

# 12 YAŞINDAKİ BİR ERKEKTE ANOREKSİYA NERVOZA

Yasemen Taner\*, Fatih Ünal\*\*

## ÖZET:

Anoreksiya nervoza (AN) etyolojisinde biyopsikososyal etmenlerin rol oynadığı, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen bir yeme bozukluğudur. Bu bozukluğun erkeklerde görülmesi alışılmamış bir durumdur. Bu yazıda 12 yaşında anoreksiya nervoza tanısı konulmuş bir erkek çocukta bu hastalığın ortaya çıkış şekli, klinik belirtileri, tedavisi ve izlemi tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Anoreksiya nervoza, çocuk, erkek.

## SUMMARY: ANOREXIA NERVOSA IN A 12 YEARS OLD BOY

Anorexia nervosa (AN) is a disorder that can lead to serious morbidity and mortality rates. Biological, psychological and social factors are considered in the etiology. The disorder is rare among boys. A 12 years old boy with the diagnosis of anorexia nervosa is reported in this paper. The etiology, clinical representation, treatment and course of the disorder are discussed.

**Key words:** Anorexia nervosa, child, male.

## GİRİŞ

Anoreksiya nervoza (AN) etyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin rol oynadığı, kişinin şişmanlamamak amacıyla, bilinçli olarak aç kalması ve böylece giderek artan kilo kaybı ile seyreden bir yeme bozukluğudur. Anoreksiya teriminin anlamı 'iştahsızlık' olduğu halde, AN'da temel sorun iştahsızlık değildir; beden ağırlığının normalin oldukça altında olmasına karşın, kilo almakla ilgili hastalık derecesindeki korku, hastanın yemek yemesine engel olmaktadır (Kreipe 1995, Halmi 2000, Ünal 2000).

DSM 4 tanı sistemine göre hastalığın dört temel tanı ölçütü vardır. Bunlar (1) Beklenenin %85'inin altında bir beden ağırlığına sahip olma ya yol açan kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında beklenen kilo alımını gerçekleştirileme; (2) Beklenenden az vücut ağırlığına sahip olunmasına karşın kilo alacak ya da şişman biri olacak olmaktan aşırı korkma; (3) Kişinin vücut ağırlığını, büyüklüğünü ya da biçimini algılamasında bozukluk olması ve (4) Adet görmeye başlamış kadınlarda en az üç ardışık adet dönüsünün görülmemesidir (APA 1994).

Anoreksiya nervoza deyimi ilk kez 1874 yılında kraliçe Viktorya'nın doktoru olan Sir William Gull tarafından istemli açlığa bağlı kilo kaybını tariflemek için kullanılmıştır. Anoreksiyalı ilk ol-

gu sunumu ise 300 yıl önce İngiliz bir doktor olan Richard Morton tarafından yapılmıştır (Kınık 1997). Batı uygarlıklarında uzun yıllardır bilinen bu hastalık, yakın zamana kadar batı kültürünü benimsemiş orta-yüksek sınıf ailelerin hastalığı olarak tanımlanmıştır (Halmi 2003). Bruch (1980) batılı ailelerin yemeği duygusal anlatım ve kendini ifade etme aracı olarak kullandıklarını öne sürmüştür. Ancak sonraki çalışmalar, anoreksiya nervozanın farklı etnik kökenden gelen ve kırsal kesimde yaşayan insanlarda da batıdaki kentlerdeki kadar sık görülebildiğini ortaya koymuştur (Pate ve ark. 1992, Khandelwal ve ark. 1995).

Yeme bozukluklarının sıklığı % 0.2-1 olarak tahmin edilmektedir. Anoreksiya nervozanın yaygınlığı 15-19 yaş arası kızlarda % 0.5, erkeklerde ise %0.02 olarak bildirilmektedir. Tipik olarak puberte döneminden hemen sonra ya da erken ergenlik döneminde başlayan bozukluk %10 oranında ergenlik öncesi dönemde de ortaya çıkabilmektedir. Yazında anoreksiya nervozanın görülme oranlarının hem çocuklar hem de ergenlerde artış gösterdiği vurgulanmaktadır (Lask ve Bryant-Waugh 1992, Kaya ve Çilli 1997, O'Brien 2001, Ünal 2000). Kadınlarda beş-on kat fazla görüldüğü saptanan anoreksiya nervozanın önceleri erkeklerde oldukça nadir görüldüğü düşünülürken, sonraki yıllarda bu bozukluğa erkeklerde de rastlanabildiği ve AN tanısı almış kadın hastaların erkek akrabalarında hastalığın

\* Uzm. Dr., Hacettepe Univ. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Ankara

\*\* Prof. Dr., Hacettepe Univ. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı, Ankara

sık ortaya çıktığı bulunmuştur (Lask ve Bryant-Waugh 1992, Lewinsohn ve ark. 2000, Strober ve ark. 2001).

Çocuk ve ergenlerdeki yeme bozukluklarının etyolojisinde biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyo-kültürel risk faktörlerinin rol oynadığı düşünülmektedir (Rosen 2003). Genç hastalarda biyolojik yatkınlık ve ailesel etmenlerin özel önemi olduğu vurgulanmaktadır. Anoreksiya nervoza tanısı konulmuş hastalarda hipotalamo-hipofizo-adrenal eksen, hipotalamo-hipofizo-gonadal eksen, hipotalamo-hipofizo-tiroid eksen, büyüme hormonu, arginin vazopressin sistemi dahil birçok endokrin sistemi içeren bozukluklar saptanmıştır. Noradrenalin, dopamin, serotonin nörotransmitterlerinde ve opioid sistemde anormallikler olduğu da bulunmuştur (Ünal 2000). Ancak bu bulguların birincil mi yoksa hastalık oluşumuna ikincil mi geliştiği konusunda tam bir görüş birliğine ulaşılamamıştır. Hastalık oluşumunda genetik etmenlerin önemli olduğundan da söz edilmekte ve monozigot ikizlerde %50-55, dizigotlarda ise %5-10 oranında konordanstan söz edilmektedir (Ünal 2000, Kuruoğlu 2000).

Çocuk ve ergenlerde yeme bozukluklarının gelişimsel bir psikopatoloji olabileceği ve bebeklikte gözlenen yeme bozuklukları ile bir süreklilik gösterebileceği de vurgulanmaktadır (Marchi ve Cohen 1990). Kendilik psikolojisi kuramına göre yeme bozukluğunda esas olan çocuğun yiyeceğe ilgisi değildir. Çocuğun başlangıçtan itibaren yiyecek veren bir kişiye gereksinimi vardır ve yiyeceğin empati içinde verilmesi önemlidir. Annenin empatik yaklaşmadığı durumlarda kendilik gelişimi uygun şekilde tamamlanamaz ve kişi dışarıda bir öznesne desteği olmazsa kendini boş, çaresiz ve kontrolünü kaybetmiş hissedebilir. Kişi kendilik işlevlerinin düzenlenmesini yeme işlevini kontrol altında tutarak sağlamaya çalışır (Çuhadaroğlu 1997).

Psikanalitik kurama göre anoreksiya nervoza oral bir biçimde algılanan bir gebelikten ya da bilinçdışı sadistik arzularından korku sonucu ortaya çıkmaktadır (Fenichel 1945). Bruch (1980), ödipal çatışmasını çözümleyememiş, genç kızlı-

ğın gerektirdiği sorumluluk ve cinsel gelişim sürecine kendini hazır hissetmeyen ergenlerin anoreksiyayı regresif bir savunma ve kaçınma aracı olarak kullandıklarını öne sürmüştür. Anne-çocuk ilişkisi bağlamından bakıldığında anoreksiya nervoza ayrışma-bireyselleşmesi sağlanamayıp, ayrı bir kimlik geliştiremeyen çocuk ve ergenlerin hastalığı olarak görülmektedir. Anoreksik belirtiler bu çocuk ve ergenler için saygı duyulacak bir kimlik arayışının göstergesi olarak yorumlanmaktadır (Gökler 1997).

Gelişim dönemi olarak bakıldığında ergenlik dönemi kilo ile ilgili endişelerin yoğun olarak yaşandığı bir yaşam evresidir. Yapılan çalışmalarda normal kiloda olan kız ve erkek ergenlerin %5-10'unun kilolarından hoşnut olmadıkları ve çeşitli kilo verme yöntemleri uyguladıkları bulunmuştur (Moore 1988, Krowchuk ve ark. 1998).

Aile işlevselliğinde bozukluk yeme bozukluklarının oluşumunda önemli bir risk faktörü olarak vurgulanmakta ve anoreksik hastaların aileleri yakın ancak sorunlu ilişkileri olan aileler olarak tanımlanmaktadır. Bu ailelerde yüksek düzeyde kaos ve izolasyon görüldüğü ve özellikle çatışma çözme alanında büyük sorun yaşandığı belirtilmektedir (Steiner ve Lack 1998, Işık ve Gökler 2001).

Kültürel açıdan bakıldığında ise, ince beden yapısının yüceleştirilmesi, şişmanlığa karşı güçlü önyargılar yeme bozukluğuna yatkınlığı olan bireyleri etkileyerek anoreksiya nervozaya zemin hazırlamaktadır (Ünal 2000, Işık ve Gökler 2001).

Anoreksiya nervoza kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Anoreksiya nervoza tanısı ile ortalama 5 yıl izlenen hastaların yaklaşık yarısının beden ağırlıklarının normale döndüğü, amenorelerinin düzeldiği ve tam iyileştikleri; en az dörtte birinde ise hastalığın süregenleştiği belirtilmektedir (Ünal ve Özusta 1997). Anoreksiya nervoza tanısı konulan hastaların yaklaşık %10'unda hastalığın mortalite ile sonlandığı bildirilmektedir (Korndorfer ve ark. 2003). Erkeklerde hastalık seyri kız hastalardakine benzediği, ancak erkek vakaların azlığı nedeniyle kesin bir sonuca varmanın zor olduğu düşünülmekte-

dir (Tomova ve Kumanov 1999).

Bu yazıda oldukça nadir görülmesi nedeniyle 12 yaşında anoreksiya nervoza tanısı konulmuş bir erkek çocukta bu hastalığın ortaya çıkış şekli, klinik belirtileri, tedavisi ve izlemi tartışılacaktır.

## OLGU

A, altıncı sınıfta okuyan 12 yaşındaki bir erkek çocuğudur.

**Yakınmalar:** Annesi iştahsızlık, altı ayda ortaya çıkan 12 kg kilo kaybı, yemek yemesi istendiğinde ortaya çıkan öfke ve inatçılıktan yakınırken; kendisi son dönemlerde biraz fazla kilo vermesi dışında bir sorunu olmadığını, anne babası endişelendiği için hastaneye yatırıldığını söylüyor.

**Öykü:** Yakınmalar ilk kez altı-yedi ay önce başlamış. O dönem A. yemek yemek istemediğini söylüyor, nedeni sorulduğunda ise ağzında bir yara çıktığını ve yemek yerse o yaranın acıyacağını ileri sürüyormuş. Zaman içerisinde yemek miktarını giderek azaltmış. Son iki aydır yalnızca birkaç çeşit gıda maddesini yiyebiliyor, günde bir öğünden fazla yemek yemiyormuş. Ekmek, süt, peynir, tatlı gibi besinleri hiç almıyor ve özellikle süt için 'bu boyumu uzatır, içmem' diyerek elini bile sürmüyormuş. Gün içinde şekersiz çay, kola ve suyla karnını dolduruyor ve yemek yemesi konusunda ısrar edilirse 'ben normal yiyorum, acıkıyorum, üstüme gelmeyin' diyormuş. Bir bardak çay içse 'yine karnım çok şişti' diye söyleniyor, akraba ve tanıdıklar neden zayıfladığını sorduklarında 'iştahsızım, hem çok da zayıf değilim' diye cevap veriyormuş. Zayıfladığı için mutlu oluyormuş. Dayısı oldukça şişman bir insanmış ve dayısını her gördüğünde 'dayım gibi şişko olacağıma böyle olmak iyi' diyor, aynı zamanda 'zaten ben babam gibi kısa boylu olmak istiyorum, yersem uzarım' diye tekrarlıyormuş. Evde yemek konusunda en çok annesiyle inatlaşıyor, zaman zaman da 'göbeklisin, bence zayıflasan iyi olur' diyormuş.

A.'nın yakınmaları başlamadan kısa bir süre babası yeni bir iş yeri açmış ve işyerinden eve geç gelmeye başlamış. Bu dönem anne ile baba arasında yoğun tartışmalar yaşanmış. Anne sürekli kocasını eleştiriyor, iş ve aldığı elemanlar konu-

sunda yanlış tercihler yaptığını, evine yeterince vakit ayırmadığını söyleyerek tartışma başlatıyormuş. Baba ise bu tartışmaların çoğunda konuşmuyor, bazen de çok öfkelenip boşanacağını dile getiriyormuş. A. kavgaların çoğuna tanık oluyor, anne babasının boşanacaklarından korkuyor, kimse görmeden odasına çekilip ağlıyormuş. Bazı geceler uyumayıp annesiyle babasının arasını nasıl düzeltebileceğini düşünüyormuş.

A. Doğu Anadolu Bölgesindeki bir il merkezinde yaşayan iki çocuklu çekirdek bir ailenin ilk çocuğuymuş. Dokuz yaşında, üçüncü sınıfta okuyan bir kız kardeşi varmış. Annesi otuz iki yaşında, lise mezunu bir ev hanımı, babası ise otuz dört yaşında, ilkokul mezunu bir esnafmış. A. planlanan bir bebekmiş. Psikomotor gelişim basamakları yaşıyla uyumluymuş. Yedi yaşında ilkokula başlamış, ders başarısı birinci sınıftan itibaren çok iyiymiş. Okulda uyumlu, arkadaşlarıyla çok iyi geçinen, çalışkan bir öğrenci olarak tanınmış.

A. evde en iyi babası ile anlaşmış. Okuldan arta kalan zamanlarında hemen babasının dükkanına koşar, ona okulda yaptıklarından söz eder ve eve gidinceye kadar babasının yanında kalırmış. Babası A.'nın yanına gelmesinden çok hoşlanır, isteklerinin hemen hepsini yapmaya gayret edermiş. Anne küçüklüğünden beri A.'nın eğitim ve terbiyesine önem verirmiş, eşi okul konusunda pek ilgili ve sorgulayan bir baba olmadığı için evde denetleme görevinin kendisine ait olduğuna inanmış. Zaman zaman A. annesinin kendisini çok eleştirdiğinden yakınmış.

Annesi ve babası on üç yıl önce bir arkadaşlarının aracı olmasıyla tanışmışlar ve birkaç ay görüştükten sonra evlenmişler. Anne kuralcı, çocuklarına çok düşkün ve ilgili, titiz, duygularını çok fazla belli etmeyen biri olarak tanımlanıyor. Baba ise sakin, çocuklarına asla hayır diyemeyen, duygusal biri olarak tarif ediliyor. İlişkileri genelde iyi, ancak son dönemlerde iş yüzünden biraz gergin olarak tanımlanıyor. Ailede herhangi bir ruhsal hastalık öyküsü yok.

**Bulgular:** Yapılan ruhsal değerlendirmesinde hastanın yaşına göre oldukça zayıf (28 kg), boyunun 146 cm, beden kitle indeksinin 13.1 olduğu,

içe kapanık ve sıkıntılı görüldüğü dikkat çekiyordu. Şikayetlerinin sorgulanmasından hoşlanmıyor, sorulara genelde kısa cümlelerle yanıt veriyordu. Sessiz, içine kapanık, duygusal yoğunluğu olan konularla ilgili konuşurken sıkılğan bir tarzı vardı ve çok fazla göz ilişkisi kurmuyordu. Düşünce içeriğinde yemekler, fiziksel görünüm ve başarılı olmakla ilgili fikirler hakimdi. Hastaneye yatırılma nedenini tam anlayamadığını yineliyor ve bir an önce çıkmak istediğini söylüyordu.

Uygulanan cümle tamamlama ve insan resmi çizme testlerinde; kilo ile aşırı uğraşı, şişmanlaktan korkma ve babasına fiziksel olarak aşırı benzeme isteği ile ilgili temaların sık tekrarlandığı gözlemlendi. Bir projektif test olan Symonds testinin erkekler için hazırlanmış formunda ise anne baba ilişkisiyle aşırı uğraş, anne baba ayrılığına ilişkin yoğun endişeler, terk edilme korkusu, düzenlilik ve babaya benzeme isteğiyle ilgili temalar dikkat çekiyordu.

Bu öykü ve bulgularla hastada kısıtlayıcı tip AN (APA 1994) olduğu düşünüldü ve yatırılarak izlenmesi kararlaştırıldı.

**Klinik İzlem:** A. hastanede yattığı beş hafta süresince çocuk hastalıkları bölümü ile birlikte izlendi. Çocuk hastalıkları bölümü tarafından hastanın endokrin işlevleri yanında tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, sıvı elektrolit dengesi, kemik taraması ve beyin görüntülemeleri değerlendirildi. Yatışta organik tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın yatışı esnasında alması gereken besin öğeleri ve kalori miktarı ile ilgili çocuk hekimlerinden yardım alındı. Hastanın psikiyatrik tedavisini iki ayrı hekim işbirliği içinde yürüttü. Hekimlerden biri (FÜ) yalnızca yemek yemek ve beden ağırlığı konularında haftada 2-3 kez hastayla kısaca görüşüp, çocuk hastalıkları ile kararlaştırılarak belirlenen kilo artışı programına uyumunu artırıcı destekleyici/denetleyici bir tutum takınıyor ve hastanın davranışçı tedavi sırasında ortaya çıkan kaygısını yatıştırıcı bir yol izliyor ; diğer hekim (YT) bu konulara (yemek yemek ve beden ağırlığı) girmemeye özen gösteriyor, günde 1 saatlik düzenli görüşmeler ile hastanın kişilik

örüntüsü ve aile dinamikleri ile çalışarak içgörü artırıcı bir tedaviyi hedefliyordu. Hastaya ilk haftadan itibaren üç hafta süreyle risperidon 0.5 mg/gün verildi ve ilaç tedavisine hastanın beden algısının daha gerçekçi hale geldiği üç hafta sonunda risperidon kesilerek, sertralin 50 mg/gün ile devam edildi. İlk görüşmeler hastayı ve ailesini tanımaya ve aile dinamiklerini değerlendirmeye yönelik yapıldı. Hastanın oldukça savunucu ve mükemmelliyetçi bir kişilik yapısı olduğu gözlemlendi. Annesi titiz, girici ve duygusal dışavurumu kısıtlı, babası ise uyumlu ve sessiz bir kişiydi. İlk birkaç görüşmede hasta neden yattığını anlamadığını ve sorununun çok büyük olmadığını tekrarlardı; daha sonra yemek yememesinin sıkıntılı bir dönemde başladığını ve kilo almaktan aşırı korktuğunu dile getirmeye başladı. Sürekli babasının hayatta en sevdiği ve beğendiği insan olduğunu, yemek yerse ondan daha uzun boylu olabileceğini ve bunu da hiç istemediğini ifade ediyordu. Anne ve babasıyla olan ilişkisiyle ilgili hiçbir olumsuz yan olmadığını, onları çok sevdiğini ancak son zamanlarda annesiyle babasının sık tartıştığını ve buna çok üzüldüğünü belirtti. Tedaviye öncelikle, hastanın hastalığına ilişkin içgörüsünü arttırmaya çalışılmaya başlandı. Bunun için hastaya neden hastanede yattığı, kendi yaşındaki sağlıklı bir çocuğun kaç kilo olması gerektiği, kilo kaybının ona ne gibi zararlar verebileceği ve tedavi ekibinin ona bu konuda nasıl yardım edebileceği konusunda bilgi verildi. Daha sonra taburcu olabileceği beden ağırlığı ve bu ağırlığa kaç haftada ulaşmak isteyebileceği konusunda anlaşmaya varıldı. Bu rakamlar oluşturulurken hastanın daha belirleyici bir rolde olmasına dikkat edildi. Daha sonra aile içindeki çatışmalar ve bunların etkileri üzerinde duruldu. Hastanın mükemmelliyetçi kişilik yapısı konusunda; diğer insanları memnun etme çabalarının kendi isteklerini yapamamayı getirdiği gösterilip, hayatının denetimini daha fazla kendisinin alması sağlanmaya çalışıldı. Ayrıca anne, baba ve çocuk arasındaki ilişkide annenin otorite rolünü tek başına benimsediği; babanın çocuğun her dediğini yaptığı ve hiç eleştirmede için hasta tarafından yüceleştirildiği ve bu üçlü ilişkideki babanın ro-

lünün annede öfke yarattığı düşünülmesi için anne ve baba ile de çalışılmaya başlandı. Annenin titiz, mükemmeliyetçi ve otoriter tutumları gözden geçirildi, baba ile annenin çocuklar üzerindeki sorumluluğunu paylaşması yönünde çalışıldı ve evlilik ilişkisinde yaşanan güçlükler üzerinde duruldu.

Beş haftalık hastane izlemi boyunca hasta tedaviye oldukça iyi uyum gösterdi. Annesinin yemek yedirme konusunda ısrarından vazgeçmesi hastanın annesiyle ilgili daha olumlu duygular edinmesini kolaylaştırdı. Yemek dışında kendi hayatıyla ilgili başka bir alanda hedef ve denetim kurmadığı gözlenen A. ile meslek seçimi ve gelecekle ilgili hedefler üzerinde çalışıldı ve hastanın kendisi için fiziksel görünüm dışında amaçlar belirlemesi sağlandı. A.'nın hedeflenen kiloya ulaşma zamanını kendi belirlemesi ve bu hedefe ulaşmak için aldığı gıda miktarı ve çeşitlerini arttırma isteği nedeniyle tedavi ekibi ile de bir sürtüşme yaşamadı. Anne ile baba çocukları ile ilgili görevlerde eş sorumluluk aldılar. A. beş hafta sonunda hedeflenen kiloya (36 kg) ulaştı ve taburcu edildi. Hastanın psikoterapisine ayaktan devam ediliyor ve 9 aydır devam eden izlemde ek sorun ortaya çıkmadı.

## TARTIŞMA

Hasta hastaneye altı ayda ortaya çıkan on iki kilogram kilo kaybı ve iştahsızlık şikayetiyle yatırılmıştı. Yapılan laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme çalışmalarında organik bir etyoloji düşündürülecek sonuçlar elde edilemediği için psikiyatri konsültasyonu istenmişti. Hasta ile yapılan görüşmede gerçek bir iştahsızlığın söz konusu olmadığı anlaşıldı. Ancak hastanın kilo alma ile ilgili ciddi endişeleri vardı ve çok zayıf olduğu halde kilosunun normal olduğunu düşünüyordu. Hastada aşırı yeme atakları ve arkasından kusma, aşırı egzersiz yapma gibi kilo alımını önleyici yöntemler tanımlanmıyordu. Tüm bu bilgiler ışığında hastaya kısıtlayıcı tip AN tanısı konuldu (APA 1994).

Yeme bozuklukları erkeklerde son yıllarda artış gösterdiği belirtilse de kadınlarda erkeklere göre çok daha yüksek oranda rastlanan psikiyatrik

bozukluklardandır (Andersen ve Holman 1997).

Hastanın yememe şikayeti babasının yeni bir işyeri açması sonrasında anne ile baba arasında tartışmaların başladığı dönemde ortaya çıkmıştır. Tartışmalarda anne kavga zeminini daha çok hazırlamış, baba ise genelde edilgen kalmakla beraber zaman zaman boşanmaya karar verdiğini vurgulamıştır. Hasta daha önce aile içinde bu denli süregelen bir anlaşmazlığa tanık olmamıştır. Zorlu ve travmatik yaşam olaylarının AN oluşumunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir ve yazında AN'nin ortaya çıkışında psikososyal yaşam olaylarının erkeklerde kızlardan daha önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Rosen 2003, Deter ve ark. 1998). Bu vakada travmatik sürecin hastalığın ortaya çıkışında kilit bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

Anoreksik hastaların aileleri yakın, aşırı koruyucu, girici ve özellikle çatışma çözme alanında sorunları olan aileler olarak tanımlanmaktadır (Lai ve ark. 1995, Işık ve Gökler 2001). Aile ilişkilerindeki yaygın bozukluk, anne-baba ve baba-çocuk arasında şiddetli çatışmalar ve kilo konusundaki eleştiri ve yorumlar AN tanısı konulmuş erkek çocuk ve ergenlerde hastalığı ortaya çıkarıcı etmenler olarak bildirilmektedir (Sreenivasan 1978, Hickie ve Mitchell 1989). Ailenin dinamikleri göz önüne alındığında, anne baba ve çocuk arasında yakın ama sorunlarla baş etme konusunda zorluk çekilen bir ilişki örüntüsü gözlemlenmiştir. Anne baba yeni bir işyeri açmanın getirdiği zorlukların gündemde olduğu bir dönemde boşanmayı düşünmeye başlamış ve çocuklarını tartışmaların dışında tutamamıştır. Hastanın belirtilerinin bu tartışmaların sonlanmasında önemli rol oynadığı ve aileyi yeniden bir araya getirmeyi sağlamak gibi bir işleve de sahip olduğu düşünülmüştür.

Geleneksel aile yapısı erkek çocuklarla ilgili bazı beklentileri de beraberinde getirmektedir. Erkek çocuk ailenin devamlılığının sembolü olduğu için yaşadığı zorluk ve çatışmaların ifade edilmesi de genel olarak hoş görülmemektedir. Böyle durumlarda AN'nin gizli bir çatışma ifadesi olarak kullanıldığı öne sürülmektedir (Lai, Kelly 1995). Aktarılan hasta da geleneksel bir Türk ai-

lesinin tek erkek çocuğudur. Ailesi ve çevresi tarafından sessiz, uyumlu, çalışkan olarak tanınlanmakta, kendisi de hata yapmamaya, anne ve babasını herhangi bir biçimde utandırmamaya büyük özen göstermektedir. On iki yaşında bir ergenin yaşayabileceği çatışmaları ifade edebilmesine olanak veren bir çevre içinde bulunmadığı gözlenmektedir. Sonuçta hastanın belirtilerinin bir iç çatışma ifadesi olarak yorumlanabileceği düşünülmektedir.

Ergenlik dönemi ilişkilerde cinselliği öne çıkarması ve kimlik arayışının başlangıç basamağını oluşturması açısından büyümeyi çağrıştıran bir yaşam evresidir. Özellikle ayrışma bireyselleşmesini sağlayamamış ergenlerde anoreksik belirtilerin bir kimlik arayış ifadesi olduğu öne sürülmektedir (Gökler 1997). Hastanın yaşadığı ortamda otorite rolünü üstlenen kişinin anne olduğu görülmektedir. Girici bir tarzı olan anne, çocuğunun farklı bir kimlik geliştirmesini ve bireyselleşmesini ketlemekte, baba ise model olmak üzere öne çıkmak yerine edilgen bir konumu tercih etmektedir. Bu durumda AN'nin hasta için farklı bir kimlik denemesi olabileceği düşünülmektedir.

Klasik psikanalitik kuram AN'yi kızlarla ilişkili açıklamış ve genel olarak erkekler bu hastalık grubunun dışında tutulmuştur (Andersen ve Holman 1997). Bozukluğun oluşumunda ödipal karmaşanın etkisi üzerine vurgular yapılmış ve ödipal karmaşasını çözümleyememiş kişilerde anoreksiyanın regresif bir savunma olduğu vurgulanmıştır (Bruch 1980). Hastayla yapılan klinik görüşmelerde ve projektif testlerinde büyüyünce babaya benzeme ve hatta baba ile aynı boyda ve kiloda olma isteği ile ilgili temalar dikkat çekmektedir. Hastanın babasından daha uzun boyda olmasından duyduğu endişe belirtilerinin merkezinde yer almaktadır. Hasta yalnızca babadan daha uzun olmasına yol açabileceği için süt ve süt ürünlerini içeren gıdalardan uzak durmaktadır. Bu endişelerin dinamik açıdan bakıldığında kastrasyon anksiyetesi eşdeğeri olabileceği düşünülmektedir; hasta fiziksel görünüm olarak babadan daha 'erkeksi' olmayarak iğdiş edilmekten kurtulmaktadır. Yemek yemeyi reddetmek hastanın ergen değil, küçük çocuk bed-

nini sürdürmesine yol açmakta ve bu görünüm hastayı babasının rakibi değil, küçük çocuğu olarak kalmayı sağlamaktadır.

A'nın tedavisi bu dinamikler üzerinden tedavi planları belirleyerek yürütülmüştür. Annenin çocuğuyla kurduğu ilişkide gözlenen otoriter ve mükemmelliyetçi tarzı daha duygusal ve karşılıklı paylaşım ve anlayış içeren bir tarzla değiştirilmiş, annenin çocuğuyla yemek üzerine olan inatlaşması annenin yeme planı dışında tutulmasıyla ortadan kaldırılmış ve bu da hastanın annesiyle ilgili duygularının daha olumluya doğru gitmesine olanak vermiştir. Babanın daha fazla sorumluluk alması; hem babanın mükemmel ve rakipsiz imajını değiştirmiş, hem de annenin babaya karşı öfkesini azaltarak anne baba arasındaki ilişkiyi daha uyumlu hale getirmiştir. Tedavi süresince hasta yemek üzerinde kurduğu denetimi hayatının başka alanlarına kaydırabileceği konusunda içgörü geliştirmiş ve gelecekle ilgili kendisinin de hoşnut olabileceği hedefler belirlemiştir. Aynı zamanda hastanın duygularını ifade etmekteki güçlüğü üzerinde durulması onun anksiyete yaşamadan yeni kendini ifade etme yolları geliştirmesine olanak sağlamıştır. Yemek yemek ve kilo ile aşırı uğraşlarından uzaklaşmayı başarması hastanın yaşama daha keyifli bakmasına yardımcı olmuştur.

Olgunun tedavisinde dinamik yönelimli psikoterapi ve davranışçı teknikler birlikte kullanılmıştır. İki tedavinin birlikte uygulanmasının hasta açısından kafa karıştırıcı olabileceği akla gelebilir. Ancak bu olguda, hedef kilonun belirlenmesi, bu kiloya ulaşmak ile ilgili stratejilerin tartışılması ve bu hedeflerle ilgili olumlu ve olumsuz pekiştireçlerin kullanılması için ikinci bir terapistin devreye girmesi; iki ayrı tedavi tekniğinin aynı anda kullanılması ile ilgili bu olası sorunları ortadan kaldırmıştır. İki terapistin rollerinin iyi tanımlanmış olması ve işbirliği içinde olmalarının bu zorluğun aşılmasına önemli derecede katkıda bulunduğu düşünülmüştür.

Bu vaka erkek ergenlerde az rastlanan bir bozukluk olan AN'nin erken dönemde tanınmasının ve dinamiklerinin ortaya çıkarılmasının tedavi etkinliği açısından önemini göstermektedir.

Bozukluğun erkek ergenlerdeki klinik görünümünün ve tedavi etkinliğinin daha iyi aydınlatılması için geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim duyulduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Andersen AE, Holman JE (1997) Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull* 33:391-7.

Bruch H (1980) *Obesity and Eating Disorders. Emotional Disorders in Children and Adolescents* içinde. GP Sholevar, RM Benson, BJ Blinder (eds). New York-London. Medical & Scientific Books, s:353-363

Çuhadaroğlu F (1997) *Yeme Bozukluklarında Kendilik Gelişimi Özellikleri. Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları* içinde. F Çuhadaroğlu (Ed). Ayrıntı Basımevi Ankara 48-53.

Deter HC, Kopp W, Zipfel S ve ark. (1998) Male anorexia nervosa patients in long-term follow-up. *Nervenarzt* 69:419-26.

Fairburn CG, Harrison PJ (2003) *Eating disorders*. *Lancet* 361:407-16.

Fenichel O (1945) *Nevrozların Psikanalitik Teorisi*. Çeviren Tuncer S. Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova, İzmir. 1974. *Psychoanalytic theory of neurosis*. WW Norton & Company Inc. New York. 161-4.

Gökler B (1997) *Anoreksiya Nervozası: Üç örnek üzerinden tedavi yaklaşımları ve klinik gidişin tartışılması*. 3P dergisi 5(Ek4): 12-7.

Halmi KA (2000) *Eating Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh edition* içinde. BJ Sadock, VA Sadock (eds). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia s: 1663-76.

Halmi KA (2003) *Eating Disorders. Textbook of Clinical Psychiatry* içinde. RE Hales, SC Yudofsky (eds) American Psychiatric Publishing, Washington-London, s: 1001-21.

Hickie I, Mitchell P (1989) Anorexia nervosa presenting in a prepubertal boy. *Med J Aust*. 150: 155-6.

Işık Y, Gökler B (2001) *Anoreksiya Nervozasının Psikodinamikleri*. Türkiye'de Psikiyatri Dergisi 3:10-5.

Kaya N, Çilli AS (1997) *Anoreksiya Nervozası*. Genel Tıp Dergisi 7:107-110.

Khandelwal SK, Shoran P, Saxena S (1995) *Eating Disorders: An Indian Perspective*. *Int J Social Psychiatry* 41:132-46.

Kırık E (1997) *Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları* içinde. F Çuhadaroğlu (Ed.) Ayrıntı Basımevi Ankara 22-38.

Korndorfer SR, Alexander RL, Vera JS ve ark. (2003) *Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-based study in Rochester, Minn*. *Mayo Clinic Proceedings* 78:278-84.

Kreipe RE (1995) *Eating disorders among children and adolescents*. *Pediatr Rev* 16:370-9.

Krowchuk DP, Kreiter SR, Woods CR ve ark. (1998) *Problem dieting behaviors among young adolescents*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:884-8.

Kuruoğlu AÇ (2000) *Yeme bozukluklarında genetik etkenler*. *Klinik Psikiyatri Bülteni* 10:32-7.

Lai KY, Pang AH, Wong CK (1995) *Case Study: Early-Onset Anorexia Nervosa in a Chinese Boy*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:383-6.

Lask B, Bryant-Waugh R (1992) *Early onset anorexia nervosa and related eating disorders*. *J Child Psychol Psychiatry* 33:281-300.

Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR (2000) *Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1284-92.

Marchi M, Cohen P (1990) *Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:112-17.

Moore DC (1988) *Body image and eating behavior*. *Am J Dis Child* 142:1114-8.

O'Brien J, Patrick A (2001) *Cost of acute hospitalization for anorexia nervosa and bulimia*. *Value in Health* 4:146-52.

Pate JE, Punariega AJ, Hester C, Garner DM (1992) *Cross cultural patterns in eating disorders: a review*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:802-9.

Rosen DS (2003) *Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features and treatment*. *Adolesc Med* 14:49-57.

Sreenivasan U (1978) *Anorexia nervosa in boys*. *Can Psychiatr Assoc J* 23:159-62.

Steiner H, Lack J (1998) *Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: Review of the past 10 years*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:352-9.

Strober M, Freeman R, Lampert C ve ark. (2001) *Males with anorexia nervosa: a controlled study of eating disorders in first-degree relatives*. *Int J Eat Disord* 29:263-69.

Tomova A, Kumanov PH (1999) *Sex differences and similarities of hormonal alterations in patients with anorexia nervosa*. *Andrologia* 31:143-9.

Ünal F (2000) *Ergenlerde Yeme Bozuklukları: Anoreksiya Nervozası ve Bulimiya Nervozası*. *Katkı Pediatri Dergisi* 21:884-94.

Ünal F, Özusta Ş (1997) *Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanım. Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları* içinde. F Çuhadaroğlu (Ed.) Ayrıntı Basımevi Ankara 69-76.