

# ANOREKSİYA NERVOZA TANILI BİR ERKEK ERGEN: OLGU SUNUMU

Öznur BİLAÇ\*, tpek PERÇİNEL\*\*, Burcu ÖZBARAN\*\*\*

## ÖZET

Anoreksiya nervoza kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışması ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Yeme bozukluklarının etiolojisinde biyolojik, psikodinamik, ailesel ve sosyokültürel birçok etken bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda, erkeklerde yeme bozukluklarının farklı özellikleri dikkate alınarak; bir erkek ergen olgudaki yeme bozukluğunun klinik özellikleri, İzlemi, tedavi süreci ve aile dinamikleri tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler;** Anoreksiya nervoza, aile, erkekler

## SUMMARY: A MALE ADOLESCENT DIAGNOSED WITH ANOREXIA NERVOSA: A CASE REPORT

Anorexia nervosa is an eating disorder characterized by abnormal eating behavior with losing more weight than is considered healthy for their age and height. There are so many factors as biological, psychodynamic, familial, cultural on the etiology of eating disorders. In this case report, a boy who has eating disorder is presented with emphasizing different characteristics of eating disorders in males and clinical follow-up, family structure of this case are discussed.

**Key Words:** Anorexia nervosa, family, males

## GİRİŞ

Anoreksiya nervoza (AN) kronik gidişli, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışması ile karakterize, çoğunlukla kızlarda görülen bir yeme bozukluğudur (Özdel ve ark. 2003). Anoreksiya nervozada temel psikopatolojik özellik, şişman olma korkusudur. Hasta aşırı kilolu olduğuna ilişkin bir inanca sahiptir ve zayıf olduğunda bile kilo vermeye çalışır. Yaygınlığı %0.05-1 arasında olan anoreksiya nervoza'nın genellikle kadınlarda görüldüğü, erkeklerde görülmesinin nadir olduğu bildirilmekle birlikte erkekler arasında da hastalığın arttığını bildiren çalışmalar vardır. Son yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı yaklaşık %25 olarak bildirilmektedir (Hudson ve ark. 2007, Wooldridge ve Lytle 2012). Başlama yaşı 10-30 olmakla beraber, 14-18 yaş grubunda daha sikiür (Lucas ve ark. 1991). Yeme bozukluğu tanısı alan hastalar sıklıkla başka psikiyatrik ek tanılar da almaktadırlar. Majör depresyon ve anksiyete bozuklukları en sık eşlik eden tanı-

lardır (Sayın ve Kuruoğlu 2004, Carlat ve ark. 1997).

Yeme bozukluklarının (YB) etiolojisinde biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyokültürel birçok etken bulunmaktadır. YB olgularının öykülerinde arkadaşları tarafından veya başka önemsedikleri kişiler tarafından kilo konusunda eleştirilme ve bununla ilişkili olarak diyet yapma davranışı sık görülmektedir (Sayın ve Kuruoğlu 2004). AN çoğunlukla ergenlik döneminde başlayan bir bozukluktur. Bu kişilerin ergenlik dönemi sorunlarıyla baş edebilmede yetersiz oldukları dikkati çekerken; özellikle sosyal çevrede ince olmak önemliyse, kendilik değeri ve başarının ölçütü olarak, ince olmak adına anoreksiya nervoza geliştiği ileri sürülmektedir. AN'nin ortaya çıkışı cinselliği kabul edememe sonucunda hastanın çatışmasını kendisini aç bırakarak yaşaması, gebe kalmayı reddetmesi, ergenliği ve büyümeyi durdurma çabasıyla açıklanırken (Işık ve Gökler 2001, Taner 2007); konuyu anne-çocuk ilişkisi açısından ele alan kuramcılara göre ayrılma ve bireyselleşme süreci ile ilişkili çatışmaların üstesinden gelmede sorunlar yaşandığı için anoreksiya nervoza ortaya çıkmaktadır (Bruch 1971). YB olan hastaların normal gruba göre duygularının daha az farkında oldukları, öfke-

\* Uzm. Dr., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Manisa

\*\*Arş. Gör., Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D., İzmir

\*\*\* Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir

## BİLAÇ VE ARK.

lerini dışa vurmakta güçlük yaşadıkları bildirilmekte ve dışa vurulamayan bu öfkenin, benliğe yönlendirilmesinin yeme bozukluğunun ortaya çıkışında rol alabileceği ileri sürülmektedir. Bu görüşe göre yememe davranışı bir tür kendini cezalandırma ve bir özkıyım olarak kabul edilmektedir (Miotto ve ark. 2002, Pop-Jordanova 2000, Tahiroğlu ve ark. 2005). Bazı çalışmalarda çocukluk çağı istismarı öyküsü ile AN arasında ilişki bulunduğu (Carter ve ark. 2006, Favaro ve ark. 1998), çocukluklarında cinsel istismara uğramış erkeklerde YB'nin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Mangweth ve ark. 1997). Cinsel kimlik bozukluklarının da AN gelişiminde bir risk faktörü olabileceği ifade edilmektedir (Hepp ve ark. 2004). Bulimik hastalarda biseksüaliteye; aoseksüaliteye ise daha çok anorektiklerde ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarında rastlandığı bildirilmektedir (Carlat ve ark. 1997, Sayın ve Kuruoğlu 2004). Homoseksüel erkeklerde çeşitli yeme bozukluklarının olduğu, bedenlerinden ve kilolarından hoşnutsuzluk duydukları, fiziksel görünüşleri ve çekicilikleri ile aşırı ilgili oldukları da yazında tanımlanmaktadır (Williamson ve Hartley 1998, French ve ark. 1996, Siever 1994, Hepp ve ark. 2004).

Aile içi ilişkiler, anne ve babanın çocuklarına yaklaşımları çocukların geleceğim etkilemektedir. Yeme bozuklu-ğunun nedenleri arasında bozuk aile ilişkileri sıklıkla yer almaktadır. Çocuk ve ergenlerdeki yeme davranışı, ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkisinin duyarlı bir göstergesidir (Ünlü ve ark. 2006). Aşırı koru-yucu ebeveynler veya çocukları ile mesafeli ilişkiler içinde olan, duygusal uzaklığı tercih eden ebeveynler farklı şekillerde çocuklarının yeme davranışlarını etkileyebilmektedir (Toker ve Hocaoğlu 2009). Aile dinamikleri incelendiğinde; kadın ve erkek hastalar arasında benzerlikler olduğu bildirilmektedir (Hamlet ve Curry 1990, Toker ve Hocaoğlu 2009). YB olan çocukların ailelerinin, çocuklarından başarı beklentisinin yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine göre daha fazla olduğu, YB olan kişilerin de kendi ailelerini daha az empatik, daha az destekleyici

ve daha sorunlu buldukları ifade edilmektedir (Tozzi ve ark. 2003, Toker ve Hocaoğlu 2009). AN'li hastaların anne ve babaları dışarıdan bakıldığında fazla çatışması olmayan ve çocuklarının sağlığı konusunda endişeli gibi görünürler; ancak yakından değerlendirildiklerinde kırılğan ve aşırı koruyucu bir tutumları vardır, ergenin otonomi ve bağımsızlık arayışını cesaretlendirmezler. Genç hem bireyselleşme mücadelesi vermekte hem de bağımlı olduğu aileden kopmakta zorlanmaktadır ve kontrol edemediği aile ilişkileriyle mücadeleden vazgeçip bu kontrolü bedenine yöneltir. Aile dinamiği içinde anne daha baskındır, genellikle baba çocukların bakımını anneye bırakmıştır ve ev içerisindeki varlığı belirgin değildir (Küey 2008). Anoreksik hastaların anneleri bakımı çocuktan gelen ipuçlarından çok kendi doğrularına göre yönlendiren ve sonuçta ayrılma-bireyselleşmesini sağlayamayan ve ayrı bir kimlik geliştiremeyen ergenler yetiştiren annelerdir (Taner 2007). Yazında erkek AN hastalarının babalarının evden ayrı yaşadığı ya da ölmüş olduğu; eğer aynı evde, beraber yaşıyorlarsa da uzak ve mesafeli oldukları bildirilmiştir (Nelson ve ark. 1999, VVooldrige ve Lytle 2012). Çalışmalar aşırı çelişkili ve zayıf baba-oğul ilişkilerinden, tipik olarak oğlundan psikolojik anlamda uzak olan babadan bahsetmektedir (Tozzi ve ark. 2003, Toker ve Hocaoğlu 2009). Anorektik erkeklerin annelerinin ise aşırı korumacı, aşırı bağımlı ve kontrolcü olduğu, bu şekilde ergenin özerklik kazanmasını engelleyip kendilerine bağımlı kalmasını destekleyen davranış ve tutumlarının olduğu tanımlanmıştır (Romeo 1994, VVooldrige ve Lytle 2012). Başarılı bir tedavi için hastaların aileleri hakkında ayrıntılı bilgi alınması ve ailenin izlemi önerilmektedir (VVooldrige ve Lytle 2012, May ve ark. 2006).

Bu olgu sunumunda, erkeklerde yeme bozukluklarının farklı özellikleri dikkate alınarak; Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde izlenen bir erkek ergen olgudaki yeme bozukluğunun klinik özellikleri, izlemi, tedavi süreci ve aile dinamikleri açısından tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı yataklı servisinde yatmakta olan 14 yaşında, ilköğretim 8. sınıf öğrencisi erkek olgunun tarafımızdan ilk değerlendirilmesi, mutsuzluk, keyifsizlik, halsizlik, hiçbir şey yapmak istememe, yemek yememe isteği ve iştahsızlık yakınmaları nedeniyle talep edilen konsültasyon sonucu gerçekleşti. Kendisi ve ailesi ile yapılan değerlendirmede, olgunun şikayetlerinin, hastaneye başvurudan yaklaşık 3 ay kadar önce, arkadaşlarının kendisine kilolu ve şişman olduğunu söyleyip dalga geçmelerinin ardından diyet yapmasıyla başladığı öğrenildi. Buna ek olarak özellikle son bir aydır yemek yemeyi daha fazla reddettiği, bu süreçte 54 kilodan 37 kiloya düştüğü belirlendi. Başvuru sırasında vücut kitle indeksi: 14,4 (Boy:160 cm, ağırlık:37 kg) olarak saptandı.

Özgeçmiş ve gelişim öyküsüne bakığımızda; olgunun, 1997 yılında, annenin 3. sağlıklı gebeliğinden, istenen ve planlanan bir gebelik sonucu, normal vajinal yolla doğum sonrasında, 3250 gr. doğum ağırlığı ile miadında dünyaya geldiği; doğum sırasında solunum sıkıntısı olması nedeniyle 1-2 saat küvezde kaldığı; bu süreçte annenin olguyu kaybedeceğine dair yoğun sıkıntı ve kaygısının olduğu ve halen oğlunun başma kötü bir şey geleceğinden endişe duyduğu öğrenildi. Tuvalet eğitimi de dahil olmak üzere motor-mental gelişim basamaklarının normal ve zamanında olduğu tanımlanan olgunun; bebeklik döneminde sık üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları geçirdiği belirtildi. O dönem, annenin ifadesine göre tanısının 'astım' olduğu söylenen olgunun, sonrasında uzun bir süre astım nedeniyle çok sık hastaneye getirilmek zorunda kaldığı ifade edildi. Annesinin, olgunun çocukluk dönemine ilişkin anlattığı öyküde, "Ben, bir erkek çocuğum olmasını çok istemiştim. Bu yüzden, onun çok üzerine düştüm; başma bir şey gelmesinden çok korktum" diye ifade ettiği söylemleri de dikkat çekici oldu. Olgunun, 7 yaşında ilköğretim 1. sınıfa başladığı ve okul önce-

si eğitim almadığı da belirtildi. Okula başladığı ilk birkaç hafta boyunca okula uyum sorunları tanımlanan olgunun, sonrasında yaşlılarıyla ilişkilerinde herhangi bir sorun olmadığı ve okumayazmayı da zamanında öğrendiği tanımlandı. Cinsel gelişimi ile ilgili özellikleri sorgulandığında; olgunun bu konuları konuşmada oldukça çekingen davrandığı, kendisini cinsellikten uzak bir kişi olarak tanımladığı görüldü.

Olgunun soygeçmiş özelliklerinde; annesinin 48 yaşında, ilkokul mezunu ve ev hammı olduğu; babasının 49 yaşında, ilkokul mezunu ve emekli olduğu; 21 yaşında bir de ablası olduğu ve bu ablasında bulimia nervoza kliniğine uyan yeme bozukluğu olduğu, ancak herhangi bir tedavi başvurusunun olmadığı öğrenildi. Olgunun annesinin dış görünüş olarak, mutsuz, yorgun ve depresif görünümünü dikkat çekmekteydi. Bu durumun sebebi anneye sorulduğunda; olgunun hastalığına üzüldüğünü, küçüklüğünden beri sık sık hastanelere gitmek zorunda kaldığını, neredeyse tüm sorumluluğun kendi üzerinde olduğunu ifade etti. Olgunun aile yapısı ele alındığında, anne-babanın görücü usulü ile evlendiği öğrenildi. Babamın, çocukların ihtiyaçlarını ve sorumluluklarını anneye yüklediği; annenin özellikle olgunun özerkliğinin gelişmesini güçleştiren ve çocuksu kalmasını destekleyen davranışlarının olduğu gözlemlendi. Olgu, halen annesi ile birlikte uyuyordu. Annenin, aşırı kollayıcı, koruyucu ve aynı zamanda eleştirel tarzda katı tutumu dikkat çekmekteydi. Çocuğu koruma amaçlı olduğu düşünülerek yapılan, sosyal ilişki kurmada engelleyici tavırlar, olgunun yaşma ve gelişimine uygun sorumluluk duygusunun oluşmasını sağlayan görevlerin verilmediği bir aile ortamı ve sınırlayıcı anne figürü olduğu izlendi. Birlikte uyuma konusunda anne, olgunun kendisine düşkün olduğunu ve kendisinden ayrı uyuyamadığını ifade etti. Baba ise, duygusal anlamda oğlundan uzak bir babaydı. Hastamın izlemi süresince baba, birçok defa görüşmeye çağırıldığı halde, hiçbir zaman görüşmeye gelmedi, işbirliği kurmadı. Gelemeyişinin sebebi olarak, iş ve çalışma koşulları belirtildi. Alınan öyküde, baba-

## BİLAÇ VE ARK.

sının kız çocuğunu daha çok sevdiği, ona daha çok ilgi ve sıcaklık gösterdiği öğrenildi. Olgunun anne ve babasını nasıl algıladığının tanımlaması istendiğinde; annesini daha çok baskıcı, babasını ise nötr, çocukları ile zayıf ilişkiler kuran birisi olarak algıladığım ifade etti.

Olgu, ilk değerlendirilmesinde, oldukça zayıf, halsiz, omuzları çökmüş, özbakımı azalmış görünüyordu. Üzerinde, kendisine belirgin şekilde bol gelen bir pantolon ve t-shirt vardı. Aseksüel bir görünüm içindeydi. Utangaç tavırları ve işbirliği kurma konusunda isteksizliği göze çarpıyordu. Göz teması sınırlıydı. Sorulan sorulara kısık sesle ve tek kelimelik yanıtlar veriyordu. Bellek ve yönelimi olağandı. Duygudurumu depresif ve affekti depresif duygudurumu ile uyumluydu. Dikkatim yoğunlaştırmakta güçlük çeken olgu, kendi fiziksel görünümünden memnun olduğunu, kendisine göre herhangi bir hastalığının olmadığını ifade ediyordu. Beden algısının bozulduğu ve içgörüsünün kısıtlı olduğu belirlendi. Düşünce süreci yavaşlamış, içeriği fakirleşmişti. Şişmanlamaktan korkma olarak kendini gösteren obsesif doğada düşünce uğraşları mevcuttu. Davranışlarında, psikomotor yavaşlama olduğu gözlemlendi. Anneden alınan bilgiye göre, bu süreçte olgunun arkadaş ilişkilerinde bozulma olmuş ve eski sosyal etkinliklerine ilgisi de azalmıştı. Olguda belirgin yeme reddi davranışları gözlenirken; tıknırcasına yeme /kusma, laksatif /purgatif / diüretik kullanımı saptanmadı.

Olguya projektif bir test olan Tematik Algı Tes-ti (Thematic Apperception Test-TAT) uygulandı (Farmer ve ark. 2002, Taymur ve Türkçapar 2012). Değerlendirme sonucunda, olgunun olumsuz benlik ve beden algısının, yoğun yetersizlik duygularının olduğu; baba figürüne yönelik olumsuz duygu-düşünceler getirdiği; erkek kimliğinde güvensizlik yaşayan kahraman temasını tekrarladığı; sorunları ile annesini üzdüğünü düşündüğü konularının olduğu görüldü.

Tüm bu değerlendirmeler ışığında olguda, DSM-IV-TR'ye göre (APA 2000), Anoreksiya Nervoza

(Kısıtlı Tip) ve Majör Depresif Bozukluk tanımlarının olduğu düşünüldü. Olgunun ilk değerlendirilmeden sonra düzenli olarak izlenmesi planlandı. İlaç tedavisi olarak sertralin 50 mg/gün ve olanzapin 5 mg/ gün titre edilerek başlandı. Olgu, söz konusu ilaç tedavisi yam sıra haftalık bireysel destekleyici terapi tedavileriyle 32 hafta süreyle izlendi. Ek olarak eş zamanlı gerçekleştirilen aile danışmanlığı da uygulandı. İlk başvuruda 37 kilo olan olgunun izlemde depresif yakınmalarının ve kilo alma korkusunun geçtiği; yeme alışkanlığının normale döndüğü; yaşına uygun kiloya ulaştığı gözlemlendi. Anneye verilen danışmanlık ile annenin olgu üzerindeki aşın denetleyici ve ayrılaşmasına izin veremeyen tutumlarında da olumlu yönde değişiklikler sağlandı.

## TARTIŞMA

Yeme bozukluklarının erkeklerde daha nadir görüldüğü ve etiolojisinden seyrine kadar birçok alanda kızlardan farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (Carlat ve Camargo 1991, Maner 2001). AN'nin çoğunlukla kızlarda görülen bir bozukluk olması araştırmaların çoğunun bozukluğun tedavi ve etiolojisini anlamak için kızlar üzerine yoğunlaşmasına neden olmuştur (VVooldridge ve Lytle 2012).

YB etiolojisinde birçok nedenden bahsedilmekle birlikte, diyet yapma davranışının YB'nin gelişimine yol açan ortak uyana etken olduğu vurgulanmaktadır (Maner 2001). Biyolojik yatkınlık, psikolojik ve sosyal sorunlar bazen diyet yapma davranışına yol açmakta; kilo kaybı ve beslenme sorunları ile birlikte psikolojik ve biyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Maner 2001). Sunulan olgunun şikayetlerinin hastaneye başvurudan yaklaşık 3 ay kadar önce, arkadaşlarının kendisine kilolu ve şişman olduğunu söyleyip dalga geçmelerinin ardından diyet yapmasıyla başlaması da, YB'nin gelişimine yol açan ortak uyana etken olarak diyet yapma davranışına yapılan vurguyu destekler niteliktedir. Erkek anoreksik olgularda kişiler arası ilişkilerin kız-

lara göre daha fazla bozulduğu bildirilmektedir (Lewinsohn ve ark. 2002, Tahiroğlu ve ark. 2005). Bu sunumda her ne kadar bir kıyaslamaya gidil-mese de; olgunun da sosyal geri çekilmesi ve ar-kadaş ilişkilerinde bozulmaları mevcuttu.

Yeme bozukluklarının etiyojisine yönelik son yıllarda yapılan çalışmalarda genetik bileşenler araştırılmaya başlanmıştır. Önceleri kalıtsal bir hastalık olabileceği düşünülmemeyen yeme bo-zukluklarında yapılan aile ve genetik çalışmaları, bu bozuklukta genetik etkenlerin rolü olabi-leceğine vurgu yapmaktadır (Kuruoğlu 2000). Bu konuda yapılan bir çalışmada, anoreksiklerin birinci derece akrabalarında %2.0 oranında AN, %4.4 oramnda ise bulimia nervoza bildirilmiştir (Gershon ve ark. 1984). Başka bir çalışmada ise tüm yeme bozuklukları birlikte değerlendirildi-ğinde AN tamsı olan hastaların akrabalarında %11.8 oranında; bulimia tamsı olanların akraba-larında ise %19.8 oramnda her hangi bir yeme bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Lilenfeld ve ark. 1998). Olgunun 21 yaşında olan ablasında bulimia nervoza kliniğine uyan yeme bozuk-luğunun tanımlanıyor olması da yazında söz edilen genetik yatkınlığa işaret etmesi açısından önem taşımaktadır.

AN hastalarının aile yapısı hastalığın ortaya çıkışım ve tedavi sürecini önemli ölçüde etkile-mektedir (Eagles ve ark. 2005). Şimdiye kadar yapılan araştırmaların çoğu AN'li kız ergenlerin aile yapıları ve anne-kız ilişkisi üzerine odaklan-mıştır; ancak başarılı bir tedavi için YB'li erkek ergenlerin aile yapıları hakkında da bilgi biriki-mi gerekli gibi görünmektedir (May ve ark. 2006, Wooldridge ve Lytle 2012).

AN hastalarının sıklıkla bozuk aile ilişkileri var-dır (Nishizono-Maher ve ark. 1993). Kısıtlayıcı, ergenin özerkliğinin gelişmesini engelleyici bir-çok yanlış tutum ve davranışların AN gelişimi-ne zemin hazırladığı bildirilmektedir (Felker ve Stivers 1994). Sunulan olguda da AN gelişimin-de ergenin özerkliğinin gelişmesini güçleştiren, çocuksu kalmasına yol açan ve uygun olmayan

bir anne-çocuk ilişkisi tanımlanmaktaydı. Erkek anorektik hastalara ilişkin yazmda, erkek has-taların babalarının evden ayrı yaşadığı ya da ölmüş olduğu; eğer aym evde yaşıyorlarsa da uzak ve mesafeli oldukları (Nelson ve ark. 1999); annelerinin ise aşırı korumacı ve kontrolcü ola-rak ergenin özerklik kazanmasını engelleyip kendilerine bağımlı kalmasına yol açan davramş ve tutumlarının olduğu tanımlanmıştır (Romeo 1994, Wooldridge ve Lytle 2012). Olguya uygula-nan TAT'de baba figürüne yönelik olumsuz duy-gu ve düşüncelerinin olması, erkek kimliğinde güvensizlik yaşayan kahraman teması tekrar-laması; muhtemel ilgisiz, kendini uzakta tutan babadan kaynaklanmaktaydı. Olgunun babası-nın çocukların ihtiyaçlarını ve sorumluluklarını anneye yüklemiş olması, annenin özellikle olgu-nun özerkliğinin gelişmesini güçleştiren ve ço-cuksu kalmasını destekleyen davranışlarının ol-ması, yazmda (Romeo 1994, Wooldridge ve Lytle 2012) tammlanan AN'li hastaların aile yapısı ile uyumluydu.

Depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol-madde kötüye kullammı obsesif-kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozuk-luklarının yeme bozukluğuna eşlik ettiği bildiril-mektedir (Canat 1998, Kuruoğlu 2000, Tahiroğlu ve ark. 2005). Depresyonun, yeme bozukluğuna ikincil olarak geliştiği düşünülmele birlikte, YB'nin duygudurum bozukluklarının bir var-yantı olabileceği de bildirilmektedir ve bu görü-şe göre birincil olan duygudurum bozuklukları-dır (Swift ve ark. 1986, Kuruoğlu 2000). YB olan erkek olgular arasmda homoseksüel ve aseksüel davranışların toplumda beklenenden daha sık olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Daniel ve ark. 1991, Herzog ve ark. 1984, Hepp ve Milos 2002, Tahiroğlu ve ark. 2005). Olgunun da yazınla uyumlu bir şekilde tabloya eşlik eden depresyonun olması ve genel olarak aseksüel bir görünüm sergilemesi de konuyla ilgili yazınla uyum göstermektedir.

Yeme bozukluklarının tedavisinde antidepre-sanlar ve antipsikotikler sıklıkla kullanılmak-

## BİLAÇ VE ARK.

tadır (Mitchell ve ark. 2003, Kalenderoğlu ve ark. 2008). Serotonin geri alım inhibitörlerinin tedavide faydalı olması, hastalığın serotonerjik yolaktaki düzensizlikler sonucu oluştuğunu düşündürmektedir (Kalenderoğlu ve ark. 2008). Yeme ve kilo alımı ile ilgili olumsuz tutumları olan hastalarda, sanrısız düşüncede, beden algısındaki bozuklukta, uyku sorunu olan aşırı kaygılı hastalarda, düşük dozda antipsikotiklerin özellikle de olanzapirin yararlı olabileceği bildirilmektedir (Ercan ve ark. 2003, Dunican 2007, Barbarich 2004, Kalenderoğlu ve ark. 2008). Yeme bozukluklarının tedavisinde başarılı bir sonuç elde edilmesi için hastaların aile yapılan, ilişki şekilleri hakkında ayrıntılı bilgi alınması ve ailenin izlemi, ilaç ve psikoterapinin birlikte kullanılması ve gerekli psikososyal desteğin sağlanması önerilmektedir (Wooldridge ve Lytle 2012, May ve ark. 2006, Pop-Jordanova 2000). Olguda da ilaç tedavisine ek olarak, bireysel destekleyici terapi ve aile danışmanlığı uygulamasının tedavi başarısını arttırdığının görülmesi de bu konuda yazım destekler niteliktedir. Anneye verilen danışmanlık ile annenin aşın denetleyici ve ayırma-laşmasına izin vermeyen tutumlarında olumlu yönde değişiklikler sağlanmıştır.

Yeme bozuklukları ve olguda gözlediğimiz tipi olan AN'ye ilişkin çalışmaların çoğunun, kız yeme bozukluğu olgularıyla yapılmış olduğu dikkati çekmektedir. Yeme bozuklukları içinde erkek hastaların sıklığı %25'lere yakın oranlarda (Hudson ve ark. 2007, Wooldridge ve Lytle 2012) bildirilmekle birlikte, bu konuya ilişkin bilgilerin daha kısıtlı olduğu görülmektedir. YB'si olan erkek ergenlere psikiyatrik yardımın planlanmasında bu konuya ilişkin bilgi birikiminin artırılması gerektiği ve örneklem sayısının daha geniş olduğu çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (APA) (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed. - Text Revision)*. APB Pres, Washington DC.

Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J ve ark. (2004) *An open trial of olanzapine in anorexia nervosa.* Clin Psychiatry 65:1480-1482.

Bruch H (1971) *Anorexia nervosa in the male.* Psychosom Med 35:31-47.

Canat S (1998) *Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı içinde, Güleç C, Köroğlu E (eds.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 661-672.*

Carlat DJ, Camargo CA Jr (1991) *Review of bulimia nervosa in males.* Am J Psychiatry 148(7): 831-843.

Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB (1997) *Eating disorders in males: a report on 135 patients.* Am J Psychiatry 154:1127-1132.

Carter JC, Bewell C, Blackmore E ve ark. (2006) *The impact of sexual abuse in anorexia nervosa.* Child Abuse Negl 30:257-269.

Daniel J, Carlat MS, Carlos A ve ark. (1991) *Review of bulimia nervosa in males.* Am J Psychiatry 148(7): 831-843.

Dunican KC, DelDotto D (2007) *The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa.* Ann Pharmacother 41(1): 111-115.

Eagles JM, Johnston MI, Millar HR (2005) *A case-control study of family composition in anorexia nervosa.* Int J Eat Disord 38(1): 49-54.

Ercan ES, Copkunol H, Cykoethlu S ve ark. (2003) *Olanzapine treatment of an adolescent girl with anorexia nervosa.* Hum Psychopharmacol 18:401-403.

Farmer A, McGuffin P, Williams J (2002). *Measuring Psychopathology.* Oxford University Press, New York.

Favaro A, Dalle Grave R, Santonastaso P (1998) *Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subject.* Acta Psychiatr Scand 91:358-363.

Felker KR, Stivers C (1994) *The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents.* Adolescence 29(116): 821-834.

French SA, Story M, Remafedi G ve ark. (1996) *Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: A population-based study of adolescents.* Int J Eat Disord 19(2): 119-126.

Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR ve ark. (1984) *Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives.* Am J Psychiatry 141:1419-1422.

- Hamlet KW, Curry JF (1990) Anorexia nervosa in adolescent males: A review and case study. *Child Psychiatry Hum Dev* 21: 79-94.
- Hepp U, Milos G (2002) Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disorder* 32:473-478.
- Hepp U, Milos G, Braun-Scharm H (2004) Gender Identity Disorder and Anorexia Nervosa in Male Monozygotic Twins. *Int J Eat Disord* 35:239-243.
- Herzog DB, Norman DK, Gordon C ve ark. (1984) Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry* 141: 989-991.
- Hudson J, Hiripi E, Pope HG Jr ve ark. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61(3): 348-358.
- Işık Y, Gökler B (2001) Anoreksiya nervozanın psikodinamikleri. *Türkiye'de Psikiyatri* 3(1): 10-16.
- Kalenderoğlu A, Virit O, Savaş HA (2008) Atipik antipsikotiklerin psikotik bozukluklar dışında kullanımı. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar* 2(3-4): 7-19.
- Kuruoğlu AÇ (2000) Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10:32-37.
- Küey AG (2008) Ergenlerde yeme bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde, Çuhadaroğlu F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, Türkbay T, Uslu R, Ünal F (ed) HYB Basım Yayın, Ankara, s: 407-422.*
- Lewinsohn PM, Seeley JR, Moerk KC ve ark (2002) Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *Int J Eat Disord* 32:426-440.
- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG ve ark. (1998) A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 55:603-610.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM ve ark. (1991) 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *Am J Psychiatry* 148:917-922.
- Maner F (2001) Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 5: 130-139.
- Mangweth B, Pope HG, Hudson JI ve ark. (1997) Eating disorders in Austrian men: An intracultural and crosscultural comparison study. *Psychother Psychosom* 66:214-221.
- May AL, Kim JY, McHale SM ve ark. (2006) Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *Int J Eat Disord* 39(8): 729-740.
- Mitchell JE, De Zwaan M, Roerig JL (2003) Drug therapy for patients with eating disorders. *Curr Drug Target CNS Neurol Disord* 2:17-29.
- Miotto P, DeCoppi M, Frezza ve ark. (2002) Social desirability and eating disorders. A community study of an Italian school-aged sample. *Acta Psychiatr Scand* 105:372-380.
- Nelson WL, Hughes HM, Katz B ve ark. (1999) Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence* 34(135): 621-633.
- Nishizono-Maher A, Ikuta N, Ogiso Y ve ark. (1993) Object images of eating disorder patients. *Jpn J Psychiatry Neurol* 47:555-562.
- Özdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK (2003) Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14:153-159.
- Pop-Jordanova N (2000) Psychological characteristics and biofeedback mitigation in preadolescents with eating disorders. *Pediatr Int* 42:76-81.
- Romeo F (1994) Adolescent boys and anorexia nervosa. *Adolescence* 29(115): 643-647.
- Sayın A, Kuruoğlu AÇ (2004) Bir erkek anoreksiya nervosa olgusu ve dinamik açıdan tartışılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15(2): 155-160.
- Sieoer MD (1994) Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 62(2): 252-260.
- Swift WJ, Andrews D, Barklage NE (1986) The relationship between affective disorders and eating disorders: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 143(3): 291-299.
- Taymur İ, Türkçapar HM (2012) Kişilik Tanımı, sınıflaması ve değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 4(2): 154-177.
- Tahiroğlu AY, Fırat S, Diler RS ve ark (2005) Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 48:151-157.
- Taner YI (2007) Anoreksiya nervosa. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde, AS Aysev ve YI Taner (ed) Golden Print, İstanbul, s: 555-574.*

## BİLAÇ VE ARK.

Toker DE, Hocaoglu Ç (2009) Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 22(1-4): 36-42.

Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL (2003) Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients perspective, *Int J Eat Disord* 34:143-154.

Ünlü G, Aras Ş, Güvenir T ve ark. (2006) Yeme reddi olan çocukların annelerin de kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete

belirtileri ve aile işlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1): 12-21.

Williamson 1, Hartley P (1998). *British research into the increased vulnerability of young gay men to eating disturbance and body dissatisfaction.* *Eur Eat Disord Rev* 6:160-170.

Wooldridge T, Lytle PP (2012) *An overview of anorexia nervosa in males.* *Eat Disord* 20(5): 368-378.