

Yeme Bozukluklarında Özkıyım Davranışı

Suicidal Behavior in Eating Disorders

Bedriye Öncü, Direnç Sakarya

ÖZET

Yeme bozukluklarında özkıyımına bağlı ölüm oranları oldukça yüksektir. Yeme bozukluklarında özkıyımına bağlı kaba ölüm hızı %0 ile %5.3 arasında değişmektedir. Yeme bozukluklarında özkıyım davranışı ile ilişkili etmenler, yeme bozukluğunun alt tipi, ek tanılarının varlığı, ilaç metabolizmasının hızlı olması, belli kişilik özellikleri, çocuklukta istismar öyküsü ve belli aile tutumlarıdır. Bu etmenler dışında depresif bozukluklar, alkol-madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları gibi diğer ruhsal bozuklukların bulunması da yeme bozukluklarında özkıyım riskini artırmaktadır. Bu yazıda yeme bozukluklarında özkıyım davranışı ve ile ilişkili etmenler kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Özkıyım, yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza

ABSTRACT

Suicide associated mortality rates are notable for eating disorders. Crude mortality rate associated with suicide, varies between 0% and 5.3% in patients with eating disorders. Prominent risk factors for suicidal behavior among these patients are subtype of the eating disorders, comorbid psychiatric diagnosis (e.g. depression, alcohol and substance abuse, personality disorders), ultrarapid drug metabolism, history of childhood abuse and particular family dynamics. In this article, suicidal behavior and associated factors in eating disorders are briefly reviewed.

Keywords: Suicide, eating disorders, anorexia nervosa

Yeme bozuklukları bedensel ve psikososyal işlev bozukluğuna neden olan ve kimi zaman ölümle sonuçlanabilen ciddi hastalıklardır. Kitle iletişim araçlarında zayıflığın güzellik ile eş tutulması sonucunda görülme sıklığında artış gözlenmiştir.[1] Yeme bozuklukları, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV-TR sınıflandırma sisteminde, yeme bozuklukları başlığı altında anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu yer alır.[2] Anoreksiya nervoza'nın başlıca özelliği beden ağırlığının beklenenden çok daha düşük olması ve kilo alma korkusu; bulimiya nervoza'nın ise tıknırcasına yeme ataklarını izleyen suçluluk duygusu ve bunu telafi etme çabalarıdır. Az miktarda yeme, tuhaf yeme davranışları (ritüeller, gizli yeme, yemek saklama gibi), beden ağırlığının sık sık kontrol edilmesi, beden imge bozukluğu ve fiziksel belirtilerin varlığı, tüm yeme bozukluklarında çeşitli düzeylerde gözlenen klinik özelliklerdir.[3] Yeme bozuklukları kadınlarda iki kat daha fazla ve en sık 15-19 yaş arasında gözlenir. Yaşam boyu prevalansın anoreksiya nervoza için %0.6, bulimiya nervoza için %1.5 olduğu bildirilmiştir.[4,5]

Yeme bozukluklarının sık gözleendiği ergen yaş grubunda, kendine zarar vermeye yönelik bütün davranışlarda özkıyım potansiyeli olduğu dikkate alınmalıdır.[6] Yeme bozukluğu olan olguları diğer psikiyatrik tablolardan ayıran önemli özelliklerden biri, hastaların ciddi bir bölümünün hem beden sağlığının bozulması, hem de hastaların bir kısmının özkıyım sonrası kaybedilmesidir.[7]

Türkiye'de ergenlerle yapılan kendini yaralama davranışları incelenmiş, ancak yeme bozukluğu ve özkıyım arasındaki ilişkiye işaret eden herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.[8] Bu yazıda, bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş yeme bozukluklarında, özkıyım girişimleri ve tamamlanmış özkıyımlar ile ve bunlarla ilişkili etmenler gözden geçirilmiştir. Bu amaçla uluslararası (Pubmed, Thomson ve PsycInfo) ve ulusal (Türk Psikiyatri Dizini) dizinlerde "anoreksiya nervoza", "bulimiya nervoza", "yeme bozuklukları", "özkıyım" anahtar sözcükleriyle tarama yapılmıştır. Taramalar sonucu ulaşılan 30 araştırma ve 7 gözden geçirme yazısına ulaşılmıştır. Araştırmalar için herhangi bir seçme işlemi yapılmamış, ulaşılan tüm araştırmalar değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmalardan elde edilen bilgiler ışığında yeme bozukluklarında mortalite, özkıyım girişimleri ve tamamlanmış özkıyımların belirleyicileri gözden geçirilmiş ve klinik uygulama için pratik öneriler sunulmuştur. Ayrıca yeme bozukluklarında özkıyım davranışı ile ilişkili olarak sıklık, mortalite ve oranlar ile özkıyım girişiminin belirleyicilerine odaklanılmıştır.

Sıklığı

Yeme bozukluklarında özkıyım girişimleri ve tamamlanmış özkıyımların sıklığına ilişkin farklı veriler bildirilmekle birlikte, hem özkıyım girişimi, hem de

tamamlanmış özkıyımların görülme sıklığının psikiyatrik hastalıklar içinde üst sıralarda olduğu dikkati çekmektedir. Anoreksiya nervoza için hesaplanan ölüm hızı her onyılıda %5.6 artmaktadır ve 14-25 yaş arası anoreksiya nervoza'lı kadınlarda görülen özkıyım girişimleri genel nüfustan sekiz kat fazladır.[9,10] Özkıyım girişimlerinin sıklığı anoreksiya nervoza olgularında %3-20, bulimiya nervoza'da %25-35 olarak bildirilmiştir.[11]

Yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza) olan 246 hastanın 8 yıllık izlem çalışmasında, hastaların %15'inin özkıyım girişiminde bulunduğu, özkıyım girişimlerinin anoreksiya nervoza olgularında daha fazla olduğu (anoreksiya nervoza: %22.1, bulimiya nervoza: %10.9) gösterilmiştir.[12] Bir meta-analiz çalışmasında, anoreksiya nervoza hastalarından özkıyım sonucu ölüm oranlarının üçte bir düzeyine kadar çıktığı bildirilmiştir. Bu iki çalışma, anoreksiya nervoza hastalarında ölümün en sık ikinci nedeninin, tıbbi komplikasyonların ardından özkıyım olduğuna dikkati çekmektedir.[13,14].

Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve major depresyon olgularında özkıyım girişimi öyküsünün klinik görüşmeyle sorgulandığı bir çalışmada, tüm gruplarda özkıyım girişimi sıklığı benzer düzeyde bulunmuştur (Anoreksiya nervoza'da %27; bulimiya nervoza'da %31; major depresyon'da %36). Ancak hastaların öyküleri incelendiğinde anoreksiya nervoza ve major depresyon gruplarındaki özkıyım girişimlerinde ölme niyetinin daha fazla olduğu saptanmıştır.[15] Çalışmalarda özellikle anoreksiya nervozalı hastaların tamamlanmış özkıyım oranlarının genel olarak daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.[16]

Ölüm Oranı (Mortalite)

Önceleri anoreksiya nervozalı hastalarda ölüm oranının yüksekliği, açlık ve açlığa ikincil komplikasyonlara bağlanırken son yıllarda yapılan çalışmalar özkıyımına bağlı ölümlerin bu yüksek orana katkıda bulunabileceğini göstermektedir.[12,17] Anoreksiya nervozada özkıyım girişimlerinde ölümle sonuçlanma olasılığı daha yüksek olan yöntemlerin kullanıldığı bildirilmektedir.[18] Geriye dönük 27 yıllık bir araştırmada, standardize ölüm oranlarının diğer yeme bozukluklarına oranla anoreksiya nervoza'da daha yüksek olduğu bulunmuştur.[19] 2011 yılında yayımlanan bir meta-analiz bu bulguları desteklemektedir.[16]

Özkıyım sonrası ölen 9 anoreksiya nervoza hastasının özkıyım girişimlerinin, fiziksel sağlıklarının çok kötü olması nedeniyle mi yoksa daha ölümcül

yöntemler tercih etmeleri nedeniyle mi ölümle sonuçlandığı incelenmiş ve ikinci hipotezin daha geçerli olduğu sonucuna varılmıştır.[20] Buna göre, anoreksiya nervoza hastaları acı yaşantılarına bir biçimde alışmakta ve özkıyım girişimlerinde daha ölümcül olabilecek yöntemlere yönelmektedir.

Hastanede yatarak tedavi edilmiş anoreksiya nervoza hastalarının farklı sürelerde izlendiği bir çalışmada, 94 anoreksiya nervoza hastasının 24 yıl sonra yapılan değerlendirmesinde hastalardan 17'sinin öldüğü saptanmıştır.[21] Bu ölümlerin 5'inin özkıyım sonucu olduğu görülmüştür. Bu bulguya dayanarak yazarlar anoreksiya nervozada özkıyımına bağlı kaba ölüm hızını %5.3 olarak hesaplamıştır. Bir diğer çalışmada, anoreksiya nervozalı 853 hastanın 8 yıl sonra değerlendirilmiş, ve 50 hastanın öldüğü, bunların 13'ünün anoreksiya nervoza komplikasyonuna, 11'inin başka hastalıklara ve 18'inin özkıyımına bağlı olduğu saptanmıştır.[22] Bu araştırmaya göre anoreksiya nervoza'da özkıyımına bağlı kaba ölüm hızı %2.1'dir. Yatan hastalarda yapılan başka bir izlem çalışmasında 76 anoreksiya nervoza'lı hastanın 10 yıllık izleminde hastaların hiçbiri özkıyım girişim bulunmamıştır.[23] Sonuç olarak yatarak tedavi edilmiş anoreksiya nervoza'lı olgularda kaba ölüm hızı % 0-5.3 arasında değişmektedir.

Ayaktan izlenen 151 yeme bozukluğu olan hastanın 12.5 yıl sonra değerlendirildiği bir çalışmada, 9 ölümün özkıyımına bağlı olduğu saptanmış, kaba ölüm hızı % 4.0 olarak hesaplanmıştır.[24] Benzer şekilde 105 hastanın 13.5 yıl izlendiği çalışmada gerçekleşen 25 ölümün 5'inin (kaba ölüm hızı: %4.8) ; 84 hastanın 12 yıl sonra değerlendirildiği çalışmada gerçekleşen 9 ölümün 2'sinin özkıyımına bağlı olduğu bulunmuştur (kaba ölüm hızı: %2.4). [25,26]

Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D) 1885 yeme bozukluğu olgusu (anoreksiya nervoza: 177, bulimiya nervoza: 906, başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu: 802) 8 ila 25 yıllık bir dönemin ardından Ulusal Ölüm İndeksinin bilgisayar kayıtlarıyla bağlantı kurularak araştırılmıştır.[27] Bu çalışmada, kaba ölüm hızları anoreksiya nervoza için %4, bulimiya nervoza için %3.9 ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları için %5.2 olarak saptanmıştır. Genellikle daha hafif bir yeme bozukluğu tablosu olarak değerlendirilen başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarında ölüm oranlarının anoreksiya nervoza'ya benzer olması dikkat çekicidir.

Ergenlerde yapılan çalışmalarda yukarıda erişkinler için bildirilenlere benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yeme bozukluğu olan 49 ergenin 6 yıl sonra değerlendirmesinde saptanan 1 ölümün özkıyımına bağlı olduğu görülmüş, kaba ölüm hızı %2 olarak hesaplanmıştır.[28] Yeme bozukluğu tanısı konmuş 60 ergenin 5 yıllık izlem çalışmasında, gerçekleşen 4 ölümün ikisinin özkıyım

sonucu olduğu bildirilmiş ve kaba ölüm hızı %3.3 olarak bulunmuştur.[29] Bir başka çalışmada yeme bozukluğu tanısıyla tedavi görmüş 95 ergenin 10-15 yıl sonra yapılan değerlendirmesinde, ölüm ya da özkıyım saptanmamıştır.[30] Bu çalışmalara göre yeme bozukluğu olan ergenlerde hesaplanan kaba ölüm hızı %0-3.3 arasında değişmektedir.[31] Yatarak ve ayakta tedavi edilmiş tüm anoreksiya nervoza'lı hastalarda (ergen-yetişkin) kaba ölüm hızının %0-5.3 arasında değiştiği görülmektedir.

Bulimiya nervoza için bildirilen ölüm hızları daha düşüktür. Bir çalışmada 2194 bulimiya nervoza'lı hastada saptanan 7 ölümün 2'si özkıyıma bağlanmıştır (kaba ölüm hızı % 0.1).[32] Diğer dört takip çalışmasında ise bulimiya nervoza'lı hastalarda hiç ölüm saptanmamıştır.[11] Yeme bozuklukları ve özgül olarak anoreksiya nervoza'da tamamlanmış özkıyım oranlarına ilişkin çalışmaların özeti Tablo.1'de sunulmuştur.

Standardize Ölüm Hızı

Standardize ölüm hızı (Standardized mortality ratio) incelenen bir gruptaki ölümlerin toplumda benzer cinsiyet ve yaş grubunda beklenen ölümlere oranıdır. Standardize ölüm hızı belli bir tanı grubunun genel topluma göre ölüm riskini verir. Kadınlarda özkıyıma bağlı standardize ölüm hızı anoreksiya nervoza için 32.4, major depresif bozukluk için 27.8, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı için 18.2, bulimiya nervoza için 0 ve şizofreni için 8.0 olarak bulunmuştur.[11] Bu bulgulara göre kadınlar için tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek özkıyım hızı anoreksiya nervoza hastalarında görülmektedir.

Tablo.1. Yeme Bozukluğu Olan Ergen ve Erişkinlerde Tamamlanmış Özkıyımlara Bağlı Kaba Ölüm Hızları

Kaynak	Popülasyon	Örneklem	Kaba Ölüm Hızı
Theander, 1985 [21]	AN, 24 yıl izlem	94	%5.3
Møller-Madsen ve ark, 1996 [22]	AN, 8 yıl izlem	853	%2.1
Eckert ve ark, 1995 [23]	AN, 10 yıl izlem	76	%0.0
Tolstrup ve ark, 1985 [24]	YB, 12 yıl izlem	151	%4.0
Hentze ve ark, 1991 [25]	YB, 13 yıl izlem	105	%4.8
Deter ve ark, 1994 [26]	YB, 12 yıl izlem	84	%2.4
Kreipe ve ark, 1989 [28]	YB, ergen, 6 yıl izlem	49	%2
Steinhausen ve ark, 1993 [29]	YB, ergen, 5 yıl izlem	60	%3.3
Strober ve ark, 1997 [30]	YB, ergen, 10-15 yıl izlem	95	%0

AN: Anoreksiya Nervosa, YB: Yeme Bozukluğu

Özkıyım ve Özkıyım Girişimlerinin Belirleyicileri

Yeme bozukluğu olan olgularda özkıyım girişimlerinin bu denli yüksek oranda ve ölümcül olması, bu davranışlar ile ilişkili etmenlerin saptanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Farklı çalışmalarda yeme bozuklukları olgularında özkıyım girişimleri ve tamamlanmış özkıyımlar için belirleyici olabilecek birçok etmen saptanmıştır. Bu etmenler kısaca aşağıda tanımlanmıştır.

Yeme Bozukluğunun Alt Tipi

Yeme bozukluğu olgularında özkıyım girişimlerinin yordayıcılarının araştırıldığı çalışmalar, çelişkili sonuçlar verse de, bulgular anoreksiya nervoza alt tiplerinin önemli olabileceğine işaret etmektedir. Yeme-çıkarma alt-tipinde özkıyım girişimleri kısıtlayıcı tipe göre daha fazla olduğunu bildiren yayınlar olmakla birlikte, kısıtlayıcı tipte özkıyım girişiminin daha fazla olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır.[33-35]

Ek Tanıların Varlığı

Yeme bozukluğu olan olgularda eksen I ve II psikiyatrik ek tanıların varlığının özkıyım girişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.[36-38] Özellikle depresif bozuklukların özkıyım girişimleri ile ilişkisi gösterilmiş ve yeme bozuklukları olgularında depresyonun agresif biçimde tedavi edilmesi önerilmiştir.[39-41] Hem anoreksiya nervoza, hem bulimiya nervoza için alkol-madde kötüye kullanımının, bulimiya nervoza içinse laksatif kullanımının özkıyım davranışı için önemli yordayıcılar olduğu gösterilmiştir.[12]

Metabolizma Hızı

Penas-Lledo ve arkadaşları, genotiplendirilmiş 203 kadın anoreksiya nervoza olgusunda CYP2D6 enzimi açısından ultra-metabolizör olan kişilerde özkıyım girişimlerinin daha fazla olduğunu göstermiştir.[42] Bu kişilerde tedavi için verilen ilaçlar hızla metabolize edilip etkin kan düzeyine ulaşamamaktadır.

Kişilik Özellikleri

Yeme bozukluğu olan olgularda, provokatif davranışların sık olması kendini yönlendirme becerisinin düşük olması ve genel olarak içselleştirme eğilimi, mükemmeliyetçilik, agresyon, kendini cezalandırma eğilimi ve antisosyal eylemler, özkıyım riskinin artması ile ilişkilendirilmiştir. Bulimiya nervoza

hastalarında ise çabuk öfkelenme, obsesif davranışlar ve fobik kaygıların özkıyım girişimi ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir.[35,37,43-45]

İstismar Öyküsü

Yeme bozukluğu olgularında çocukluk döneminde olan istismar öyküsünün, özkıyım girişimleri ile ilişkili olduğu iki ayrı çalışmada gösterilmiştir.[37,40]

Yeme Bozukluğunun Şiddeti

Yeme bozukluğunun şiddeti de özkıyım riski açısından önemlidir. Yaş, sosyo-ekonomik durum ve beden kitle indeksinden bağımsız olarak yeme bozukluğunun şiddeti ile özkıyım riski arasında bağlantı olduğu saptanmıştır.[43,46,47] Başka bir araştırma ise beden kitle indeksinde özkıyım riski değerlendirmesinde önemli olabileceğine işaret etmiş ve özkıyım açısından risk derecelendirmesi için bu indeksin kullanılması önerilmiştir.[19] Ancak yeme bozukluğu şiddetinin özkıyım riski açısından belirleyici olmadığına işaret eden çalışmalar da bulunmaktadır.[37]

Ailesel etmenler

Yamaguchi ve arkadaşları 51 yeme bozukluğu olan olgu ve 107 kontrol ile yaptıkları bir çalışmada ebeveyne bağlanma örüntüleri ve aile özelliklerinin özkıyım davranışı ile ilişkisini incelemiştir.[43] Özkıyım davranışı yüksek olan hastaların ailelerinde aşırı korumacı tutumun daha fazla olduğu görülmüştür. Bulimiya nervoza için, ailede alkol kötüye kullanım öyküsünün fazla olması da özkıyım davranışları ile ilişkili bulunmuştur.

Tartışma

Yeme bozukluklarının psikiyatrik bozukluklar arasında özkıyıma bağlı ölümlerin en çok görüldüğü tablolar arasında olduğunu bildirilmektedir. Ölüm oranı en yüksek psikiyatrik tablolardan biri olan anoreksiya nervoza'da hastalığa bağlı komplikasyonların ardından ikinci ölüm nedeni özkıyımdır.

Özkıyım açısından risk düzeyinin belirlenebilmesi için, depresyon ek tanısı, çocukluk döneminde istismar öyküsü, bireysel ve ailesel etmenler özellikle sorgulanmalı ve dikkate alınmalıdır. Yeme bozukluğunun şiddeti ve alt tipi gibi belirleyicilerde çelişkili sonuçlar bildirilmiş olmasının nedenleri, bu tanı için alt tiplerin geçerliğinin düşük olması ve yöntemsel farklılıklar olabilir.

Anoreksiya nervoza hastalarının genel olarak mükemmeliyetçi, kararlı, gururlu ve yalıtılmış özellikleri, özkıyımın zihinde değerlendirildiği aşamada

daha saplantılı bir tutum içine girmelerine neden olabilir. Anoreksiya nervoza hastalarının daha ölümcül kendini öldürme yöntemleri (çamaşır suyu içmek, kendini yakmak, tren yoluna atlamak gibi) kullandığına ilişkin olgu bildirimleri vardır. Dahası fiziksel olarak düşkün olmaları nedeniyle, ölümcül olmayacak bir parasuisidal eylem, anoreksiya nervoza hastalarında ölümle sonuçlanabilir.

Ailenin aşırı korumacı tutumunun özkıyım ile ilişkili olması, ayrışma ve bireyleşme sürecinin ruh sağlığı açısından önemine işaret etmektedir. Ailenin müdahaleci tutumu, hastanın bireyselliğine tehdit olarak yaşanmaktadır. En sık olarak ergen yaş grubunda, kimliğin kurulması sürecinde ailenin aşırı müdahaleci olması, ergenin sınırlarını keşfetme uğraşlarını kısıtlayacak ve bireyleşmesini önleyecektir.[48] Klinisyen tarafından bu sürecin farkedilmesi ve etkili müdahale, aynı zamanda özkıyımın önlenmesine yönelik bir müdahale değeri de taşımaktadır.

Bulgular incelendiğinde, anoreksiya nervoza hastalarındaki özkıyım girişimlerinin depresyona benzer nitelikte olduğu, bulimiya nervoza hastalarındaki girişimlerin ise daha çok B kümesi kişilik bozukluklarına benzer nitelikte olduğu çıkarımı yapılabilir. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gruplarında özkıyım girişimlerinin fenomenolojik özelliklerinin farklı olduğu düşünüldüğünde, müdahale stratejilerinin planlanmasında her iki gruba ayrı planlama yapılması gerektiği açıktır. Anoreksiya nervoza'da müdahalelerin önceliği yaşam kalitesini arttırmak, depresyonu tedavi etmek ve yaşamda bir hedef bulmak yönünde destek vermektir, bulimiya nervoza'da duygudurumun düzenlenmesi ve dürtüselliğin kontrol altına alınmasıdır.

Psikiyatride farmakoterapide kullanılan birçok ilacın eliminasyonunu yapan enzim olan CYP2D6 enzimidaki ultrametabolizör tipi polimorfizmin, yeme bozukluklarında özkıyım ile ilişkili olması yeni ve dikkat çekici bir bilgidir. Bu çalışma, yeme bozukluklarında özkıyımı önleme açısından farmakoterapinin ve etkin ilaç kan düzeyleri sağlanmasının önemini vurgulamaktadır.

Sonuç

Araştırmalar özkıyım girişimleri ve özkıyımın yeme bozukluğu olan hastalarda hiç de nadir olmadığına işaret etmektedir. Bu nedenle hem anoreksiya nervoza hem de bulimiya nervoza'lı hastalar tedavi sırasında özkıyım riski açısından değerlendirilmelidir. Anoreksiya nervoza'da yeme bozukluğunun şiddeti ne olursa olsun, özellikle de başka bir ek tanı varlığında özkıyım düşünceleri

rutin olarak sorgulanmalı, özkıyım düşüncesi saptandığında özkıyım niyetinin ciddiyeti araştırılarak hasta özkıyım riski açısından değerlendirilmelidir. Yeme bozuklukları olgularında özkıyımın önemli yordayıcılarından olan madde kullanımı hem anoreksiya nervoza hem de bulimiya nervoza'de mutlaka sorgulanmalıdır. Buna ek olarak fiziksel ve cinsel taciz öyküsü sorgulanarak saptandığı / şüphelenildiği takdirde hasta özkıyım eğilim açısından değerlendirilmelidir. Aile dinamiklerinde, ailede hastanın bireyselleşmesini engelleyen tutumlarına yönelik yapıcı müdahaleler önemlidir. Son olarak, yeme bozukluğu belirtileri düzelmiş bile olsa, hastanın özkıyım riski taşıdığı unutulmamalı ve bu açıdan tetikte olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Şentürk V, Öncü B. Yeme davranışı bozuklukları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2008; 1:29-35.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
3. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375:583-593.
4. Clarke TK, Weiss ARD, Berrettini WH. The genetics of anorexia nervosa. Int J Clin Pharmacol Ther 2012; 91:181-188.
5. Hudson JI, Hiripi E, Pope HGJ, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61:348-358.
6. Öncü B. İntihar davranışı. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 1. Basım (Eds S Miral, E İşeri):503-512. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
7. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. Int J Eat Disord 2007; 40:293-309.
8. Öncü B, Akça Ö. Türkiye'de ergenlerde yapılan intihar ve kendini yaralama davranışı çalışmaları. In Türkiye'de Gençlik, 1. Basım (Eds M Eskin, Ç Dereboy, H Harlak, F Dereboy):439-452. Ankara, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2008.
9. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1073-1074.
10. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. Int J Eat Disord 2004; 36:99-103.
11. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev 2006; 26:769-782.
12. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? Psychol Med 2004; 34:843-853.
13. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011; 68:724-731.
14. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1073-1074.

15. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2008; 70:378-383.
16. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124:6-17.
17. Williams E. Anorexia nervosa: a somatic disorder. *Br Med J* 1958; 2:190-195.
18. Guillaume S, Jaussent I, Olié E, Genty C, Bringer J, Courtet P et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PloS One* 2011; 6:e23578.
19. Rosling AM, Sparén P, Norring C, Knorrning von L. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011; 44:304-310.
20. Holm-Denoma JM, Witte TK, Gordon KH, Herzog DB, Franko DL, Fichter M et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. *J Affect Disord* 2008; 107:231-236.
21. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Psychiatr Res* 1985; 19:493-508.
22. Møller-Madsen S, Nystrup J, Nielsen S. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94:454-459.
23. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25:143-156.
24. Tolstrup K, Brinch M, Isager T, Nielsen S, Nystrup J, Severin B et al. Long-term outcome of 151 cases of anorexia nervosa: The Copenhagen Anorexia Nervosa Follow-Up Study. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71:380-387.
25. Hentze M, Engel K. Prognostic factors for long-term survival in anorexia nervosa. *Z Klin Psychol Psychopathol* 1991; 39:173-181.
26. Deter HC, Herzog W. Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosom Med* 1994; 56:20-27.
27. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1342-1346.
28. Kreipe RE, Churchill BH, Strauss J. Long-term outcome of adolescents with anorexia nervosa. *Am J Dis Child* 1989; 143:1322-1327.
29. Steinhausen HC, Seidel R. Outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14:487-496.
30. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22:339-360.
31. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:11-53.
32. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1997; 154:313-321.

33. Favaro A, Santonastaso P. Purging behaviours, suicide attempts and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *Int J Eat Disord* 1996; 20:99-103.
34. Youssef G, Plancherel B, Laget J, Corcos M, Flament F, Halfon O. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2004; 19:131-139.
35. Selby EA, Smith AR, Bulik CM, Olmsted MP, Thornton L, McFarlane TL et al. Habitual starvation and provocative behaviors: two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 2010; 48:634-645.
36. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord* 2004; 36:118-119.
37. Yamaguchi N, Tachikawa H, Sato S, Hori M, Suzuki T, Shiraishi H. Parental representation in eating disorder patients with suicide. *J Psychosom Res* 2000; 49:131-136.
38. Üneri ÖŞ. Anoreksiya nervoza ve kaygı bozuklukları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010; 4:236-239.
39. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:769-782.
40. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord Psykiatr Tidsskr* 2010; 64:32-39.
41. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry* 2007; 48:218-224.
42. Peñas-Lledó EM, Dorado P, Agüera Z, Gratacos M, Estivill X, Fernández-Aranda F et al. High risk of lifetime history of suicide attempts among CYP2D6 ultrarapid metabolizers with eating disorders. *Mol Psychiatry* 2011; 16:691-692.
43. Forcano L, Fernández-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacos M et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *Eur Psychiatry* 2009; 24:91-97.
44. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry* 2007; 48:218-224.
45. Youssef G, Plancherel B, Laget J, Corcos M, Flament F, Halfon O. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry* 2004; 19:131-139.
46. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: An Italian community-based study. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:437-443.
47. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord Psykiatr Tidsskr* 2010;64:32-39.
48. Karaman D, Durukan İ. Suicide in children and adolescents. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler – Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5:30-47.

Bedriye Öncü, Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara; **Direnç Sakarya**, Uzm. Dr., Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Ankara.

Yazışma Adresi/Correspondence: Direnç Sakarya, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Ankara, Turkey. E-mail: direnc@gmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol5/no1/

Çevrimiçi yayım / Published online 05 Kasım/November 05, 2012; doi:10.5455/cap.20130504
