

Yeme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği

Comorbidity of Eating Disorders and Bipolar Disorder

Asena Akdemir¹, Bahar Sarı Nargis²

¹Prof.Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, ²Uz.Dr., Bergama Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir

ÖZET

Yeme bozukluğu özellikle genç kadınlarda sık görülür. Yememin kısıtlanması, tıknırcasına yeme, kusma, laksatif kullanımı hastalığın tanı koydurucu özellikleridir. Toplumda görülme oranı genç kadınlarda Anoreksiya Nervosa için %0.3 ve Bulimia Nervosa için %1 olup obeziteyi de bu grup içinde alırsak %5-10 olarak saptanmıştır. Bipolar yelpazesinde bu oran %1-5 arasında bildirilmektedir. Her iki hastalıkta yer alan depresif bulgular eş tanı ile ilgili araştırmaları başlatmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalardaki yeme bozukluklarının ve yeme bozukluklu hastalardaki bipolar bozukluğun yaşamboyu yaygınlık oranlarının toplum örneklemelerinde ve klinik çalışmalarda, kısmen eşikaltı ve bu bozuklukların spektrum belirtileri de dahil olmak üzere bu hastalıkların komorbiditesinin yüksek oranda olduğu gösterilmiştir. Bulimik davranışlar, dürtüsellik ve affektif bozukluklar genetik yatkınlık veya erken yaşam travmasının sonucu olarak serotonerjik nörotransmisyonundaki bozuklukla ilişkili olabilir. Bipolar bozukluk ve beraberinde yeme bozukluğu olan hastalara farmakolojik tedavi yaklaşımları her sendromun tedavisinin diğeri üzerindeki olası yan etkilerinin incelenmesine ihtiyaç duyar ve her ikisine de yarayabilecek ajanlarla bazen her iki sendromun da tedavisi olasıdır. Bazı vakalarda, duygudurum düzenleyicilerinin monoterapi olarak kullanılması veya serotonerjik ilaçlara eklenmesi yardımcı olabilir. Bu da her iki hastalığın etiyolojik olarak benzer patofizyolojik mekanizmalarla ortaya çıktığının bir kanıtı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, comorbidity.

(*Klinik Psikiyatri 2013;16:175-180*)

SUMMARY

Eating disorders are common disorders especially in young women. Food restriction, binge eating, vomiting, purging are diagnostic features of the disorder. The prevalence in young women is reported as %0.3 for Anorexia Nervosa and as %1 for Bulimia Nervosa while it reaches to %5-10 if obesity is included to the clinic. Eating disorders are common in bipolar patients so that the clinicians should be careful while treating these disorders. The prevalence rate is reported as %1-5 in bipolar spectrum disorders. Depressive symptoms that may be seen in both disorders led studies about comorbidity. Authors investigating the lifetime comorbidity of eating disorders in patients with BD and comorbidity of BD in patients with eating disorders in community surveys and in clinical studies showed that comorbidity of these disorders is high. Most of these studies include subthreshold clinical cases and all spectrum symptomatology. Bulimic behaviors, impulsivity and affective disorders may be due to serotonergic neurotransmission disorder as a result of genetic vulnerability or early life trauma. Pharmacologic treatment approaches to patients with BD and a comorbid eating disorder require examination of the possible adverse effects of the treatment of each syndrome on the other. Both disorders may be managed with agents that might be beneficial to each at the same time. Use of mood stabilizers alone or as adjunct to serotonergic agents may be beneficial in some of the cases. This may be due to the similar pathophysiological mechanisms of both of the disorders.

Key Words: Eating disorder, bipolar disorder, comorbidity.

GİRİŞ

Yeme bozukluğu özellikle genç kadınlarda sık görülür. Yemenin kısıtlanması, tıknırcasına yeme, kusma, laksatif kullanımı hastalığın tanı koydurucu özelliklerindedir. Toplumda görülme oranı genç kadınlarda anoreksiya nervosa için %0.3 ve bulimia nervosa için %1 olup, obesiteyi de bu grup içinde alırsak %5-10 olarak saptanmıştır (Treasure ve ark. 2003, Fairburn ve Harrison 2003). Bipolar yelpazesinde bu oran %1-5 arasında bildirilmektedir (Kesler ve ark. 1994).

Duygudurum bozuklukları ve yeme bozuklukları arasında ilişki hakkında sorular giderek artmaktadır (Swift ve ark. 1986, Ramacciotti ve ark. 2005). Her iki hastalıkta yer alan depresif bulgular eş tanı ile ilgili araştırmaları başlatmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastalardaki yeme bozukluklarının ve yeme bozukluklu hastalardaki bipolar bozukluğun yaşamboyu yaygınlık oranları toplum örneklemelerinde ve klinik çalışmalarda yüksektir. Bu bozuklukların eşikaltı ve spektrum belirtileri de önemli bir grubu oluşturmaktadır ve bu belirtileri de göz önüne aldığımızda hastalıkların komorbiditesinin daha da yüksek oranda olacağı düşünülmektedir (Mc Elroy ve ark. 2006, Ünal ve ark. 2007, Bhangwagar 2007). Bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların %12.5'i, eşik altı tıknırcasına yeme bozukluğu olanların %10.5'i ve bulimia nervosa tanısı alan hastaların %18'inin bipolar bozukluk eş tanısı aldığı bildirilmiştir (Hudson ve ark. 2007).

Her iki hastalığın birlikteliğini araştıran 2 toplum çalışması sadece yetişkinlerle yapılmıştır. İlk çalışmada, Fogarty ve ark. (1994) 18 yaş ve üstü 3258 kişiyi Tanısal Görüşme Listesi (DIS) kullanılarak araştırmıştır. Eşikaltı vakaları içermeyen incelemelerinde, Bipolar bozukluk ve anoreksiya nervosa arasındaki birlikte görülme ile ilgili belirgin kanıtlar bulunamamıştır. Ancak hastalıkların tüm formları araştırılmamıştır ve hastalığı olan bireylerin sayısı azdır (22 kişi manik atak, 4 kişi anoreksiya nervosa). İsviçre'de yaşayan 4547 yetişkinin incelendiği ikinci çalışmada hipomaniyle birlikte tıknırcasına yeme komorbiditesi değerlendirilmiştir. Depresyonlu bireyler ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, hipomanili bireyler anlamlı olarak fazla oranda tıknırcasına yeme oranlarına

sahiptiler. Örneğin, DSM-IV ölçütlerine göre hipomanili hastalar için tıknırcasına yeme oranı %13, kısa rekürren hipomanili (<4 gün) hastalar için %22, sporadik kısa hipomanili hastalar için %15 ve manisi olanlar için %14, depresyonlu bireyler için %11 bulundu. Bu oranlar sağlıklı kontrollerdeki %5'lik orana göre anlamlı derecede yüksekti (Fogarty ve ark. 1994, Angst 1998).

2003 ve 2004 yılında yayınlanan iki toplum çalışması esas olarak ergen ve genç erişkin örnekleri içermektedir. Wittchen ve ark. (2003) yaşları 14-24 arasında değişen 2548 kişiyi DSM-IV ölçütlerini kullanarak incelemiş ve hipomani veya MDB'lu bireylerin %8.6'sında ve manili hastaların ise %7.9'unda yeme bozukluğu öyküsü saptamışlardır. Yeme bozukluğu oranları hipomanili veya MDB'lu bireyler için genel toplumdan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken, mani grubundaki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmada bipolar ve yeme bozukluklarının alt tipleri tanımlanmamıştır (Wittchen ve ark 2003).

Lewinsohn ve ark.'nın (2004) bazı psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve komorbiditesini araştırmak için 1704 ergeni taradıkları çalışmalarında DSM-III-R'ye göre bipolar ve yeme bozukluğu ölçütleri kullanıldığında bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Bununla birlikte, eşikaltı bipolar bozukluk ile eşikaltı yeme bozuklukları arasında belirgin ilişki saptanmıştır (Lewinsohn ve ark. 2004).

Saha çalışmalarının dışında klinik çalışmalarda veriler daha çok bipolar hasta grubunun değerlendirildiği çalışmalardan elde edilmiştir. Bununla birlikte yeme bozukluğu hasta grubuyla da yapılmış klinik çalışmalar da daha az olmakla birlikte vardır.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda, anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa yaygınlık oranlarını araştıran bir çalışma genel erişkin popülasyonundaki oranlara kıyaslandığında yeme bozukluklarının bu hasta grubundaki oranının yüksek olduğunu göstermiştir (Vieta ve ark. 2001). Benzer şekilde, birkaç çalışma bipolar bozukluğu olan hastalardaki tıknırca yeme bozukluğunun yaşamboyu yaygınlık oranlarının toplumda belirtilen en yüksek oranlardan (%5) daha fazla olduğunu göstermiştir (Ramacciotti ve ark. 2005, Kruger ve ark. 1996, Mac Queen ve ark. 2003).

Krüger ve ark. 1996'da yazdıkları makalede 61 bipolar bozukluk tanısı almış hastayı (38 kadın, 23 erkek) incelemişler ve %13'ünün tıknırcasına yeme bozukluğu için DSM-IV ölçütlerini karşıladığını %15'inin ise kısmen tıknırcasına yeme bozukluğu özelliklerini karşıladığını saptamışlardır (Kruger ve ark. 1996).

Mac Queen'in yaptığı klinik çalışmada diğerlerinden farklı olarak bipolar bozukluğu olan hastalarda tüm yeme bozukluğu spektrumu değerlendirilmiştir. 139 ayaktan hastanın yer aldığı bu çalışmada, en azından bir kere yeme bozukluğu olmasının yaşamboyu yaygınlık oranı %15'ti, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise %9, bulimia nervosanın %7 ve anoreksiya nervosanın %3'tü. Ayrıca eşikaltı duygudurum bozukluğu olan hastalar, hastalık belirtili olanlar (%16) ve ötimik hastalarla (%5) kıyaslandığında belirgin olarak yeme bozukluğuna sahip görünmekteydiler (Mac Queen ve ark. 2003).

Bipolar bozukluk ve yeme bozukluğu birlikteliğinin kadınlarda genel topluma göre daha fazla olduğunu gösteren bir klinik çalışma da Schuckit ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. Alkol bağımlılığı tanısı almış hastalar ve akrabalarından oluşan 4265 kişilik örneklem grubunda ek tanıların yeme bozukluğu ile ilişkileri araştırılmıştır. Özellikle kadınlarda bipolar bozuklukla bulimia nervosa arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Schuckit ve ark. 1996). Her iki hastalıkta da alkol ve madde kullanım bozuklukları yaygınlığı genel topluma göre fazladır (Mc Elroy ve ark. 2005).

Wildes'in 2007 yılında yapmış olduğu bir klinik çalışmada yeme bozukluğu olan hastalarda yaşamboyu depresyon görülme riski hasta olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ancak çalışmada manik ya da hipomanik dönemle ilgili anlamlı bir bulgu saptanmamıştır. Bu çalışmada obezitenin bipolar bozukluğun kötü prognozuya ilişkili olduğu belirtilmiştir (Wildes 2007).

Anoreksik hastaların birinci derece yakınlarında unipolar depresyon görülme riski değişik çalışmalarda %6.5-20.4; bipolar bozukluk görülme riski ise %0-8.3 olarak bildirilmiştir. Yine bulimiya nervozalı hastaların birinci derece akrabalarında unipolar ve bipolar bozukluk görülme riski sırasıyla %10.5-37.1 ve %0.6-5.9 olarak gözlenmiştir.

Genel olarak yeme bozukluğu olan hastaların yakınlarında duygudurum bozukluğu görülme riski, yeme bozukluğu olmayanlara göre 2-4.2 kat artmaktadır (Kuruoğlu 2000).

Yeme bozukluğunda komorbidite çalışmalarında genel olarak yeme bozukluğundaki yüksek bipolar bozukluk oranları bulimia nervosanın alt tipleriyle ilişkili olarak bulunmuştur.

Fenemonolojik Yakınlık:

Bulimik davranışlar, dürtüsellik ve affektif bozukluklar genetik yatkınlık veya erken yaşam travmasının sonucu olarak serotonerjik nörotransmisyonundaki bozuklukla ilişkili olabilir. Bipolar bozukluk ve beraberinde yeme bozukluğu olan hastalara farmakolojik tedavi yaklaşımları her sendromun tedavisinin diğeri üzerindeki olası yan etkilerin incelenmesine ihtiyaç duyar ve her ikisine de yarayabilecek ajanlarla bazen her iki sendromun tedavisi de olasıdır. Bazı vakalarda, duygudurum düzenleyicilerinin monoterapi olarak kullanılması veya serotonerjik ilaçlara eklenmesi yardımcı olabilir. Yeme bozukluklarında depresif belirtilerin sık görülmesi ve tedavide tercih edilen ilaçların daha çok antidepresanlar olması her iki bozukluk arasındaki ilişkiyi destekliyor görünmektedir (Kuruoğlu 2000). Bu, her iki hastalığın etyolojik olarak benzer patofizyolojik mekanizmalarla ortaya çıktığının bir kanıtı olabilir.

İlk zamanlarda yeme bozukluğundaki depresyonun yeme bozukluğuna ikincil olarak geliştiği düşünülmüştür. Dinamik açıklamalarda anoreksiyada psikofizyolojik bozukluklara, bulimiyada ise kontrol yitimine bağlı olarak depresyon görüldüğü öne sürülmüştür. Son yıllarda yeme bozukluklarının, duygudurum bozukluklarının bir alt grubu olabileceği konuşulmaktadır. Birincil olanın duygudurum bozukluğu olduğunu söyleyen bu görüş özellikle de yeme bozukluğu bulgularının bipolar bozukluk atağından sonra ortaya çıktığını gösteren çalışmalarca desteklenmektedir. Üçüncü bir görüş ise hastalıkların ayrı fakat ilişkili bozukluklar olduğunu ve karşılıklı birbirinden etkilendiklerini ifade eder; depresif yatkınlık yeme bozukluğuna yol açabilir ya da yeme bozukluğunu presipite edebilir (McElroy ve ark. 2005, Ramacciotti ve ark. 2005, Swift ve ark. 1986). Bir çok çalışma

anoreksiya ve bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerde artma saptamıştır, bu durumlar aynı zamanda bipolaritenin temel özelliklerini de paylaşırlar (McElroy ve ark. 2005). Atipik depresif özellikler hem bipolarite hem de tıknırcasına yeme ile ilişkilidir. Major depresyonu olan bulimia nervosa hastalarında, major depresyonu olan ve bulimiası olmayan hastalara göre daha fazla hipomani meydana gelmiştir (Cooper ve Fairburn 1986). Yeme bozukluklarında da duygudurum düzensizlikleri, davranışsal aktivasyon, dürtüsellik, insomnia, iritabilite gibi duygudurum bozuklukları belirtileri görülmektedir (McElroy ve ark. 2005).

Ramacciotti ve ark. (2005) affektif belirtilerin yeme bozukluğu belirtilerini gizleyecek kadar şiddetli olabileceğini, ayrıca bipolar bozuklukta kullanılan ilaçların açlık ve doyma mekanizmalarını etkileyebileceğini düşündüklerinden 2005 yılında 51 hastanın yer aldığı bir çalışma yürüterek bu düşüncelerinin doğruluğunu araştırdılar. Bu hastaların 14 tanesi yeme bozukluğu ölçütlerini karşılamıştı. 9 tanesi (%18) tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve 5 tanesi (%10) bulimia nervosa (BN). Bütün bulimia nervosa hastaları ve tıknırcasına yeme bozukluğu olanların 7'si kadındı. Tıknırcasına yeme bozukluğu olanların ailesinde %30 oranında TYB vardı. Bu araştırmada yeme bozukluğu çoğunlukla duygudurum bozukluğunun ilk atağıyla ya da başlangıcından hemen sonra ortaya çıkmıştı. Hem manik hem depresif dönemde ortaya çıkabiliyordu. Araştırmacılar dikkatli bir tarama yapılmadığında bu hastalarda yeme bozukluğunun atlanabileceğine dikkat çektiler.

Bipolar bozukluğu olan hastaların hemen hepsi antipsikotik ilaçlar, antidepresanlar ve mood düzenleyicilerle tedavi edilirler. Bunlar açlık ve doyma mekanizmalarında tahribatta anlamlı bir rol oynarlar ve bu yüzden kilo alımını arttırabilirler. Mood ve yeme davranışlarının santral serotonin yollarıyla ilişkili olduğu yönünde somut kanıtlar vardır. Ayrıca beyinde serotonin sentezini indükleyen karbonhidrat açlığında alta yatan bir serotonin eksikliği olduğu öne sürülmektedir. Karbonhidrat tüketiminin geçici olarak depresif belirtileri önlediği konusunda kanıtlar vardır ve depresyonlu bazı insanların kendi kendilerini tedavi şekli olduğunu göstermektedir (Rosenthal

1987, Schuman 1987, Moller 1992). Bipolar bozukluğu olan hastalardaki tıknırcasına yeme davranışı duygudurumlarını düzenlemede, özellikle de depresif ataklarda koruyucu bir davranış olarak görünmektedir. Aşırı karbonhidrat alımı ile indüklenen obezite bipolar bozukluğu olan kişilerdeki bu davranışın tekrarlayıcı hale gelmesinde rol oynamaktadır (Krüger ve ark. 1996).

Ramacciotti ve ark.'nın (2005) yaptığı çalışmadaki bazı tıknırca yiyenler manik epizodun seyri sırasında bu davranışı geliştirirler. Tıknırcasına yemenin affektif durumdan mı yoksa tedavide kullanılan ilaçlardan mı kaynaklandığı açık değildir. Aşırı yeme istemdişi, yoğun duygudurumu yenmek için uyum stratejisi veya bir manik durumun zayıf dürtü kontrolü sonucu olabilir. BN'li birçok insan güçlü negatif duygulara yanıt olarak aşırı yer fakat hisler eğer pozitifse çok yoğun olarak algılanabilir (Ramacciotti ve ark. 2005).

Obezite ve bipolar bozukluk:

Obezite riski ABD'de dünyanın bir kısmında olduğu gibi giderek artmaktadır. Bu da beraberinde tıbbi sorunların artmasına yol açmaktadır. Bipolar bozukluğu olan kişiler obezite riski taşırlar.

Obez ve zayıf insanlar arasında farklılıklar olabilir. Obez tıknırcasına yiyenler karbonhidrat tüketimi sonrasında deprese moodda klinik düzelme gösterirler, ki bu da onları tekrar yemeye teşvik eder, bunun yanında zayıf olgularda uykusuzluk, yorgunluk ve mood bozukluğu gözlenir. Bu obez hastalardaki depresif bozukluğun yüksek oranları obeziteyle ilişkili diğer bulgular ile uyumludur. Çeşitli çalışmalar ayrıca obez tıknırcasına yiyenlerin obez tıknırca yemeyenlerle kıyaslandığında karbonhidratları tercih ettiğini bulmuşlardır. Eğer bu bilgi daha önceki çalışmaların açıklamalarına uygulanırsa, tıknırca yemenin depresyon sırasında BB bozukluğu olan hastaların duygudurumunu düzenleyen kompensatuar bir davranışı göstermesi mümkündür (Ramacciotti 2005).

Antipsikotik kullanan Psikotik bozukluğu olan hastalarda obezite sıklığının genel popülasyondan yüksek olduğu ve yeni antipsikotiklerin kullanımının artmış yağ kütlesiyle ilişkili olduğu

biliniyor. Çalışmalar vücut ağırlığının %70'inin genetikten kaynaklandığını öne sürerken çevresel faktörler de kritik rol oynamaktadır. Antipsikotik kaynaklı kilo artışı tanımlayan mevcut çoğu veri hipotalamus seviyesinde enerji alımı artışına (örn. artmış öğün) katılımda varsayılan nörodevreler hipotezindeki değişiklikleri vurgulamaktadır. Yiyecek tercihindeki değişiklikler de ayrıca gösterilmiştir- örn. yüksek sükröz alımı aşırı bir enerji alımına yol açar. Sedasyon da ayrıca bu etkinin içindedir. Antipsikotik ajanlarla, daha fazla kilo artışı atipik antipsikotiklerle ilişkilidir (Ramacciotti 2005, McElroy 2006).

Lityumun yeme bozukluğunda etkinliği araştırılmıştır. Çalışmaların bazılarında lityumun kilo artırıcı etkisi olduğunu söylenirken bazılarında herhangi bir etki olmadığı bildirilmiştir. Karbamazepinin de olumlu bir etkisi bildirilmemiştir. Anektodal raporlarda lityum, olanzapin, risperidon anoreksiya nervosa tedavisinde etkili olarak bildirilmiştir. Kilo alımı bu ilaçların doğrudan etkisine değil yan etkisine bağlı olabilir. Lityum ve karbamazepinin bipolar bozukluk ve bulimia nervosa birlikte olan hastalarda bulimik belirtileri düzelttiğine dair vaka raporları vardır. Valproat ve antipsikotiklerin bu hastalarda aşırı yemeyi alevlendirdikleri, topimaratin da aşırı yeme sıklığını azaltarak kilo kaybettiği de bildirilmiştir (Gross ve ark. 1981, Hsu ve ark. 1991, Kaplan ve ark. 1983, Powers ve ark. 2002, Shapira ve ark. 2000, Hoopes ve ark. 2003).

SONUÇ

Bipolar bozukluk tanımlı hastalarda birçok psikiyat-

rik eşanı görülmektedir. Yeme bozuklukları yapılan çalışmalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle bipolar bozukluk tanımlı olan hastaları daha dikkatli değerlendirmek gerekmektedir. Bipolar bozukluk tedavisiyle uğraşan klinisyenler bu ilişkiye karşı uyanık olmalı ve tıknırca yemeye başlayanlara nutrisyonel ve psikolojik destek sağlamalıdır. Komorbid yeme bozuklukları bipolar bozukluklarda görülen obeziteye katkıda bulunabilir veya komorbid bipolarite yeme bozukluklarında tedavi direncini artırabilir. Bazı mood düzenleyici ajanlar anoreksiya nervosa tedavisinde terapötik rol oynayabilir ama bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan bazı mood düzenleyici ve antimanik ajanlar eşlik eden tıknırca yeme bozukluğunu alevlendirebilir. Yeme bozukluklarında depresif belirtiler sık görülür ve tedavide tercih edilen ilaçların daha çok antidepresanlar olması her iki bozukluğun etyolojik olarak benzer patofizyolojik mekanizmalara sahip olduğunu desteklemektedir. Yeme bozukluklarında da duygudurum düzensizlikleri, davranışsal aktivasyon, dürtüsellik, insomnia, iritabilite gibi duygudurum bozuklukları belirtileri görülmesi de eşanın açıklayıcısı olabilir. Korunmanın bir şekli olarak, BP hastaları için psikolojik eğitimi geliştirmeye de ayrıca önem verilmelidir. Klinisyenler bipolar bozukluğu olan tüm hastalarda eşikaltı bulgular dahil tüm yeme bozukluğu belirtilerini ya da yeme bozukluğu ile gelen hastalarda bipolar spektrum bozukluğunu değerlendirmelidir.

Yazışma adresi: Dr. Bahar Sarı Nargis, Bergama Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, drbaharsari@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Angst J (1998) The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 50:143-151.
- Bhangwagar Z (2007) Bipolar Disorder and Its Comorbidities *Medscape* 28 Haziran 2007.
- Cooper PJ, Fairburn CG (1986) The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British J Psychiatr*, 148: 268-274.
- Fairburn CG, Harrison PJ (2003) Eating disorders. *Lancet*, 361: 407-416.
- Fogarty F, Russel JM, Newman SC (1994) *Acta Psychiatr Scand*, 376 (Suppl): 16-23.
- Gross, HA, Ebert MH, Faden VB (1981) A double blind controlled trial of lithium carbonate in primary anorexia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*, 1:376-381.
- Hoopes SP, Reimherr FW, Hedges DW ve ark. (2003) Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, Part 1: improvement in binge and purge measures. *J Clin Psychiatry*, 64:1335-1341.
- Hsu LKG, Sobkiewicz TA. Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders? *Int J Eating Disord*, 1991;10: 15-30.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope JHG ve ark. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61:348-358.

- Kaplan AS, Garfinkel PE, Darby PL ve ark. (1983) Carbamazepine in the treatment of bulimia. *Am J Psychiatry*, 140:1225-1226.
- Kessler KA, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12 moth prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in The United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.
- Krüger S, Shugar G, Cooke RG (1996) Comorbidity of binge eating disorder and partial binge eating disorder with bipolar disorder. *Int J Eating Disord*, 19:45-52.
- Kuruoğlu AÇ (2000) Yeme bozukluğunda genetik etkenler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10:32-37.
- Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM (2004) The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric condition. *Psychol Med*, 34: 613-622.
- MacQueen GM, Marriott M, Begin H ve ark. (2003) Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Dis*, 5:349-355.
- Mc Elroy SL, Kotwal R, Keck PE (2006) Comorbidity of eating disorder and treatment implications. *Bipolar Dis*, 8:686-695.
- Mc Elroy SL, Kotwal R, Keck PE ve ark. (2005) Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord*, 86:107-127.
- Moller SE (1992) Serotonin, carbohydrates and atypical depression. *Pharmacol Toxicol*, 71(Suppl):61-71.
- Powers PS, Santana CA, Bannon YS (2002) Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa : An open label trial. *Int j Eat Dis*, 32:146-157.
- Ramacciotti CA, Paoli RA, Marcacci G ve ark. (2005) Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Res*, 2:165-170.
- Rosenthal NE, Genhart M, Jacobsen FM ve ark. (1987) Disturbances and appetite and weight regulation in seasonal affective disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499:216-230.
- Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM ve ark. (1996) Nurnberger JI Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent man and women and their relatives. *Am J Psychiatry*, 153:74-82.
- Scuhuman M, Gitli MJ, Fairbanks L (1987) Sweets, chocolate and atypical depressive states. *J Nerv Ment Dis*, 175:491-495.
- Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL (2000) Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series. *J Clin Psychiatry*, 61:368-372.
- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T ve ark. (1992) Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eating Disord*, 13:137-153.
- Swift WJ, Andrews D, Barklage NE (1986) The relationship between affective disorders and eating disorders: a review of literature. *Am J Psychiatry*, 143:291-299.
- Treasure J, Schmidt, Von Furt E (2003) *Handbook of Eating Disorder*. 2. Baskı, John Wiley & Sons Ltd, İngiltere, 2003.
- Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca A (2007) Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiyede Psikiyatri*, 9:18-25.
- Vieta E, Colom F, Corbella B ve ark. (2001) Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patient. *Bipolar Disord*, 3: 253-258.
- Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A (2007) Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 48:516-521.
- Wittchen HU, Muhling S, Pezawas L (2003) Natural course and burden of bipolar disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*, 6:145-154.