

# Yeme Bozukluklarında İntihar Davranışı

## *Suicidal Behavior in Eating Disorders*

© Hatice Ayça Kaloğlu<sup>1</sup>, © Çiçek Hocaoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize

### ÖZ

Yeme bozukluğu olan kişilerin intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının genel toplumdan yüksek olduğu pek çok araştırma sonucunda gösterilmiştir. Psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek intihar oranına sahip olan hastalıklardan biri anoreksiya nervozadır. Yeme bozukluklarında artmış intihar davranışlarının olası nedenlerini açıklamak için bazı hipotezler öne sürülmüştür. Hem yeme bozukluğu hem de intihar davranışında, bedenden memnun olmama ve interoseptif kusurlar gibi ortak olan bazı durumlara atıf yapılmıştır. Psikiyatrik komorbidite varlığının, özellikle de depresyon ek tanısının, yeme bozukluğu hastalarında intihar riskini artırdığı kesin olarak gösterilmiştir. Yine de yeme bozukluğunda artmış intihar davranışı sadece komorbidite ile açıklanamaz. Joiner tarafından geliştirilen kişilerarası psikolojik intihar kuramı (KPIK) insanların neden intihar davranışlarında bulduklarını anlamaya ve bireysel intihar davranışlarındaki farklılıkları açıklamayı amaçlar. Yeme bozukluğu hastalarının kronik kısıtlayıcı besin alımı ve kusma gibi telafi davranışları acı verici ve vücut için zorlayıcı eylemlerdir. Acı verici ve zorlayıcı deneyimlerle tekrarlanan karşılaşmaların bireyde alışkanlık oluşturarak acıdan kaçınmayı azalttığı düşünülebilir. KPIK penceresinden bakıldığında; acıdan kaçınmanın azalması, bireylerin artmış intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlarını açıklayan bir faktör olabilir. Yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan klinisyenlerin düzenli ve kapsamlı intihar değerlendirmeleri yapmaları çok önemlidir. Yeme bozukluğu hastalarında başta majör depresyon olmak üzere, eşlik eden anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi komorbiditelerin atlanmayıp agresif biçimde tedavi edilmesi gerekir.

**Anahtar sözcükler:** Yeme bozukluğu, intihar, anoreksiya nervoza, interoseptif defisit

### ABSTRACT

Many studies have shown that people with eating disorders have higher rates of suicidal ideation, suicide attempts, and completed suicide than the general population. One of the diseases with the highest suicide rate among psychiatric disorders is anorexia nervosa. Some hypotheses have been proposed to explain possible causes of increased suicidal behavior in eating disorders. Some conditions common to eating disorders and suicidal behavior, such as dissatisfaction with the body and interoceptive deficits, have been cited. It has been conclusively shown that psychiatric comorbidity, especially the co-diagnosis of depression, increases the risk of suicide in patients with eating disorders. However, increased suicidal behavior in eating disorders cannot be explained by comorbidity alone. The interpersonal psychological theory of suicide (IPTS), developed by Joiner, aims to understand why people commit suicide and to explain the differences in individual suicidal behavior. Some researchers have thought that the increased suicidal behavior of people with eating disorders, especially anorexia nervosa patients, is expected from the perspective of IPTS. The compensatory behaviors of patients with eating disorders, such as vomiting or chronic restrictive food intake, are painful and challenging actions for the body. It can be considered that repeated encounters with painful and challenging experiences form a habit in the individual and reduce pain avoidance. When viewed from the IPTS perspective, decreased pain avoidance may explain the increased suicide attempts and completed suicides of individuals. Clinicians working with eating disorder patients must conduct regular and comprehensive assessments of suicide. Comorbidities such as major depression, anxiety disorder, and substance-use disorder should not be overlooked in patients with eating disorders and should be taken seriously.

**Keywords:** Eating disorder, suicide, anorexia nervosa, interoceptive deficit

### Giriş

İntihar kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. İntihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharların hepsi intihar davranışı olarak değerlendirilir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi, tamamlanmış intiharın en önemli yordayıcılarıdır (Jenkins ve ark 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınlanan "İntiharı önleme: Küresel bir zorunluluk" raporu her yıl 20 milyondan fazla kişinin intihar girişiminde bulunduğunu ve 800.000' den fazla insanın intihar nedeniyle öldüğünü tahmin etmektedir. İntihar, 15-29 yaşları arasında trafik kazalarından sonra ölümlerin 2.sıradaki nedenidir ve tüm ölümlerin %8.5' ini oluşturmaktadır

**Yazışma Adresi /Address for Correspondence:** Hatice Ayça Kaloğlu, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Ankara, Türkiye

**E-mail:** aycakaloglu@gmail.com

**Geliş tarihi/Received:** 27.12.2022 | **Kabul tarihi/Accepted:** 02.04.2023

(Fleischmann ve DeLeo 2014). İntihar nedeniyle ölen kişilerin psikiyatrik bir bozukluk tanısı olma oranının yüksek olduğunu saptamıştır (Cavanagh ve ark 2003, Arsenault-Lapierre ve ark 2004) Yeme bozukluğu olan hastaların intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının genel toplumdan yüksek olduğu pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir. (Harris ve Barraclough 1998, Pompili ve ark 2006, Carano ve ark 2012). İntihar yeme bozukluklarında mortalitenin önemli bir nedenidir (Chesney ve ark 2014).

DSM-5' de beslenme ve yeme bozuklukları sekiz alt başlıkta sınıflandırılmıştır. Bunlardan klinik olarak en sık görülen üçü; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğudur. Tıkanırcasına yeme bozukluğu ilk kez DSM-5 de ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (APA 2013). Anoreksiya nervoza iki farklı klinik alt tipte görülebilir. Tıkanırcasına yeme-çıkarma alt tipinde (bulimik tip) son 3 ayda tekrarlayan tıkanırcasına yeme ve çıkarma dönemleri olmuştur ve beden kitle indeksinin düşük olmasıyla bulimiya nervoza hastalarından ayrılır. Kısıtlayıcı alt tipte ise son 3 ayda yineleyici tıkanırcasına yeme ve çıkarma dönemleri olmamıştır. Diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo veren alt türdür.

Daha önce yayınlanan bir gözden geçirme yazısında, yeme bozukluklarında özkıyımaya bağlı kaba ölüm hızı %0-%5.3 olarak bildirilmiştir (Öncü ve Sakarya 2013). Şu ana kadar yapılan pek çok çalışma, tutarlı olarak yeme bozukluğu hastalarında özkıyım riskinin normal popülasyondan yüksek olduğunu göstermektedir (Ahn ve ark 2019, Rania ve ark 2021, Udo ve Grilo 2022) Bu yazıda yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışının sıklığı, intihar riskini artıran faktörlerin belirlenmesi ayrıca; yeme bozukluğu alt tiplerinin, ek psikiyatrik tanı varlığının intihar davranışları üzerine etkisini açıklayan güncel literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Böylece konuyla alakalı farkındalığın artacağı düşünülmüştür. Bu çalışma, yeme bozukluğu hastasıyla çalışan klinisyenlere, mevcut literatür verilerinin ışığında, olası intihar davranışı riskini anlamaya, öngörmeye ve yönetmeye dair bir çerçeve çizmeyi amaçlamaktadır.

## **Anoreksiya Nervoza ve İntihar Davranışı**

Anoreksiya nervozanın psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek ölüm oranlarından birine sahip olduğu kabul edilir. Genel popülasyondaki 15-34 yaşındaki kadınlarla karşılaştırıldığında, anoreksiya nervozalı kadınların erken ölme olasılığı yaklaşık 5.2 kat ve spesifik olarak intihar nedeniyle ölme olasılığı 18 kat daha fazladır (Keshaviah ve ark 2014).

Standardize Ölüm Oranı (Standardized mortality ratio SMR) genel nüfusa oranla belirli bir risk faktörü olan kişilerde, göreceli olarak intihar nedeniyle ölümü yansıtır. Belli bir ruhsal hastalığı olan kişilerde intihar nedeniyle ölüm oranı, genel popülasyonda aynı yaş ve cinsiyetteki kişilerle karşılaştırıldığında beklenen intihar oranı ile eşitse SMR 1 olacaktır. SMR "1" den büyük olduğunda intihar riski artmakta, "1" den daha düşük olduğunda intihar riski azalmaktadır. Preti ve arkadaşları (2011), 40 çalışmadan toplanan 16.342 anoreksiya nervoza hastasının standardize ölüm oranını (SMR) 31 olarak hesaplamıştır.

Anoreksiya nervoza hastalarının intihar düşünceleri farklı çalışmalarda %20-43 oranlarında bildirilmiştir (Favaro ve Santonastaso 1997, Milos ve ark 2004). Genel popülasyonda yaşam boyu intihar düşüncesi oranlarının %5.6-14.4 olduğu düşünüldüğünde (Nock ve ark 2008) anoreksiya hastalarında genel popülasyondan daha fazla intihar düşüncesi olduğu söylenebilir. Anoreksiya nervoza bulimik alt tipinde, kısıtlayıcı alt tipe oranla ölümcül olmayan intihar girişimi sıklığı daha yüksek görünmektedir (Pisetsky ve ark 2013).

## **Bulimiya Nervoza ve İntihar Davranışı**

Bulimiya nervoza hastalarında yaşam boyu intihar düşüncesi oranı anoreksiya nervoza hastalarına benzerdir: %15-38 (Favaro ve Santonastaso 1997, Milos ve ark 2004). Araştırmalar anoreksiya ve bulimiya hastaları için benzer ölümcül olmayan intihar girişimi oranı göstermiştir (Franko ve Keel 2006).

Bulimiya nervoza için 16 çalışmadan 1768 hastanın kayıtları incelenmiş ve SMR 7.5 olarak hesaplanmıştır. Bu meta-analizde yeterli çalışma olmadığı için tıkanırcasına yeme bozukluğu için SMR hesaplanamamıştır (Preti ve ark 2011). Yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışını inceleyen bir başka grup araştırmacı ise Preti ve arkadaşlarından farklı olarak bulimiya nervoza hastalarında SMR 30.9 olarak hesaplamıştır (Huas ve ark 2013).

Anoreksik ve bulimik hastalarda, intihar düşüncesi ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinin sıklığı benzer olsa da, anoreksiya hastalarında tamamlanmış intiharın daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bunun sebebi anoreksik hastaların bulimik hastalara göre daha ölümcül intihar yöntemleri kullanması olabilir (Guillaume ve ark 2011).

## Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ve İntihar Davranışı

Tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) ilk kez DSM 5' de ayrı bir hastalık kategorisi olarak ele alınmış olup daha önce başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları kategorisinde sınıflandırılmıştır. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun ayrı bir tanı olarak ele alınma süreci yaklaşık on yıllık bir süreci kapsadığından, TYB ve intihar davranışı arasında ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma vardır (Conti ve ark 2017)

Mevcut çalışmaların sonuçları incelendiğinde, TYB olan hastalarda intihar düşüncesi sıklığının %26.3 ile %51.7 arasında değiştiği (Ackard ve ark. 2003, Portzky ve ark. 2014) bulunmuştur. İntihar girişim sıklığı ise %2.3-34 olarak bildirilmiştir (Suokas ve ark 2014, McElroy ve ark 2016).

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun başka bir psikiyatrik bozuklukla birlikteliğinde, özellikle de majör depresyon ve bipolar bozuklukla birlikte olması durumunda intihar riskinin arttığını gösteren çalışmalar vardır (McElroy ve ark 2011, Welch ve ark 2016). Carano ve arkadaşları, aleksitimik özellikleri olan ve olmayan TYB hastalarını karşılaştırmış ve aleksitimik özellikleri olan TYB hastalarının daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi olduğunu saptamışlardır (Carano ve ark 2012). TYB olan ergenlerin intihar düşüncelerini değerlendiren bir başka çalışma ise, erkeklere kıyasla TYB tanısı olan kızlarda intihar düşüncelerinin daha yaygın olduğu bildirilmiştir. (Ackard ve ark 2011). Tablo-1' de yeme bozukluğunda intihar davranışını inceleyen, en geniş örneklemlerle çalışmaların bir özeti sunulmuştur.

Araştırma	Örneklem	AN	BN	TYB	Diğer yeme bzk..	İntihar girişim oranı	Tamamlanmış İntihar Oranı
Cliffe ve ark, 2020	4895	2266	1419	541	669	86,7	%0.04
Fichter ve ark, 2016	5839	1639	1930	363	1907	SMR-AN: *5.35	SMR-BN: *1.49
Ahn ve ark, 2018	899	213	344	150	192	%20,8	(veri yok)
Suokas ve ark, 2014	2462	913	1271	171	107	%6,3	%0.8

\*Fichter ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişimleri SMR (standardize ölüm oranı) olarak hesaplanmıştır.  
AN: Anoreksiya nervoza; BN: bulimia nervoza; TYB: tıkanırcasına yeme bozukluğu

## Yeme Bozukluğu ve İntihar İlişkisini İnceleyen Çalışmalar

Alanda daha önce yapılmış çalışmalar, yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışının bazı öngörücülerini saptamıştır. İntihar için öngörücü olduğu düşünülen başlıca belirtiler; eşlik eden komorbid psikiyatrik durumlar özellikle de depresyon varlığı (Bulik ve ark. 2008, Milos ve ark 2004) kusma ve diğer telafi edici davranışların varlığı (Pisetsky ve ark 2013, Portzky ve ark 2014). Madde kötüye kullanımı, dürtüsel davranışlar ve özellikler, B kümesi kişilik bozuklukları, panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, düşük kendini yönetme ve yeme bozukluğu şiddeti de intihar girişimleri ile ilişkilidir (Bulik ve ark. 2008). Anoreksiya nervozada düşük beden kitle indeksinin de intiharı yordayıcı olabileceği öne sürülmüştür (Button ve ark 2010, Lindblad ve ark 2006).

Yeme bozukluğu hastalarında intiharın öngörücülerini belirlemek için 2018 yılında yapılan bir çalışmada, toplam 899 yeme bozukluğu hastasının verileri incelenmiş ve hastaların %20.8' inde intihar girişim öyküsü olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, yeme bozukluğu alt tipinin intiharı yordayan en önemli faktör olduğunu bulmuştur. Kısıtlayıcı anoreksiya nervoza hastaları, bulimik anoreksiya hastaları ve bulimiya nervoza hastalarına göre daha düşük intihar girişim yüzdesine sahip olarak bulunmuştur. Öyküde self-mutilatif davranış varlığı, hastaneye yatış öyküsü, komorbid depresyon ve dürtü düzenleme bozukluğu da intihar girişimi için önemli risk faktörleri olarak bildirilmiştir. Anoreksiya nervoza hastalarında eşlik eden anksiyete bozukluğu, depresyon, hastalık süresi ve düşük beden kitle indeksi intihar girişimiyle daha ilgili gibi görünürken; bulimiya nervozada ise dürtü denetiminde bozukluk intihar girişimi ile ilişkili önemli faktör olarak saptanmıştır (Ahn ve ark 2019). Bu çalışmada bulunan sonucun aksine, Guillaume ve arkadaşlarının çalışmasında, kısıtlayıcı alt tip anoreksiya hastalarının daha ciddi ve şiddetli intihar girişimleri gerçekleştirdiğini ve tamamlanmış intihar oranlarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Guillaume ve ark 2011).

ABD' de yapılan güncel bir çalışmada intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan yeme bozukluğu hastalarının, intihar girişimlerinin sıklığı, klinik profil ve psikiyatrik komorbiditeler incelenmiştir. Anoreksiya nervozanın bulimik alt tipinde intihar girişiminin (%44,1) diğer yeme bozukluklarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Udo ve ark 2019). Anoreksiya nervozanın bulimik alt tipinin daha yüksek dürtüsellik ve madde kullanımıyla ilişkili olduğunu saptayan diğer çalışmalarla uyumludur (Buhren ve ark 2014, Peterson ve ark 2016). Udo ve

arkadaşlarının çalışmasında (2019) dikkat çeken başka bir bulgu ise, yeme bozukluğu başlama yaşının küçük olmasının sadece bulimiya nervoza hastalarında intihar girişimini artırdığının bulunmasıdır.

Avrupa'da yeme bozukluğu sıklığının gözden geçirildiği bir araştırmada, anoreksiya nervoza sıklığı <%1-4, bulimia nervoza sıklığı <%1-2, tikanircasına yeme bozukluğu sıklığı <%1-4 ve eşik altı yeme bozuklukları sıklığı ise %2-3 olarak saptanmıştır. Genel popülasyondaki erkeklerin %0.3-0.7' sinde ise bir yeme bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Yeme bozukluğu hastalarının psikiyatrik komorbid bozukluklarının da ele alındığı bu kapsamlı gözden geçirmede, yeme bozukluğu olan bireylerin %70' inden fazlasında komorbid psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir. En sık izlenen komorbiditeler, anksiyete bozuklukları (>%50), duygudurum bozuklukları (>%40) ve madde kullanım bozuklukları (>%10) olarak belirlenmiştir. Artmış intihar girişimleri ve dürtüsellüğün sadece komorbidite ile açıklanamayacağı vurgulanmıştır (Keski-Rahkonen ve Mustelin 2016).

Danimarka' da yapılan, yeme bozukluğu hastalarında intihar girişimini değerlendiren uzun süreli bir izlem çalışmasında, 1995-2010 yılları arasında Helsinki Üniversitesi merkez hastanesi yeme bozukluğu kliniğine başvuran 2462 hastanın (vakaların %95' i kadın) takibi yapılmıştır (ortalama takip süresi 8.7 yıl). T 2462 hastanın 156' sında (%6.3) intihar girişimi olmuş ve bu 156 intiharın 20 tanesi tamamlanmış intihar olduğu bildirilmiştir. İntihar girişimi olan hastaların %42.3' ünde tekrarlayan intihar girişimleri olduğu saptanmıştır. Tedavinin başlangıcında intihar girişim riski en yüksek olup, riskin zamanla azaldığı gözlenmiştir. İntihar riskinin azalmasının sebebinin hastanın takip ve tedavi altında olması olduğu düşünülmüştür. (Suokas ve ark 2014). İzlem sonunda araştırmacılar, yeme bozukluğu olan bir hastada intihara bağlı ölümün en güçlü öngörücüsünün önceki intihar girişimi olduğunu belirtmişlerdir. Daha önceki araştırmalarda da, tamamlanmış intiharın en güçlü öngörücüsü kişinin önceki intihar girişim öyküsü olarak bulunmuştur (Cavanagh ve ark 2003).

Aynı çalışmada Suokas ve arkadaşları (2014), yeme bozukluğu hastaları ile yaş, cinsiyet ve sosyodemografik faktörler açısından eşleştirilmiş kontrol grubunun yeme intihar girişimleri de karşılaştırılmış ve yeme bozukluğu hastalarında intihar girişim riski yaklaşık beş kat fazla bulunmuştur. Tüm yeme bozukluğu tiplerinde intihar girişimi riski yüksek olmakla birlikte, en yüksek risk anoreksiya nervoza hastalarında saptanmıştır. Yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışı için başlıca öngörücüler Tablo-2' de gösterilmiştir.

<b>Tablo 2- Yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışı için öngörücüler</b>	
Yeme bozukluğu alt tipi	Önceki intihar girişimi öyküsü
Komorbid psikiyatrik bozukluklar (özellikle de majör depresyon varlığı)	Madde kötüye kullanımı
Kusma ve diğer telafi edici davranışların varlığı	Dürtüsellik
Self-mutilatif davranışların varlığı	Düşük beden kitle indeksi (Anoreksiya nervozada)
Hastaneye yatarak tedavi görme öyküsü	B küme kişilik özellikleri varlığı

## **Yeme Bozukluklarında İntihar Davranışı Nedenleri**

Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tikanircasına yeme bozukluğu olan bireylerin intihar davranışı genel popülasyona kıyasla daha yüksektir. Yeme bozuklukları diğer psikiyatrik durumlarla birlikte ortaya çıktığında ise intihar riski daha yüksek saptanmaktadır. Yeme bozukluklarının doğrudan veya dolaylı olarak intihara katkıda bulunması mümkündür. Bazı araştırmacılar yeme bozuklukları ve intiharın genetik faktörler, duygu düzenleme bozukluğu, travma, stresli yaşam olayları gibi ortak risk faktörlerini paylaştığını ve bu faktörlerin varlığının bireyi her iki durumun gelişmesi için yatkın hale getirdiğini savunur. Yeme bozukluklarında intihar riskinin çoğu, eşlik eden psikopatoloji ve genetik faktörler tarafından yönlendiriliyor gibi görünmektedir (Smith ve ark 2018a).

Yeme bozuklukları ve intihar davranışının sık olarak bir arada bulunmasına ilişkin çeşitli açıklamalar öne sürülmüştür. Coren ve Hewitt (1998), yeme bozukluğu hastalarında artmış intihar davranışlarının sebebinin yeme bozukluğuna komorbid olan ruhsal bozukluklar (majör depresyon gibi) olduğunu savunur. Bir grup araştırmacı ise, kişilerde hem yeme bozukluğu hem de intihar davranışı gelişimi için ortak bir takım genetik riskler olduğunu öne sürer (Wade ve ark 2015, Thornton ve ark 2016). Yeme bozukluğu hastalarında intihar davranışının normal popülasyondan fazla olmasını, kişiyi her iki duruma karşı savunmasız kılan ortak genetik biyolojik faktörlerle açıklamaya çalışan araştırmacılar vardır. Yapılan aile ve ikiz çalışmaları, hem yeme bozukluklarının hem de intihar davranışlarının ailesel yığılması olduğunu göstermiştir (Yao ve ark 2016). Şu ana kadar intihar riskini ileriye dönük olarak tahmin eden çok az biyolojik belirteç bulunmuştur. Yakın tarihli bir meta-analiz sonucunda, sitokinlerdeki bozulma ve düşük balık yağı besin seviyelerinin (omega-3, omega-6, satüre yağ asidi ve monosatüre yağ asitleri) her ikisinin de, intihar davranışı için zayıf öngörücüler olduğu bulunmuştur (Chang ve ark 2016).

Wade ve arkadaşlarının Avustralya' da 1002 ikiz üzerine yaptıkları bir araştırma sonucunda, yeme bozuklukları

ve intihar davranışı arasında depresyondan bağımsız bir ortak genetik etki olduğu gösterilmiştir. Çalışmacılar, bu ortak genetik etkinin ne olduğuna ve duygu düzenleme yetersizlikleriyle olası ilişkisinin incelenmesine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir (Wade ve ark 2015). Yeme bozuklukları ve intihar davranışlarının ortak genetik temellerini anlamaya yönelik çalışmalar henüz erken aşamalıdır. Özgül biyolojik ve genetik yolların belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç var gibi durmaktadır.

### **Yeme Bozuklukları ve Psikiyatrik Komorbidite**

Yeme bozukluğu olan bireylerde takibinde psikiyatrik ve tıbbi komorbidite görülme sıklığı belirgin olarak artmaktadır. Yakın zamanda yeme bozukluğu hastalarında yapılan, çoğunlukla randomize kontrollü çalışmalardan oluşan 202 çalışma gözden geçirilmiştir. Yeme bozukluğu olan hastaların %58' inde psikiyatrik bir komorbidite olduğu saptanmıştır. En sık görülen komorbid ruhsal bozukluklar anksiyete bozuklukları (%62) , duygudurum bozuklukları (%54), madde kullanım bozukluğu (%27) ve travma sonrası stres bozukluğu olarak saptanmıştır. (%27) Komorbidite varlığı mortaliteyi ve intihar davranışını artırdığı için saptanması özellikle önemlidir (Hambleton ve ark. 2022).

Komorbiditesi olan anoreksiya nervoza hastalarının intihar SMR'si, komorbiditeleri olmayan anoreksiya hastalarının SMR' lerinden yedi kat daha fazla olduğunu bulunmuştur (Kask ve ark 2016) Bulik ve arkadaşları da anoreksiya hastalarının %80'inden fazlasının en ölümcül intihar girişimlerinin bir depresif epizod sırasında meydana geldiğini bildirmiştir (Bulik ve ark 2008). Özellikle komorbid depresif epizodlar anoreksiya nervoza hastalarında intihar girişimleriyle güçlü bir şekilde bağlantılı görünmektedir.

Yeme bozukluklarında artmış intihar sıklığı, sadece komorbidite varlığıyla açıklanamaz. Yao ve arkadaşları (2016), İsveç'te iki milyonu aşkın kişinin sağlık kayıtlarını inceleyerek, intihar girişimleri ve intihara bağlı ölümle, anoreksiya ve bulimiya tanısı varlığını incelemiştir. Anoreksiya nervoza varlığı, eşlik eden psikiyatrik komorbiditeden (örneğin majör depresyon) bağımsız olarak, hem erkek hem kadınlarda artmış intihar girişimi ve intihar ölümüyle ilişkilendirilmiştir.

Yeme bozuklukları ve intihar davranışlarının, bedenden memnun olmama (Kim ve Kim 2009), interoseptif kusurlar (Forrest ve ark 2015) ve duygu düzenlemede bozulmalar (Stice 2002) gibi bazı ortak risk faktörleri olduğu ve bu sebeple yeme bozukluğu olan bireylerde intihar davranışının daha fazla görüldüğünü öne süren araştırmacılar vardır. Kişilerarası psikolojik intihar kuramı (KPIK) ve interoseptif defisit kavramları da, yeme bozuklukları ve intihar davranışlarının neden birlikte sık görüldüğünün anlaşılmasında önemli olabilir.

### **Kişilerarası Psikolojik İntihar Kuramı (KPIK)**

2005 yılında Thomas E. Joiner tarafından öne sürülen kuram, insanların neden intihar davranışlarında bulduklarını anlamaya ve bireysel intihar davranışlarındaki farklılıkları açıklamayı amaçlar. Böylece risk altındaki kişilerin belirlenebileceğini öne sürer (Joiner 2005). Joiner' a göre, intihar sürecini anlamak için, üç kavramın anlaşılması gerekir. Bunlar: engellenmiş aidiyet, algılanan yük olma ve edinilmiş intihar yeterliliğidir. Joiner, engellenmiş aidiyeti, doyurulmamış ait olma ihtiyacının insanları intihar davranışına istekli hale getirmesi olarak açıklar. Algılanan yük olma ise, bireyin çevresindeki insanlar için yük olduğunu düşünmesinin, kişinin kendisiyle olan ilişkisini de olumsuz etkilediğini ve onu intihara meyilli hale getirdiğini anlatır. Bu iki maddenin varlığı bireyi intihara meyilli hale getirir ve ölüm dışındaki intihar davranışlarıyla ilişkilidir; ancak tamamlanmış intihar için yeterli değildir. Joiner' a göre "intihardan ölmek kolay yapılabilecek bir şey değildir". İntiharın tamamlanması için bir şart daha vardır; o da, edinilmiş intihar yeterliliğidir. Edinilmiş intihar yeterliliği varlığında kişinin ölüm korkusu azalır veya tümüyle ortadan kalkar ve kişinin kendisini öldürmesinin önü açılır. Kişilerarası psikolojik intihar kuramına göre, tamamlanmış bir intihar için bu üç alanın tümü mevcut olmalıdır. İntihar davranışıyla alakalı yapılan pek çok çalışmada, ölümcül intihar girişimlerinin, intihar düşünce ve ölümcül olmayan girişimlerin oldukça altında olduğu gösterilmiştir. Yani intihar düşüncesi olan ya da intihar girişiminde bulunan her insanda intihar davranışı ölümle sonuçlanmamaktadır. Joiner bunu, çoğu insanda intihar isteği olmakla birlikte edinilmiş intihar yeterliliği olmadığından, kişilerin pek çoğunun ölümcül intihar girişimleri deneyemediği şeklinde açıklamaktadır.

Özetle kurama göre, ölümcül bir intihar girişiminin gerçekleşmesi için bir bireyin hem intiharı istemesi hem de kendi hayatını alma yeteneğine sahip olması gerekir. Bu da ölümle ilgili korkusuzluk ve acıya tolerans olarak değerlendirilir. Yeme bozukluğu hastalarının kronik kısıtlayıcı besin alımı, acı verici ve vücut için zorlayıcı, provakatif bir eylemdir. Acı verici ve zorlayıcı deneyimlerle tekrarlanan karşılaşmaların bireyde alışkanlık oluşturarak acidan kaçınmayı azalttığı düşünülebilir. KPIK penceresinden bakıldığında, yeme bozukluğu olan bireylerin özellikle de anoreksiya hastalarının, neden artmış ölümcül intihar girişimleri ve artmış tamamlanmış

intiharları olduğu açıklanabilir. Örneğin, bir kişinin kusmaya ilk tepkisi muhtemelen korkuyu içerir; bununla birlikte, tekrarlanan maruz kalma ile, korkuda bir azalma görülmesi beklenebilir. Acı ve korku veren davranışa sürekli maruziyet, zamanla korkunun azalmasını ve ağrı toleransı gelişmesini sağlayabilir. Aşırı açlık ve kusma davranışları, kendine zarar vermenin bir tür eşdeğerini temsil edebilir; kendinden nefret etme ve kendine saldırganlık ile bağlantılı olabilir (Van Orden ve ark 2010, Smith ve ark 2018 c). Bu nedenle, tüm yeme bozukluğu davranışlarıyla ilişkili muhtemelen rahatsızlık ve ağrı olmasına rağmen, bu davranışlara fazla mesai ve tekrar eden katılım aynı anda ağrı toleransı oluşturabilir, korkuyu azaltabilir. Kişilerarası-psikolojik intihar davranışı teorisi, tekrarlanan acı verici ve/veya kışkırtıcı olayların alışkanlık yoluyla acı ve ölüm korkusunu azalttığını ileri sürer. Acı ve ölümle ilgili korkusuzluk, nihayetinde daha sonraki intihar davranışıyla bağlantılıdır (Selby ve ark 2010)

### **İnteroseptif Defisit**

İnterosepsiyon, kalp, ağrı, gastrointestinal ve emosyonel duyular dahil olmak üzere tüm vücudun fizyolojik durumunun algılanmasıdır (Craig 2002). Yeme bozukluğu hastalarında interoseptif kusurlar olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Garner ve ark 1983, Leon ve ark 1995). İçsel farkındalıktaki eksiklikler; yani, içsel durumları doğru bir şekilde algılama yeteneğinde bozulma ve intihar girişimleri önceki çalışmalarda ilişkili bulunmuştur. Forrest ve arkadaşları, intihar girişiminde bulunan kişilerin, intihar girişimini düşünmüş veya planlamış ancak hiçbir zaman intihar davranışında bulunmamış kişilerden önemli ölçüde daha fazla algılayıcı eksikliklere sahip olduğunu bulmuşlardır (Forrest ve ark 2015).

İnteroseptif defisiti olan kişiler, içsel uyarıların algılamadaki bir takım yetersizlikten dolayı bedenlerini de daha nesnel algılıyor olabilir ve bu durum kendilerine zarar vermeyi kolaylaştıran bir unsur olabilir (Ainley ve Tsakiris 2013). Bir nesneye zarar vermek, hisseden bir bedene zarar vermekten çok daha kolaydır (Smith ve ark 2016).

İçsel uyarıların anlaşılmasında yetersizlik olan kişiler, hem kronik kısıtlayıcı beslenme rejiminin getirdiği acılı uyarı hem de intihar girişiminde bulunmanın içerdiği acı ve korkuyu görmezden gelebilirler. Bir çalışmada, intihar girişimi olan yeme bozukluğu hastalarının intihar girişimi olmayanlara göre daha fazla interoseptif kusurları olduğunu bulmuştur (Smith ve ark 2018 b).

### **Duygu Düzenleme Yetersizlikleri ve Yeme Bozuklukları:**

Duygu düzenleme, insanların duygu durumlarını yönetmek için yaptıkları aktif çabalardan oluşmaktadır (Koole, 2010). Duygu düzenleme stratejilerindeki yetersizliklerin pek çok ruhsal bozukluğun başlamasında ve devam etmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan pek çok araştırma sonucu, duyguları ayırt etme, tanımlama ve düzenlemedeki zorlukların yeme bozukluklarının başlaması ve devam etmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Lavender ve ark 2015, Westwood ve ark 2017) Fox ve arkadaşları (2013), anoreksiya nervoza hastalarının kontrollere kıyasla daha fazla duygu düzenleme yetersizliği olduğunu göstermiştir.

Bulimiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalar da, bu hastaların kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla duygu düzenleme eksikliği olduğunu göstermiştir (Svaldi ve ark. 2012). Bir gözden geçirmede, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez kişiler karşılaştırılmış ve olumsuz duygularının sadece tıkanırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde yemek yemeyi tetiklediği gösterilmiştir (Lehr ve ark 2015).

Duygu düzenleme stratejileri adaptif ve maladaptif olabilir. Kabul, problem çözme, yeniden değerlendirme adaptif duygu düzenleme stratejileri olarak kabul edilirken; ruminasyon, kaçınma ve bastırma ise maladaptif duygu düzenleme stratejileridir. Adaptif duygu düzenleme stratejilerinin eksikliklerinin hem kadın hem de erkekte yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Aldao ve ark 2010, Lavender ve ark 2015).

### **Yeme Bozukluğu ve İntihar Davranışı Olan Hastalara Tedavi Yaklaşımları**

İntihar davranışları olan yeme bozukluğu hastalarına müdahale ve tedavi seçenekleri oldukça önemli ve kapsamlı ele alınması gereken bir konudur. Yeme bozukluğu hastalarında psikiyatrik komorbidite sıklığının ve intihar davranışlarının genel popülasyondan yüksek olması, bu hasta grubuyla çalışan klinisyenlerin ek komorbiditeleri ve intihar davranışı için artmış riskleri akılda tutup hastayı bu bağlamlarda da incelemesini zorunlu kılmaktadır. Bazı yeme bozukluklarında intihar riskinin belirgin arttığı bilinmektedir. Örneğin intihar girişimleri ile yeme bozukluğu arasında en güçlü ilişki, kusma gibi telafi etme davranışı olan hastalarda gösterildiğinden (Lipson ve Sonnevile 2020), yeme bozukluğu hastalarını bazı klinik özelliklerine göre daha dikkatli takip etmek önerilmektedir.

Yeme bozukluğu hastalarında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı almış ilaçlardan birisi fluoksetindir. Bulimiya nervoza tedavisinde fluoksetin kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır, fluoksetinin özgül etki mekanizmasıyla bulimik semptomlara faydası olduğu bulunmuştur (Lutter 2017). FDA ayrıca tıkanırca yeme bozukluğu için lisdexamfetamine'i onaylamıştır. Ancak anoreksiya nervoza tedavisi için spesifik olarak onaylanmış medikal tedavi bulunmamaktadır (Himmerich ve ark 2020). Olanzapinin (Attia ve ark 2019), aripiprazolün (Frank ve ark 2017) ve kannabinoid reseptör agonisti olan dronabinolün (Andries ve ark 2014) anoreksiya nervoza hastalarında faydalı olduğuna dair ön kanıtlar vardır. Bulimiya nervoza ve tıkanırca yeme bozukluğu hastalarının tedavisinde de topiramatin etkinliğine dair kanıtlar vardır (Himmerich ve Treasure 2018, McElroy ve ark 2019).

Yeme bozukluklarında intihar eğiliminin spesifik farmakolojik tedavisi için yapılmış araştırmalar yeterli değildir. Bununla birlikte, psikoterapötik ve psikofarmakolojik stratejileri birleştirmek, altta yatan nedene ve komorbiditelere bağlı olarak karar vermek makul görünmektedir. Yeme bozukluğu hastalarında depresyon tanısı varlığının intihar davranışlarını artırdığı bilinmektedir (Kask ve ark 2016, Bulik ve ark 2008). Bu bağlamda özellikle ek depresyon tanısı atlanmamalıdır. Yeme bozukluğu hastalarında eşlik eden depresyonun tedavisinde dikkat edilmesi gereken bir nokta, anoreksiya nervoza hastalarına ve kısıtlayıcı tip bulimiya nervoza hastalarına bupropion vermemek olmalıdır (Himmerich 2020), bu hastalarda bupropion kullanımı kilo kaybını artıracağından tercih edilmez.

Yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan hekimlerin, olası farmakokinetik problemleri akılda tutması önemlidir. Düşük beden kitle indeksi, düşük kan proteinleri, değişmiş karaciğer metabolizma hızları sebebiyle ilaçların absorpsiyon, dağılım, metabolizma ve eliminasyon süreçlerinin hepsinde olası değişiklikler görülebilmektedir. Genel olarak, ilaç dozuna karar verilirken, özellikle de anoreksiya nervoza hastalarında düşük beden kitle indeksi dikkate alınarak doz planlaması yapılmalıdır. Bazı araştırmacılar, değişmiş metabolizma özelliklerinden dolayı, anoreksiya nervoza hastalarında serotonin gibi nörotransmitterlerin sentezini artırarak antidepresean etkiyi pekiştirmeyi hedefler ve antidepresanlara ilaveten triptofan gibi serotonin öncüllerinin replasmanını önermektedir. (Haleem ve ark 2017).

## Sonuç

Yeme bozukluğu olan hastaların intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranlarının genel toplumdan yüksek olduğu pek çok araştırma sonucunda gösterilmiştir. Anoreksiya nervozanın psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek ölüm ve intihar oranlarından birine sahip olduğu kabul edilir. Yeme bozukluklarında artmış intihar davranışlarının olası nedenlerini açıklamak için bazı hipotezler öne sürülmüştür. Her iki durumda da, bedenden memnun olmama, interoseptif defisitler, duygu düzenleme stratejilerinde yetersizlikler gibi ortak bazı durumlara atif yapılmıştır. Ayrıca psikiyatrik komorbidite varlığının, yeme bozukluğu hastalarında intihar riskini belirgin artırdığı kesin olarak gösterilmiştir. Yeme bozukluğu hastalarında, özellikle de majör depresyon varlığında intihar riski belirgin olarak artar. Yine de yeme bozukluğunda artmış intihar davranışı sadece komorbidite ile açıklanamaz. Yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan klinisyenlerin düzenli ve kapsamlı intihar değerlendirmeleri yapmaları çok önemlidir. Yeme bozukluğu hastalarında başta majör depresyon olmak üzere, eşlik eden anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi komorbiditelerin atlanmayıp yoğun biçimde tedavi edilmesi gerekir. Yeme bozukluğunda intihar davranışını değerlendiren mevcut literatür çalışmaları, genellikle uzun dönem takip ve retrospektif çalışmalar olduğundan; yeme bozukluğu hastalarında intihar için akut risk faktörleri henüz anlaşılmamıştır. Bu alanda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

- Ackard DM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D (2011) Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *Int J Eat Disord*, 44:440-446.
- Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C (2003) Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics*, 111:67-74.
- Ahn J, Lee JH, Jung YC (2019) Predictors of suicide attempts in individuals with eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*, 49:789-797.
- Ainley V, Tsakiris M (2013) Body conscious? Interoceptive awareness, measured by heartbeat perception, is negatively correlated with self-objectification. *PLoS One*, 8:e55568.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30:217-237.

- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* Washington DC, American Psychiatric Association .
- Andries A, Frystyk J, Flyvbjerg A, Støvring RK (2014) Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*, 47:18–23.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4:37.
- Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C et al (2019) Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 176:449–456.
- Buhren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K et al (2014) Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 22:39–44.
- Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump, KL, Brandt H et al (2008) Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 70:378–383.
- Button EJ, Chadalavada B, Pal-Mer RL (2010) Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord*, 43:387–392.
- Carano A, De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Ferri F, Di Iorio G et al (2012) Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *J Psychiatr Pract*, 18:5–11.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33:395–405.
- Chang BP, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Nock MK (2016) Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Transl Psychiatry*, 6:e887.
- Chesney E, Goodwin GM, Fazel S (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13:153–160.
- Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, Schmidt U, Stewart R, Dutta R (2020) Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *Int J Eat Disord*, 53:458–465.
- Conti C, Lanzara R, Scipioni M, Iasenza M, Guagnano MT, Fulcheri M (2017) The relationship between binge eating disorder and suicidality: a systematic review. *Front Psychol*, 5:2125.
- Coren S, Hewitt PL (1998) Is anorexia nervosa associated with elevated rates of suicide? *Am J Public Health*, 88:1206–1207.
- Craig AD (2002) How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci*, 3:655–666.
- Favaro A, Santonastaso P (1997) Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand*, 95:508–514.
- Fichter MM, Quadflieg N (2016) Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord*, 49:391–401.
- Forrest LN, Smith AR, White RD, Joiner TE (2015) (Dis)connected: an examination of interoception among individuals with suicidality. *J Abnorm Psychol*, 124:754–63.
- Fox JR, Smithson E, Baillie S, Ferreira N, Mayr I, Power MJ (2013) Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*, 20:319–333.
- Frank GK, Shott ME, Hagman JO, Schiel MA, DeGuzman MC, Rossi B (2017) The partial dopamine D2 receptor agonist aripiprazole is associated with weight gain in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 50:447–450.
- Franko DL, Keel PK (2006) Suicidality in eating disorder: occurrence, correlates and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 26:769–782.
- Garner DM, Olmstead MP, Polivy J (1983) Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 2:15–34.
- Guillaume S, Jaussent I, Olie E, Genty C, Bringer J, Courtet P et al (2011) Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One*, 6:e23578.
- Fleischmann A, De Leo D (2014) The World Health Organization's report on suicide: a fundamental step in worldwide suicide prevention. *Crisis*, 35:289–291.
- Haleem DJ (2017) Improving therapeutics in anorexia nervosa with tryptophan. *Life Sci*, 178:87–93.
- Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D, Touyz S, Maguire S (2022) Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord*, 10:132.
- Harris E, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173:11–53.
- Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J (2021) Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacol Ther*, 217:107667.
- Himmerich H, Treasure J (2018) Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 11:95–108.
- Huas C, Godart N, Caille A, Pham-Scottet A, Foulon C, Divac S et al (2013) Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *Eur Eat Disord Rev*, 21:15–19.
- Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, Crawford MJ, Tyrer P (2002) Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ*, 325:1155.
- Joiner T (2005) *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press.



- Kask J, Ekselius L, Brandt L, Kollia N, Ekblom A, Papadopoulos FC (2016) Mortality in women with anorexia nervosa: the role of comorbid psychiatric disorders. *Psychosom Med*, 78:910-919.
- Keshaviah A, Edkins K, Hastings ER, Krishna M, Franko DL, Herzog DB (2014) Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry*;55:1773-1784.
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L (2016) Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29:340-345.
- Kim DS, Kim HS (2009) Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study. *J Adolesc Health*, 45:47-54.
- Koole SL (2010) The psychology of emotion regulation: an integrative review. In *Cognition and Emotion: Reviews of Current Research and Theories* (Eds JD Houwerand, D Hermans):128-167. New York, Taylor & Francis.
- Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE (2015) Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, 40:111-122.
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE (2015) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity- a systematic review. *Neurosci Biobeh Rev*, 49:125-134.
- Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Early-Zald MB (1995) Prospective analysis of personality and behavioral influences in the later level- opment of disordered eating. *J Abnorm Psychol*, 104:140-149.
- Lindblad F, Lindberg L, Hjern A (2006) Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: A comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry*, 163: 1433-1435.
- Lipson SK, Sonnevile KR (2020) Understanding suicide risk and eating disorders in college student populations: Results from a National Study. *Int J Eat Disord*, 53:229-238.
- Lutter M (2017) Emerging treatments in eating disorders. *Neurotherapeutics*, 14:614-622.
- McElroy SL, Crow S, Blom TJ, Biernacka JM, Winham SJ, Geske J et al (2016) Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *J Affect. Disord*, 191:216-221.
- McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Romo-Nava F (2019) Progress in developing pharmacologic agents to treat bulimia nervosa. *CNS Drugs*, 33:31-46.
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altschuler L, Leverich GS, Suppes T et al (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 128:191-198.
- Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U (2004) Suicide attempts and suicidal ideation: Links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *Gen Hosp Psychiatry*, 26:129-135.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*,30:133-154.
- Öncü B, Sakarya D (2013) Suicidal behavior in eating disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5:48-59.
- Peterson CB, Pisetsky EM, Swanson SA, Crosby RD, Mitchell JE, Wonderlich SA et al (2016) Examining the utility of narrowing anorexia nervosa subtypes for adults. *Compr Psychiatry*, 67:54-58.
- Pisetsky EM, Thornton LM, Licht-Einstein P, Pedersen NL, Bulik CM (2013) Suicide attempts in women with eating disorders. *J Abnorm Psychol*, 122:1042-1056.
- Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R (2006) Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight image concern. *Eat Behav*, 7:384-394.
- Portzky G van Heeringen K, Vervaet M (2014) Attempted suicide in patients with eating disorders. *Crisis*, 35:378-387.
- Preti A, Rocchi M, Sisti D, Camboni M, Miotto P (2011) A comprehensive meta- analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 124:6-17.
- Rania M, Monell E, Sjölander A, Bulik CM (2021) Emotion dysregulation and suicidality in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 54:313-325.
- Selby EA, Smith AR, Bulik CM, Olmsted MP, Thornton L, McFarlane TL et al (2010) Habitual starvation and provocative behaviors: two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 48:634-645.
- Smith AR, Dodd DR, Forrest LN, Witte TK, Bodell L, Ribeiro JD et al (2016) Does the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide (IPTS) provide a useful framework for understanding suicide risk among eating disorder patients? A test of the validity of the IPTS. *Int J Eat Disord*, 49:1082-1086.
- Smith AR, Ortiz SN, Forrest LN, Velkoff EA, Dodd DR (2018a) Which comes first? an examination of associations and shared risk factors for eating disorders and suicidality. *Curr Psychiatry Rep*, 9;20:77.
- Smith AR, Forrest L, Velkoff E (2018b) Out of touch: Interoceptive deficits are elevated in suicide attempters with eating disorders. *Eat Disord*,26:52-65.
- Smith AR, Zuromski KL, Dodd DR (2018c) Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Curr Opin Psychol*, 22:63-67.
- Stice E (2002) Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 128:825-848.
- Suokas JT, Suvisaari JM, Grainger M, Raevuori A, Gissler M, Haukka J (2014) Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow- up study of eating disorder patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 36:355-357.
- Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T (2012) Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res*, 197:103-111.

- Thornton LM, Welch E, Munn-Chernoff MA, Lichtenstein P, Bulik CM (2016) Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors. *Suicide Life Threat Behav*, 46:525-534.
- Udo T, Bitley S, Grilo CM (2019) Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Med*, 25:120.
- Udo T, Grilo CM (2022) Epidemiology of eating disorders among US adults. *Curr Opin Psychiatry*, 35:372-378.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, 117:575-600.
- Wade TD, Fairweather-Schmidt AK, Zhu G, Martin NG (2015) Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality? *Int J Eat Disord*, 48:684-691.
- Welch E, Jangmo A, Thornton LM, Norring C, von Hausswolff-Juhlin Y, Herman BK et al (2016) Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16:163.
- Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C et al (2016) Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA Psychiatry*, 73:284-291.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.