



BÖLÜM 34

Yeme Bozuklukları Sürdürüm Psikofarmakolojisi

Merve ŞAHİN CAN¹

GİRİŞ

Yeme bozuklukları (YB), esas olarak nüfusun genç kesimlerini etkileyen, yüksek sosyal etkiye sahip hastalıklardır. Klinik gidişatları sık alevlenmeler ve/veya nöksler, kronikleşme eğilimi, önemli tıbbi sekeller, mortalite riski ve psikiyatrik komorbidite ile karakterizedir (1). Yeme bozukluğunun klinik yönetimi, özellikle başlangıç döneminde beslenme rehabilitasyonunu, tıbbi komplikasyonların yönetimini, hem başlangıç hem de sürdürüm döneminde psikoterapileri ve farmakolojik tedaviyi içeren çeşitli beceri ve müdahaleleri beraberinde getirir (2).

Farmakoterapinin tıbbi komplikasyonların, beslenme eksikliklerinin ve psikiyatrik komorbiditelerin tedavisinde, yeme bozukluğunun temel semptomlarının kontrolünü sağlamaktan daha yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Temel olarak, tüm ana farmakolojik ajan sınıfları, klinik uygulamada yeme bozukluğunun klinik belirtilerini tedavi etme girişiminde kullanılmıştır (2, 3). Fakat yeme bozukluğunda farmakolojik tedavinin etkinliğine dair bilimsel kanıtlar mütevazı kalmaktadır. Yeme bozukluğunun farmakolojik tedavisine ilişkin mevcut uluslararası kılavuzlar şu anda az sayıdadır ve konuyla ilgili çalışmaların eksikliğinden

etkilenmektedirler. Bununla birlikte, Bulimia Nervosa (BN) semptomlarının tedavisi için Fluoksetin ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) için lisdexamfetamin hariç olmak üzere, hiçbir psikofarmasötik resmi otoriteler tarafından onaylanmamıştır (4,5).

YEME BOZUKLUKLARINA TANISAL YAKLAŞIM

Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı -5 (DSM - 5)'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları bölümü erişkinlerdeki YB'ları Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) olarak 3 temel bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (6).

YEME BOZUKLUĞUNDA KLİNİK BULGULAR

Beslenme davranışındaki farklılıklar, AN'li bireyleri diğer psikopatolojik özelliklerde farklılık gösteren iki anlamlı tanısal alt gruba ayırmak için kullanılmıştır (7). AN'nin kısıtlayıcı alt tipinde, normalin altında vücut ağırlığı; süregelen yetersiz beslenme durumu, aralıksız gıdadan kaçınma yoluyla korunur. AN'nin tıkınırcasına yeme alt tipinde karşılaştırılabilir kilo kaybı ve yetersiz bes-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Balıkesir Üniversitesi, mervesahin86@hotmail.com,

SONUÇ

Yeme bozukluğunun oluşumunda rol oynayan genetik yönlerle ilgili çeşitli çalışmalar, bu hastalığın sadece psikiyatrik değil, aynı zamanda immün veya metabolik yönleri de bulunduğunu ve bu nedenle yeme bozukluklarının farklı alt tiplerinin olduğunun dikkate alınmasının önemini vurgular (5). Bu nedenle, yakın gelecekte, yeme bozukluğu tedavisi için sadece merkezi sinir sisteminde değil, aynı zamanda bağışıklık aktivitesi üzerinde başka farmakolojik hedefler bulmamız kesinlikle mümkündür.

Psikoterapilere yetersiz yanıt veren hastalarda, malnütrisyonun ya da sık görülen abur cubur krizlerinin psikoterapötik yaklaşımı sınırladığı ya da tamamen engellediği şiddetli formlarda, yine önemli psikiyatrik komorbiditeler olduğunda farmakoterapi zaten göz ardı edilemez bir tedavi alternatifidir.

Psikotrop ilaçlar, yeme bozukluğu tedavisinde henüz önemli, belirleyici veya yeterli bir rol oynamamakla birlikte, klinik uygulamada değerli bir yardımcı olabilir. Son birkaç on yılda yürütülen çalışmaların metodolojik sınırlamalarına rağmen, ilaç tedavisine yönelik araştırmalar önemli ilerleme kaydetmiştir. Ancak, yeme bozukluğu hastaları için farmakoterapinin gerçek faydasına ilişkin soruyu tam olarak yanıtlamak için, daha iyi tanımlanmış sonuç göstergeleriyle (örneğin, sadece vücut ağırlığıyla değil, aynı zamanda yeme davranışları ve bilişsel profillerle de ilgili), yeterince büyük örneklemelerde ve toplumu temsil eden daha uzun boylamsal değerlendirmelerle yürütülecek gelecek yıllarda yapılacak çalışmalar olmalıdır.

Akut dönemde kullanılan ilaçların sürdürüm döneminde ne kadar kullanılması gerektiğinin net olarak çalışmalarla desteklenmemesi ve yeme bozukluklarının kronikleşme eğiliminin olması klinisyenler için zorlayıcı olabilmektedir. Psikoterapilere verilen yanıt, psikiyatrik komorbiditeler, kişilerin diğer sağlık problemleri, tedavi uyumu gibi durumların sistematik bir şekilde ele alınması sürdürüm tedavisinin şüphesiz başarısını attıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12(6): 400-43.
2. Himmerich H, Treasure J. Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018; 11(1): 95-108.
3. Hay PJ. Clinical psychopharmacology of eating disorder: A research update. *Int J Neuropsychopharm* 2012; 6: 1-14.
4. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375(9714): 583-93.
5. Flament MF, Bissada H, Spettigue W. Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012; 15(2): 189-207.
6. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Publishing.
7. Carr J, Kleiman SC, Bulik CM, Bulik-Sullivan EC, Carroll IM. Can attention to the intestinal microbiota improve understanding and treatment of anorexia nervosa? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2016; 10(5): 565-9.
8. Fazeli PK, Calder GL, Miller KK, et al. Psychotropic medication use in anorexia nervosa between 1997 and 2009. *Int J Eat Disord* 2012; 45(8): 970-6.
9. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48(11): 977-1008.
10. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26(6):543-8.
11. Milano W, Capasso A. Food behavior as risk factor for developing eating disorders. *Integrative Food. Nutr Metab (Lond)* 2017; 4(6): 1-9.
12. Halmi KA. Anorexia nervosa. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock RJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol 2, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980.
13. Hsu LKG. The treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1986;143:573-581.
14. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-1056.
15. Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, et al. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *J Clin Psychiatry* 2017; 78(2):184-189.
16. Powers PS, Santana C. Available pharmacological treatments for anorexia nervosa. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5(11): 2287-92.
17. Powers PS. Pharmacotherapy for eating disorders and obesity childadolescs psychiatric. *Clin N Am* 2009; 18: 175-87.
18. Guido KW. Aripiprazole, a partial dopamine agonist to improve adolescent anorexia nervosa A case series. *Int J Eat Disor* 2015; 49(5): 529-33.

19. Trunko ME, Schwartz TA, Duvvuri V, Kaye WH. Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: Case reports. *Int J Eat Disord* 2011; 44(3): 269-75.
20. Hagman J, Gralla J, Sigel E, A double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of adolescents and young adults with anorexia nervosa: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(9): 915-24
21. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2012; 13(14): 2015-26.
22. Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A. Depression and eating disorders: Treatment and course. *J Affect Disord* 2011; 130(3): 470-7.
23. Claudino AM, Hay P, Lima MS, Bacaltchuk J, Schmidt U, Treasure J. Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD004365.
24. Barbarich NC, McConaha CW, Halmi KA, et al. Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004; 35(1): 10-5.
25. Kaye WH. Neurobiology of anorexia nervosa purdue ingestive behavior research center symposium influences on eating and body weight over the lifespan *Child Adol Psychol Behav* 2008; 35: 121-35.
26. Safer DL, Darcy AM, Lock J. Use of mirtazapine in an adult with refractory anorexia nervosa and comorbid depression: A case report. *Int J Eat Disord* 2011; 44(2): 178-81.
27. Bacaltchuk J, Hay J. Antidepressants vs placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD003391.
28. Hay PJ, Claudino AC. Bulimia Nervosa. *Clinical Evidence Review Update* 2010; (7): 1009.
29. Milano W, Petrella C, Sabatino C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with sertraline: A randomized controlled trial. *Adv Ther* 2004; 21(4): 232-7.
30. Milano W, Siano C, Putrella C, Capasso A, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with fluvoxamine: a randomized controlled trial. *Adv Ther* 2005; 22(3): 278-83. a
31. Milano W, Petrella C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with citalopram: A randomized controlled trial. *Biomed Res* 2005; 16: 85-7. c
32. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(2): 139-47.
33. Martiadis V, Castaldo E, Monteleone P, Maj M. The role of psychopharmacotherapy in the management of eating disorders. *Clin Neuropsychiatry* 2007; 4(2): 51-60.
34. 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; 159(1): 96-102.
35. Himmerich H, Benkert O. Medications for the treatment of eating disorders and obesity. *Kompandium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 11th ed. Heidelberg (Germany): Springer; 2017. p. 778-796.
36. El-Giamal N, de Zwaan M, Bailer U, et al. Reboxetine in the treatment
37. Meister B. Neurotransmitters in key neurons of the hypothalamus that regulate feeding behavior and body weight. *Physiol Behav* 2007; 92(1-2): 263-71.
38. Gao Q, Horvath TL. Neuronal control of energy homeostasis. *FEBS Lett* 2008; 582(1): 132-41.
39. Hedges DW, Reimherr FW, Hoopes SP, et al. Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebocontrolled trial, part 2: Improvement in psychiatric measures. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(12): 1449-54.
40. Nickel C, Tritt K, Muehlbacher M, Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: A randomized, double-blind, placebocontrolled trial. *Int J Eat Disord* 2005; 38(4): 295-300.
41. McElroy SL, Hudson JI, Topiramato for treatment of binge eating disorder associated ad obesity: a placebo. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 1039-48. a
42. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Rotella CM, Faravelli C. Zonisamide combined with cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: one -year follow-up study. *Psychiatry (Edgmont Pa)* 2009; 6(11): 23-8.
43. McElroy SL, Guerdjikova A, Kotwal R, Atomoxetine in the treatment of binge eating disorder: A randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(3): 390-8. B
44. Hill K, Bucuvalas J, McClain C, et al. Pilot study of growth hormone administration during the refeeding of malnourished anorexia nervosa patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; 10(1): 3-8.
45. Miller KK, Grieco KA, Klibanski A. Testosterone administration in women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(3): 1428-33
46. Stahl SM. Lisdexamfetamine. *Prescriber's guide: stahl's essential psychopharmacology*. 6th ed. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press 2017; pp. 379-84.
47. Fornaro M, Solmi M, Perna G, et al. Lisdexamfetamine in the treatment of moderate-to-severe binge eating disorder in adults: systematic review and exploratory meta-analysis of publicly available placebo-controlled, randomized clinical trials. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12: 1827-1836
48. Gasior M, Hudson J, Quintero J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, McElroy SL. Multicenter, open-label, 12 month extension safety and tolerability trial of lisdexamphetamine dismelate in adults with binge eating disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2017; 37(3): 315-22.
49. Badowski ME, Perez SE. Clinical utility of dronabinol in the treatment of weight loss associated with HIV and AIDS. *HIV AIDS (Auckl)* 2016; 8: 37-45.
50. Andries A, Frystyk J, Flyvbjerg A, Støving RK. Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2014; 47(1):18-23.