

BİR VAKA DOLAYISIYLA ANOREKSİA NERVOSA

Dr. E. ÖZMEN*, Dr. Ş. ERKOÇ*, Doç. Dr. O. ARKONAÇ*

ÖZET: Bu yazıda 15 yaşında bir Anoreksia Nervosa vakası sunulmuş ve konu hakkındaki literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Anoreksia, nervos, kilo kaybı, beden imajı.

SUMMARY: In this paper a case of 15 years old female patient with a anorexia nervosa has been presented and literature about anorexia nervosa has been reviewed.

Key Words: Anorexia nervosa, weight lose, body image.

VAKA

15 yaşında ailesiyle birlikte oturan, ilkokul mezunu kız 9 ay önce 55 kg. iken beden ağırlığı ile ilgilenmeye ve şişman olduğunu düşünmeye başlıyor ve kilo vermeye karar veriyor. Öncelikle karbonhidratlardan zengin besinleri almamaya başlıyor ve giderek günlük diyetini birkaç bardak çay, bir iki meyva ve çok az miktarda öğün yemeğine kadar kısıtlıyor. Aynı zamanda sürekli etrafı temizleme, çamaşır yıkama, gezinme şeklinde bir egzersiz programı uygulamaya başlıyor. Çevresiyle daha az ilgileniyor, içine kapanıyor, daha az konuşmaya başlıyor, son üç ayda menstrü kanamaları kesiliyor. El yıkama kompulsiyonları başlıyor. Görüşme esnasında, 28 kg. almasına rağmen, kilosunun normal olduğunu söyleyerek iletişim kurmaktan kaçındı. Hasta olduğunu reddederek, hastanede kalmak istemediğini belirtti.

Yapılan nöroendokronolojik, KVS, GIS tetkikleri, kan biyokimya sonuçları normaldi. Yatırılarak düşük dozda Cyproheptadin, pimozid, amiptriptilin başlandı ve doz tedricen artırıldı. Fizik aktiviteleri, uğraşları kısıtlanarak yatak istirahati sağlanmaya çalışıldı ve eğer işbirliği içinde olursa bu kısıtlamaların kaldırılacağı anlatıldı. Ancak bunda başarılı olunamadı ve yatak tespiti gerekti. Giderek yemek yemeyi red etmesi üzerine, günde ortalama 2000 cal. olacak şekilde NG tüple beslemeye geçildi. Bu esnada kendi kendine uyardığı kusmalar görüldü. T.A.: 90/70 mm/hg idi. Kusma sonucu serum K⁺ düzeyi düştü. Bunun üzerine beslenmesi K eklenen IV serumlarla ve yağ solüsyonlarıyla desteklendi.

Yatışından 20 gün sonra oluşan Hematemez ve kusma materyalini aspire etmesi sonucu dolaşım ve solunum durması nedeniyle ex oldu.

İlk kez 1649'da Richard Morton tarafından "nervous consumption" adıyla anılan bu bozukluğun temel özellikleri literatürde yaş ve boy için en düşük normal ağırlığın üzerinde beden ağırlığı istememek, zayıflığa rağmen yoğun bir şişmanlama veya kilo alma korkusu, bozulmuş bir beden imajı ve amenore olarak belirtilmektedir. Bu bozuklukta iştah kaybı çok nadiren görüldüğünden Anoreksia tereminin (Grek. iştah yokluğu) yanlış bir adlandırma olduğu ileri sürülmektedir (2, 9, 12).

A) EPİDEMİYOLOJİ

Anoreksia nervozalı hastaların %90-95'i kadındır. Başlama yaşı 12-30 yaşlar arasında olmasına rağmen 13-14 ve 17-18

en sık görülen başlama yaşlarıdır. Vakaların genellikle orta ve üst-orta sınıflardan olduğu bildirilmesine rağmen giderek artan bir biçimde diğer sosyal sınıflarda da görülme sıklığının arttığı gözlenmektedir (10, 12).

B) KLİNİK ÖZELLİKLER

Anoreksian nevroza genellikle şişman veya kendini şişman olarak algılayan ergenlerde başlar. Hastalığın ilerlemesiyle karbonhidrat ve yağ içeren yiyeceklerin kısıtlandığı bir diyetle birlikte zayıflamaya ilişkin saplantı derecesinde zihinsel bir meşguliyet görülür. Aşırı ve genellikle hızlı seyreden kilo kaybına toplam gıda alımındaki bir azalmanın yanısıra yoğun bir fizik egzersiz ve kendi kendine oluşturulan kusma veya laksatif ve diüretiklerin kullanımı ile erişilir. Fizik egzersiz Anoreksia nevrozanın erken bir habercisi olabilir. Genellikle kilo kaybını takiben ortaya çıkmasına rağmen bu aşamada amenorade tipik bir işaret olabilir. Hastalar hekime genellikle kilo kaybı belirgin hale geldiğinde başvururlar. Yaş, cins ve boy açısından olması gereken ağırlığın %15'inin kaybolmuş olması anlamlı bir belirti olarak kabul edilebilir. Şişmanlama korkusu nedeniyle yemek yemeyi red etmeye devam edenler yanında, bu ısrarını devam ettiremeyip aşırı yemek yeme (bulimik) hecmeleri gösteren bir grup daha mevcuttur. Bu grubun çoğunda bu bulimik hecmeleri genellikle aşırı kusma takip eder. Böyle durumlarda Anoreksia nervoza ve Bulimia nervoza tanıları birlikte konur. Yiyeceklere ilişkin başka garip davranışlar da yaygın olarak görülmektedir, başkaları için özenli yemekler hazırlama, düşük kalorili besinleri özellikle seçme, yiyecekleri biriktirme, gizleme gibi. Hastalar hastalıklarının şiddetini değişmez bir biçimde red eder ve tedaviye karşı ilgisiz görünür, hatta direnç geliştirir. Çoğu adolesanın bu bozuklukla birlikte psikoseksüel gelişmesi gecikmiş, yetişkinlerin cinsel ilgisi de bariz biçimde azalmıştır. El yıkama gibi kompulsif davranışlar, obsesif-kompulsif bozukluk tanısına olanak verecek denli sürekli ve şiddetli olabilir. Anksiyete, depresyon (ağlama nöbetleri, uyku bozukluğu, intihar girişimleri) diğer eşlik eden belirtilerdir (2, 4, 8, 9, 12, 18). Yapılan bir çalışmada yaşam boyu anoreksia nervoza tanısı almış 130 hastanın majör bir affektif bozukluğa veya şizoaffektif bozukluğa ait olduğu düşünülen psikotik belirtilerin eşlik ettiği bir affektif bozukluk olasılığına dikkat çekilmiştir (14).

Beden imajındaki bozukluk kişinin beden ağırlığı, ölçüsü

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi, 2.ci Psikiyatri Birimi

ve biçimini algılama tarzı ile ilgilidir. Normal kilonun altında olmalarına rağmen hastalar kendilerini şişman hissettiklerini veya bazı beden kısımlarının şişman olduğunu söylerler. Denebilir ki anoreksiya nevrozda görülen çoğu özellik beden biçim ve ağırlığına ilişkin aşırı değerlendirilmiş fikirlere ikincil olarak gelişmektedir. Hastalar fiziksel görünümlemlerinden genellikle hoşnut değildirlir. Kilo alma veya şişmanlama korkusu tedaviye karşı direnç oluşmasında da önemlidir (2, 3, 12).

Konuyu kısmen farklı bir biçimde de ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. Anoreksia nervozalı hastalar arasında beden ağırlığı veya büyüklüğünün aşırı tahmin edilmesinin nadiren görüldüğü, beden biçimine aşırı ilgi ve beden biçimini aşığılamanın klinik öneminin daha çok olduğu ileri sürülmüştür (24). Bir başka çalışmada da aşırı şişmanlığın rolü tartışılarak, bu durumun bireyin kendi beden ağırlığı ve biçimine ilişkin doğru yargılarda bulunma yeteneğini azaltmadığı, ancak beden ağırlığı ve biçimine ilişkin duygularla yakın ilişkisi olduğuna ve bunun hastalıkla bağlantısına dikkat çekilmiştir.

C) FİZİK BELİRTİLER

Anoreksia nervoza oldukça tehlikeli ve yaşamı tehdit edici bir dizi fizik komplikasyona neden olabilir. Bunların çoğu açlığa bağlıdır. Asıl olarak kardiyovasküler, hematolojik, gastrointestinal, renal, endokrin ve iskelet sistemine ait değişiklikler görülür. Fizik belirtiler bradikardi, hipotansiyon, aritmiler, artmış BUN, Renal calculi, amenor hipotiroidi benzeri durum, büyüme gecikmesi ve osteoporozistir (12).

Hafif dereceli anemi, nöropeni, trombositopeni ve kemik iliği hiposellüleritesi yaygın olarak görülür (20).

Nöropatik ve myopatik değişiklikler yaygın olmasa da görülebilmektedir. Nöropatinin tiamin eksikliğine bağlı olabileceği ve tiamin eksikliği olan hastalarda da beriberi hastalığını prelipite edebileceğinden dolayı ani bir karbonhidrat yükselmesinden kaçınılması gerektiği ve beslemenin tedricen artırılması önerilmektedir (20).

Besleme esnasında periferik ödem de sık olarak gözlenmektedir (12). Görülen fizik komplikasyonların kaynağının genellikle protein-enerji malnutrisyonu olduğu ileri sürülmektedir. GIS anormallikleri, artmış bir mide dolgunluğu hissi, kann ağrısı ve kabızlıktır (12). Yapılan bir çalışmada, Bruch'un (1966) ileri sürdüğü Gastrointestinal tractdan gelen duysal bilgiyi yorumlamadaki bozukluğu destekleyen veriler elde edilmiştir (19).

D) DSM III-R KRİTERLERİNE GÖRE TANI

A- Yaş ve boy açısından normal sayılabilecek en az kilonun üzerinde bir beden ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme öm. beklenenin %15 altında bir beden ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı, ya da büyüme döneminde beklenenin %15 altında bir beden ağırlığına sahip olmaya yol açacak biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememe.

B- Beklenenenden daha az bir beden ağırlığına sahip olunmasına rağmen kilo almak veya şişmanlamaktan duyulan yoğun korku.

C- Kişinin beden ağırlığını, büyüklüğünü veya biçiminin algılama biçiminde de bozukluk olması, örn. bir deri bir kemik halinde bile kişi kendini şişman olarak hissettiğini ileri sürer, beklenen ağırlığın açıkça altında olduğu zaman bile bedeninin bir kısmının aşırı şişman olduğuna inanır.

D- Kadınlarda, böyle olmasının gerektiği bir sırada, en az üç ard sıra menstürel siklusun görülmemesi (primer ya da sekonder amenore). (Sadece hormon verilmesi sonrası menstürasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu dü-

şünüktür. Örn. Östrojen uygulaması).

E) RİSK FAKTÖRLERİ

Garfihkel ve ark. risk faktörlerini şöyle sıralamışlardır:

KÜLTÜREL: İnce kadın biçiminin yüceleştirilmesi kadınlar üstünde, başkalarını hoşnut etmek için davranmanın baskısı.

AİLEVLİ: Kültürel tutumların abartılması.

Ailede yeme bozukluğu öyküsü.

Ailede affektif bozukluk veya alkolizm öyküsü.

Adolesan dönemde özerkliği engelleyen aile ilişkileri.

BİREYSEL: Bağımsız işler görmeye bozulma.

Kedini algılamada kusurlar

Kişilik özellikleri

Şişmanlık

Bilişsel tarz.

Kronik tabii bir hastalık.

Yeme bozukluğunun affektif bozukluklarla ilişkisi geniş araştırmalara konu olmuştur. Yapılan bir araştırmada her iki bozukluğun kesin olarak birbirleriyle ilişkili olduğu, ancak ilişkinin doğasının henüz aydınlatılmadığı ileri sürülürken (22) bir başka araştırmada anorektik hastaların ailelerinde bipolar ve unipolar major affektif bozukluğun en sık görülen psikiyatrik bozukluğu olduğu saptanmıştır (6).

Hastalığı Devam Ettiren Faktörler:

- 1- Hastalığın düşünce duygu ve davranış üzerindeki etkileri
 - 2- Kilo kaybının pekiştirici etkisi
 - 3- Kusmanın duygulanımı düzenlemek için kullanımı
 - 4- Toplumsal beceri ve ilişkileri kaybı
 - 5- Mesleki hünerlerin kaybı
 - 6- Ailede değişiklikler
 - 7- Depresyon
 - 8- İkincil kazanç, diğerleri üstünde güç elde etme hastalık-tan kaynaklanan özel ilgi
 - 9- Predispoze faktörlerin çözümünün eksikliği (5).
- Predispoze kişilik özelliği olarak aşırı mükemmeliyetçilik ve kendine karşı hoşgörüsüzlük olduğu ve buna ilişkin yoğun endişelerin yaşandığı aile özelliklerinin işe aşırı koruyucu, katı ve çatışmaların çözümsüz kalması olarak belirlediği ileri sürülmüştür (12).

F) ETYOLOJİ

Etyolojik varsayımlar oldukça çeşitlidir. Buluğa erme ile birlikte gelen cinsel değişikliklere karşı fobik bir yanıt olduğu yani yeme fobisi olduğu, beden imajında bir rahatsızlığa neden olan yanlış öğrenme yaşantılarından kaynaklandığı, bir algılama rahatsızlığı olduğundan biyolojik hipotezlere uzanan bir yelpazede yer almaktadır (9).

Psikoanalistler kendini açlığa sürüklemenin (self-starvation) oral gebeliğe ait cinsel fantazilere veya ambivalan fantazilere karşı savunma olduğunu daha yakınlarda ego-psikolojisi ise ego defektlerinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (12).

BİYOLOJİK AÇIKLAMALAR

Nörotransmitler Çalışmalar: AN da ilk çalışmalar üriner MHPG ile ilgili olanlardır. Bütün zayıflamış anorektiklerde azalmış bulunmuş ve kilo almayla birlikte arttığı gösterilmiştir.

CSF GABA düzeyleri normal bulunur, CSF HVA ye 5-HIAA ve tyrosine düzeyleri azalmış bulunur ve kilo almayla birlikte arttığı gösterilmiştir (10). Probenecid uygulaması sonunda kilo almış non bulimik anorektiklerde CSF 5-HIAA bulimik anorektiklere göre daha yoğun bulunmuş ve setonin

metabolizmasındaki bu değişikliğin iki grup anorektifi farklı yeme kalıplarının bir yansıması olabileceği ileri sürülmüştür (15).

ENDOKRİNOLOJİK ÇALIŞMALAR

Anorektiklerde görülen CH düzeyindeki değişikliklerin yalnızca %22'sinin kilo kaybı ile ilgili olabileceği bu nedenle kilo kaybı amonere ve LH düzeyi arasında basit bir ilişki olmadığı ileri sürülmüştür. Anorektiklerde görülen kortizolün azalmış metabolizma oranı ve dekzametona ve ACTH'nın tam olmayan supresyonunun diğer protein-kalori malnutrisyonu durumlarında da görüldüğü ileri sürülmüştür (7).

Yapılan başka bir çalışmada CSF, plazma ve üriner serbest kortizol düzeyleri düşük kilolu anorektiklerde yüksek bulunmuş (ki hiperkortizoliz öylesine şiddetli olabilir ki, Cushing hastalığındaki düzeyine ulaşabilir (12) ve bunun kilo alma ile normal değerlerine döndüğü gösterilmiş keza CSF'de ACHT düzeyi düşük bulunarak (plazmada normalden) yine kilo alma ile normal düzeye döndüğü gösterilmiştir (7). Troid işlevlerindeki değişikliklerin (düşük serum T3 düzeyi gibi) bütün zayıflama hallerinde bulunduğu ve Anoreksi Nevroza özgü olmadığı belirtilmektedir (10). Bir başka çalışmada Anoreksia Nevrozada HLA-BW 16 haplotip prevalansının artışına dikkat çekilmiştir (4).

G) TEDAVİ

Tedavinin ilk aşaması hastanın ayaktan mı yoksa yatırılarak mı tedavi edileceğidir.

Hastaneye yatırma endikasyonları:

- 1- Kilonun yaş, cins ve boy için gerekli olan ortalama ağırlığın %60'nın altına inmesi
- 2- Kilo kaybının hızla gerçekleşiyor olması (3) ayda kilonun %30'unun kaybı
- 3- Ciddi fizik komplikasyonlar, nabız sayısının dakikada 40'in altına, 2.5 Nmol'un altına, ateşin 36 C'nin altına, sistolik kan basıncının 70mm/hg'nin altına düşmesi
- 4- Ciddi depresyon ve suisid riski
- 5- Sosyal nedenlerle ayaktan tedavinin sürdürülememesi
- 6- Ayırıcı tanı yapamama
- 7- Psikoz.

Hasta idaresindeki temel eksen, hastanın beslenmesi ve hemşirelik bakımındır. Böyle bir bakım genellikle doyurucu bir kilo alma oranı ve hastanın yeme alışkanlıklarını değiştirmede yeterli bir ilerleme sağlamaktadır. Bu konuda hastayı hızla beslemenin ve hızla hidrasyonu sağlamanın ciddi kardiyovasküler ve GIS hasarlarına yol açabileceğine dikkat çekilerek yüksek kalorili besinlerle tedricen artırılarak sonunda günde 4000-5000 Kcal'e kadar çıkartılan bir beslenme düzeni önerilmektedir. Hastanın ortalama olarak haftada 1.5-2, 3 kg arasında kilo almasının hedeflenmesinin gerektiği söylenmektedir (1, 16).

Bu bakımın gerekli biçimde sağlanamadığı durumlarda edimsel (operant) davranış stratejilerinden yararlanılması gerektiği ve giderek artan ölçüde ilgi gören bilişsel-davranışsal tekniklere başvurulması önerilmektedir. Bilişsel-davranışsal terapi de merkez amacın hastanın biçim ve ağırlığı hakkındaki düşüncesini değiştirmek olduğu söylenmektedir. Böyle bir değişikliğin tam ve hızlı bir iyileşme için ön şart olduğu kabul edilir (3). Bireysel psikoterapide, terapistin ilk görevinin hastanın acısını ve hastalığın temel belirleyicilerini kabul ederek bir güven ortamı oluşturmak ve yeme davranışlarıyla olmaktan çok önce daha uyumlu bir tarzda kendi kendini özerk bir biçimde düzenleme yeteneğini kazandırmaktır (12).

Bu hastaların asıl olarak yansıtılmalı özdeşim ve bölünme gibi ilkel savunma mekanizmalarını kullandığı tezinden hareketle obje ilişkileri yaklaşımını esas alan bir tedavi planında,

nasogastrik tüple beslemeye yapan klinisyenin kendiliğinden kötü obje ve terapistin iyi obje olması durumunun patolojik olmaktan çok uygun ve tedavi edici bir durum olduğu savlanmıştır (13).

Aile iletişiminin yaygın olarak bozuk olduğu olgusunun temellik ettiği yapısal aile terapisi, sembolik-deneyisel aile terapisi gibi değişik aile terapisi yaklaşımlarının da rolü de vurgulanmaktadır.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Fenotiazinler ve diğer nöroleptikler yaygın olarak kullanılmamıştır. Fenotiazinlerin, obsesif-kompulsif özelliklerin eşlik ettiği anorektiklerde olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (9). Keza davranış tedavisi ile birlikte uygulanan pimozidle olumlu sonuçlar alındığını gösteren çalışmalar mevcuttur.

Ancak genel kanı odur ki, antipsikotikler anoreksiyanın tedavisinde hiçbir özgül etkiye sahip değildir. Bununla birlikte özellikle ajite hastaların nöroleptik tedaviden kısmen fayda görme olasılığının olduğu ileri sürülmüştür (17).

CYPROHEPTADİNE (SİPRAKTİN)

Varolan bilgiler cyproheptadinin giderek artırılan dozlarda (32 mg/güne kadar) kullanılmasının özellikle de sedasyon dışında yan etkisi olmaması nedeniyle nonbulimik anorektik hastalarda önemli bir yeri olduğuna işaret etmektedir. Medial hipotalamuta serotonerjik iletimin artmasının tokluğu uyardığı ve aynı iletimin baskılanmasının iştahı stimüle ettiği düşünülürse olası etki mekanizmasının, potent bir serotonin ve histamin antagonisti özelliğiyle iştahı uyarmak olduğu ileri sürülmektedir (17).

ANTİDEPRASANLAR

Düşük dozların başlanan (25-50 mg/gün) amitriptilin eşdeğer ve her üç günde 25 mg artırılarak uygulanan antidepresanların zaman zaman kullanıldığı ancak depresif semptomların varlığına rağmen özellikle LAN'lıları bu etkiye çok duyarlı olduğu antikolinerjik yan etkileri nedeniyle rutini kullanıma sokulmaması gerektiği bildirilmektedir (17, 23).

Bununla birlikte Trisikliklerin ve MAOI'lerinin antidepresan etkilerinden bağımsız olarak iştah ve kilo üzerine de seçici olumlu etkilerinden bahsedilmekte ve akut kilo alma döneminin ardından kullanımları üzerinde de durulmaktadır (10, 17).

LİTYUM KARBONAT

0.9-1.4 mEq/l arasındaki düzeylerde ve toplam 28 gün Litium tedavisiyle oldukça olumlu sonuç alınmış vaka örnekleri bildirilmekte ancak bu esnada sıvı, elektrolit ve kardiyak parametrelerin yakın takibi önerilmektedir (17).

KAYNAKLAR

- 1- Andersen AE, Morse CL, Sntmyer KS lupatient treatment for Anorexia Nervosa (Ed) Garner M. Garfinkel E. Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia The Guilford press 1985, 311-343.
- 2- DSM-III-R
- 3- Fairburn C.G, Cooper P.J, Eating Disorders, Hawton K. Sakovskis PM, Kirk J, Clark D.M (ed) Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric problems, Oxford University press 1989, 277-314.

- 4- Foster D.W. Anorexia Nervosa, Harrisons principles of Internal Medicine II. eleventh edition 1987, 397-400.
- 5- Garfinkel P.E, Garner D.M, Goldbloom D.S. Eating Disorder: Implications for the 1990's Can. Psychiatry 32, 624-631.
- 6- Gersons ES, Schreiber S.L, Hamovit J.R, Dibble ED, Kaye W. Nurnberger J.L, Andersan AE, Eber M. Clinical Finding in Datients with Anorexia Nervosa and Affective illness in their relatives, Am. J. Psychiatry 141: 1419-1422, 1984.
- 7- Guirtsman H.E, Kaye W.H, George D.T, Jimerson D.C. Ebert M.H, Gold P.N Central and Peripheral ACTH and Cortisol lerels in Anorexia Nerrose and Bulimia. Arch Gen Psychiatry 46, 69-61, 1989.
- 8- Halmi K.A:- Anorexia Nervosa and Bulimia Ann Rev Med. 38, 373-380, 1987.
- 9- Halmi K.A: Eating Disorders Kaplan I.H- Sadock B.J (ed), Comprehensive textbook of Psychiatry-IV, Cilt II. Williams and Wilkings 1985, 1731-1732.
- 10- Halmi K.A, Ackerman S, Gibbs J. Smith C, Basic biological overview of the eating Disorders Meltzer H.Y (ed) Psychopharmacology -Raven Press, 1987, 1255-1266.
- 11- Herzog D.B, Keller M.B, Lavori P.W, Outcomein Anorexia Nervosa and Bulima Nervosa A review of the Literature, The Journal of Nervons and Mental Disease 176:3, 131-143, 1988.
- 12- Herzog D.B, Eating Disorders Nicholi A.M (ed) The New Harward Guide psychiatry, Harvard Universty Press, 434-445, 1988.
- 13- Home M. Gallen M. Anorexia Nervosa An object relations approachto primary Treatment. British Journal of Psychiatry 151: 192-194, 1987.
- 14- Hudson J.I, Harrison G.P, Jonas J.M: Psychosisin Anorexia Nervose and Bulimia. British Journal of Psychiatry 145: 420-423, 1984.
- 15- Kaye W.H, Ebert M.H, Gwirtsman H.E, Weiss S.R. Differences in Brain Serotonergic Metabolism Between Nonbulimic and bulimic patients with Anorexia Nervosa, Am J psychiatry 141: 1598-1601, 1984.
- 16- Lucas A.R, Callaway C.W. Anorexia Nervosa and Bulimia, Bochus Gastroenterology volume 7, fourth Edition, 1985 Saunders company Berk J.E (ed), 4416-4434.
- 17- Mitchell J.E psychopharmacology of Anorexia Nervosa Meltzer H.Y (ed) Psychopharmacology. Raven Press, 1273-1276, 1987.
- 18- Öztürk O. Ruhsal Etkenlere bağlı fizyolojik izler ve Yapı Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 2. Bası, 310-314, 1989.
- 19- Robinson P.H, perceptivity and paraceptivity during measurement of gastric emptying Anorexia and Bulimia Nervosa British Journal of Psychiatry 154: 400-405, 1989.
- 20- Shur E. Alloway R. Obrect R. Russell G.F.M. Psysical complications in Anorexia Nervosa. British Journal of psychiatry 153: 72-75, 1988.
- 21- Slade P.D: Body image in Anorexia Nervosa British Journal of psychiatry 153 (suppl. 2) 23-26, 1988.
- 22- Swift W.J. Andrews D., Barklage N. The relationship between affective disorder and eating Disorders-A review of the literature. Am J, Psychiatry 143: 290-99, 1986.
- 23- Wells L,A, Logan K.M: Pharmacologic treatment of eating disorders Psychosomatics 28:9, 470-479, 1987.
- 24- Whitehouse A.M, Freeman C.P.L, Annandale A Body size Estimation in Anorexia Nervosa British Journal of psychiatry 153 (suppl. 2) 23-26. 1988.

DİSTİMİK BOZUKLUK:MUHTEMEL ALT-TİPLERİN ÖZELLİKLERİ

DYSTHYMIC DISORDER: FEATURES OF THE POSSIBLE SUBTYPES*

Doç. Dr. Can TUNCER**, Dr. Kayıhan Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU***,
Dr. Mansur BEYAZYÜREK***

SUMMARY: According to current nosological classifications (DSM-III, DSM-III-R-ICD-9) the terms of dyathymic disorder or neurotic depression are widely accepted. However, the subcategorization of the "chronic depressive disorders" are still being questioned. The DSM-III and DSM-III-R term dysthymic disorder is in the category of chronic depressive disorders (Kocnis and Frances, 1987).

* Presented at 1. Marmara Medical Days İstanbul, September 26-30 1988.
** Cerrahpaşa Faculty of Medicine, İstanbul University
*** Bakırköy Neuro-Psychiatric Hospital