı bilemiyorum. Evdeki diğer kızlarla konuşmak istemiyorum. Zaten herkesin günlük programları birbirinden çok farklı. Bazı akşamlar beraber yemek yiyelim diye sofraya hazırlıyorlar. Ama ben önceden yemiş oluyorum. Bir de onlarla oturup yemek yiyemem ki, ya sonra yeniden acıkırsam diye de düşünüyorum. Bir de sofraya oturup yersem..."

Bir ay önce annesinin zoruyla ve beraberce bir psikiyatri hastanesine başvurmuş. Yatış önerilmiş. "2 gece ancak dayanabildim. Oradaki hastalar benden çok ağırılar, orada kalamadım. Annemi çağırdım. Gelip beni çıkarttı. Ama ilaçlarıma devam ediyorum." Önerilen ilaçları; (fluoksetin 20 mg. tb. 1x1 sabah ve olanzapin 5 mg. tb. 1x1 akşam) düzensiz kullanılmaktaydı.

Özgeçmiş; Bilinen bir sağlık sorunu yok. "Ama ilkokuldayken alerjik öksürüğüm vardı galiba... Üvey babam geceleri odama gelip, ağzımı kapatırdı. "Sus uyuyamıyorum." derdi."

Alışkanlıkları; Sigara içmiyor, bazen sosyal ortamlarda alkollü içki içiyor, aralıklı olarak spor yapıyor, spor yapmayı çok seviyor ama okul dönemlerinde pek fırsat bulamıyormuş. Ayırdığı besin yok, her türlü gıdayı tüketebiliyor.

Adetleri düzenli. Herhangi bir hormon ilacı kullanmıyor.

*Soy geçmişi:* Babasında koroner arter hastalığı, 32 yaşında aniden vefat etmiş. Anne bir kaç kez depresyon nedeniyle tedavi görmüş; halen ilaç kullanmaktaymış.

*Psikososyal öykü:* Doğum öyküsü, normal. 1.5 yaşında iken babasının kalp hastalığı nedeniyle ani ölümü sonrasında anne-kız, anneanne ve dede ile beraber yaşamaya başlamışlar. 4 yaşına geldiğinde annesi ikinci evliliğini yapmış. Aynı şehirde yaşamasına rağmen hastamız anneanne-dede ile yaşamaya devam etmiş. Okul tatillerinde annesinin yanında kalıyormuş. " Ben annemin yerinde olsaydım kızımı geride bırakır mıydım? Bilmiyorum..." 11 yaşında anneannenin vefatı sonrasında anneüvey baba ile yaşamaya başlamış. Hiç okul problemi ya da arkadaşlarıyla iletişim sorunu olmamış. Annesinin ikinci evliliğinden olan kız kardeşi ile çok iyi anlaşıyor, çok seviyormuş. Ama üvey babası onun kızıyla arkadaşlık etmesini istemediğini, hatta derslerine bile yardım etmemesini söylüyormuş. Ortaokulu bitirdikten sonra üvey babasının "Yeter artık bunu daha ne kadar besleyeceğim?" sözlerine tanık olmuş, "Evden ayrılmamı istiyordu diye hissettim." "Ben annemin yerinde olsaydım o yaştaki kızımın yurttan yaşamasına izin vermezdim". O zamandan bu yana Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği'nin öğrenci evinde kalıyormuş. Aralıklı olarak yarı-zamanlı işlerde çalışmış. "Çalışmak iyi oluyor. Çünkü annem bana her zaman harçlık veremiyor. Üvey babamdan gizli biriktirdiği için... İşim olunca benim de aklım işle meşgul oluyor. Başka şeyler düşünmüyorum." En son çalıştığı yarı-zamanlı işten bu kış, sınav dönemi nedeniyle ayrılmış.

Zaman zaman erkek arkadaşı olmuş. Şu an kimseyle flört etmiyor. Cinsel deneyimi olmadığını vurguluyor.

Fakülte başarısı ortanın üstünde. Dönem kaybı yok.

*Mental durum muayenesi:* Hastanın özbakımı yerinde, giyimi yaşına ve ortama uygun, koopere, konuşması rahat, spontan ve hatta hızlı denebilecek kadar akıcı, mimikleri oldukça az ve donuk, duygulanımı kısıtlı, anlatıklarına eşlik edecek duygusal bir reaksiyon oluşturmakta zorlanıyor, anhedonik, "kontrolümü kaybedeceğim", "aklımı kaçıracam" gibi kaygıları olduğunu tekrarlıyor, düşüncelerin aktarımı sırasında bağlantı kurabiliyor, dil uygun, düşünce içeriğinde üvey babasının kendisine yönelik yorumları ile meşgul, odada onu izleyen birinin varlığı şeklinde tarif ettiği halüsinasyonları ve depersonalizasyon bulgusu mevcut. Yönelim ve bellek kusuru yok.

Yeme bozukluğu tanısı almış ergenlerde impuls kontrolü zayıftır, depresyon, anksiyete, perfeksiyonizm, duygularda karmaşıklık hissi ve kişilik sorunları izlenebilir.<sup>2</sup>

"Kendi fiziksel görünüşün hakkında ne düşünüyorsunuz?"

"Şişlik içindeyim, bir ayda iki beden büyüdüm, çirkinim, aynaya bakınca sanki yaşlı bir kadın görüyorum."

Bulimiya ve anoreksiya nervozada hastaların, beden imgelerini ve bedenleriyle ilgili ölçüleri yanlış algılamaları söz konusudur. Bu durum aynı zamanda bedenin kendilikle bütünleşmesini de güçleştirir. Bu güçlük, bedene saygısızlık, onun bir yük olarak ya da değersiz algılanma ya da kendi bedenini algılayamama gibi durumlara neden olabilir.<sup>3</sup>

*Fizik muayene:* Sol el bileği iç ve dış yüzünde kesik izleri saptandı. Hastamız lise yıllarında kendi kendine zarar vermek isteği ile bu kesikleri yaptığını anlattı ve trikotillomani tarif etti. Başka bir özellik saptanmadı, boy 1.62 cm, ağırlık 56 kg idi. Ödem yoktu. Tiroid fonksiyon testleri istendi. Bulimiya ve depresyon tanıları ve disosiyatif belirtilerin varlığı nedeniyle SSRI dozu iki katına çıkarıldı (fluoksetin 40 mg. tb. 1x2 sabah) ve tarif edildiği gibi, olanzapin 5 mg. tb. 1x1 akşam kullanmaya devam etmesi önerilerek 2 hafta sonrasına randevu verildi.

Bulimiya, etiyojisi biyo-psiko-sosyal modeller ile açıklanabilen bir yeme bozukluğudur. Risk faktörü olarak; erken yaşlarda diyet yapma alışkanlığı, zayıf görünümün onaylandığı toplumsal yaklaşım gibi sosyal etkenler, genetik yatkınlık gibi biyolojik etkenler, kişilik özellikleri, aile içi iletişim problemleri, anababa desteğinin eksikliği, suçluluk duygusu, stres yaratan erken çocukluk çağı deneyimleri, düşük kendine güven hissi gibi psikolojik etkenler sayılabilir.<sup>4</sup>

2. Görüşmede öyküde istismar varlığının sorgulanması amaçlandı. "Hayatında iyi hatırlamadığın bir dönem, bir olay ya da hatırlamaktan rahatsız olduğun bir an var mı?", "İlkokul yıllarımı pek hatırlayamıyorum. Birde, anneanneme üvey babamın bana cinsel organını gösterdiğini anlatmışım ama bu olayı hatırlamıyorum."

"Kendi vücudunu hissetmediğin, ya da bir değişiklik oluyormuş gibi gördüğün oluyor mu?" "Evet, bazen odada yalnızken sanki beni izliyorlarmış gibi geliyor, odada birisi daha var gibi, otobüs gibi kalabalık yerlerde de aynı hisse kapıldığım oluyor. Ders çalışırken de sanki hipnozla uyutulmuşum, uçuyorum gibi hissediyorum. Bazen yaşadığım ortama dışardan, uzaktan bakan biriymiş gibi oluyorum. Ama beni en çok rahatsız eden şey kendimi aynada yaşlı ve şiş olarak görmem. Oysa 36-38 beden giyiyorum."

Bulimiyada, anoreksiya nervozaya kıyasla, çocukluğun işlevsel olmayan bir aile yapısı içinde yaşanmış olmasına, fiziksel ve cinsel istismara daha sık rastlanır.<sup>5</sup>

"Bu saydıklarım arasında ilk önce düzelmesini istediğin hangisi?"

"İç sıkıntılarım ve korkularım. Bazen o kadar içim sıkılıyor ki, ölsem daha iyi kurtulurum diyorum. Bu yüzden insanlarla görüşmek de istemiyorum. Dayanamıyorum"

Hastaya, bulimiya ve majör depresif bozukluk tanısı konuldu.

Depresyon, bulimiya ile birlikte en sık rastlanan bozukluklardandır. Ayrıca alkol ve ilaç kötüye kullanımı ile kendi kendine zarar verme davranışları da eşlik edebilir.<sup>6</sup> Histerik ya da şizoid kişilik: Bulimiya olgularının 1/3'ünde kişilik bozukluklarına rastlanır.<sup>7</sup> Disosiyatif bozukluk, cinsel istismar ayırıcı tanıları ve intihar eğilimi nedeniyle acil psikiyatri konsültasyonu öngörüldü. Aynı gün uzman bir psikiyatristle görüşmesi sağlandı.

Bulimiya ya da tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda olmayanlara oranla belirgin olarak daha fazla sağlık problemi, fonksiyon kaybı, uykusuzluk, psikososyal stres ve intihar düşünceleri olduğu belirtilmiştir.<sup>8</sup>

İlaç tedavisi yanında bir psikolog ve diyetisyen ile işbirliği yapılarak sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilen ve kognitif davranışçı yöntemin kullanıldığı düzenli bir terapi sürecine giren hastamız, 2 ay sonra, bulduğumuz yarı-günlü işte çalışmaya başladı. Okulunu 75 ve üstündeki yıl sonu notları ile tamamladı. Üvey babası ile boşanmak üzere dava açan annesiyle beraber ayrı bir evde yaşıyor. Psikiyatri kliniğinden aldığımız geri bildirimlere göre terapi görüşmelerine ve ilaç tedavisine devam ediliyor.

Hastalarla, hastalıktan daha çok sağlık üzerine odaklanmış olan açık ve uygun bir iletişimin kurulması ve içinde aile hekimi, diyetisyen, psikiyatrist psikolog gibi her birine ayrı birer rol düşecek olan bir ekip yaklaşımın kabullenilmesi sağlanmalıdır.<sup>9</sup>

## Tartışma

Bulimiya olgularının %50'si tedaviye çabuk yanıt verir. Relaps ve remisyonlara rastlanması da olasıdır.<sup>10</sup> Bulimik hastalara yaklaşım iyi araştırılmış, kanıta dayalı tedavi şemaları oluşturulmuştur. Tedavi dört ana unsur taşır. Bunlar, hastalığı erken dönemde fark etmek, fizyolojik dengeler bozulmadan sağaltımını yapmak, ergenle güvene dayanan terapötik bir ilişki kurmak, aileyi tedaviye dahil etmek ve disiplinler arası bir takım yaklaşımını oluşturmaktır.<sup>11</sup> Tedavi, çoğunlukla poliklinik hizmeti içinde yürütülür. Davranış terapileri ve antidepresan ilaçlar semptomların giderilmesinde etkilidir. Medya aracılığıyla toplum içinde oluşturulan "güzel kadın" kav-

ramını değiştirebilmek için ise çok daha etkili girişimler gerekecektir.<sup>12</sup>

Gençlerde ortaya çıkan, birbirinin içinde izlenebilen sağlık sorunları ile kendini gösteren, kolayca kronikleşebilen ve sosyal desteğin iyileşmeye büyük katkısı olduğunu bildiğimiz bu durumdaki hastalara yaklaşım konusunda birinci basamak hekimi oldukça önemli bir role sahiptir. Hastalığın doğasında bulunan yadsıma ve problemini gizleme eğilimi hastayı sürekli gören ve tanıyan bir hekim tarafından daha kolay anlaşılabilir, yine uzun süreli işbirliğine dayanan terapisi sırasında birinci basamak hekiminin takibi psikiyatrist, diyetisyen ve psikoterapist arasındaki eşgüdümü ve terapinin etkinliğini sağlar. Özellikle yakın takibin bu hastaların psikoterapiye devamını anlamlı derecede olumlu etkilediği bilinmektedir.<sup>10</sup> Yaklaşımında esas konu, birincil korunmadır. Korunma amaçlı yaklaşımda, obezitenin, bulimiya ve anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları ile beraber ele alınması önerilmektedir.<sup>11</sup> Bu durumda, özellikle ergenlerde sık karşılaşılan ve yeme bozukluklarından daha çok sağlıklı yeme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ile uğraşan birinci basamak hekimleri, yeme bozukluğu şüphesi uyandıran bir olgu ile karşılaştıklarında; kilo, vücut algısı, yeme alışkanlıkları, yeme güdüsünün kontrolü, beslenme, bu konudaki korku ve kaygılar ile ilgili sorular sormalıdır. Ergenin kendine olan güvenini arttıran, kendi yaş grupları arasında iletişim ve sosyal desteği cesaretlendiren girişimler bu gençlerin bazılarında birincil korunma sağlayabilir.<sup>13</sup> Birincil korunma amacıyla geliştirilmiş pek çok eğitim programı vardır (Tablo 1). Bunlar ergenlere benzer mesajları aktarmayı hedeflerler. Bu eğitim programlarındaki ilkelerin ergen eğitim yöntemleri kullanılarak gençler, eğiticiler ve ailelerle paylaşılması birinci basamak hekimi tarafından gerçekleştirilebilir.<sup>14</sup>

**Tablo 1**

Stanford yeme bozuklukları semptom önleme programı<sup>14</sup>

1. Kızlarda, kilo alımı pubertenin normal ve gerekli bir parçasıdır.
2. Ağır kalori kısıtlaması, ideal kilonun uzun süreli kontrolü için etkili bir yol değildir.
3. Kalori kısıtlaması kilo alımını aktive edebilir.
4. Gençler, ince vücut yapısını ve diyet yapılımasını özendirilen kültürel baskılara karşı durabilmeyi öğrenebilirler.
5. Gençler, sağlıklı beslenme ve düzenli fizik aktivite konularında uygun

Birincil korunmada ilk yapılması gerekenlerden biri, ergenin sağlıklı beslenme konusunda uygun davranış geliştirebilmesidir. Bunun için beslenme öyküsünün alınması ve değerlendirilmesi gerekir. Beslenme öyküsünü almak için pek çok yöntem vardır. Kişinin son 24 saatlik besin tüketiminin sorgulanması, daha sonra da besin

tüketiminin sıklığı ve beslenme alışkanlıklarını öğrenebilmek için belli bir süre boyunca yediklerinin kaydını tutması birinci basamakta uygulanabilecek bir yöntemdir. Bu yöntemle elde edebileceğimiz bir diğer kazanım da hastanın kendi beslenme davranışlarının, tükettiği besinlerin ve miktarlarının farkına varmasıdır. Daha sonra tüm veriler değerlendirilerek uygun olmayan beslenme davranışları belirlenir, sıralanır ve birer birer bu davranışların bırakılması değil, yerine doğru davranışın konması ya da hiç olmayan davranışın kazanılması için çalışılır.<sup>15</sup>

#### Kaynaklar

1. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. baskı. Washington DC, APA, 2000; 549-50.
2. **Abraham SF.** Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas. *Med J Aust, Young Women's Health* 2003; 178: 607-11
3. **Odağ C.** Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza. *Nevrozlar-2'de.* Ed. Odağ H. İzmir, Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 2001; 103-11.
4. **Steiner H, Lock J.** Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 352-9.
5. **Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME.** Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 509-17.
6. **Rastam M.** Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 819-29.
7. **Wonderlich SS, Swift WJ, Slotnick HB, Goodman S.** DSM-3-R personality disorders in eating-disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders* 1990; 9: 607-16.
8. **Fassino S, Abbate-Daga G, Pierro A, Leombruni P, Rovera GG.** Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychother Psychosom* 2003; 72(4): 203 (abstr).
9. **Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB.** Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine* 2001;31(8): 1455-66.
10. **Kreipe RE, Birndorf SA.** Eating disorders in adolescents and young adults. *Med Clin North Am* 2000; 84(4): 1027-49.
11. **Neumark-Sztainer D.** Obesity and eating disorders prevention: integrated approach. *Adolescence Medicine* 2003; 14(1): 159-73.
12. **Johnson WG, Schlundt DG.** Eating disorders: assessment and treatment. *Clin Obst & Gyn* 1985; 28(3): 598-614.
13. **Kreipe RE, Yussman SM.** The role of the primary care practitioner in the treatment of eating disorders. *Adolescent Medicine State of the Art* 2003; 14(1): 133-47.
14. **Karwautz A, Treasure J.** Eating disorders. *Young People and Mental Health'de.* Ed. Aggleton P, Hurry J, Warwick I. Chichester, Wiley, 2000; 73-90.
15. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research. (Özel sayı) *Special Issue of Journal of Nutrition Education* 1995; 27: 6.

Geliş tarihi: 01.09.2004

Kabul tarihi: 03.04.2004

#### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Pemra Ünalın  
Çiçekli Bostan Sok. MESA Koru Evleri  
C4 D: 2 Altunizade-İSTANBUL  
Tel: (0216) 327 56 12  
Faks: (0216) 325 03 23  
e-posta: punalan@marmara.edu.tr