

Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası

Ayşegül Yolga Tahiroğlu¹, Sunay Fırat², Rasim Somer Diler³, Ayşe Avcı⁴

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Çocuk Psikiyatri Uzmanı, ²Uzman Psikolojik Danışman, ³Çocuk Psikiyatri Doçenti, ⁴Çocuk Psikiyatri Profesörü

SUMMARY: Yolga Tahiroğlu A, Fırat S, Diler RS, Avcı A. (Department of Child Psychiatry, Çukurova University Faculty of Medicine, Adana, Turkey). Eating disorders in male children a case of anorexia nervosa. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 151-157.

Eating disorders consist of conditions which are prevalent, chronic, and specifically, diagnosed in females. In this article, a 13-year-old boy with anorexia nervosa and major depression is presented and pharmacotherapy and psychotherapy of this case are reported. General characteristics and treatment of eating disorders in males are discussed, emphasizing different features between genders.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, gender identity, castration anxiety.

ÖZET: Anoreksiya nervosa süregen gidişli, özellikle kızlarda görülen yeme bozukluğudur. Onüç yaşında "anoreksiya nervosa ve major depresyon" tanısı ile izlenen bir erkek hastanın tedavisinde, ilaç tedavisi ve psikoterapi teknikleri bir arada uygulanmıştır. Bu vaka takdiminde erkeklerde yeme bozukluklarının farklı özellikleri dikkate alınarak, erkek çocuklarda yeme bozukluklarının genel özellikleri ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: yeme bozukluğu, anoreksiya nervosa, cinsel kimlik, kastrasyon anksiyetesi.

Anoreksiya nervosa sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilişkili, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışılması ile karakterize yeme bozukluğudur^{1,2}. Olağan sayılan en düşük vücut ağırlığına sahip olmayı reddetme, kilo almaktan aşırı korkma, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına yol açan kilo kaybının olması hastalığın temel belirtileridir³. Yüzyıllar önce mistik anlamlar yüklenen bu davranış, günümüzde amenore, hormonal bozukluklar, kabızlık gibi fiziksel belirtileri de içeren, psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir¹. Yeme bozukluğu olan hastalarda prolaktin, tiroid hormonları, gonadal hormonlar ve erkeklerde testosteron düzeylerinde değişiklikler, ayrıca beslenme bozukluğunun derecesine bağlı olarak metabolik bozukluklar ortaya çıkmaktadır⁴⁻⁵.

Yeme bozukluklarının etiolojisinde organik ve psikolojik pek çok etken yer almaktadır. Psikoanalitik kurama göre yeme davranışının bir

diğer anlamı gebe olmadır. Cinsel dürtüleri ile başa çıkamayan bu bireyler, oral doyumun cinsel haz ile ilişkilendirildiği bir döneme gerilerler. Cinsel uyarılma sürdüğü için oral doyuma uygulanan yasak giderek ağırlaşmaktadır. Anoreksiya nervosanın, ödipal çatışmasını tamamlayamamış ergenlerde ilkel bir savunma düzeneği olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir¹⁻⁷. Bu olguların ergenlik döneminde, kimlik oluşumu aşamasında zorlandıkları, bunu reddederek, bir çocuk bedenine sahip olmayı tercih ettikleri kabul gören görüşler arasındadır²⁻⁷. Anoreksiya, ergenlerde, bağımsız olma beklentisine ve aynı zamanda sosyal ve cinsel işlevsellikteki artmaya karşı ortaya çıkabilmektedir⁷. Bu hastaların bebeklik döneminde fiziksel ve ruhsal gereksinimleri açısından ihmal edilmiş olduğunu savunan görüşler de vardır¹.

Öfke dışavurumu ile ilgili yapılan çalışmalarda; yeme bozukluğu olan hastaların normal gruba göre öfkelerinin daha az farkında oldukları, öfkelerini dışa vurmakta güçlük yaşadıkları belirtilmekte ve nesnesine yönelendirilemeyen

bu öfkenin, benliğe yönlendirilmesinin yeme bozukluğunun ortaya çıkışında rol alabileceği ileri sürülmektedir. Bu görüşe göre yememe davranışı bir tür kendini cezalandırma ve sinsi bir özkıyım olarak kabul edilmektedir^{8,9}. Yeme bozukluklarının ortaya çıkışında, cinsel istismarın da rol alabileceği kabul gören bir görüştür. Cinsel istismarın, erkeklerde yeme bozukluğu riskini kızlardan daha belirgin olarak arttırdığı bildirilmiştir¹⁰. Anorektik hastaların ailelerinin, kontrollere göre daha düşük işlev düzeyi gösterdiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{11,12}. Hastaların ailelerinde yakın ancak sorunlu ilişkiler olduğu düşünülmektedir⁷. Pop-Jordanova⁹ obes, anorektik ve normal ergenleri karşılaştırdığı çalışmasında, anorektik hastaların %90'ında aile ile ilgili risk faktörü olduğunu bildirmiştir.

Yeme bozukluklarının sıklığı %0.2-1 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda 5-10 kat daha sık olduğu, tüm hastaların %4'ünün erkekler tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir^{2,3,13}. Sıklığının giderek artması bu konuya olan ilgiyi de artırmaktadır^{7,14,15}. Erkeklerde de yeme bozukluklarının olabileceği ilk olarak XX. yüzyılın başında konuşulmaya başlanmıştır¹⁷. Erkekler arasında da sıklığının arttığını ve daha geç yaşlarda başladığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, utanma ve gizleme çabası nedeniyle, erkeklerin gerçekten daha düşük sıklıkla belirlendiği tahmin edilmektedir¹⁶⁻¹⁸. Kitle iletişim araçlarının artması ve bu yolla sunulan ideal beden tasarımlarından dolayı, tüm toplumlarda ideal beden algısı ile ilgili düşünce süreçlerinde bozulmalar olduğu, "yağ korkusunun" toplumlarda salgın haline geldiği, bu nedenle yeme bozukluklarının sıklığının arttığı düşünülmektedir^{6,14,19-21}. Kızlarda beden algı bozukluğunun erkeklerden daha ağır olduğu bildirilmiştir²².

Yeme bozukluğu olan hastalarda sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eş zamanlı olarak bulunmaktadır. Bu konuda yapılan bir çalışmada, hastaların %53'ünde ek bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir²³. Yeme bozuklukları ile major depresyon arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{7,12,24-26}. Bu bilgi, aile çalışmaları tarafından da desteklenmekte ve genel olarak her iki bozukluğun serotonerjik sistemler ile ilişkisine dayandırılmaktadır^{24,27,28}. Bu hastaların benlik algısının normalden daha düşük olduğu ve bu durumun da depresyonun ortaya çıkışında rol

alabileceği düşünülmektedir^{29,30}. Ayrıca anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarının sıklıkla yeme bozukluklarına eşlik ettiği bildirilmiştir^{16,23,25,31}. Erkek olgular arasında homoseksüel ve aseksüel davranışların toplumda beklenenden daha sık olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{17,32,33}.

Yeme bozuklukları genellikle kronik seyretmektedir. Yıllar sonunda pek çok sistemde kalıcı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Dopaminerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki katekolaminerjik sistemler etkilenmekte buna bağlı olarak bilişsel fonksiyonlarda kalıcı bozulmalar olmaktadır³⁴. Cinsiyetin hastalığın seyrine etkisi konusunda bilgiler çelişkilidir. Genel olarak erkeklerdeki klinik seyrin kızlara benzediği, ancak erkek hastaların sayılarının azlığı nedeniyle var olan farklılıkların yeterince açıklanamadığı düşünülmektedir⁴. Bazı çalışmalarda kadınlarda, bazılarında erkeklerde daha iyi seyir bildirilmiştir^{18,35,36}. Erken başlangıçlı hastalarda daha iyi seyrin yanı sıra daha düşük ölüm oranı bildirilmiştir²³. Yeme bozuklukları, diğer psikiyatrik hastalıklara oranla oldukça yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Hastaların izleminin %5-6 oranında ölümle sonuçlandığı, 20 yıllık izlem sonunda bu oranın % 16.7'ye ulaştığı bildirilmiştir⁹⁻²³. Nielsen ve arkadaşları³⁷ hastalığın seyri ilgili bilgileri derledikleri çalışmalarında; her yıl için beklenen ölüm oranının %0.59 olduğu, 20 yaşın altındakilerin %3.6'sının, 20-29 yaş arasındaki olguların %9.9'unun ve 30 yaş üzerindeki ise %5.7'sinin ölümle sonuçlandığını bildirilmiştir.

Bu bildiride 13.5 yaşındaki bir erkek anoreksiya nervosa olgusunun klinik seyri ve tedavisi ile ilgili bilgiler sunulmaktadır. Literatür bilgilerinin ışığında yeme bozukluklarındaki cinsiyet farklılıklarının ve tedavi sürecinin tartışılması amaçlanmaktadır.

Vaka Takdimi

On üç yaş altı aylık, lise birinci sınıf öğrencisi, erkek hasta "yemek yemek istememe, kilo almaktan korkma ve iştahsızlık" yakınmaları ile genel çocuk polikliniğinden konsültasyon ile geldi. Öyküsünde; yakınmalarının sekiz ay önce başladığı, sürekli şişman olduğundan söz ettiği, sofraya hiç oturmadığı, yemek yedikten sonra kendini kusturduğu, zayıflamak için sürekli egzersiz yaptığı, sekiz ayda 40 kg'dan 29 kg'a

düştüğü (%27.5 kilo kaybı), bu süre içinde çok sınırlı olduğu, öfke patlamalarının olduğu, içine kapandığı, zamanını genellikle odasında tek başına geçirdiği, arkadaşlarından uzaklaştığı, tüm etkinliklere karşı isteksiz olduğu, ders başarısının düştüğü öğrenildi. Yakınmalarının başlangıcından üç ay sonra bir psikiyatri kliniğinde 25 gün süre ile yatarak tedavi gördüğü, bu süre içinde 25 mg/gün clomipramine kullandığı, hastaneden çıktığında yakınmalarının düzeldiği ancak bir hafta sonra tekrar başladığı ailesi tarafından bildirildi.

Hastalığın başlamasında rol alabilecek psikososyal öyküsünde; yakınmaları başlamadan 3-4 ay önce sünnet olduğu, hemen sonra önceleri iyi geçindiği, kendinden iki yaş büyük olan ablasıyla arasının bozulduğu ve aynı dönemde yatılı okula başlayarak, ilk defa ailesinden ayrıldığı öğrenildi.

Özgeçmişinde; sağlıklı bir gebeliğin ardından, zamanında, normal yolla evde dünyaya geldiği, doğar doğmaz ağladığı, morarmasının olmadığı, ilk altı ay anne sütü ile beslendiği, 11 aylıkken yürümeye, 14 aylıkken konuşmaya başladığı ve 19 aylıkken tuvalet eğitimini aldığı, bir yaşında iken bir kez ateşli havale geçirdiği, 12 yaşında sünnet olduğu belirlendi.

Aile öyküsünde; yeme bozukluğu ya da başka bir psikiyatrik bozukluk saptanamadı. Anne 36 yaşında, yüksek okul mezunu ve memur olarak çalışıyordu. Baba 45 yaşında yüksek okul mezunu ve yönetici olarak çalışıyordu. Aile özellikleri araştırıldığında, babanın çocukların ihtiyaçları ve eğitimi ile ilgili görevleri anneye yüklediği, çocukların sorunlu davranışları karşısında etkili yollar bulamadıkları ve genellikle kabullenici davrandıkları gözlemlendi.

Ruhsal muayenesinde; yaşına göre küçük gösteren, kendine olan ilgi ve bakımı azalmış, erkek çocuk görünümündeydi. Oldukça zayıf, halsiz görünüyordu ve hareketleri yavaşlamıştı. Göz teması sınırlıydı. Düşünce içeriği fakirleşmişti, sorulan sorulara kısık sesle ve tek kelimelik yanıtlarla karşılık veriyordu. Ölüm düşünceleri vardı. Hastalığına ilişkin içgörüsü sınırlıydı; hasta olmadığını, önemli bir sorununun bulunmadığını, midesi küçüldüğü için, fazla yediğinde istemeden kustuğunu söylüyordu. Arkadaş ilişkileri sorulduğunda, onlardan kendinin uzaklaştığını reddediyor, “zayıf olduğum için bulaşıcı bir hastalığım olduğunu düşünüyorlar ve benden uzak

duruyorlar” diye yanıt veriyordu. Çağrışımları yavaşlamıştı. Duygulanımı çökkün ve depresyon yönündeydi. Algı, bellek ve yönelimi normal sınırlar içindeydi.

Hastaya projektif bir test olan C.A.T. (Children's Apperception Test) uygulandı. Bu test klinik uygulamada standart uyaranların algılanmasından doğan bireysel ayrılıkların üzerinde çalışarak, kişiliği araştırmak amacıyla kullanılmaktadır³⁸. Değerlendirme sonucunda; hastanın yeme ile ilgili katı ritüellerinin olduğu, cinsiyetine özgü ambivalan duygularının bulunduğu, baba ile özdeşim kuramadığı için kendini suçlu ve yetersiz hissettiği görüldü. Annesi tarafından anlaşılmadığını düşündüğü, bu nedenle anneye öfke beslemenin yanı sıra onu cezalandırma (üzme) isteğinin olduğu düşünüldü. Aile bireylerine (özellikle abla) yoğun öfke beslediği, kendisini ailenin bir parçası olarak görmekte güçlük çektiği, kendini kardeşleri ile kıyasladığında başarısız bulunduğu, bağımsız davranmak istediği, ancak bunun için ne yapması gerektiğini bilemediği kanısına varıldı.

Ön tanı olarak, “anoreksiya nervosa ve major depresyon” düşünüldü. Genel çocuk polikliniğinde yapılan organik incelemeleri sonucunda hayati tehlike oluşturacak düzeyde sıvı elektrolit dengesizliği olduğu belirlendi. Bu nedenle bir hafta süreyle çocuk servisinde yatarak tedavi edildi. Bu süre içinde nazo-gastrik sonda ve damar yolu ile beslendi. Genel durumunun düzelmesinin ardından haftalık görüşmelerle çocuk psikiyatri polikliniğinde tedavisi sürdürüldü.

İlaç tedavisi olarak bir antidepresan (Sertralin 50 mg/gün) ve bir antipsikotik (Olanzapin 2.5 mg/gün) başlandı. Haftalık görüşmelerde oldukça isteksiz davranıyor, sorulara kısa ve somut yanıtlar veriyor, “babama sorun” gibi cümlelerle konuşmak istemediğini belirtiyordu. Aileden alınan bilgilerde, ablasıyla arasının kötü olduğu, aynı odada bulunmayı bile reddettiği, ona düşman gibi davranmayı sürdürdüğü öğrenildi. Bunun nedenleri araştırıldığında, aile hiçbir bilgi veremiyor, kendisi ise bu konuyu konuşmayı reddediyordu. Tedavinin üçüncü haftasında çok az yemesine rağmen aile ile birlikte sofraya oturmaya başladı, ancak ablasıyla olan sorun devam ediyordu.

Ablasına karşı duygu ve düşüncelerini yazacağı bir kompozisyon ödevi verildi. Bu yazıda görüşmelerde anlatamadığı pek çok şeyi açık bir

dille anlatabilmişti: “Bir yıl öncesine kadar ablamla iyi anlaşıyorduk, bana derslerimde yardım ediyordu, dertleşiyorduk. O zamanlar ben şimdiki halimden daha kiloluydum. Nasıl olduysa, birden hep ona bakmaya ve onunla uğraşmaya başladım. Onu taklit etmeye başladım. O benden daha zayıftı ve ben de onun gibi olmak istedim. Daha az yemek yiyordu, ben de daha az yemeye başladım. Hatta onun oturma şekli, gülüşü, kaşık tutuşu gibi pek çok davranışını taklit ediyordum. Bir süre sonra bu iş kontrolden çıktı ve hiç yemek yememeye başladım. O zamanlar bir kızla böyle bir yarışa girmenin ne kadar yanlış olduğunun farkında değildim. Sonuçta o bir kızdı, ben ise bir erkek. Ama artık çok geçti. Bu yüzden şimdi onunla konuşmuyorum ve onun hakkında hiçbir şey düşünmüyorum. Çünkü artık kendime ait bir yaşantım olduğunu kabul etmek ve bu hayatı yaşamak zorundayım.” Tüm bunları yazmış olmasına rağmen, görüşmelerde abla hakkında konuşmayı reddediyor ve onu düşünmenin kendisi için sağlıksız olduğunu söylüyordu. Ancak bu yazıyı yazdıktan sonra, yavaş yavaş ablasıyla olan ilişkileri düzeldi. Onunla aynı ortamda olmayı kabul etti, hatta birlikte sofraya oturdu ve normal miktarda yemek yemeye başladı.

Tedavinin başında belirgin olan depresif duygulanımı dördüncü haftadan sonra azalmaya başladı. Ölüm düşünceleri yok oldu, arkadaşları ile tekrar görüşmeye ve gelecekle ilgili planlar yapmaya başladı. Hastalığından dolayı okuluna bir yıl ara vermiş olmasından üzüntü duyduğunu, seneye yatılı okuldan ayrılıp ailesinin yanında tekrar lise bire devam edeceğini belirtiyordu.

Tedavinin onuncu haftasında yakınmaları tamamen düzelmmişti. Ablası hakkında konuşuyordu ancak bu konu açıldığında yoğun sıkıntıya girdiği gözleniyordu. Bu aşamada, oturduğu koltuğun karşısına boş bir sandalye yerleştirilerek, “ablan bu sandalyede oturuyormuş gibi yapalım, sen şimdi bana anlattıklarını ona anlatır mısın?” şeklinde bir istekte bulunuldu. Bu öneriyi sıkıntı hissetmesine rağmen kabul etti. Konuşması bitince boş sandalyeye oturması istendi ve “şimdi ablanmışsın gibi düşünmeye çalış, boş koltukta sen oturuyor olsan acaba ablan sana ne söylerdi” diye bir soru yöneltildi. Hasta başlangıçta, ablanın kimliğinde kendiyile

konuşmakta oldukça zorlandı. Ancak bir süre sonra üzüntü ve çaresizlik gibi duyguların açığa çıktığı bir konuşma yaptı. Boş koltuk tekniği üç dört kez uygulandıktan sonra ablasıyla olan ilişkisi çok daha iyiydi. Ablasına empati yapmayı ve onu anlamayı öğrenmişti. Belki de en önemlisi; ablası ve kendisi arasındaki farkları keşfetmiş, farklı iki birey olduklarını kabul etmişti.

Tedavinin dördüncü ayında tüm yakınmaları düzelen hastanın, ilaç tedavisi on aya tamamlandıktan sonra azaltılarak kesildi. Bir yılın sonunda iyilik hali devam eden hasta, üç aylık görüşmelerle bir yıl daha izlendi. Başka yakınması olmadı.

Tartışma

Yeme bozuklukları, erkeklerde oldukça nadir görülen ve ortaya çıkış nedenlerinden, seyrine kadar pek çok alanda kızlardan farklılıklar gösteren bir durumdur^{17,32,33,36}. Kızlarda kilo verme amacıyla aşırı egzersiz daha fazla iken erkeklerde kişilerarası ilişkilerin daha fazla bozulduğu ve kendine zarar verme davranışlarının daha sık olduğu bildirilmiştir^{36,39,40}. Bu hastada belirgin sosyal geri çekilmenin olması, hiçbir arkadaşıyla görüşmesi, aile bireyleri ile yaşadığı sorunlar, kişilerarası ilişkilerin bozulmasının boyutunu görmek açısından dikkate değer bulunmuştur.

Yeme bozukluğu olan bireylerin nesne tasarımlarının araştırıldığı bir çalışmada, güçsüz anne imajına sahip oldukları bildirilmektedir⁴¹. Bu çalışmada yapılan C.A.T. değerlendirmesinin sonuçları bu bilgiyi destekler niteliktedir. Hastanın annesi tarafından anlaşılmadığını düşündüğü ve bu nedenle öfke beslediği, yememe davranışının bir nedeninin de annesini cezalandırmak olduğu görülmektedir. Ayrıca bu hastaların sıklıkla bozuk anne, baba ve kız kardeş ilişkileri sergilediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır⁴¹. Bizim hastamızda aile ilişkileri araştırıldığında, ablası ile ya çok yapışık ya da tamamen kopuk ilişki şeklini tercih etmesi, her iki şekilde de ilişkiyi sürdürmekte güçlük çekmesi, anne ve babanın bu durumu görmezden gelen tavırları tipiktir.

Erkek anoreksiya nervosa olgularında homoseksüel ve aseksüel davranışların ve cinsel roller ile ilgili bozuklukların topluma oranla daha sık olduğu, bildirilmektedir⁴²⁻⁴⁵. Kız ve erkek hastalarda kadınsı davranışların hakim

olduğunu ve erkeksi davranışların daha az olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{39,42,46}. Bu hastanın yakınmalarının başlamasından kısa bir süre önce sünnet olması, yeme bozukluğunun altında cinsel kimlik sorununun yatıyor olabileceğini düşündürmektedir. Sünnet toplum tarafından erkekliğe ilk adım olarak algılanır ve hasta için yeme bozukluğu, erkek kimliğini red anlamına gelebilir. Ayrıca benzer zamanlarda ablasını taklit etmeye başlaması, onunla özdeşim kurması yine erkek kimliğini benimsemekte güçlük çektiğini destekler niteliktedir.

On iki yaşın sünnet için geç ve travmatik bir yaş olduğu, kastrasyon kaygısını ortaya çıkarabileceği ve cinsel kimliği zedeleyebileceği bilinmektedir. Kastrasyon kaygısı, erkeklerde görülen, kendilerini kızlardan ayıran organlarını “penisi” kaybetme ile ilgili korku olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde çocuklar, yaramazlıkları için sık sık penislerini kaybetme ile tehdit edilirler: “tutun şunu sünnet edelim,...”. Sünnet, ödipal dönemde hafiflemesi beklenen kastrasyon kaygısının canlı kalmasına neden olabilmektedir⁴⁷. Bu bilgiler hastanın sünnet sonrası “ben penisimi kaybettim, o zaman ablam gibi oldum, ablam gibi davranmalıyım, onun gibi yememe dikkat edip zayıf kalmalıyım” biçiminde düşünceler geliştirdiği fikrini desteklemektedir.

Anoreksiya nervosa zorlu bir yaşam olayından sonra başlayabilmektedir². Bu hasta için, yakınmaların başlamasından kısa süre önce yatılı bir okula başlaması önemli bir zorlu yaşam olayı olarak kabul edilebilir. Evden ayrılmak, hasta için çocuk yaşamının sona erip erişkin yaşama başladığı, artık kendi kendine yetmek zorunda olduğu duygusunu yaşatmış olabilir. Ergenlerde yeme bozukluklarının, kimlik gelişimi ve rollerine tepki olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir²⁻⁷. Anoreksiyanın ortaya çıkışında psikososyal olayların erkeklerde, kızlardan daha önemli olduğu bildirilmiştir³⁵. Geç sünnet olma, okul değiştirme; kastrasyon ve ayrılma kaygılarının birlikte yaşanması, yeme bozukluğunun travma sonrası kaygı bozukluğu zemininde ortaya çıktığı düşüncesini öne çıkarmaktadır.

Depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozuklukların, yeme bozukluğuna

sıklıkla eşlik ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{7,12,24,25,31}. Bu hastada da tabloya depresyonun eşlik etmesi bu bilgiyi destekler niteliktedir. Depresyonun varlığı, tedavi uyumu ve başarısını etkileyebilmektedir². Yeme bozukluklarının tedavisinde antidepressanlar ve antipsikotikler sıklıkla kullanılmaktadır^{36,48-52}. İlaç tedavileri, bu bozuklukların birincil tedavi şekli olarak değil, eşlik eden bozuklukların tedavisi, tekrarın önlenmesi, benlik algısının ve düşünce içeriğindeki bozulmaların düzeltilmesi amacıyla önerilmektedir⁴⁸. Bu hastada antidepressan kullanılması ile, eşlik eden düşük benlik algısı ve depresyonun, antipsikotik kullanılması ile direnç, reddetme ve kalıplaşmış düşüncelerin düzeltilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Sonuçta bu amaçların gerçekleştiği görülmektedir.

Yeme bozukluklarının tedavisinde önerilen genel yaklaşım; ilaç ve psikoterapinin birlikte kullanılması ve gerekli psikososyal desteğin sağlanması şeklindedir⁹. İlgörü artırma çalışmaları, olumlu ve olumsuz uyaran uygulama gibi bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin yeme bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir^{53,54}. Bu hastanın, özellikle içgörü artırma tekniklerinden oldukça faydalandığı düşünülmektedir. Tedavinin başlangıcında arkadaşlarından uzaklaştığını reddederek; “onlar bana uzak davranıyor” diyecek kadar sınırlı bir içgörüyeye sahipken, tedavinin sonunda hastalığının ortaya çıkışında rol alan bazı nedenleri bulacak kadar (ablasını taklit ettiğini kabul etmesi gibi) içgörü kazandığı görülmektedir. Yeme bozukluklarının tedavisine aile terapisinin eklenmesinin başarı oranını artırdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır^{54,55}. Bu hastada programlı bir aile tedavisi uygulanmamış, ancak uygulanan bireysel terapi sürecinde yoğun olarak aile ve özellikle abla ile olan ilişkisi üzerinde çalışılmıştır. Boş sandalyede oturduğunu öngörerek, abla ile yaptığı hayali konuşmalar tedavinin dönüm noktası olmuştur. Abla ile ilişkisinin düzelmesine paralel olarak düzenli yemek yemeye başlaması tipiktir.

Erkek çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları oldukça seyrekler. Bu konudaki bilgiler daha çok vaka sunumlarına dayanmaktadır^{22,56-59}. Daha geniş örneklerle yapılacak izlem çalışmaları ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Özdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK. Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14: 153-159.
2. Kaya N, Çilli AS. Anoreksiya nervosa. *Genel Tıp Dergisi* 1997; 7: 107-110.
3. Aydemir Ö, Köroğlu E. Yeme bozuklukları. Köroğlu E (ed). *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı* (4. basım) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 727-746.
4. Tomova A, Kumanov PH. Sex differences and similarities of hormonal alterations in patients with anorexia nervosa. *Andrologia* 1999; 31: 143-149.
5. Klapper F, Gurnet VW, Wiseman CV, et al. Psychiatric management of eating disorders. *Nutrition in Clinical Care* 1999; 2(6):354-362.
6. Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5:130-139.
7. Canat S. Yeme bozuklukları. Güleç C, Köroğlu E (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 661-672.
8. Miotto P, DeCoppi M, Frezza M, et al. Social desirability and eating disorders. A community study of an Italian school-aged sample. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 372-380.
9. Pop-Jordanova N. Psychological characteristics and biofeedback mitigation in preadolescents with eating disorders. *Pediatr Int* 2000; 42: 76-81.
10. Fornari V, Dancyger IF. Psychosexual development and eating disorders. *Adolesc Med* 2003; 14: 61-75.
11. Karwautz A, Nobis G, Haidvogel M, et al. Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12: 128-135.
12. Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N et al. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat Weight Disorder* 2003; 8: 26-35.
13. O'Brien J, Patrick A. Cost of the acute hospitalization for anorexia nervosa and bulimia. *Value in Health* 2001; 4: 146-152.
14. Stunkard A. A description of eating disorders in 1932. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 263-268.
15. Mizrachi N. Epistemology and legitimacy in the production of anorexia nervosa in the journal psychosomatic medicine 1939-1979. *Sociology of Health & Illness* 2002; 24: 462-470.
16. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 570-574.
17. Daniel J, Carlat MS, Carlos A, et al. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 1991; 148(7): 831-843.
18. Romeo F. Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence* 1994; 29: 643-647.
19. Simpson KJ. Anorexia nervosa and culture. *Psychiatr and Ment Health Nurs* 2002; 9: 65-72.
20. Van't Hof S, Nicolson M. The rise and fall of a fact: the increase in anorexia nervosa. *Sociology of Health & Illness* 1996; 18: 581-590.
21. Kajita M, Takahashi T, Hayashi K, et al. Self-esteem and mental health characteristics especially among lean students surveyed by University Personality Inventory. *Psychiatr and Clin Neurosci* 2002; 56: 123-130.
22. Henriques GR, Calhoun LG. Gender and ethnic differences in the relationship between body esteem and self-esteem. *J Psychol* 1999; 133: 357-368.
23. Herpetz-Dahlman B. Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica* 2002; 14: 90-98.
24. Wade TD, Bulik CM, Neale M, et al. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 469-471.
25. Muller B, Herpertz S, Heussen N, et al. Personality disorders and psychiatric morbidity in adolescent anorexia nervosa. Results of a prospective 10 year catamnesis. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2000; 28: 81-91.
26. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10: 32-37.
27. Urwin RE, Bennetts BH, Wilcken B, et al. Investigation of epistasis between the serotonin transporter and norepinephrine transporter genes in anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 1351-1355.
28. Rybakowski F, Slopian A, Dmitrzak-Weglarz M, et al. Association study of 5-HT2A receptor gene polymorphism in anorexia nervosa in Polish population. *Psychiatr Pol* 2003; 37: 47-55.
29. Guillon MS, Crocq MA, Bailey PE. The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 59-62.
30. Erol A, Toprak G, Yazıcı F ve ark. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 147-152.
31. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, et al. Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 155-164.
32. Herzog DB, Norman DK, Gordon C et al. Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 989-991.
33. Hepp U, Milos G. Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 473-478.
34. Katsumi T, Osamu N, Takashi S. Contingent negative variation in children with anorexia nervosa. *Pediatr Int* 1999; 41: 285-292.
35. Deter HC, Kopp W, Zipfel S, et al. Male anorexia nervosa patients in long-term follow-up. *Nervenarzt* 1998; 69: 419-426.
36. Fassino S, Abbate-Daga G, Leombruni P, et al. Temperament and character in Italian men with anorexia nervosa: a controlled study with the temperament and character inventory. *J Nerv Ment Dis* 2001; 89: 788-794.

37. Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, et al. Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 1993; 44: 413-434.
38. Bellak L. *Childrens Apperception Test* (23 nd ed). Larchmont, 1984.
39. Behar R. Gender role and anorexia nervosa. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1992; 38: 119-122.
40. Lewinsohn PM, Seeley JR, Moerk KC et al. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 426-440.
41. Nishizono-Maher A, Ikuta N, Ogiso Y, et al. Object images of eating disorder patients. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47: 555-562.
42. Johnson ME, Brems C, Fischer P. Sex role conflict, social desirability, and eating-disorder attitudes and behaviors. *J Gen Psychol* 1996; 123: 75-87.
43. Cantrell PJ, Ellis JB. Gender role and risk patterns for eating disorders in men and women. *J Clin Psychol* 1991; 47: 53-57.
44. Wunderlich U, Fichter M. Bulimia nervosa in homosexuality and HIV infection in the man. Case report. *Nervenarzt* 2001; 72: 558-561.
45. Oleinikov AN. Specific factors of sex behavior in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2000; 100: 19-22.
46. Murnen SK, Smolak L. Femininity, masculinity, and disordered eating: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 231-242.
47. Öztürk OM. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (7. basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 77-78.
48. Kim SS. Role of fluoxetine in anorexia nervosa. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 890-892.
49. Mitchell JE, De Zwaan M, Roerig JL. Drug therapy for patients with eating disorders. *Curr Drug Target CNS Neurol Disord* 2003; 2: 17-29.
50. Ercan ES, Copkunol H, Cykoethlu S, et al. Olanzapine treatment of an adolescent girl with anorexia nervosa. *Hum Psychopharmacol* 2003; 18: 401-403.
51. Malina A, Gaskill J, McConaha C, et al. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 234-237.
52. Powers PS, Santana CA, Bannon YS. Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 146-154.
53. Okamoto A, Yamashita T, Nagoshi Y, et al. A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa. *Clin Neurosci Psychiatr* 2002; 56: 515-520.
54. Carr A, McDonnell D, Afnan S. Anorexia nervosa: the treatment of a male case with combined behavioural and family therapy. *J Fam Ther* 1989; 11: 335-342.
55. Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatr* 2000; 41: 727-736.
56. Hickie I, Mitchell P. Anorexia nervosa presenting in a prepubertal boy. *Med J Aust* 1989; 150: 155-158.
57. Berger F. Case report: anorexia nervosa in a 10-year-old boy. *Z Kinder Jugendpsychiatri* 1992; 20(3): 140-146.
58. Sreenivasan U. Anorexia nervosa in boys. *Can Psychiatr Assoc J* 1978; 23(3): 159-162.
59. Hamlett KW, Curry JF. Anorexia nervosa in adolescent males: a review and case study. *Child Psychiatry Hum Dev* 1990; 21: 79-94.