

Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları İlişkisi

Mehmet Murat Demer*, E. Oryal Taşkın**

Anoreksiya nervoza (AN) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ilişkisi uzun süredir bilinen ve üzerinde halen yoğun olarak çalışılan bir konudur. OKB'nin başka psikiyatrik bozukluklara da yüksek oranlarda eşlik etmesi, OKB ve yeme bozuklukları (YB) arasındaki yüksek komorbidite oranlarının, bu iki bozukluğa özel bir durum olmadığını düşündürmektedir. YB özellikle de AN ile OKB semptomatolojisi arasında genel bir benzerliğin bulunduğu söylenebilir. Tanısal sınıflandırma yaklaşımı ile değerlendirildiğinde YB ve OKB'nin kendilerine özel diğer ölçütler ile farklı kategoriler içinde sınıflandırılmaları bu sendromların tanınmasını ve tanımlanmasını kolaylaştıracaktır. Hem OKB'de YB tanısının bulunması hem de YB'de OKB tanısının bulunması birincil bozukluğun klinik gidiş ve sağaltımını olumsuz yönde etkilemektedir. AN'de Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu daha sık görülürken BN'de Borderline Kişilik Bozukluğu ve Narsisistik Nevrozlar sık görülmektedir. AN'de psikopatoloji daha çok obsesyon ve kompulsyonları andırırken, BN'de daha çok dürtü denetim güçlüğü ya da bozukluğu bulunmaktadır. AN daha çok OKB spektrumuna yakinken BN ise daha çok Dürtü Denetim Bozuklukları'na yakın gibi görülmektedir. Biyolojik olarak, hem YB'nin hem de OKB'nin serotonin işlev bozukluğundan kaynaklandığı söylenebilir. Ancak bu işlev bozuklukları bu bozukluklara özgü değildir. Serotonin değişikliklerinin bozukluklara neden olmaktan çok semptomlarla ilişkili olduğu daha doğru bir yaklaşım gibi görünmektedir.

Anahtar sözcükler: obsesif kompulsif bozukluk, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, komorbidite

Relationship Between Obsessive-Compulsive Disorder and Eating Disorder

The relationship between obsessive-compulsive disorder (OCD) and anorexia nervosa (AN) is well documented and widely studied. The high rates of comorbidity between OCD and other psychiatric disorders as well show that the high rates of comorbidity between OCD and ED is not unique. It appears that there is a similarity between the symptomatology of ED, particularly between anorexia nervosa (AN), and OCD. In view of descriptive approach, classifying of ED and OCD in different categories according to their own diagnostic criteria will facilitate recognition and description of these syndromes. The comorbidity between ED and OCD negatively effects clinical courses and treatment of primary disorder. Obsessive-compulsive personality disorder is more common in the anorexic patients, but borderline personality disorder and narcissistic neuroses in patients with bulimia nervosa (BN). AN is close to OCD spectrum but BN to Impulse Control Disorders. Biologically, both ED and OCD are linked to serotonin dysfunction. However, this dysfunction is not specific to these disorders. The serotonin dysfunction seems to be related to the symptomatology rather than the etiology of these disorders.

Key words: obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, comorbidity

* Yrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa.

** Uzm. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa.

Giriş

Anoreksiya nervoza (AN) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ilişkisi 60 yılı aşkın bir süredir bilinen ve epidemiyolojik, etiyolojik, klinik ve sağaltım özellikleri ile ilgili temel bilgilerin ortaya çıkarılması için üzerinde halen yoğun olarak çalışılan bir konudur. AN'nin bir OKB tablosu olduğu varsayımı ilk kez Palmer ve Jones tarafından ortaya atılmış, daha sonra DuBois anoreksiya nervozayı kaşeksili kompulsiyon nevrozu olarak isimlendirmiş, klinik tabloda bulunan belirgin, düzenli olarak yineleyen ve sürekli yiyeceklerle ilgili düşünceleri tipik obsesif düşünce biçimine; yiyeceklerden yeneleyici, mantıksız ve kontrolsüz şekilde kaçınma şeklindeki davranışları da tipik kompulsif davranış biçimine benzetmiştir.¹ DeBois'e göre AN dramatik olarak zihnin ve bedeninin ayrılmazlığını gösteren klasik bir psikosomatik hastalık örneğidir. Rothenberg ise AN obsesif kompulsif modellerin özel bir içeriği olan, gıda ve yeme davranışına odaklanmanın üzerine bindiği içsel yapılar olduğunu ileri sürmüştür. Rothenberg'e göre özellikle başarının hedeflendiği ve rekabetin ön plana çıktığı batı toplumlarında yoğun olarak başarıya odaklanmış ve obsesif kompulsif kişilik yapısına sahip olan bireylerde yeni bir belirti yapısı ve modern bir sendrom gelişmektedir. Bu sendromda klasik temizlik ve törensel özellikler sürmekte, ardından yeni törensel davranışlar olarak bebeklerdeki benzer bir regurjasyonun bulunduğu aşırı yeme davranışı ortaya çıkmaktadır.² Hollander, 1993 yılında yayımladığı gözden geçirme çalışmasında AN'yi obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları grubunda değerlendirmiş, anoreksiya nervozalı hastaların serotonin gerilim engelleyicilerine iyi yanıt vermelerini obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarının fizyopatolojisinde 5-HT'nin rolü olduğuna ilişkin varsayımı desteklediğini ileri sürmüştür.³ Hsu ve ark. yayımladıkları gözden geçirme çalışmasında, AN'li hastalarda obsesif-kompulsif belirti ve özelliklerin sık görüldüğünü; bu belirtilerin zaman zaman OKB tanısı koyabilecek şiddette olduğunu; öte yandan OKB'lu hastalarda ısrarlı yeme bozukluğu (YB) belirtilerinin de bulunduğunu; çeşitli çalışmalarda kullanılan yöntem farklılıklarından kaynaklanan farklı sonuçlara karşın AN'li hastalarda eşlik eden obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun sık görüldüğünü bildirmişlerdir.⁴

Bu yazıda yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi gözden geçirilerek epidemiyoloji, etiyoloji, semptomatoloji, klinik gidiş ve sağaltım açısından iki tanı grubu arasında benzerlikler ve farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Epitomioloji

Obsesif Kompulsif Bozukluk'ta Yeme Bozukluğu yaygınlığı: OKB'ta YB yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları Tablo 1'de verilmiştir.⁵⁻¹¹

Yeme Bozukluklarında Obsesif Kompulsif Bozukluk yaygınlığı: YB'nda OKB yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları Tablo2'de verilmiştir.¹²⁻²²

OKB olgularında yeme bozukluğu, yeme bozukluklarında OKB yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları değerlendirildiğinde OKB tanısı alan hastalarda yeme bozukluğu yaygınlığının AN için %5.7-17 arasında bulunduğu; bir çalışma sonucuna göre de hastaların üçte birinden fazlasında bulimiya nervoza (BN) saptandığı; öte yandan yeme bozukluğu olgularında da OKB yaygınlığının %10-48 arasında bulunduğu görülmektedir. Bu oranların gerçekten yüksek olup olmadığına ya da bu iki bozukluğun komorbiditesinin yüksek olup olmadığına anlaşılabilmesi için OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla olan komorbidite ilişkisi de değerlendirilmelidir. OKB bir çok psikiyatrik hastalık seyrinde komorbid olarak bulunabilen bozukluktur. Depresyon ve OKB komorbiditesinin yüksek olduğu uzun süreden beri bilinen bir durumdur. Ülkemizde son dönemde yapılmış bir çalışmada 147 OKB tanılı hastanın %39.5'inde major depresyon eşliği olduğu bildirilmiştir.²³ Juang ve Liu Tayvan'da OKB fenomenolojisini inceledikleri çalışmalarında hastaların %41.5'inde depresyon saptadıklarını bildirmişlerdir.²⁴ Zitterl ve ark. OKB tanısı almış olan 74 hastanın %72.9'unda depresyon belirlemişlerdir.²⁵ Öte yandan bir çok çalışmada şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların seyrinde de komorbid olarak OKB yaygınlığının %7.8-47 arasında değişen oranlarda bulunduğu bildirilmiştir.²⁶⁻³⁰ Bu yüksek komorbidite oranları, OKB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla da yüksek oranda bulunması göz önüne alındığında, yeme bozukluğu - OKB birlikteliğinin özel bir anlamı olmayabileceğini düşündürmektedir.

Yeme Bozukluklarında Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu yaygınlığı: YB'de Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre OKKB yaygınlığı AN olgularında %7.5-60; BN olgularında %4-13 olarak bildirilmiştir.³¹⁻³⁵

DSM-IV'teki obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına düzenlilik, mükemmeliyetçilik, zihinsel ve kişilerarası kontrol üzerine aşırı kafa yormanın olduğu sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır.³⁶ AN'nin klinik görünümünde de OKKB'de olduğu gibi ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralama ve organizasyonla ilişkili zihinsel uğraşlar yapılan

Tablo 1: Obsesif-kompulsif bozuklukta yeme bozukluğu yaygınlığı

Araştırma	OKB	YB yaygınlığı	OKB - AN birlikteliği gösteren hastaların ortak özellikleri	Genel yorum
Kasvikis ve ark. ⁵ (1986)	280 hasta	16 hastada (%5.7) AN	– Hepsi kadın – Daha genç – Bekar – OKB daha erken başlangıçlı	Bu hastaların tümünün kadın olmasına dikkat çekilmiş
Joffe ve Swinson ⁶ (1987)	16 hasta	–	– Erkeklerde hiç AN yok	YB ile OKB arasında bir ilişki yoktur.
Noshirvani ve ark. ⁷ (1991)	Erkek 137 Kadın 170 Toplam 307	Kadınların %12'sinde AN		
Pigott ve ark. ⁶ (1991)	59 hasta	%16.9 AN %37.3 BN		OKB'de YB bulunduğu söylenemez, ancak her iki bozuklukta kısmen benzer psikopatolojiler paylaşılabilir.
Rasmussen ve Eisen ⁹ (1992)	100 hasta	AN yaygınlığı %8 (nokta) %17 (yaşam boyu)		
Fahy ve ark. ¹⁰ (1993)	105 hasta (kadın)	%11 AN	– Daha genç – OKB belirtileri ortalama 5 yıl daha erken başlangıçlı	OKB'ye AN eşlik etmesi psikiyatriste başvuru için bir etmen
Bienvenu ve ark. ¹¹ (2000)	60 hasta	YB %14 (yaşam boyu)		

* p<0.001

aktivitelerin özünü kaybettirecek düzeyde yoğundur. Mükemmeliyetçilik yürütülen işlerin tamamlanmasını engeller. Ahlak, etik ve değer yargıları ile ilgili katı tutumlar vardır. Rijidite ve inatçılık çok yaygındır.³⁷ Öte yandan OKKB OKB'de de benzer oranlarda bulunmaktadır. Samuels ve ark. tarafından yapılan OKB'li hastalar ve birinci derece yakınlarında OKKB sıklığının araştırıldığı kontrollü bir çalışmada OKB'li hastaların %32.4'ünde, OKB'li hastaların birinci derece yakınlarının %11.5'inde OKKB belirlenmiştir.³⁸ Özellikle AN olgularında OKKB yaygınlığının %7.5-60 gibi geniş bir aralık göstermesi, Skodol ve ark.'nın da bildirdiği gibi farklı çalışmalarda farklı kişilik bozukluğu belirleme yöntemleri kullanılmasına bağlı olabilir.³³ Üstelik, AN olgularında OKKB yanında, benzer ya da daha yüksek oranlarda Borderline Kişilik Bozukluğu ve Kaçınan Kişilik Bozukluğu'nun bulunduğunu gösteren çalışmalar da vardır.^{31,33} Karaçam ve ark. OKB'de kişilik bozuklukları yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında OKB'de C kümesi kişilik bozukluklarının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.³⁹ AN genellikle ergenlik döneminde yani kişilik örüntüsünün tam olarak belirlenmediği bir dönemde başladığından dolayı, farklı ki-

şilik yapılarının görülmesi doğaldır.⁴⁰ Bu nedenlerden ötürü, AN'yi, AN'ye özgü bir kişilik bozukluğu ya da örüntüsü ile ilişkilendirmek zorlama bir yaklaşım gibi görünmektedir. BN'de ise genellikle Borderline Kişilik Bozukluğu ve Narsisistik Nevrozların sık görülmesi BN'deki dürtüsellliği açıklayabilir. Bu açıdan BN OKB ile benzeşmemektedir. Ancak tanısız olarak AN ve BN arasında geçişlerin olabilmesi bu konuda bir genelleme yapmayı zorlaştırmaktadır.⁴⁰

Etiyoloji

A. Biyolojik

a. Aile ve genetik çalışmalar:

Aile çalışmalarında YB ve OKB birlikteliğine ilişkin olarak elde edilen sonuçlar çelişkilidir 41-45 (Tablo 4). Bazı çalışmalarda YB ve OKB arasında ailesel geçiş açısından herhangi bir ilişki belirlenmezken,^{14,35,41,42} bazı çalışmalarda değişen oranlarda ilişki gösterilmiştir.^{16,43,44} Bu çalışmalardan Cavallini ve ark.'nın yaptığı çalışmada YB'ye yatkınlık ile OKB'ye yatkınlığın birbiri ile ilişkili bulunduğu, sonuçların iki tanının etiyolojisinde ortak bir genin varlığını destekle-

Tablo 2: Yeme bozukluklarında obsesif-kompulsif bozukluk yaygınlığı

Araştırma	YB	OKB yaygınlığı	Genel yorum
Ben-Tovim ve ark. ¹² (1979)	21 AN hastası	%48 obsesyonal nevroz belirtileri	
Channon ve DeSilva ¹³ (1985)	-	-	Obsesyonal belirtiler, obsesyonal olmayan herhangi bir nevrotik hasta düzeyindedir.
Hudson ve ark. ¹⁴ (1987)	BN hastaları	% 33 OKB	
Rothenberg ¹⁵ (1988)	AN hastaları	%11.3 (OKB nokta yaygınlığı) %25.8 (OKB yaşam boyu yaygınlığı)	AN'li hastalarda depresif ve obsesif kompulsif belirti sık görülmektedir.
Halmi ve ark. ¹⁶ (1991)	62 AN hastası		
Fahy ¹⁷ (1991)	29 AN hastası 77 BN hastası	YB hastalarında OK ölçek puanları yüksek bulunmamış	Veriler AN'lerin bir OKB alt tipi olduğu varsayımını desteklemiyor.
Schwalberg ve ark. ¹⁸ (1992)	BN hastaları	%10 (OKB nokta yaygınlığı) %15 (OKB yaşam boyu yaygınlığı)	Anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi yaygınlığı OKB'den daha fazladır. Anksiyete bulimik davranışın hem etiolojisinde hem de sürdürülmesinde önemli bir etmendir.
Thiel ve ark. ¹⁹ (1995)	93 YB hastası	Kadın hastaların %37'sinde OKB	Yeme ve beden imajı ile ilişkili olanlar hariç klinik olarak önemli düzeyde obsesif ve kompulsif belirti bulunmaktadır.
Thornton ve Russell ²⁰ (1997)	35 AN hastası 33 BN hastası	AN'de %37 BN'de %3 OKB	
Matsunaga ve ark. ²¹ (1999)	53 AN hastası (kadın)	%40 OKB	Yeme ile ilişkili çekirdek obsesyon ve kompulsiyon belirtileri çıkarıldıktan sonra bile aynı zamanda OKB tanısı bulunmaktadır.
Albert ve ark. ²² (2001)	38 BN hastası (kadın)	%10.5 eşik OKB %15.8 eşikaltı OKB	Kadın BN'ların önemli bir kısmında OKB bulunmaktadır ve BN'nin klinik gidişi üzerinde olumsuz etki göstermektedir.

diği bildirilmiştir.⁴³ Bellodi ve ark. ise YB olgularında görülen obsesif kompulsif belirtilerin ek tanı olarak değerli yeme bozukluğunun bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiğini, çalışma sonuçlarının OKB ve YB'nin aynı genetik yatkınlığın fenotipik görünümü olduğunu ilişkin ileri düzeyde destek olduğunu ileri sürmüşlerdir.⁴⁴ Enoch ve ark. YB ve OKB olgularındaki ortak serotonin işlev bozukluğunu temel alarak yürüttükleri çalışmalarında 5-HT2A - 1438G/A promoter polimorfizminin ya da bununla ilişkili bir varyantın AN ve OKB'ta ortak özellik olan mükemmeliyetçilik veya obsesyonalite şeklinde bir davranış özelliğine katkıda bulunabileceği şeklinde sonuç bildirmişlerdir.⁴⁶ Genetik ve aile çalışmaları iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceğini ortaya koymakla birlikte bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir.

b. Nörotransmitter çalışmaları:

Jarry ve Vaccarino 5-HT sistemindeki işlev bozukluğunun hem OKB hem de yeme bozukluklarındaki dü-

şünce çizgisinin iki ucundaki tipik davranış biçimlerini açıklayabileceğini ileri sürmüşlerdir.⁴⁶ Bir uçta, hiper-serotonerjik işlevlerin yol açtığı ve kaçınma davranışı (yiyeceklerden ve bulaşmadan korku) ile sonuçlanan bilişsel süreçler, diğer uçta ise hiposerotonerjik işlevlerin yol açtığı ve yetersiz inhibisyon, fazla yakınlaşma gibi davranışlarla ilişkili bilişsel süreçler bulunmaktadır. YB ve OKB farklı bozukluklar olsa bile her iki ucunda anormal bir serotonin işlevi bozukluğu olan bir düşünce bozukluğu spektrumunda bulunmaktadırlar. Kısıtlayıcı tip anoreksiya nervozalı hastalarla klasik OKB hastalarında saptanan yüksek 5-HT düzeyleri kontrol etme ve yıkama davranışları ile; bulimik hastalar ile bazı OKB'lu hastalarda saptanan düşük 5-HT düzeyleri de dürtüsellik ve dizinhibisyon davranışları ile ilişkili olabilir. Kaye bir çok kadının diyet yapmasına karşın ancak çok azının AN geliştirmesinin altında yatan biyolojik bir yatkınlık nedeni ile risk altında olmaktan kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Kaye'e göre anoreksiya tablosunun sağaltımı ardından iyileşmeden sü-

Tablo 3: Yeme bozukluklarında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu yaygınlığı

Araştırma	YB	OKKB	Genel Yorum
Gartner ve ark. ³¹ (1989)	35 hasta	%25.7	YB'nda OKKB, borderline K., kaçınan KB ve self-defeating KB'den sonra 4. sırada.
Wonderlich ve ark. ³² (1990)	46 hasta	Kısıtlayıcı AN'de %60, BN'de %13 (Ancak örneklem küçük)	Kısıtlayıcı AN'de %60, BN'de %13 (ancak örneklem küçük). Kısıtlayıcı tip anoreksiya nervosa olgularında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu yaygınlığını diğer AN alttıplerine göre daha yüksek.
Gillberg ve ark. ³⁴ (1995)	AN hastaları	%7.5 OKKB %16 kaçınan kişilik bozukluğu	Farklı çalışmalardaki farklı sonuçlar, çalışmalarda farklı kişilik bozukluğu belirleme yöntemleri kullanılmasına bağlı olabilir.
Thornton ve Russell ²⁰ (1997)	51 AN hastası	%29.5 OKKB	Hastalık ergenlik döneminde başlamıştır.
Lilenfeld ve ark. ³⁵ (1998)	YB hastaları	AN'de %35 OKKB BN'de %5 OKKB	YB'nda premorbid obsesyonelite bulunduğunu bildiren önceki çalışmalarla uyumlu sonuç.
Matsunaga ve ark. ²¹ (1999)	26 AN 47 BN 44 kontrol	AN'lılarda OKKB sıklığı %46, BN'lılarda OKKB sıklığı %4	OKKB ve AN'nın benzer bir genotipin süreklilik gösteren bir fenotipini temsil etmesi olasılığı yüksektir.
	AN hastaları	OKB'nin eşlik ettiği AN'larda OKB eşlik etmeyenlere göre daha sık obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptadıklarını bildirmişlerdir.	AN'lı hastalarda obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu bulunmasının bu hasta grubunda obsesif-kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan bir etken olarak işlev görebileceğini ileri sürmüşlerdir.

regiden negatif afekt, davranışsal inhibisyon, simetri, mükemmeliyetçilik gibi obsesyonel özellikler premorbid dönemde de bulunabilir ve bu özellikler beyin serotonin düzeylerinde artışla beraberlik göstermektedir.⁴⁷ Kaye ve ark. serotonin aktivitesinde meydana gelen anormalliklerin hem AN hem de BN için ortak olan bir grup belirtinin ortaya çıkması için bir duyarlılık yaratabileceğini, nutrisyonel etmenlerin depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve serotonerjik yollarda bozukluk meydana gelen diğer durumlarda SSRI'lara yanıt etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir.³⁷ Monteleone ve ark. YB'de serotonerjik işlev bozukluğunu araştırdıkları bir çalışmada normal kilonun altında olan anoreksiya nervozalı hastalarda ve sık yeme nöbetleri olan bulimiklerde serotonin transmisyonunda bozukluk saptadıklarını, hafif şiddetteki bulimiya nervoza olgularında ise işlev bozukluğu belirlemediklerini bildirmişlerdir.⁴⁸ Sonuçta, her iki bozukluğun da serotonin işlev bozukluğundan kaynaklandığı söylenebilir. Güncel bilgimize göre, bu işlev bozukluklarının yalnızca bu bozukluklara özgü olmadığı, depresyonda da görülebildiği ve serotonin değişikliklerinin bozukluklara neden olmak-

tan çok semptomlarla ilişkili olduğu düşünülebilir. Yine de OKB ve YB aynı düşünce bozukluğu spektrumunda bulunan farklı bozukluklar gibi görünmektedir.

B. Psikososyal

Rothenberg bir çok araştırmacının anoreksiya nervoza olgularında yiyeceklere ilişkin sürekli ve sabit bir endişe ve aşırı zihinsel uğraş olduğunu kabul ettiğini ancak hiçbirinin bu zihinsel uğraşların içsel obsesyonel doğası üzerinde durmadığını ifade etmiştir.² Bu yazara göre anoreksiyada bilinçli ve istemli bir yiyecek reddi vardır. Hem anoreksiyada hem de bulimiyadaki bu gerçek açlığın ve yiyeceklere karşı ruhsal odaklanmanın tanınması önemi değerlendirilmediği için yüzeysel belirtiler ego-distonik olarak görünmemektedir. Bilinçli ve ısrarlı zayıf olma düşüncesinden dolayı yiyecek reddi amaca yönelik istemli girişimler olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu zihinsel uğraşlar bir süre sonra amacı aştığında, bireyin kontrolünün dışına çıkmakta ve sonuçta yeme bozukluğu olan hasta duygulanım ve düşüncelerinin yalıtımı için obsesyonel savunmaları kullanmaya başlamaktadır. Yeme bozukluğu olan hastalarda kontrole ilişkin zihinsel uğraşlar temel psikopa-

Tablo 4: Yeme bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk birlikteliğine ilişkin aile ve genetik çalışmaları

Araştırma	Hasta Grubu	Hasta yakını (araştırma grubu)	Hasta yakınlarındaki Psikopatoloji	Genel Yorum
Hudson ve ark. ¹⁴ (1983)	89 YB hastası	420 birinci derece akraba	4 OKB 15 Anksiyete bozukluğu	YB-OKB ilişkisine ait bir yorum yok.
Holland ve ark. ⁴¹ (1984)	1 AN hastası	Monozigot ikizi	Ağır obsesyonel el yıkama	Diğer ikizde YB yok.
Halmi ve ark. ¹⁶ (1991)	62 AN hastası	57 AN annesi	Yaşam boyu OKB yaygınlığı %10.5	AN annelerinde OKB yaygınlığı kontrol annelerinden yüksek.
Black ve ark. ⁴² (1994)	OKB hastaları	Birinci derece yakınlar	YB yaygınlığı kontrolden yüksek değil	Aile çalışması yöntemi ile yeme bozukluğu ve OKB arasında ailesel ilişki gösterilememiştir.
Lilenfeld ve ark. ³⁵ (1998)	26 AN 47 BN 44 kontrol	343 birinci derece yakın	- AN'de OKB riski 4.1 kat yüksek - BN'de OKB riski 3 kat yüksek	- OKB ve yeme bozuklukları ailelerde birbirinden bağımsız geçiş gösterir. - OKB sıklığının özellikle kendilerinde aynı zamanda ikinci tanı olarak OKB de bulunan yeme bozukluklu deneklerin akrabalarında daha yüksektir. - OKB ve yeme bozuklukları hem deneklerde hem de ailelerde ikili tanı şeklinde bulunmakla birlikte ortak bir nedensellik ilişkisi bulunmamaktadır. Ancak OKKB ile AN arasında özel ailesel risk gösterilmiş.
Bienvenu ve ark. ¹¹ (2000)	OKB hastaları	224 hasta yakını	YB yaşam boyu yaygınlığı %4	YB OKB spektrumunun önemli bir parçası gibi görünmemektedir.
Cavallini ve ark. ⁴³ (2000)	42 AN (kısıtlayıcı) 47 AN (yeme krizi) 52 BN	Birinci derece yakınlar	YB yatkınlık ile OKB/tik bozukluğu yatkınlık	YB'na yatkınlık ile OKB/TB'na yatkınlık birbiri ile ilişkilidir, sonuçlar YB ile OKB etiyolojisinde ortak bir gen varlığını desteklemiştir.
Bellodi ve ark. ⁴⁴ (2001)	YB hastaları		Obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarına yakalanma riski kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek	- Yeme bozukluğu olanlarda görülen obsesif-kompulsif belirtilerin bir ek tanı olarak değerlendirilmemesi, aksine yeme bozukluğunu bir parçası olarak değerlendirilmesi gerekir. Bu, OKB ve YB'nin aynı genetik yatkınlığın fenotipik görünümü olmasına daha ileri düzeyde bir destek bulgudur.
Enoch ve ark. ⁴⁵ (1998)	Üç ayrı bölgeden 88 AN, 59 BN, 62 OKB, 213 normal kontrol			5 HT2A -1438 G/A promoter polimorfizmi veya bununla ilişkili bir varyantın AN ve OKB ile ortak özellik olan mükemmeliyetçilik veya obsesyonelite şeklinde bir davranış özelliğine katkıda bulunabilir.

tolojik süreçleri oluşturmaktadır. Kilo kontrolü, iştah kontrolü, düşüncelerin kontrolü ve çevrenin ritualistik kontrolü doğrudan zayıflık ile ilişkili kontrol davranışlarıdır. Laksatif ve diüretik ilaç kullanımı gastrointestinal ve üriner sistemin, amenore gelişmesi genital sistemin kontrol davranışlarına örnektir. Kontrol davranışı benzer şekilde OKB'de de temel psikopatolojik süreçlerindedir. Obsesyonel düşünce dürtüler, duygulanım, arzular ve fantazik düşünceler üzerinde kontrolü sağla-

ma girişimidir. OKB'nin karakteristik savunma düzeyleri AN ve BN'de de yaygın olarak kullanılan düzeylerdendir. Yeme bozukluğu olanlardaki kusma davranışı yapıp bozma düzeneğine örnektir. Başkalarına karşı aşırı yardımsever davranış ile bilinç dışı kilo alma ve güçlü olma arzularının tersine davranış karşıt tepki kurma düzeneğine örnek davranışlardır. Belirli yiyeceklerden yanlış kalori bilgisi ile kaçınma davranışı ise tipik obsesif-kompulsif entelektualizasyon düzeneğine

ilişkin davranışdır. Rothenberg'e göre klasik OKB'nin gıda ve yiyecek ilişkili bir klinikle ortaya çıkmakta, bir anlamda yeme bozuklukları modern bir OKB tablosu oluşturmaktadır.² Holden AN'li hastalarda hastalık öncesi obsesyoneel kişilik özelliklerinin sık olduğunu, hastalık ilerledikçe özellikle açlık davranışının bu kişilik özelliklerini alevlendirdiğini ileri sürmüştür.⁴⁹ Bu yazara göre açlık sırasında normal sağlıklı bireyler de yiyeceklere ilişkin obsesyoneel belirtilerden yakınmakta, dolayısı ile obsesyoneel belirtiler ile anoreksiya belirtileri kısmen örtüşmektedir. Öte yandan Lee ise anoreksiya nervozanın erken ebeveyn-çocuk etkileşimindeki cesaretlendirici yanıtların yetersizliği sonucu kendilik, kimlik ve otonomi duygularında gelişen kayıplara karşı bir savunma olduğunu; temel savunma düzeneğinin ise katı yadsıma olduğunu; OKB'nin ise genellikle psikoseksüel gelişim dönemlerinden anal-sadistik döneme regresif fiksasyon olarak ortaya çıktığı, temel savunma düzeneklerinin ise yapıp bozma, yalıtma, yer değiştirme ve karşıt tepki kurma olduğunu ileri sürmüştür.⁵⁰

Pigott ve ark. yeme bozukluğu envanteri ile yaptıkları karşılaştırmada genel yetersizlik, aşırı kişisel beklenti, yabancılaşma endişesi ve aşırı bağımlılık korkularının hem OKB hem de yeme bozukluğu gruplarında var olan psikopatolojik durumlar olduğunu bildirmişlerdir.⁸ Bulik ve ark. BN ve OKB'nin genel psikopatoloji açısından benzerlik ve farklılıklarını araştırdıkları çalışmalarında depresyonun her iki bozuklukta eşlik eden bir psikopatolojik durum olduğunu, BN grubunda OKB grubuna göre daha şiddetli depresyon bulunduğunu bildirmişlerdir.⁵¹ Bu çalışmada ayrıca MMPI'da hipokondriyazis, SCL-90-R'de de bu sonucu destekleyecek şekilde somatizasyon puanları BN grubunda OKB grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yazarlar bu sonuçları BN'li hastaların bedenlerindeki fiziksel işlevlere daha fazla dikkat etmeleri ve bedenlerindeki küçük fiziksel değişiklik ve belirtilere karşı daha hassas olmaları ile açıklamışlar, OKB'li hastaların ise zamanlarının büyük bir çoğunluğunu tehdit eden uyarılara karşı sürekli olarak çevreyi tarama ile harcadıklarını ileri sürmüşlerdir. BN'li hastaların MMPI'larında saptanan yüksek psikopati puanları bu hasta grubundaki dürtü kontrol bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada BN'li grubun OKB grubundakine yakın anksiyete puanları aldığı, üstelik bu yüksek anksiyete düzeylerinin normal kilolu BN olgularında da aynı şiddette olduğu belirlenmiştir. Dürtü kuramına göre de, anoreksiyadaki besin reddi, bilinçdışı sevgi ve cinsellik isteklerinin yadsınarak ancak sembolik olarak kabulüdür. Ağza alma ve yeme gebelik yerine geçen olarak değer-

lendirildiğinde, kişi bu bastırılmış ya da yasak istekleri kontrol edebilmek için yemesini kontrol etmektedir. Kusma ve ishal ise, içe alma fantazilerine karşı direncin belirtileridir.⁵² Bu açıdan bakıldığında AN'deki savunmalar OKB'dekilerle büyük benzerlik göstermektedir. BN açısından ise, temel semptom olan yeme nöbetlerinde kişide bir kontrol kaybı vardır.⁵³ Yeme nöbetleri, zaman zaman dayanılmaz derecelere varan haz duygusunu doyuma ulaştırma dürtüleriyle ilgilidir. Açlıkları sevgi ve güvene yönelik olduğundan, tıknırcasına yeme ile bunları sağlamaya çalışırlar.⁴⁰ Bu açıdan BN, dürtüleri bastırmak ve kontrol etmekten çok doyuma ulaştırıp hazza yönelme ile belirli psikopatoloji gösterdiğinden hem AN hem de OKB'den ayrılmaktadır. Ayrıca BN'de üstbenlik kontrol ve benlik gücü yetersizliği de bulunması da⁵³ bu bozukluğun AN ve OKB'den farklı olan bir diğer yönüdür. Bu nedenle bu kişilerde sıklıkla madde kullanım bozuklukları ve dürtü denetim bozuklukları da görülmektedir.^{54,55}

Semptomatoloji

YB ve OKB arasında semptomatoloji açısından benzerlikler bulunduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir. Kasvikis ve ark. AN'nin eşlik ettiği OKB olguları ve yalnızca OKB olan hastalar arasında kompulsif kontrol davranışı, ruminasyon, yavaşlık ve yıkama davranışı, çocukluk ritüelleri, geçmiş depresyon öyküsü açısından fark bulmadıklarını bildirmişlerdir.⁵ Hall ve ark. DSM-III-R tanı sınıflandırması ölçütlerine göre tanı konmuş 500 BN'li hastayı öykü ve psikolojik özellikleri açısından gözden geçirmişler ve tüm grubun %2'sinde klinik özelliği BN tablosuna öncülük eden ya da tıknırcasına yeme/çıkarma tablosunun bir parçası olarak bulunan, kompulsif ritüellerin olduğu, emosyoneel travma geçirme öyküsü bulunan, tekrar emosyoneel bir incinme yaşamamak için kişiler arası ilişkilerden kaçınma davranışı gösteren, umutsuzluk ve değersizlik duygularına sahip olan ve obsesif-ritualistik bulimiya adı verdikleri bir alt grup saptamışlardır.⁵⁶ Kaye ve ark. ise anoreksiyadaki çekirdek belirtilerin bir çok yönden obsesyon ve kompulsiyonlara benzediğini ileri sürmüşlerdir.⁵⁷ Bu yazarlara göre anorektik hastalar beden imajları ve zayıflama isteğine ilişkin yineleyici, ısrarlı ve zorla gelen düşüncelere sahiptir ve obsesyonların kendi zihinlerinin ürünü olduğunu düşünmektedirler. Öte yandan bu hastalar sürekli olarak egzersiz yapmakta ve törensel yeme davranışları göstermektedirler. Bu davranışlar yineleyici, amaçlı ve istemli oldukları için kompulsiyonlara benzemektedirler. Ancak anorektik kompulsiyonların OKB'deki kompulsiyonlardan farkı rahatsızlığı nötralize etmek ya da önlemek için yapıl-

mamasıdır. Thiel ve ark. eşlik eden OKB'nin bulunduğu yeme bozukluğu olgularında kendine ya da başkalarına zarar verme, temizlik ve yıkama, patolojik kuşku şeklinde obsesyon ve kompulsiyonların en sık görülen belirtiler olduğunu bildirmişlerdir.¹⁹ Bastiani ve ark. ise DSM-III-R tanı sınıflandırmasına göre tanı konmuş 18 AN'li kadın ve 16 OKB'li kadın hastayı obsesyon ve kompulsiyonları açısından karşılaştırmışlardır.⁵⁸ Yazarlar bu iki tanı grubunda obsesyon ve kompulsiyonların hastaların işlevselliğini aynı düzeyde bozduğunu, ancak OKB'li hastaların AN'li hastalara göre çeşit yönünden çok daha zengin bir belirti örüntüsü sergilediklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada AN'li hastalarda en sık görülen belirtiler simetri ve mükemmeliyetçilik, sıralama ve düzenleme, temizlik obsesyon ve kompulsiyonları iken; OKB'li hastalarda en sık görülen belirtiler tekrar tekrar okuma ve yazma ritüelleri, çok kötü bir şeyler olmadığını kontrol etme, yanlış giden bir şeyler olmadığını kontrol etme ve başkalarına zarar vermediğini kontrol etme kompulsiyonları olarak bulunmuştur. Öte yandan Grabe ve ark. 26 kadın, 30 erkek OKB'li hastada obsesif-kompulsif belirtiler ile tipik olarak yeme bozukluklarında görülen bilişsel ve davranışsal belirtiler arasında boyutsal bir ilişki olup olmadığını incelemişler, kontrol etme, sayma, dokunma ve konuşma kompulsiyonları olan kadın hastaların BN için; sözcük, resim veya düşünce zinciri şeklinde obsesyonları olan kadın hastaların ise AN için yüksek riske sahip olduklarını bildirmişlerdir.⁵⁹ Matsunaga ve ark. OKB'nin eşlik ettiği AN olgularında simetri, sıralama, temizlik ve yıkama obsesyon ve kompulsiyonlarını; yalnızca OKB tanılı hastalarda ise kontrol etme davranışları ile temizlik ve yıkama obsesyon ve kompulsiyonlarını en sık görülen belirtiler olarak saptamışlar ve AN hastalarındaki obsesif-kompulsif belirtilerin daha dar bir alana yayılırken OKB'li hastalarda daha geniş bir spektrum içinde görüldüğünü bildirmişlerdir.²¹ Von Ranson ve ark. da sağaltım görmüş olan BN'li hastalarla sağaltım görmemiş BN'li hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında her iki grupta da benzer obsesyon ve kompulsiyon belirtilerin bulunduğunu; simetri ve tamlik obsesyonları ile sıralama ve düzen kompulsiyonlarının en sık görülen belirtiler olduğunu bildirmişlerdir.⁶⁰ Öte yandan Fahy ve ark. ise AN'nin eşlik ettiği OKB olgularında yalnızca OKB tanısı konan gruba göre kontrol etme, kuşku, temizlik ve ruminasyon açısından anlamlı fark bulmadıklarını; iki grup arasında yalnızca yiyecek ve kiloya ilişkin OK belirtilerin anlamlı farka sahip olduğunu bildirmişlerdir.¹⁰ Bu bilgiler ışığında yeme bozuklukları özellikle de AN ile OKB semptomatolojisi arasında genel bir benzerliğin bulunduğu söylenebilir.

Klinik Gidiş

Halmi ve ark. AN olgularında prognozu etkileyen etkenleri belirlemek amacı ile yürüttükleri çalışmalarında kusma, laksatif kullanımı, somatik yakınmalar, orta-ağır depresyon olması yanında obsesif-kompulsif belirtilerin bulunmasının da prognozu kötüleştiren bir etken olduğunu belirlemişlerdir.⁶¹ Fahy ve Russell BN'li 39 hastayı sağaltım öncesi, 8. hafta, 16. hafta ve bir yıl sonunda sağaltım sonucu ve prognozu etkileyen etkenler açısından izlemişler; obsesyonların bulunmasının sağaltım sonucunu etkilemediğini bildirmişlerdir.⁶² Thiel ve ark. ise AN ve BN'li hastalarda OKB tanısının eşlik etmesinin prognoz üzerine etkilerini inceledikleri 30 aylık bir izlem çalışmasında, eşlik eden OKB'nin her iki yeme bozukluğunda da prognozu olumsuz yönde etkileyen bir etken olmadığını; ancak yeme bozukluğunun seyri sırasında obsesyon ve kompulsiyonların uyarılabileceğini, yeme bozukluğunda sağaltım ile sağlanan iyilik haline paralel olarak obsesif-kompulsif belirtilerde de iyileşme olduğunu bildirmiştir.⁶³ Matsunaga ve ark. AN tanısına OKB eşlik etmesinin OKB eşlik etmeyen olgulara göre işlevselliği daha fazla bozduğunu, daha fazla hastane yatışına neden olduğunu ve daha şiddetli depresyon ve anksiyeteye neden olduğunu bildirmişler ve eşlik eden OKB ve OKKB'yi sosyal uyumu bozan bir etken olarak yorumlamışlardır.²¹ Von Ranson ve ark. normal kilolu BN'li hastalarda Y-BOCS puanlarının - AN'li hastalardaki kadar olmasa bile arttığını göstermişler, ancak uzun dönemde kilosunu geri kazanan BN hastalarının Y-BOCS puanlarının, AN tanısı alıp da iyileşen hastalarinkine eşdeğer olacak biçimde yüksek kaldığını bildirmiştir.⁶⁰ Bu nedenle bazı OKB belirtilerinin sağaltımla iyileşebileceğini; iyileşmiş olan YB hastalarının halen yüksek oranda OKB tipi ve belirtileri sergileyebileceğini; tüm bunlardan da obsesyon gösterme olasılığının YB hastalarında trait benzeri niteliği olabileceğini söylemek mümkündür.⁶⁴ Srinivasagam ve ark. ise sağaltım görmüş olan AN'li kadın hastaların AN belirtileri açısından iyileşmeleri ardından tamlik ve sıralama gereksinimi şeklinde obsesif-kompulsif belirtilerin uzun süre devam ettiğini bildirmişlerdir.⁶⁵ Yazarlara göre AN'li hastalarda simetri ve mükemmeliyetçilik gereksinimi, riskli durumlardan kaçınma, kısıtlama, ve dürtü kontrolünde artma şeklindeki, bir süreç özelliğini gösteren belirtilerin biyolojik bir incinebilirliğin davranışsal ifade şekli olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, yeme bozukluklarında OKB semptomlarının bulunmasının, OKB'nin farklı bir tanısallık kimlik olmasına karşın, yeme bozukluklarının klinik gidişinde olumsuz etkide bulunduğu söylenebilir.

Sağaltım Yanıtı

OKB fizyopatolojisinde santral serotonerjik transmisyonun rol oynadığı uzun süreden beri iyi bilinen bir durumdur.^{66,67} SSRI'ların OKB olgularında etkili olması da serotonin varsayımını desteklemektedir.⁶⁸ Son olarak, Dünya Biyoloji Dernekleri Federasyonunun anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve postravmatik stres bozukluğu için oluşturduğu farmakolojik tedavi rehberinde de fluvoksamin, sertralin ve fluoksetin ilk sıra tedavi seçenekleri olarak kabul edilmiştir.⁶⁹ Öte yandan SSRI'ların AN olgularında da etkin olduğuna ilişkin çalışma sonuçları bulunmaktadır. Kaye ve ark. DSM-III-R tanı ölçütlerine göre AN tanısı almış 31 hastada fluoksetinin etkinliğini araştırdıkları açık bir çalışmada fluoksetinin özellikle kısıtlayıcı tip AN olgularında etkili olduğunu bildirmişlerdir.⁷⁰ Kaye ve ark. bir başka çalışmada da fluoksetinin kilo alınması ardından iyi sonuç verdiği ve nüksleri önlemede yararlı olduğu sonucuna varmışlardır.⁷¹ Buna karşılık Attia ve ark (1998) AN olgularında fluoksetinin etkisiz olduğunu bildirmişlerdir.⁷² Son dönemde yapılan bir çalışmada ise Romano ve ark. BN olgularında fluoksetinin hem akut hem de kronik dönemde etkili olduğunu bildirmişlerdir.⁷³ Fahy ve ark. OKB tanılı hastalarda AN eşliğinin sağaltım başarısı üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında OKB'ye AN eşliğinin sağaltım başarısının azalmasına ve daha sık sağaltım reddine yol açtığını bildirmişlerdir.¹⁰ Kasvikis ve ark. anoreksik OKB'li hastaların anoreksiya eşlik etmeyen OKB grubuna göre kompulsif davranışlar açısından daha az sağaltım yanıtı verdiklerini belirlemişlerdir.⁵ Steinhausen AN'deki sağaltım yanıtına ilişkin olarak yapılmış 119 çalışmada incelenen 5590 hastadan elde edilen sonuçlara göre kusma, bulimiya varlığı, purgatif ilaç kullanımı, kronik gidiş yanında obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin bulunmasının kötü prognoz belirleyicisi olduğunu bildirmiştir.⁷⁴

Lee psikolojik sağaltımlar açısından AN ile OKB'nin farklılık gösterdiğini ileri sürmektedir.⁵⁰ Davranışçı terapi OKB'de en önemli sağaltım şekillerinden biriyken AN'de hastayla yapılan sağaltım anlaşmasını bozan ve sağaltım ekibi ile hasta arasında güçlü bir mücadeleye yol açan bir sağaltım biçimi olarak işlev görmektedir. Öte yandan dinamik yönelimli bireysel terapi de AN için temel sağaltım şekillerinden biriyken OKB'de sıklıkla uygun bir sağaltım yöntemi değildir. Pollice ve ark. AN olgularında obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin ölçek puanlarının kontrol grubuna göre yüksek bulunduğunu, üstelik bu yüksek puanların AN tablosunun sağaltımında ilerleme sağlandıktan sonra bile uzun süre devam ettiğini bildirmişlerdir.⁷⁵ Yazarlara göre anksiyete, depresyon ve obsesyonel durum malnutrisyon tablosu ile alevlenmekte, ardından açlık ve

kilo kaybına katkıda bulunabilmektedir. Sonuç olarak biyolojik temel üzerine düşünüldüğünde her iki hastalık grubunun serotonin üzerinden etkili ilaçlarla sağaltımı konusunda kanıtların bulunduğu söylenebilir. Ancak psikoterapötik yaklaşımlar açısından özellikle AN ve OKB sağaltımında farklılıklar olduğu görülmektedir. Hem OKB'de yeme bozukluğu tanısı bulunması hem de yeme bozukluklarında OKB tanısının bulunmasının birincil bozukluğun sağaltımını olumsuz yönde etkileyen bir etmen olarak rol oynadığı söylenebilir.

Sonuç

OKB'nin başka psikiyatrik bozukluklara da yüksek oranlarda eşlik etmesi OKB ve yeme bozuklukları arasındaki yüksek komorbidite oranlarının, bu iki bozukluğa özel bir durum olmadığını düşündürmektedir. Yeme bozuklukları özellikle de AN ile OKB semptomatolojisi arasında genel bir benzerliğin bulunduğu söylenebilir. Tanısal sınıflandırma yaklaşımı ile değerlendirildiğinde ve sadece görüngüsel olarak ele alındığında yeme bozuklukları ve OKB'nin kendilerine özel diğer ölçütler ile farklı kategoriler içinde sınıflandırılmaları bu sendromların tanınmasını ve tanımlanmasını kolaylaştıracak ve bu şekilde bir sınıflandırma rutin poliklinik ve servis uygulamalarında da kolaylıklar sağlayacaktır. Bununla birlikte özellikle AN ile OKB aynı bozukluk spektrumunda yer almaktadır. BN ise aynı bozukluk spektrumunda yer almasına karşın hem AN'den hem de OKB'den çok daha uzak bir konumda bulunmaktadır.

Hem OKB'de yeme bozukluğu tanısının bulunması hem de yeme bozukluklarında OKB tanısının bulunması birincil bozukluğun klinik gidiş ve sağaltımını olumsuz yönde etkileyen bir etmen olarak rol oynamaktadır.

AN'yi, AN'ye özgü bir kişilik bozukluğu ya da örüntüsü ile ilişkilendirmek zorlama bir yaklaşım gibi görünmektedir. BN'de ise genellikle Borderline Kişilik Bozukluğu ve Narsisistik Nevrozların sık görülmesi BN'deki dürtüsellığı açıklayabilir. Bu açıdan BN, OKB ile benzeşmemektedir. Ancak AN ve BN arasında geçişlerin olabilmesi bu konuda bir genelleme yapmayı zorlaştırmaktadır.

Dinamik olarak ve kişilik özellikleri ya da yapılanmalarındaki farklılıklar nedeni ile gösterdikleri değişiklikler açısından da AN ve BN'nin aslında birbirinden farklı ve değişik yerlerde bulunmaktadır. AN'de psikopatoloji daha çok obsesyon ve kompulsyonları içerir ya da andırırken, BN'deki psikopatoloji daha çok dürtü denetim güçlüğü ya da bozukluğu tablosunu andırmaktadır. Bunu destekleyen bulgular da AN'de kişilik özelliği olarak daha çok OKKB ve diğer C kümesi kişilik bozukluklarının eşlik etmesi, BN'de ise Borderline

özelliklerin eşlik etmesidir. Bu açılardan ele alındığında da AN daha çok OKB'ye yakınken BN ise daha çok Dürtü Denetim Bozuklukları'na yakın gibi görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında da özellikle dinamik yaklaşımın yapılacağı durumlarda iki tablonun aynı yerde sınıflandırılması anlamayı zorlaştıracaktır.

Biyolojik olarak değerlendirildiğinde hem yeme bozukluklarının hem de OKB'nin serotonin işlev bozukluğundan kaynaklandığı söylenebilir. Güncel bilgilerimize göre, bu işlev bozukluklarının yalnızca bu bozukluklara özgü olmadığı, depresyonda da görülebildiği ve serotonin değişikliklerinin bozukluklara neden olmaktan çok semptomlarla ilişkili olduğu daha doğru bir yaklaşım gibi görünmektedir. Genetik ve aile çalışmalarını iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceğini ortaya koymakla birlikte bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir.

Kaynaklar

1. DuBois FS. Compulsion neurosis with cachexia. *Am J Psychiatry* 1949; 106: 107-15.
2. Rothenberg A. Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry* 1986; 49: 45-53.
3. Hollander E. Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: An Overview. *Psychiatric Annals* 1993; 23: 355-8.
4. Hsu LKG, Kaye W, Weltzin T. Are the eating disorders related to obsessive-compulsive disorder? *Int J Eat Disord* 1993; 14: 305-18.
5. Kasvikis JG, Tsakiris F, Marks I ve ark. Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord* 1986; 5: 1069-75.
6. Joffe RT, Swinson RP. Eating attitudes test scores of patients with obsessive-compulsive disorder *Am J Psychiatry (Letter)* 1987; 144: 1510-11.
7. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM ve ark. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 260-3.
8. Pigott TA, Altemus M, Rubenstein CS ve ark. Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1552-7.
9. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; 15: 743-58.
10. Fahy TA, Osacar A, Marks I. History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord* 1993; 14: 439-43.
11. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA ve ark. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 287-93.
12. Ben-Tovim DI, Marilov V, Crisp AH. Personality and mental state (P.S.E.) within anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research* 1979; 23: 321-5.
13. Channon S, DeSilva WP. Psychological correlates of weight gain in patients with anorexia nervosa. *J Psychiat Res* 1985; 19: 267-71.
14. Hudson JI, Pope HG, Jonas JM ve ark. Family history study of anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 133-8.
15. Rothenberg A. Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: A review of 11 studies. *Comp Psychiatry* 1988; 29: 427-32.
16. Halmi KA, Eckert E, Marchi P ve ark. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
17. Fahy TA. Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. *Behav Res Ther* 1991; 29(2): 113-6.
18. Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA ve ark. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101: 675-81.
19. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M ve ark. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 72-5.
20. Thornton C, Russell J. Obsessive-compulsive comorbidity in the dieting disorders. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 83-7.
21. Matsunaga H, Kiriike N, Iwasaki Y ve ark. Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine* 1999; 29: 407-14.
22. Albert U, Venturelle S, Maina G ve ark. Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Compr Psychiatry* 2001; 42(6): 456-60.
23. Tukul R, Polat A, Ozdemir O ve ark. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002 May-June; 43(3): 204-9.
24. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55(6): 623-7.
25. Zitterl W, Demal U, Aigner M ve ark. Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. Longitudinal results of a prospective follow-up study of 74 actively treated patients. *Psychopathology* 2000 Mar-Apr; 33(2): 75-80.
26. Eisen JL, Beer DA, Pato MT ve ark. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1997 Feb; 154 (2): 271-3.
27. Cassano GB, Pini S, Saettoni M ve ark. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(2): 60-8.
28. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999 Dec; 156(12): 1998-2000.
29. Kruger S, Braunig P, Hoffler J ve ark. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. 2000 Winter; 12(1): 16-24.
30. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V ve ark. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2001 May 10; 102(1): 49-57.
31. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K ve ark. DSM-III-R Personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146(12): 1585-91.
32. Wonderlich SA, Swift WJ, Slotnick HB ve ark. DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *Int J Eat Disord* 1990; 9(6): 607-16.
33. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE ve ark. Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 14(4): 403-16.
34. Gillberg IC, Råstam M, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Comp Psychiatry* 1995; 36: 61-9.
35. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG ve ark. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 603-10.

36. Amerikan Psikiyatri Birliđi. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. baskı. Körođlu E., çev. Editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliđi; 1995.
37. Kaye W, Gendall K, Strober M. Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 1998 1; 44(9): 825-38.
38. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ ve ark. Personality disorders and normal personality dimension in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-62.
39. Karaçam Ö, Bayraktar E, Çoşkunol H ve ark. Obsesif kompulsif bozuklukta kişilik bozukluklarının yaygınlığı. *3P Dergisi* 1998; 6(4): 271-5.
40. Koptagel-İlal G. Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. Yeme Bozuklukları, İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4211, 1. Baskı AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul, 2000; s. 99-109.
41. Holland AJ, Hall A, Murray RM ve ark. Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 414-9.
42. Black DW, Goldstein RB, Noyes R ve ark. Compulsive behavior and obsessive-compulsive disorder (OCD): Lack of a relationship between OCD, eating disorders, and gambling. *Comp Psychiatry* 1994; 35: 145-8.
43. Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D ve ark. Complex segregation analysis of obsessive compulsive disorder in 141 families of eating disorder proband, with and without obsessive compulsive disorder. *Am J Med Genet* 2000; 96: 384-91.
44. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S ve ark. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 563-9.
45. Enoch M, Kaye W, Rotondo A ve ark. 5-HT2A promoter polymorphism -1438G/A, anorexia nervosa, and obsessive-compulsive disorder. *The Lancet (Research Letters)* 1998; 351: 1785-6.
46. Jarry JL, Vaccarino FJ. Eating disorder and obsessive-compulsive disorders: Neurochemical and phenomenological commonalities. *J Psychiatry Neurosci* 1996; 21: 36-48.
47. Kaye WH. II. Neurobiology and genetics. Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacology Bulletin* 1997; 33: 335-44.
48. Monteleone P, Brambilla F, Bortolotti F ve ark. Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behaviour, purging behaviour, nutritional status and general psychopathology. *Psychol Med* 2000 Sep; 30(5): 1099-110.
49. Holden NL. Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Br J Psychiatry* 1990; 157: 1-5.
50. Lee S. Anorexia nervosa and OCD. *Br J Psychiatry (Letter)* 1990; 157: 778-9.
51. Bulik CM, Beidel DC, Duchmann E, Weltzin TE, Kaye WH. Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 262-8.
52. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi No. 98, Ege Üniversitesi Matbaası Bornova, İzmir. 1945.
53. Canat S. Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 2. (ed. Güleç C, Körođlu E.) Hekimler Yayın Birliđi 1. baskı Medico-Graphics Ankara, 1998; s. 661-72.
54. Crino RD. Obsessive Compulsive Spectrum Disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 1999; 12: 151-5.
55. Halmi KA. Eating Disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, yedinci baskı, cilt 2, BJ Sadock, VA Sadock (ed), Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, 2000; s. 1663-76.
56. Hall RCW, Blakey RE, Hall AK. Bulimia nervosa. Four Uncommon Subtypes. *Psychosomatics* 1992; 33(4): 428-36.
57. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LKG. Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviours. *Psychiatric Annals* 1993; 23(7): 365-73.
58. Bastiani AM, Altemus M, Pigott TA, Rubenstein C, Weltzin TE, Kaye WH. Comparison of obsession and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 966-9.
59. Grabe HJ, Thiel A, Freyberger HJ. Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 449-53.
60. von Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE, Rao R, Matsunaga H. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1703-8.
61. Halmi K, Brodland G, Loney J. Prognosis in anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine* 1973; 78: 907-9.
62. Fahy TA, Russell GF. Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1993; 14(2): 135-45.
63. Thiel A, Züger M, Jacoby GE, Schüßler G. Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 244-9.
64. Monteleone P. Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: phenomenological and biological similarities. *Current Opinion in Psychiatry* 2001; 13: 665-71.
65. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1630-4.
66. Zohar J, Mueller EA, Insel TR, Zohar-Kadouch RC, Murphy DL. Serotonergic responsivity in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 946-51.
67. Barr LC, Goodman WK, Price LH, McDougle CJ, Charney DS. The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder: implication of pharmacologic challenge studies. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (4 suppl): 17-28.
68. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH. Pharmacotherapy of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (4 suppl): 29-37.
69. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorder. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Posttraumatic Stress Disorders. *World Biol Psychiatry* 2002; 3: 171-99.
70. Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LKG, Bulik CM. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 464-71.
71. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE. ve ark. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001 Apr 1; 49(7): 644-52.
72. Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry* 1998 Apr; 155(4): 548-51.
73. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 2002 Jan; 159(1): 96-102.
74. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002 Aug; 159(8): 1284-93.
75. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE. Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 367-76.