

<p>e-ISSN: 2345-0592 Online issue Indexed in <i>Index Copernicus</i></p>	<p>Medical Sciences Official website: www.medicisciences.com</p>	
---	---	---

Eating disorder: anorexia nervosa

Justina Ragauskaitė¹

¹*Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Kaunas, Lithuania*

Abstract

Anorexia nervosa (AN) is a serious eating disorder commonly found in early adolescence. It is characterized by severe weight loss, often resulting from a combination of food restriction and high levels of exercise. The behavior of patients with anorexia nervosa is accompanied by obsessive concerns and fears about weight gain, appearance, and food. This combination of behavioral and psychological characteristics leads to a variety of emotional, behavioral, social, and family relationships disorders. AN is associated with one of the highest mortality rates of all mental illnesses. Death indicates a physiological effect of malnutrition, especially with cardiovascular arrhythmias. Nevertheless, the psychological damage is also significant and results in a large proportion of patients dying from suicide. Anorexia nervosa is a disorder that can affect individuals of any age, gender, sexual orientation, race, and ethnicity, but is common in adolescent girls and young women. Diagnosis includes interviews with patients according to standardized questionnaires, as well as clinical examination of the patient, considering the assessment, the patient's internal organ function, complications. Treatment is complex, which includes psychotherapeutic and pharmacological treatment. In psychotherapy, family-based psychotherapy receives the most data on effective treatment. Treatment options and knowledge of pharmacological preparations continue to expand, but there is no drug which fully therapeutic. Recovery remains slow and inaccessible to many. In this article we will discuss the diagnosis and treatment of anorexia nervosa.

Keywords: anorexia nervosa, treatment, psychotherapy.

Valgymo sutrikimas: nervinė anoreksija

Justina Ragauskaitė¹

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas,

Kaunas, Lietuva

Santrauka

Nervinė anoreksija (NA) yra rimtas valgymo sutrikimas, paprastai pasireiškiantis ankstyvojoje paauglystėje. Jam būdingas didelis svorio kritimas, dažniausiai atsirandantis dėl sunkaus maisto apribojimo ir per didelio fizinio krūvio derinio. Nervinė anoreksija sergančiųjų elgesį lydi obsesinis susirūpinimas ir baimė dėl svorio padidėjimo, išvaizdos ir maisto. Šis elgesio ir psichologinių ypatybių derinys lemia įvairius emocinius, elgesio, socialinius ir santykių šeimoje sutrikimus. NA siejama su vienu didžiausiu mirtingumu iš visų psichinių ligų. Mirtis atsiranda dėl nepakankamos mitybos fiziologinio poveikio, ypač susijusio su širdies ir kraujagyslių aritmija. Nepaisant to, psichologinė žala taip pat yra didelė ir lemia, kad didelė dalis pacientų miršta nusižudę. Nervinė anoreksija tai sutrikimas, galintis paveikti bet kokio amžiaus, lyties, seksualinės orientacijos, rasės ir etninės kilmės asmenis, tačiau dažniausiai būdingas paauglėms mergaitėms ir jaunoms moterims. Diagnostika apima interviu su pacientu pagal standartizuotus klausimynus, bei klinikinį paciento ištyrimą, siekiant įvertinti sergančiojo vidaus organų veiklą, komplikacijas. Gydytas kompleksinis, kuris apima tiek psichoterapinį gydymą, tiek farmakologinį. Psichoterapiame gydyme daugiausiai duomenų apie veiksmingą gydymą susilaukia šeima paremta psichoterapija. Gydymo galimybės ir žinios apie farmakologinius preparatus toliau plečiasi, tačiau nė vienas vaistas nėra visiškai gydomasis. Sveikimas išlieka lėtas ir daugeliui nepasiekiamas. Šiame straipsnyje aptarsime nervinės anoreksijos diagnostiką ir gydymą.

Raktažodžiai: nervinė anoreksija, gydymas, psichoterapija.

Įvadas

Valgymo sutrikimai yra sunkūs psichikos sutrikimai, kuriems būdingas nenormalus valgymas ar svorio kontrolė. Sutrikęs požiūris į svorį, kūno formas ir valgymą vaidina pagrindinį vaidmenį. Sutrikimo forma skiriasi priklausomai nuo lyties: pavyzdžiui, vyrų kūno įvaizdžio problemos gali būti sutelktos į raumeningumą, o moterims šios problemos gali būti labiau skirtos svorio metimui. Nutukimas savaime nėra įvardijamas kaip valgymo sutrikimas [1]. Valgymo sutrikimai yra trečia pagal dažnumą paauglių lėtinė liga po nutukimo ir astmos [2]. Visi valgymo sutrikimai labai kenkia fizinei sveikatai ir sutrikdo psichosocialinį funkcionavimą [3]. Diagnostikos ir statistikos vadovas (DSV-5) ir tarptautinė ligų klasifikacija (TLK-11) išskiria šešis pagrindinius maitinimo ir valgymo sutrikimus. Trys iš jų yra žinomi kaip nervinė anoreksija, nervinė bulimija ir persivalgymo sutrikimas. Kiti trys sutrikimai, kurie anksčiau buvo laikomi vaikystės sutrikimais: vengiantys-ribojantys maisto vartojimo sutrikimai, pica ir atrajojimo sutrikimai [4]. Šiame straipsnyje apžvelgsime labiausiai žinomą valgymo sutrikimą: nervinę anoreksiją.

Nervinė anoreksija

Nervinė anoreksija (NA) yra diagnostinis terminas, kuris pažodžiui reiškia neurozinį apetito praradimą. Pirmą kartą seras Williamas Gullas pranešė apie NA atvejį Lancet mieste 1888m. [5]. Nervinė anoreksija - rimtas psichikos sutrikimas galintis paveikti bet kokio amžiaus, lyties, seksualinės orientacijos, rasės ir etninės kilmės asmenis, tačiau dažniausiai būdingas paauglėms mergaitėms ir jaunoms moterims [6]. NA yra potencialiai gyvybei pavojingas valgymo sutrikimas, kurio metu pacientai išgyvena didelę baimę priaugti svorio ir turi pakitusį savo kūno suvokimą. Mažas kūno svoris yra griežtos dietos ir (arba) per didelio fizinio aktyvumo rezultatas. [7]. Be to, šį sutrikimą turintiems žmonėms būdinga pastebimai sutrikdyta kognityvinė ir emocinė veikla, o gretutinės ligos laikoma norma [8]. Problemos, susijusios su nuolatine netinkama

mityba, kaupiasi ir atsiranda prisitaikymo forma, kai daugelis bado padarinių smegenims ir kūnui padeda išlaikyti ligą. Pavyzdžiui, socialinio pažinimo problemos padeda atskirti ir atstumti individą, kognityvinis nelankstumas užkerta kelią pokyčiams, o mažas estrogeno kiekis ir kitos antrinės netinkamos mitybos hormoninės ir metabolinės pasekmės mažina energijos lygį ir veikia savijautą [9]. Pacientai, turintys NA, gali labai racionaliai vertinti priežastis ir pasekmes, vertindami kitus savo ir kitų sveikatos aspektus, tačiau negali racionaliai vertinti savo netvarkingos mitybos [10]. Nervinės anoreksijos komplikacijos veikia visus organus, sistemas ir dažniausiai atsiranda dėl nepakankamos mitybos ir svorio netekimo. Virškinimo trakto simptomai yra ypač dažni ir varginantys [11]. Viena dažniausiai pasitaikančių nervinės anoreksijos klinikinės praktikos problemų yra vėlavimas tarp pirmųjų simptomų atsiradimo ir tinkamo gydymo pradžios. Ypač tarp ankstyvų pacientų, negydomos ligos trukmė gali būti ilgesnė nei 2 metai [12].

Diagnostika

Pacientai retai kreipiasi į gydytojus su pagrindiniu skundu dėl „valgymo sutrikimo“. Dažniau pacientai turi vieną ar daugiau pirminės sveikatos priežiūros skundų, kurie rodo valgymo sutrikimų elgesio požymius ar simptomus, įskaitant nuovargį, šalčio netoleravimą, menstruacijų sutrikimus ar virškinimo trakto problemas, tokias kaip pilvo skausmas ir vidurių užkietėjimas [13]. Kiti pacientai, svorio pokyčius gali pateikti kaip pagrindinį skundą. Vyresni pacientai gali nenoriai dalyvauti draugų ar artimųjų paraginti, nurodydami ką nors panašaus į: „mano draugas mano, kad aš turiu problemų dėl valgymo“, arba „mano vaikinai pagavo mane specialiai sukeldami man vėmimą“. Kadangi dauguma pacientų, sergančių nervine anoreksija, skundų dėl valgymo neišsako, įtarimas greičiausiai pasirodys per interviu, kurio metu paciento klausiama apie apetitą ir maisto vartojimą [10].

Dėl jauname amžiuje prasidėjusios ligos ir sunkaus mitybos apribojimo nervine anoreksija gali sukelti rimtų ilgalaikių sutrikusio vystymosi pasekmių, įskaitant numatomo augimo nepasiekimą ir mažą kaulų tankį [14]. Dažniausios klinikinės išraiškos yra amenorėja arba pirmųjų menstruacijų vėlavimas (menarchė), hipotenzija, hipotermija ir bradikardija. Laboratorinių tyrimų rezultatai gali rodyti anemiją, leukopeniją, padidėjusį šlapalo kiekį, padidėjusius kepenų fermentus ir endokrininius sutrikimus [15]. Taigi, į pradinį tyrimą turėtų būti įtrauktas išsamus kraujo tyrimas su baltųjų kraujo kūnelių diferenciacija, medžiagų apykaitos rodiklius apimantis tyrimas ir skydliaukės laboratoriniai tyrimai. Pradinė

elektrokardiograma taip pat gali suteikti papildomos informacijos apie pacientus, kuriems yra hipotenzija ir (arba) bradikardija. Taip pat reikėtų apsvarstyti kaulų densitometrijos tyrimą, ypač asmeniui, kuriam ilgą laiką buvo labai mažas svoris [16].

Nervinės anoreksijos diagnostiniai kriterijai (1 lentelė) pateikti pagal Amerikos psichiatrijos asociacijos psichinių sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo penktąjį leidimą [17]. Diagnostikos kriterijai, esant lengviems nervinės anoreksijos atvejams, gali padėti laiku nustatyti kliniškai reikšmingus atvejus ir nukreipti juos į tinkamiausias gydymo sąlygas [12].

Nervinės anoreksijos diagnostiniai kriterijai, potipiai ir sunkumo lygiai [18].

Diagnostiniai kriterijai:

- Energijos suvartojimo apribojimas lyginant su norma, lemiantis žymiai mažesnę kūno svorį, amžiaus, lyties, vystymosi trajektorijos ir fizinės sveikatos kontekste. Labai mažas svoris apibrėžiamas kaip svoris, kuris yra mažesnis nei minimaliai normalus, arba, vaikams ir paaugliams, mažesnis nei minimalus tikėtinas svoris.
- Intensyvi baimė priaugti svorio arba tapti stora/storu, ar atkaklus elgesys, trukdantis priaugti svorio, nors jau turint mažą svorį.
- Kūno svorio ar formos suvokimo sutrikimas, nepagrįsta kūno formos ar svorio įtaka savęs vertinimui arba nuolatinis nepakankamas dabartinio mažo kūno svorio rimtumo nepripažinimas.

Potipiai:

- Ribojantis tipas – per pastaruosius 3 mėnesius pacientui nebuvo pasikartoję besaikio valgymo ar žarnyno valymo epizodai (paties sukeltas vėmimas, netinkamas vidurius laisvinančių medikamentų, diuretikų, klizmų vartojimas). Svorio metimas visų pirma vykdomas laikantis dietos, badaujant, pernelyg daug mankštinantis, ar naudojant visus išvardintus metodus.
- Persivalgymo ir išsivalymo tipas. Per pastaruosius 3 mėnesius pacientui buvo pasikartoję persivalgymo ar išsivalymo epizodai (paties sukeltas vėmimas, netinkamas vidurius laisvinančių medikamentų, diuretikų, klizmų vartojimas).

Sunkumo lygiai:

- Lengvai sunkus tuomet, kai kūno masės indeksas (KMI) ≥ 17 .
- Vidutiniškai sunkus tuomet, kai kūno masės indeksas (KMI) 16-16.99.
- Sunkus tuomet, kai kūno masės indeksas (KMI) 15-15.99.

- Labai sunkus tuomet, kai kūno masės indeksas (KMI) < 15.

Absoliuti žemo KMI riba nėra nustatyta, nes reikia atsižvelgti į kitus veiksnius, tokius kaip paciento amžius, lytis, KMI iki ligos simptomų atsiradimo ir svorio mažėjimo greitis. Tačiau suaugusiems, sergantiems nervine anoreksija paprastai stebimas mažas kūno masės indeksas ($KMI \leq 17,5$). KMI vertinamas pagal amžių, naudojant augimo diagramas. Intensyvi svorio padidėjimo baimė yra pagrindinis nervinės anoreksijos bruožas, tačiau pacientai dažnai tai neigia, dėl to išvadas reikia daryti iš jų elgesio. Ypatingas dėmesys kūno svoriui ir formai yra neatsiejamas nuo sutrikimo, kartu su visišku suvalgomo maisto kontroliavimu [19]. Ankstyvas NA nustatymas yra labai svarbus, nes gydymas dažnai yra veiksmingesnis asmenims, turintiems sutrikimą trumpesnį laiką, nei tiems, kuriems šis sutrikimas buvo ilgesnį laiką [9].

Gydymas

Suomijos epidemiologinis tyrimas pranešė, kad apie 50% žmonių, sergančių nervine anoreksija, nesinaudoja gydymu [20]. Tačiau gydant NA sergančius asmenis (daugiau jaunesniame amžiuje) tikėtina, jog ne mažiau kaip 40% sergančiųjų pasveiks [21]. Be to, specialistų komandos, turinčios patirties nervinės anoreksijos srityje, gali būti siejamos su geresniais rezultatais [22]. Taigi svarbu, kad sveikatos priežiūros specialistai visais lygmenimis būtų kompetentingi nustatyti NA, siekiant gauti ankstyvas antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas. Ši ankstyva prieiga yra ypač svarbi, atsižvelgiant į įrodymus, kad ankstyvosiose ligos stadijose (tai yra

< 3 metų trukmės) egzistuoja kritinis efektyvios intervencijos langas, po kurio visišką pasveikimą pasiekti yra daug sunkiau [23].

Psichoterapija

Gydant vaikus ir paauglius, dažniausiai rekomenduojamas visą šeimą įtraukiantis gydymas [24]. Gydymas paprastai atliekamas trimis etapais per 6-12 mėnesių laikotarpį. Pirmajame etape pabrėžiamas paciento tėvų, artimųjų vaidmuo skatinant paciento sveiką mitybą ir svorio atstatymą. Taip pat terapijoje didelis dėmesys skiriamas skatinant „suvienyti“ šeimą, o ne ieškoti kam priskirti kaltę. Globėjai ir kiti paciento artimieji paprastai jaučia didelį nerimą, stresą, dažnai jaučiasi bejėgiai susidurdami su ribojančiu sergančiojo valgymu ir problemišku elgesiu [25]. Tėvai ir artimieji atidžiai stebi visą paciento valgymą ir veiklą, kad būtų išvengta per didelio fizinio krūvio ir organizmo valymosi. Kai gydymas pereina į antrąją fazę, maitinimo valdymas palaipsniui perkeliamas atgal į vaiką ar paauglį. Trečiajame etape daugiausia dėmesio skiriamas geresnio šeimos bendravimo ir savarankiškumo tobulinimui. Klinikinė patirtis ir atsitiktinių imčių tyrimai parodė, kad ši terapijos forma yra naudingesnė už kitus gydymo būdus, kai remisijos dažnis (apibrėžiamas kaip svorio atstatymas ir kognityvinės funkcijos pagerėjimas) yra didesnis [26].

Židinio psichodinaminė psichoterapija

Pradinė židininė psichoterapijos versija buvo sukurta kaip 40 valandų ambulatorinė

programa vidutinio sunkumo ligoniams, sergantiems NA. Atsižvelgiant į tai, kad pacientai, sergantys nervine anoreksija, kovoja su tapatybės ir ribų klausimais, programos pradžioje psichodinamiškai reikšmingi židiniai nustatomi naudojant standartizuotą diagnostinį interviu. Pirmajame gydymo etape daugiausia dėmesio skiriama terapinio ryšio užmezgimui, anoreksiškam elgesiui, ego-sintoniniams įsitikinimams ir savigarbai. Antrame gydymo etape pagrindinis dėmesys skiriamas tarpasmeniniams santykiams ir valgymo (anoreksiško) elgesio. Aktualūs židinio psichodinaminės psichoterapijos trečiosios ir paskutinės fazės aspektai yra paciento ir terapeuto sąveikos perkėlimas į kasdienio gyvenimo situacijas, terapijos nutraukimas. Prieš kiekvieną gydymo seansą įvertinamas ir dokumentuojamas paciento svoris [27].

Kognityvinė elgesio terapija

Pasak Fairburn, sustiprinta kognityvinė elgesio terapija reiškia „transdiagnostinį“ individualizuotą psichologinį valgymo sutrikimų gydymą. Jis buvo sukurtas kaip ambulatorinis gydymas suaugusiems, tačiau naudojamas ir dienos stacionaro – stacionaro pacientams. Nors kognityvinė elgesio terapija yra labai individualizuotas gydymas, jį galima suskirstyti į keturis etapus. Pirmame etape daugiausia dėmesio skiriama abipusiam supratimui apie asmens valgymo problemą ir padedant jam modifikuoti bei stabilizuoti valgymo modelį. Trumpajame, antrajame etape sistemingai peržiūrima pažanga ir sudaromi pagrindinio gydymo planai. Trečiasis etapas sutelktas į procesus, kurie palaiko asmens valgymo problemą (pavyzdžiui, susirūpinimą dėl formos ir valgymo). Ketvirtajame etape akcentuojama ateitis, kurioje akcentuojamas nesėkmių sprendimas ir pasiektų pokyčių palaikymas [28].

Medikamentinis gydymas

Dauguma psichofarmakologinių vaistų nėra veiksmingi gydant nervinę anoreksiją [29].

Atsitiktinių imčių tyrimai parodė, kad įvairūs antidepresantai, vartojami kartu su psichoterapija,

nėra veiksmingesni nei vien psichoterapija, didinant svorį, palengvinant depresijos simptomus ar mažinant atkryčio dažnį tarp pacientų, sergančių nervine anoreksija [30]. Nors kai kurie tyrimai parodė nedidelę antrosios kartos antipsichozinių vaistų naudą naudojant kaip apetito stimuliavimo ir svorio didinimo priemonę, tačiau bendri gauti rezultatai naudojant šiuos medikamentus atgrasė [29]. Nepaisant nepakankamo psichotropinių vaistų veiksmingumo, jie ir toliau skiriami pacientams, sergantiems nervine anoreksija [31].

Išvados

Nuo tada, kai daugiau nei prieš 130 metus literatūroje pasirodė pirmasis nervinės anoreksijos atvejis, daug sužinota apie valgymo sutrikimus. Nors per visus šiuos metus nuo ligos atsiradimo buvo vykdomos įvairios studijos ir moksliniai tyrimai, tačiau nervinė anoreksija yra reikšminga liga, daranti įtaką jaunesnėms gyventojų grupėms. Ankstyvos ligos nustatymo galimybės mažos, kadangi pacientai, sergantys nervine anoreksija, kreipiasi į specialistus tuomet, kai liga jau yra pažengusi. Gydymas kompleksinis, apimantis tiek farmakologinius preparatus, tiek psichoterapiją. Gydymo galimybės ir žinios apie farmakologinius preparatus toliau plečiasi, tačiau nė vienas vaistas nėra visiškai gydomasis. Sveikimas išlieka lėtas ir daugeliui nepasiekiamas. Mirtingumas ir toliau yra didžiausias tarp visų psichikos sutrikimų. Toliau klasifikuojant valgymo sutrikimus, tarp jų ir nervinę anoreksiją, pagal vis specifiskesnius diagnostinius kriterijus, būsimi tyrimai gali priartėti prie visiškos prevencijos ir gydymo.

Literatūra

1. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord.* 2009;42(8):739–53.
2. Gonzalez A., Kohn M.R., Clarke S.D.: Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician* 2007; 36: pp. 614-619.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- (5th edn.), American Psychiatric Association, Washington, DC (2013)
4. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899–911.
 5. J.A. Silverman Sir William Gull (1819–1890). Linner of anorexia nervosa and myxoedema. *An historical essay and encomium Eat Weight Disord*, 2 (1997), pp. 111-116
 6. Zipfel S, Mack I, Baur LA, et. al.: Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2013; 1: pp. 37.
 7. Lock J, La Via MC; ; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(5):412–425.
 8. Treasure J, Claudino AM, Zucker N: Eating disorders. *Lancet* 2010; 375: pp. 583-593.
 9. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1(1):15074.
 10. Sangvai D. Eating disorders in the primary care setting. *Prim Care*. 2016;43(2):301–12.
 11. D Gibson, C Workman, PS Mehler Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa *Psychiatr Clin North Am*, 42 (2019), pp. 263-274
 12. Erzegovesi S, Bellodi L. Eating disorders. *CNS Spectr*. 2016;21(4):304–9.
 13. Harrington B., Jimmerson M.: Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015; 91: pp. 46-52.
 14. Katzman D.: Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2005; 37: pp. s22-s59.
 15. Walsh J.M.E., Wheat M.E., Freund K.: Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *J Gen Intern Med* 2000; 15: pp. 577-590.
 16. Eriksen S.: Bone and vitamin D status in patients with anorexia nervosa. *Dan Med J* 2014; 61: pp. A4940.
 17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.: DSM V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
 18. Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2020;382(14):1343–51.
 19. Treasure J, Cardi V. Anorexia nervosa, theory and treatment: where are we 35 years on from Hilde Bruch’s foundation lecture? *Eur Eat Disord Rev* 2017;25:139-147.
 20. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, et. al.: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: pp. 1259-1265.
 21. Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: pp. 1284-1293.
 22. House J, Schmidt U, Craig M, et. al.: Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *Int J Eat Disord* 2012; 45: pp. 949-956.
 23. Hay PJ, Touyz S, Sud R: Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2012; 46: pp. 1136-1144.
 24. Lock J. Family therapy for eating disorders in youth: current confusions, advances, and new directions. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31:431-435.
 25. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with career distress. *Int J Eat Disord* 2008;41:233-242.
 26. Davis LE, Attia E. Recent advances in therapies for eating disorders. *F1000Res* 2019;8:1693-1693.
 27. Von, H.-C., Friederich, W., Herzog, B., Wild, S. & Zipfel, H. S. *Anorexia Nervosa Fokale Psychodynamische Psychotherapie* (Hogrefe, 2014).
 28. Fairburn, C. G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (Guilford Press, 2008).
 29. Crow SJ. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42:253-262.

30. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2605-2612.
31. Alañón Pardo MDM, Ferrit Martín M, Calleja Hernández MÁ, Morillas Márquez F. Adherence of psychopharmacological prescriptions to clinical practice guidelines in patients with eating behavior disorders. *Eur J Clin Pharmacol* 2017;73:1305-131