

Olgu Sunumu: Bir Erkek Hastada Anoreksiya Nervozaya ve Şizofreni Eşhastalanımı

Dr. Buket CİNEMRE¹, Dr. Burak KULAKSIZOĞLU²

Özet / Abstract

Anoreksiya nervozaya toplumda nadir görülen bir psikiyatrik bozukluktur ve epidemiyolojik çalışmalar 10 kadına karşılık bir erkek oranıyla daha çok kadın cinsiyete özgü bir hastalık olduğunu göstermektedir. Anoreksiya nervozanın başka psikiyatrik bozukluklarla eşhastalanım oranı oldukça yüksektir. Anoreksiya nervozaya eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları başta gelirken, anoreksiya nervozaya-şizofreni ikili tanısı görece nadir bir durumdur. Genellikle, olgu ya da olgu serilerine dayanarak anoreksiya nervozaya-şizofreni birlikteliğine ilişkin değişik açıklamalar yapılmıştır. Bu yazıda 14 yaşında zayıflama kararıyla başlayan, yeme davranışı ve beden algısında bozulmayla seyreden 4 yıllık bir anoreksik dönemden sonra, şizofreni tablosu gelişen bir erkek hasta olgu olarak sunulmuştur. Bu olgu iki açıdan nadir bir olgu olarak değerlendirilmiştir. Bunlardan biri hastanın erkek olması, diğeri de anoreksiya nervozaya-şizofreni eştanılarını almış olmasıdır. Nitekim, literatürde şimdiye kadar anoreksiya nervozaya tanısıyla birlikte şizofreni tanısı alan tek bir erkek hasta bildirilmiştir. Bu olgu sunumuyla öncelikle erkeklerde anoreksiya nervozaya tanısı ele alınmıştır. Bunun yanı sıra, anoreksiya nervozaya tanısında eşikaltı durumların tanımı ve önemi tartışılmış; konuyla ilgili literatür ışığında anoreksiya nervozaya-şizofreni eşhastalanımına dair açıklamalar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Erkeklerde anoreksiya nervozaya, şizofreni, eşhastalanım

SUMMARY: Case Report: Comorbid Anorexia Nervosa and Schizophrenia in a Male Patient

Anorexia nervosa is a rare psychiatric disorder and epidemiological studies have shown a female to male ratio of 10:1, suggesting it is a disorder predominantly seen among females. The prevalence of anorexia nervosa comorbid with other psychiatric disorders has been reported to be quite high. Whereas depression and anxiety disorders are the most common comorbid diagnoses in anorexic patients, the dual-diagnosis of anorexia and schizophrenia is a relatively rare condition. Based generally on the observations from single case reports or case series, several explanations have been made about the co-occurrence of anorexia and schizophrenia. Herein, we present a male patient who developed schizophrenia after an anorexic period of 4 years that began when he was 14 years old with the decision to lose weight, which then progressed to a pattern of disordered eating and body image. This case is rare because the patient is male and has a comorbid diagnosis of anorexia nervosa and schizophrenia. To the best of our knowledge, there is only one previous case report in the literature describing a male anorexic patient with comorbid schizophrenia. In this case presentation, the diagnosis of anorexia nervosa in males is addressed, the definition and significance of sub-threshold cases are discussed, and the comorbidity of anorexia nervosa and schizophrenia are reviewed in light of the literature.

Key Words: Anorexia nervosa, males, schizophrenia, comorbidity

¹Yrd. Doç., ²Araş Gör., Akdeniz Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Antalya.
Dr. Buket Cinemre, e-posta: cinemre95@yahoo.com

GİRİŞ

Anoreksiya nervoza toplumda nadir görülen bir psikiyatrik bozukluktur ve epidemiyolojik çalışmalar 10 kadına karşılık bir erkek oranıyla daha çok kadın cinsiyete özgü bir hastalık olduğunu göstermektedir (Sadock 2003). Görülme sıklığındaki bu önemli kadın ağırlığından sorumlu olduğu düşünülen etkenler arasında; 1) pubertenin kadınlarda daha erken dönemde başlamasıyla birlikte fiziksel gelişmenin duygusal gelişmeden önce ortaya çıkması ve beden algısında bozulma, 2) zayıf ve güzel olmanın önemini vurgulayan sosyokültürel baskıdan kadınların daha fazla etkileniyor olması, 3) erkek anoreksiklerin bunu bir “kadın hastalığı” olarak görmeleri nedeniyle ya da diyetten ziyade zayıflama yöntemi olarak spor yapmayı tercih etmeleri nedeniyle kendilerini maskelemeleri sayılmaktadır (Muisse ve ark. 2003).

Anoreksiya nervozanın başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülme sıklığı oldukça yüksektir (Wildman ve ark. 2003, Kaye ve ark. 2004). Bozukluğun seyri sırasında bazı yazarlar (Böning ve Kachel 1990) tarafından “sendrom metamorfozu” olarak tanımlanan çeşitli psikopatolojik semptomatolojiye geçiş, yeme bozukluğu hastalarıyla çalışan psikiyatri uzmanlarının sıkça karşılaştıkları bir durumdur. Ancak anoreksiya nervozanın şizofreni ile eşhastalanımı görece ender bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmalar anoreksik hastalarda psikotik bozukluk görülme sıklığının % 0 ile % 12 arasında değiştiğini göstermektedir (Hsu ve ark. 1981, Herzog ve ark. 1988, Ferguson ve Damluji 1988). Anoreksiya nervoza-şizofreni birlikteliğine ilişkin değişik açıklamalar yapılmıştır:

1. Yeme bozuklukları ve psikozlar birbiriyle etkileşen, fakat birbirinden ayrı bozukluklar olarak ortaya çıkmaktadır (Hsu ve ark. 1981, Ferguson ve Damluji 1988, Deckelman ve ark. 1996).

2. Kilo alma ya da diğer yeme bozukluğu belirtilerinin kontrol altına alınmasıyla yaşanan “iyileşiyor” olma duygusuna bağlı olarak geçici bir psikoz gelişebilir (Grounds 1982, Hugo ve Lacey 1997).

3. Yiyecek ve yemeyle ilgili yoğun zihinsel uğraş psi-koza karşı bir savunma olabilir (David ve ark. 1986). Gerçekten de Hugo ve Lacey (1997), yeme bozukluğun- daki düzelmenin psikotik belirtileri tetiklediğini ya da alevlendirdiğini gözlemleyerek bu iki bozukluk arasında tersine bir ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu açıklama- ya bir başka destek de gözlemleri sonucunda, yeme bozukluklarının ego sınırları kaybolan şizofreni hastala-

rına bir tür kimlik duygusu verdiği ve yaşamlarını or- ganize edebilmelerine yardımcı olduğu sonucuna varan Ferguson ve Damluji’den (1988) gelmiştir.

4. Bu iki hastalık, aslında aynı hastalık sürecinin fark- lı fenotipleridir ve anoreksiya nervozanın belirleyici özel- liklerinden biri olan yeme ve beden imgesiyle ilgili çarpık düşünceler, şizofreni gelişimin sonucunda ortaya çıkan bilişsel bozukluğa bağlanabilir (Small ve ark. 1981, Ya- mashita ve ark. 1999). Örneğin; belli bazı yeme alışkan- lıklarıyla ilgili yoğun zihinsel uğraşlar şizofrenik sürecin bir parçası sayılabilecek aşırı değer verilmiş düşünceler olarak değerlendirilebilir (Ferguson ve Damluji 1988).

5. Anoreksiya nervoza ve şizofreni, ego gelişimine pa- ralel bir kontinum (süreklilik) içinde yer almaktadır. Bu- nun bir ucunda en ilkel ego kaynaklarına sahip şizofreni varken, diğer ucunda nöroz ya da kişilik bozuklukları yer almaktadır (Lyon ve Silber 1989).

Bu yazıda anoreksiya nervoza ve şizofreni tanısı alan genç bir erkek hasta olgu olarak sunulacaktır. Olguyla birlikte, her ikisi de nadir durumlar olan erkeklerde ano- rekksiya nervoza görülmesi ve bu yeme bozukluğunun şiz- ofreni ile eş hastalanımı ele alınacaktır.

OLGU

HA, 18 yaşında sınavla gelen başarılı öğrencilerin okuduğu bir devlet okulunda lise son sınıf öğrencisiydi. Yaklaşık bir ay önce, öğretmenleri konuşma ve davranış- larında bazı değişiklikler olduğunu fark ederek durumu hastanın ailesine haber vermişlerdi. Kısa bir süre sonra ailesi de HA’daki bu değişiklikleri fark etmeye başladı. Örneğin; dışarıdan kimse evin içini görmesin diye gün- düz vakti tüm perdeleri kapatıyor, zaman zaman annesi- ne evin içine gizli bir kamera yerleştirildiğini ve birileri- nin onları izlediğinden şüphelendiğini söylüyordu. Sık sık tuhaf bilimsel projelerinden bahsetmeye başlamıştı; ancak ailesi çocukluğundan beri onu bir dahi olarak değerlendirdiği için bunu pek yadırgamamıştı. Uykusu bozulmuştu ve bir gece pencereleri açıp kapayarak ken- dine mesaj verdiğini düşündüğü karşı apartmandaki bir komşuya, bunu anladığını göstermek için sabaha kadar balkonda oturmuştu. Televizyondaki konuşmaları üze- rine alınıyor ve bu konuşmalara yanıt veriyordu. Anne ve babasına karşı öfkeli ve tahammülsüzdü; özellikle an- nesinin davranışlarından cinsel anlamlar çıkararak onun kendisine yaklaşmasını ya da dokunmasını istemiyordu. Kendisi ruhsal bir rahatsızlığı olduğunu kabul etmese de, bunların üzerine anne babası tarafından kliniğimize ge- tirildi. Muayenede; konuşması miktar olarak artmış ol- makla birlikte içerik olarak fakirdi. Sorulan sorulara sık-

lıkla yandan cevap veriyordu ve perseverasyonları vardı. Düşünce içeriğinde alınganlık ve kötülük görme sanrıları vardı. Her ne kadar varsanıları olup olmadığını araştıran sorulara “hayır” şeklinde yanıt verse de, annesi birkaç kez onu kendi kendine konuşurken ya da gülerken gördüğünü ifade etti.

HA, daha önce sigara da dahil herhangi bir keyif verici madde kullanmadığını ifade etti. Ailesinin de bu yönde hiçbir şüphesi olmamıştı. Fizik ve nörolojik muayenede patoloji saptanmayan hastanın psikoza yol açabilecek bedensel hastalıklar açısından yapılan laboratuvar tetkikleri, EEG ve kraniyel MRG sonuçları normal olarak geldi. Öykü ve muayene bulgularıyla şizofreni tanısı alan hastaya 20 mg/gün olanzapin tedavisi başlandı. Yaklaşık 10 gün sonra psikotik belirti ve bulguları tamamen ortadan kalktı. Ancak bu dramatik düzelmeden iki hafta sonra, ilacı almaya devam etmesine rağmen belirtiler yeniden ortaya çıkınca HA hastaneye yatırıldı. Hastanedeki tedavisinde olanzapin etkisiz bulunarak günde 800 mg/gün amisülprid tedavisine geçildi ve belirtiler kısa zamanda kontrol altına alındı.

HA ilaçları kullanmak istemiyordu, ama bu sadece hasta olduğunu kabul etmemesine bağlı değildi. Olanzapin son bir ayda iştahını fazlaca artırarak 7 kilo almasına neden olmuştu. 14 yaşından beri şişmanlamaktan sürekli korktuğundan, onun için bu durum kabul edilemezdi. 14 yaşına kadar hep şişman bir çocuk olmuştu. Bu nedenle zaman zaman ailesinden eleştiriler alıyor ve arkadaşlarının alaylarına maruz kalıyordu. 14 yaşına geldiğinde bir kız arkadaşına aşık olmuş ve böylelikle kilo vermek için ciddi bir karar almıştı. Kararını uygulamak üzere daha az yemeye başladı. Ayrıca saatlerce bisiklet sürüyor ve vücut geliştirme hareketleri gibi ağır egzersizler yapıyordu. 2 ayda bu çabalarıyla 10 kilo verdi. Yiyeceklerin kalori değerleri ve kilo vermek için ne kadar kalori tüketmek gerektiği gibi konularda internetten faydalanarak kendisine incelikli ve ayrıntılı bir diyet programı hazırlamıştı. Örneğin; sabah gerekli vitaminleri de içeren 1200 kalorilik bir kahvaltı yapıyor ve günün geri kalan kısmında hiçbir şey yemiyordu. Nadiren çok acıkarak az da olsa bir şeyler yediğinde yoğun suçluluk duyuyordu. Beden kitle indeksini (BKİ) hesap ederek % 19-19.5 civarında, yani normalin alt sınırında olması gerektiği sonucuna varmıştı. Kliniğimize başvurunca kadar geçen 4 yıllık dönemde diyet ve egzersizlerine bu şekilde devam etmişti. Başvurusundan 2 ay önce boyunun uzaması ve kilo alması nedeniyle, bedeni ve kilosu ile ilgili uğraşları artmış ve yeniden sıkı bir diyet başlamıştı. Baldırlarının çok kalınlaştığını düşünüyordu ve bir keresinde bu kalınlığın yağ mı, yoksa kas dokusuna mı bağlı olduğunu saptamak

için bu bölgeye iğne batırarak kanayıp kanamadığını anlamaya çalışmıştı. Zira, yağ dokusunun damarlanması az olduğu için daha az kanaması gerektiğini düşünmüştü. 2 ay içinde 11 kilo verdi, ama olanzapinle birlikte verdiği kiloların önemli bir kısmını geri aldı. Kendini “şişmiş” hissediyor, bacakları ve bel bölgesindeki çirkin kitleden kurtulmak istiyordu. Kilo aldığı için parmaklarının eklem bölgelerindeki deri kıvrımlarının artmasından fazlaca rahatsız oluyordu. Hastaneye yatırıldığında BKİ normal sınırlar içindeydi.

HA'nın anne ve babasının her ikisi de üniversite mezunu idi ve iyi gelir getiren saygın birer meslek sahibydiler. Kendinden 6 yaş büyük erkek kardeşi, oldukça başarılı bir üniversite yaşamından sonra eğitimine devam etmek için yurt dışına gitmişti. Aile içinde ağabeyi sürekli ona örnek gösterilir ve sık sık ikisi arasında kıyaslamalar yapılırdı. Anne ve babasının kendisini ancak onların istedikleri gibi bir çocuk; yani en başarılı, en üstün çocuk olduğu sürece sevdiğini düşünüyordu. Nitekim çok fazla ders çalışmamasına rağmen okul başarısı hep üst düzeyde olmuştu. Yaklaşık 1 yıl önce öğretmenleri, HA'nın içe kapanarak arkadaş ilişkilerinden kendini çektiği konusunda ailesini uyarmışlardı. Aslında aynı dönemde HA'nın vaktinin çoğunu bilgisayar başında oturarak ya da spor yaparak geçirmesi ailesinin de dikkatini çekmişti. Ama bu durumu, biraz da beğeniyle, bir tür özdisiplin davranışı olarak değerlendirmişlerdi. Ailenin psikiyatrik öyküsünde şizofreni tanısıyla halen olanzapin tedavisi almakta olan bir dayıdan söz edildi.

Taburcu edildiğinde ve sonrasındaki izleminde şizofreninin pozitif belirtileri düzeldi; ancak sosyal içe çekilme, anhedoni gibi negatif belirtiler devam etti. Bu arada amisülpiride bağlı gelişen ekstrapiramidal yan etkiler tolere edemediği için, amisülprid kesilerek ketiypapin 750 mg/gün başlandı ve bu tedavi bugüne kadar başarıyla devam etti. İlk başvuruda acil müdahale gerektiren bir psikotik tablo içinde olması nedeniyle, yeme bozukluğu belirtilerine yönelik herhangi bir tedavi girişimi yapılmadı. Psikoza düzeldikten sonra ise, hem kilosunun normale yakın olması hem de psikoza açısından psikoterapötik bir yaklaşımın uygun olmaması nedeniyle müdahale etmeden izleme kararı alındı. Hastaneden çıktıktan sonra okula geri döndü, ancak başlangıçta okul başarısında belirgin bir düşme oldu. Bir iki ay içinde konsantrasyon güçlüğü ve zihnindeki durgunluk nedeniyle yeterli ders çalışamamasına rağmen, okul başarısı düzeldi ve üniversite sınavında oldukça yüksek bir puanla istediği bölümü kazandı. Ancak lisedeki başarısını üniversitede gösteremedi. Ailesi de dahil diğer insanlarla neredeyse hiç ilişki kurmuyor, sürekli evde bilgisayar oynuyor ve okula devam

etmiyordu. Ailesi arasına konuşmalarında olaylar arasında onun bilişsel kapasitesine uymayan tuhaf, “çocuksu” ve mantık dışı ilişkiler kurduğunu fark ediyorlardı. HA, pozitif psikotik belirtileri kısmen ortadan kalkar kalkmaz her zamanki diyetine ve egzersiz programına geri döndü. Sonuçta; ilaca bağlı aldığı kiloların tamamını kısa sürede verdi. Hasta, bu diyet ve egzersiz programını BKİ’ni alt sınırdan tutacak biçimde halen sürdürüyor.

TARTIŞMA

Literatürü gözden geçirdiğimizde anoreksiya nervoza-şizofreni eş tanılı sadece bir erkek hastanın olgu olarak bildirildiğini gördük (Cheung ve Wilder-Smith 1995). Bu açıdan olgumuzun ikinci olacağını düşünüyoruz. Ancak bu olguyu anoreksiya nervoza-şizofreni eş hastalanım olgusu olarak değerlendirmek için her iki tanının geçerliliğiyle ilgili aydınlatılması gereken sorular olduğunu düşünüyoruz.

Bu soruların ilki; bu hastanın bir anoreksiya nervoza olgusu olup olmadığıdır. Hastanın psikotik belirtiler gelişinceye kadar geçen dört yıllık zaman içinde kilo verme kararıyla başlayan yeme davranışındaki bozukluk anoreksik hastalarinkine çok benzemektedir. Aslında bu benzerlik şaşırtıcı değildir. Araştırmalar, kadın ve erkek anoreksiklerin hastalığın başlangıç yaşı, premorbid kişilik özellikleri ve hastalık özellikleri açısından benzer olduklarını göstermektedir (Eliot ve Baker 2001). Nitekim; yiyecek alımını kısıtlama, öğün atlama ve düşük kalorili yiyecekler tercih etme şeklindeki yeme bozukluğu HA’nın belirgin kilo kaybetmesiyle sonuçlanmıştır. Hasta, yeme tutumundaki değişikliklerin yanı sıra, kilo kaybetmek için ağır egzersizler yapmaktaydı. Bu kilo verdirici yöntem, anoreksiklerde sık karşılaşılan bir dengeleyici davranıştır. Bunlara ilaveten, anoreksiklerde görülen beden imgesi ve yiyeceklerle ilgili yoğun zihinsel uğraşı olgumuzun davranışlarında -bedeniyle yaptığı garip deney gibi- ve hazırladığı incelikli kalori cetvellerinde dikkat çekmektedir. Başlangıçtaki diyet dönemine ait BKİ ile ilgili yeterli bilgimiz olmamakla birlikte, hasta düşük kalorili-besleyici diyeti sayesinde istediği zayıf bedene sahip olmuştu. Ancak kliniğimize başvurduğunda kilo kaybı anoreksiya nervoza için tanı ölçütü sayılabilecek bir düzeye inmemişti. Bununla birlikte, hastanın kilosu ve bedeniyle uğraşları en az bir anoreksik hastaninkine kadar yoğun ve ciddiydi. Ayrıca yaşam öyküsü, aile dinamikleri kadın anoreksiklerde rastlanan tarza çok benzemektedir. DSM tanı sisteminin betimleyici bakış açısıyla bu olgu, anoreksik özellikli “başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu” tanısı almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Başka deyişle bir eşikaltı olgudur. Ancak akla

hemen şu soru gelmektedir: Birkaç kilo daha kaybetmesi onun bu eşğin üstüne geçmesini sağlayabilir, fakat böyle olması ondaki psikopatolojinin daha da şiddetlendiği anlamına mı gelecektir? Yapılan araştırmalarda eşikaltı olguların pek çok açıdan tam sendromlar kadar ciddi durumlar olarak görülmesi gerektiğine işaret etmektedir (Crow ve ark. 2002, Watson ve Andersen 2003). Tüm bunlardan dolayı; kilo tanı ölçütünü karşılamasa da bize göre bu hasta psikoz öncesi 4 yıllık bir dönemde anoreksik bir seyir göstermiştir. Psikoz sırasında ve hemen sonrasında yeme ve bedeniyle ilgili uğraşları bir miktar azalmakla birlikte, asla ortadan kalkmamış ve en sonunda eski halini almıştır. Deckelman’ın (1996) söylediği gibi, şizofrenin negatif belirtileri ve hedef yönelimli davranışlardaki yetersizlik hastada bozuk yeme tutumlarının sıklık ve süresini bir süreliğine azaltmakla birlikte, bu tutumlar halen sürmektedir.

İkinci soru; bu olgunun bir şizofreni olgusu olup olmadığıdır. Öncelikle psikoz tablosunun ilk defa ortaya çıkması nedeniyle, ayırıcı tanıda psikoza yol açabilecek organik etiyoloji araştırılmıştır. Hastanın fizik ve nörolojik muayene bulgularının normal olmasının yanı sıra, yapılan laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin de normal olarak gelerek gelmesi psikoza yol açacak genel tıbbi bir durumun varlığını dışlamıştır. Psikoza yol açabilecek bir diğer etken olan madde kullanımı ise öyküye dayanarak dışlanmıştır; ancak özellikle ailesinin ifadesi bu açıdan yeterince güven verici bulunarak madde taramasına yönelik bir laboratuvar tetkiki yapılmamış olması bir eksiklik olarak görülebilir. Bununla birlikte; hastalık öncesi dönemdeki belirgin sosyal içe çekilme, psikotik belirtilerin kaybolmasından sonraki 1 yılı aşan izlem döneminde gözlenen yine sosyal içe çekilme, kısmi bilişsel yavaşlama, düşüncede somutlaşma ve mantık dışılık gibi yapısal düşünce bozukluğu şeklindeki artık belirtiler şizofreni tanısını kesinleştirmiştir.

Üçüncü soru; bunun bir eş hastalanım olgusu olup olmadığıdır. Hastada da görüldüğü gibi, beden imgesi bozulmuş bir anoreksik hastanın yiyeceklerle ilgili düşünsel uğraşlarını şizofrenik bir hastanın sanrısız düşünce sisteminden ayırt etmek gerçekten çok güç olabilir. Bu noktada her bir psikiyatrik belirtiyi klinik tablonun bütünlüğü içinde zaman boyutunu dikkate alarak değerlendirmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Her iki durumun başlangıç zamanı, daha sonraki seyri ve belirtilerin niteliği açısından bakıldığında, bu hastadaki şizofreni ve anoreksiya nervozanın birbirinden bağımsız biçimde, ardışık olarak ortaya çıktığı ve birlikte devam ettiği; aynı zamanda da birbiriyle etkileştiği görülmektedir. Bununla birlikte, elbette bu, gözleme dayalı bir yorumdur. Şimdi-

ye kadar bazı spekülatif açıklamalar yapılmış olsa da, bu iki bozukluk arasındaki ilişkinin doğasıyla ilgili gerçekte ne olduğunu kimse bilmemektedir. Sonuç olarak, psikoz

ve yeme bozuklukları arasındaki karmaşık etkileşimin anlaşılması için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
- Böning J, Kachel F (1990) Syndrome metamorphoses in anorexia nervosa- An example of integrative psychopathology. *Psychopathology*, 23:146-152.
- Cheung P, Wilder-Smith E (1995) Anorexia nervosa and schizophrenia in a male Chinese. *Int J Eat Dis*, 18(1):103-106.
- Crow SJ, Agras WS, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC (2002) Full versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Dis*, 32:309-318.
- David AS, Farmer AE, Murray RM ve ark. (1986) Schizophrenia and bulimia: A case report. *Int J Eat Dis Ord*, 5:771-775.
- Deckelman, MC, Dixon LB, Conley RR (1996) Comorbid bulimia nervosa and schizophrenia. *Int J Eat Dis Ord*, 22:101-105.
- Eliot AO, Baker CW (2001) Eating disordered adolescent males. *Adolescence*, 143:535-543.
- Ferguson JM, Damluji NF (1988) Anorexia nervosa and schizophrenia. *Int J Eat Dis Ord*, 7:343-352.
- Grounds A (1982) Transient psychoses in anorexia nervosa: A report of seven cases. *Psychol Med*, 12:107-113.
- Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Lavori PW (1988) Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, 176:131-143.
- Hsu LK, Meltzer ES, Crisp AH ve ark. (1981) Schizophrenia and anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*, 169:273-276.
- Hugo PJ, Lacey JH (1997) Disordered eating: a defense against psychosis. *Int J Eat Dis Ord*, 24:329-333.
- Kaye WH, Bulik, CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161(12):2215-2221.
- Lyon ME, Silber TJ (1989) Anorexia nervosa and schizophrenia in an adolescent female. *J Adolesc Health Care*, 10:419-420.
- Muise MA, Stein DG, Arbes G ve ark. (2003) Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health*, 33:427-435.
- Sadock BJ, Sadock VA (2003) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9. baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s. 739.
- Small AC, Madero J, Gross H, Teagno L, Leib J, Ebert M (1981) A comparative analysis of primary anorexics and schizophrenics on the MMPI. *J Clin Psychol*, 37:733-736.
- Watson TL, Andersen AE (2003) A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 108:175-182.
- Wildman P, Lilienfeld LR, Marcus MD ve ark. (2003) Axis I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychother Psychosom*, 72(5):276-285.
- Yamashita Y, Takei N, Kawai M, Mori N (1999) Anorexia nervosa as a phenotype of cognitive impairment in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 174:558-566.