

Erkeklerde Bulimiya Nervoza: Bir Olgu Sunumu

Çiçek Hoccoğlu¹

¹Prof. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize - Türkiye

ÖZET

Erkeklerde bulimiya nervoza: Bir olgu sunumu

Bulimia nervoza (BN), tekrarlayıcı tıknırmasına yemek yeme nöbetlerini takiben kendi kendini kusturma ya da kilo almayı önleyici diğer yöntemlerin (örn: laksatifler, diüretikler, aşırı egzersiz yapma vb) kullanımı ile karakterize, ciddi, yaşamı tehdit eden bir bozukluktur. BN erkeklerde kadınlara göre nadir görülmektedir. BN'li erkek hastalarda hastalığın etiyojisi, tedavisi ve klinik görünümü ile ilgili bilgiler sınırlıdır. 23 yaşında erkek BN olgusu hastalık öyküsü ve özgeçmiş bilgileri çerçevesinde ele alınmakta, literatür bilgileri ışığında tartışılmaktadır. Bu çalışmada, erkeklerde BN'nin cinsiyet farklılıklarına dikkate alınarak erkeklerde genel özellikleri ve tedavisi sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bulimia nervoza, erkek, yeme bozuklukları

ABSTRACT

Bulimia nervosa in males: a case report

Bulimia nervosa (BN) is a severe, life-threatening eating disorder characterized by recurrent episodes of binge eating followed by self-induced vomiting or other purging methods (e.g., laxatives, diuretics, excessive exercise) to prevent weight gain. BN is rare in men compared to women. Etiology, treatment and information on the clinical appearance are limited in males patients with BN. A 23-year-old man with BN is discussed under the influence of his psychiatric illness and his childhood history in the light of the literature examining. In this study, general characteristics and treatment of BN in males are presented, emphasizing different features between genders.

Key words: Bulimia nervosa, male, eating disorders



Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Prof. Dr. Çiçek Hoccoğlu
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
53200 Rize, Türkiye

Telefon / Phone: +90-464-217-4274

Elektronik posta adresi / E-mail address:
cicekh@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
21 Ağustos 2014 / August 21, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
17 Kasım 2014 / November 17, 2014

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, yeme davranışlarının değişik şekilde bozulmasıyla seyreden, oluşumunda biyolojik, psikolojik, ailesel sosyokültürel etkenlerin yer aldığı ruhsal bozukluklardır (1). Yeme bozukluklarının sıklığı %0.2-1 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda 5-10 kat daha sık olduğu, tüm hastaların %4'ünün erkekler tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir (1-3).

Sıklığının giderek artması bu konuya olan ilgiyi de artırmaktadır (1-5). Erkeklerde de yeme bozukluklarının olabileceği ilk olarak 20. yüzyılın başında konuşulmaya başlanmıştır (2). Erkekler arasında da sıklığının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, utanma ve gizleme çabası nedeniyle erkeklerin gerçekten daha düşük sıklıkla belirlendiği tahmin edilmektedir (6-8). 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 (6,9,10).

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 bildirilmiştir (11). Yeme bozuklukları ile majör depresyon arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (12,13). Bu bilgi, aile çalışmaları tarafından da desteklenmekte ve genel olarak her iki bozukluğun serotonerjik sistemler ile ilişkisine dayandırılmaktadır (2,12,13). Bu hastaların benlik algısının normalden daha düşük olduğu ve bu durumun da depresyonun ortaya çıkışında rol alabileceği düşünülmektedir. Ayrıca anksiyete bozuklukları, intihar davranışı, alkol ve madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarının sıklıkla yeme bozukluklarına eşlik ettiği bildirilmiştir (12,13). Erkek olgular arasında homoseksüel ve aseksüel davranışların toplumda beklenenden daha sık olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (14,15). Bulimia nervosada tıknırmasına yeme davranışı ve kilo almamak için kendi kendini

kusturma davranışları mevcuttur. Tanı konulabilmesi için tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkması gereklidir (4). Hastalar yeme sorunlarından utanırlar ve gizleme eğilimindedirler. Tıkanırcasına yeme gizli olur, hızlı yenir, rahatsızlık hissi vardır, kontrolü kaybetme duygusu vardır. BN %1-3 görülür. Kadınlarda siktir (4). BN'nin erkeklerde görülme sıklığı, klinik görünümü, etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Bu olgu sunumunda yemek yeme nöbetini takiben kendisini televizyon kablosu ile kusturan bir erkek BN olgusu, hastalık öyküsü ve özgeçmiş bilgileri çerçevesinde ele alınmakta ve dinamik kuramlar çerçevesinde tartışılmaktadır.

OLGU

A.S., 23 yaşında, erkek, bekar, üniversite öğrencisi, Trabzon doğumlu, ailesi ile birlikte yaşıyor.

Kız arkadaşı tarafından ailesinin de iknası ile psikiyatri bölümümüze son bir yıldır yeme davranışında değişiklikler nedeni ile getirildi. Kendisi 'ben sorunu biliyorum, çözümü bende...' diye belirtti. Kız arkadaşı ise; 3 yıldır tanıştıklarını, önceleri daha uyumlu bir beraberliklerinin olduğunu ancak, A.S.'nin son bir yıldır daha sinirli, gergin olduğunu, arkadaşlarından uzaklaştığını, ikili ilişkilerinde sık sık sorunlar yaşadıklarını, okula devamsızlık yaptığını ve yemekler konusunda çok titiz davrandığını, sürekli olarak bedeni ile uğraştığını, dışarıda yemek yemekten kaçındığını söyledi. Ayrıca A.S.'nin aşırı yemek yiyip daha sonrası kendisini kusturduğunu ve 3 kez de kendisinin bu duruma tanık olduğunu, kendisini kusturma sırasında da TV kablosunu kullandığını ve bu durum karşısında çok korktuğunu da belirtti. Görüşmeye davet edilen anne ve ablası ile yapılan değerlendirmede ise; A.S.'nin son 3 yıldır kilolu olduğu düşüncesi ile diyet yaptığı, evde yapılan yemekleri çok yağlı bulduğu için yemediği, yemek yeme alışkanlıklarında değişiklikler olduğu, yemek sonrası 'midemde şişkinlik oldu' diyerek kusturduğu, zayıflamak için tiroid ilaçlarını kullandığı, çok sık sportif etkinliklerde bulunduğu anlaşıldı. A.S. ile gerçekleştirilen ikili görüşmede kilo almaktan kaçındığı ancak, haftada 2-3 kez olan yaklaşık 2 saat sürebilen

kendisini kontrol edemediği aşırı yemek yemelerinin olduğu ve sonrasında kusturduğu öğrenildi. A.S. bu durumu 'yeme davranışımı kontrol edemiyorum, o anlar kendimi kaybetmiş oluyorum, adeta çiğnemedem yutuyorum, o an elime kolay yutabileceğim ne geçerse yemiş oluyorum, özellikle kek, pasta, dondurma gibi yumuşak gıdalar en çok tükettiğim yiyecekler oluyor, sonrasında ise kilo alacağım endişesi ve pişmanlık ile kendimi kusturuyorum' diye belirtti.

Gelişim ve Sosyal Öykü: A.S. 1990 yılında dört çocuklu bir ailenin dördüncü çocuğu olarak hastanede planlı bir gebelik sonrası zamanında normal yolla doğmuş. Zor doğum öyküsü yok. Bebeklik döneminde hastalık öyküsü yok, yürüme ve konuşma zamanında da yok. Bir yaşına kadar anne sütü almış, süttten kesilme sırasında sorun yaşanmamış. Annesi 53 yaşında, yüksek okul mezunu, emekli öğretmen ve halen çocuk kreşi işletmecisi olarak çalışıyor. Babası 57 yaşında, yüksek okul mezunu, mühendis olarak çalışıyor. Annebaba 32 yıl önce tanışarak, 1 yıl süren nişanlılığı takiben düğünle evlenmişler. Aralarında akrabalık yok. Evliliğin ilk yıllarında annesinin kayınvalidesi ile sorunlar yaşadığı ve bu nedenle eşi ile de sık sık tartıştıkları öğrenildi. Annenin bu dönemde özellikle sıkıntılı olduğu sıralarda bayılmaları olduğu ve bir süre psikiyatrik tedavi gördüğü belirtildi. A.S. annesini baskıcı, alıngan, titiz, mükemmeliyetçi, otoriter biri olarak, babasını ise sessiz, içe kapanık, çalışkan biri olarak tanımladı. Evde annesinin sözü geçiyormuş. A.S.'nin çocukluk dönemlerinden bu yana annesi ile sıkça problem yaşadığı öğrenildi. A.S.'nin kendisinden büyük 31 ve 29 yaşlarında iki ablası var. İki yıl önce eşinden ayrılan en büyük ablası ve bekar olan diğer ablası da aile ile birlikte yaşıyorlarmış. A.S. en büyük ablası ile daha iyi anlaşmış, diğer ablasının ise; kişilik olarak annesine benzediğini ve onunla sık sık tartıştıklarını belirtti. A.S.'nin şu an hayatta olmayan ağabeyi 3 yaşında iken suda boğulma sonucu ölmüş. Bu olay sonrası A.S.'nin annesi bir süre eve kapanmış, kimse ile görüşmemiş, aşırı kilo kaybetmiş ve bir süre psikiyatrik tedavi görmüş. A.S. ağabeyi ile ilgili konuların evde hiç konuşulmadığını, adeta ondan söz etmenin ya da ona ait sorular sorulmasının bile yasak olduğunu belirtti. A.S. ilköğretim, orta ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamlamış.

A.S., ilkököl ve orta okul sıralarında kilolu bir çocuk olduğunu ve bu nedenle arkadaşları tarafından lakap takıldığını anlattı. Başarılı bir öğrencilik dönemi olmuş ancak, üç yıl üst üste girdiği ÖSS’de başarılı olamamış. Halen iki yıl önce kazandığı bir bölümde öğrenciliğe devam ediyor ve son bir yıldır ders takibi, okul başarısı iyi değilmiş. A.S. şimdiye kadar önemli bir sağlık sorunu yaşamamış. Ailesinde de annesinde ve ikinci sıradaki ablasında psikiyatrik tedavi görme öyküsü mevcut. Hastalık öncesi sıkılgan, utangaç, kuruntulu az arkadaşı olan biri olarak tanımlandı. A.S.’nin üniversite yıllarına kadar hiç kız arkadaşının olmadığı, son üç yıldır üniversitede tanıştığı bir kız arkadaşının olduğu ve hiç cinsel deneyiminin olmadığı öğrenildi. Lise yıllarında kısa bir süre sigara kullandığı ve bu durumu öğrenen annesinin kendisini dövdüğü, bunun dışında herhangi bir tutkunluk ve alışkanlığının olmadığı öğrenildi. Hastalandıktan sonra yeme ve uyku alışkanlıklarının değiştiği belirtildi.

Fiziksel muayenesinde boyu 1.73m, 53kg ağırlığında, vücut kitle endeksi 17.7kg/m², laboratuvar bulguları, beyin elektroensefalografi normal olarak değerlendirildi.

Ruhsal Durum Muayenesi: Kılık-kıyafeti sosyokültürel konumu ile uygun, öz bakımı iyi, zayıf görünüşlü, iletişime istekli, saygılı, göz teması kuruyor, işbirliğine kısıtlı olarak giriyor, konuşma hızı ve miktarı normaldi. Duygulanımı öfkeli, duygudurumu çökkün, bellek, zeka normaldi. Dikkat ve yoğunlaşması yeterli, gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş olmakla beraber kendi bedeniyle ilgili algısı bedeninin normal sayılabileceği yönünde bozulmuştu. Varsanı ya da sanrı tanımlamıyordu. Düşünce içeriğinde yeme ve kusmalarla ilgili aşırı zihinsel meşguliyetleri mevcuttu. Benlik saygısı azalmıştı. Hamilton Depresyon Ölçeği 18 puan, Yeme Tutum Testi 49 puan (kesme puanı 26) olarak saptandı. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri’ne göre mükemmeliyetçi, güvensiz, kırılgan ve kişiler arası ilişkilerde duyarlılığın ön planda olduğu bir profil olarak değerlendirilmiştir. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)’e göre tikinircasına yeme/çıkartma tip BN ve depresyon

tanısı ile hastaya fluoksetin 20mg/gün başlandı. İlaç dozu kademeli olarak 60mg/gün’e çıkarıldı. Olgunun çok zayıf olmaması nedeniyle ayırıcı tanısında AN tikinircasına yeme/çıkartma tipi düşünülmemiştir. Ayrıca, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, kilo kaybının eşlik edebileceği diğer psikiyatrik hastalıklar, tıbbi hastalık öyküsü ve madde kullanımına dair herhangi bir bulgu da yoktu. Bilişsel davranışçı tedavi (BDT) programı ile hastanın şişmanlık, kilo alma korkuları ve beden algısı üzerinde duruldu. Aile terapisi ile aile bireylerinin hastalık ve tedavisi konusunda eğitimi, aile ilişkilerinin gözden geçirilmesi sağlandı. Tedavisinin 8. ayında son kontrol görüşmesinde belirgin bir yakınması olmayan hastanın halen tedavisi devam etmekte olup, okul başarısında artış, ailesi ile olan ilişkilerinde düzelme mevcuttur.

TARTIŞMA

Epidemiyolojik araştırmaların bulguları, yeme bozukluklarında görülen artışın toplumsal sistemdeki hızlı değişimlerin, batılılaşma ve endüstrileşmede gözlenen artış ve buna bağlı aile yapısında görülen çözüme, sosyal destek sistemlerindeki yetersizlik ile ilişkilendirilmektedir (1,4,16,17). Ülkemizde de yeme bozukluğu görülme sıklığı Batı ülkelerindeki yüksek oranlar kadar olmasa da yıllar içindeki artış dikkat çekicidir (2,4,18). Çünkü ülkemizdeki hızlı sosyokültürel değişimin yeme bozukluklarının gelişimini kolaylaştırdığı söylenebilir. Bu çalışmadaki olgunun ülkemizin Batı illeri ile kıyaslandığında daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bir bölgede yaşıyor olması bu açıdan önemlidir. Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı %5-15 civarındadır (19). Gerçekte bu oran daha yüksek olabilir, fakat yeme bozukluklarının kadınlara ve eşcinsel erkeklere özgü bir hastalık olduğu spekülasyonlarından doğan kaygılar, erkeklerin ikincil amenore gibi dikkat çekici bir belirtilerinin olmaması ve hekimlerin yeme bozukluklarının kadınlara özgü bir hastalık olduğu şeklindeki yanlış bilgileri erkeklerde daha düşük yaygınlıkta bildirilmesine ve erkeklerin başvuruda isteksiz davranmasına neden oluyor olabilir (20). Başka bir deyişle; yeme bozukluklarının kadınlara özgü olduğu

zannedilir ama aslında her iki cinste de görülebilmektedir. Özellikle AN için çok sayıda çalışma literatürde yer alırken BN ile ilgili bilgiler yeterli değildir. Konu ile ilgili sınırlı sayıdaki çalışmada erkekler için BN'nin ortalama başlangıç yaşı 18-26 yaş olarak bildirilmiştir. Kadınlarda ise BN'nin ortalama başlangıç yaşının erkeklerle gör daha erken (15-18 yaş) olduğu rapor edilmiştir (8,19,20). Çalışmamızda söz edilen olgunun 23 yaşında olması bu bulguları destekler niteliktedir. Ancak, erkeklerde BN'nin kadınlara göre daha geç yaşta ortaya çıkması ile ilgili bu bilgilerin geniş örneklemli çalışmamalarla doğrulanmasının gerekliliği de unutulmamalıdır. Ayrıca diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi BN'nin erkeklerde tanısının konulması da hastalığın tedavisi ve süregelen hale gelmesinde önemlidir. Olgumuzda da hastalık belirtilerinin tanı konulmasından üç yıl önce başlamış olması bu durumla uyumludur. BN başlangıcında arkadaşlar, aile üyeleri gibi bazı kişilerden bir eleştiri veya kilo konusunda ile ilgili şaka duyma gibi tetikleyici faktörler ile erkek olgularda hastalanmadan önce kilolu olma oranı daha sık olduğu bildirilmiştir (21,22). Olgu sunumunda da hastanın ilkökul ve orta okul sıralarında kilolu bir çocuk olduğu ve bu nedenle arkadaşları tarafından lakap takılarak alay edilmesi bu bulguları doğrular niteliktedir. BN'li hastaların klinik görünüm açısından kadınlarla tek fark erkeklerin kilo verme konusunda daha az dikkatli olmaları, diüretik, laksatif ve diyet tabletlerini kullanmaları ve hastalıkları sırasında daha fazla kilo oynamaları olmasıdır (21). Ayrıca erkekler daha hareketli ve sporla daha çok ilgilendiği belirtilmektedir (23). Bizim olgumuzda da zayıflamak için tiroid ilaçlarını kullanması ve öncesinde hiç ilgilenmediği sportif etkinliklerde bulunuyor olması dikkat çekicidir. BN'li kadın hastalarda eş zamanlı depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarının (özellikle B kümesi; sınırda, histriyonik, narsistik ve antisosyal) tanılarının bulunduğu çok sayıdaki çalışmada belirtilmiştir (12,13). Psikiyatrik eştanıya ilişkin benzer bir profil BN'li erkek hastalar için de bildirilmiştir (19,20). Çalışmamızda sunulan olgumuzda mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ile depresyon eştanısının olması bu durumu destekler niteliktedir. Ayrıca özellikle erkek BN hastalarda madde

kötüye kullanımı ile dürtüselliğin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (21,22). Bizim olgumuzda ise, kısa süreli sigara kullanımı dışında herhangi bir madde kullanımı saptanmamıştır. Bu durum olgunun yaşadığı ilin nispeten küçük, muhafazakar yapısı ile açıklanabilir. Aile ilişkileri büyük çoğunlukla yeme bozukluğunun nedenleri arasında yer almaktadır (24). BN tanısı almış hastaların pek çoğunun aile öyküleri incelendiğinde, sorunlu aile ilişkileri göze çarpmaktadır. Hastalar anne babalarını "uzak ve reddedici olarak" tanımlarlar. Bazı bulgular hastaların ailelerinde yakın fakat, sorunlu ilişkilerin söz konusu olduğunu göstermektedir. Yeme nöbetlerinin anne ile bütünleşmeyi temsil ettiğini, ancak sonrasında anneden ayrılma ve bireyselleşme çabasının dışa atım ve kusma davranışları olarak kendini gösterdiğini düşünülmektedir. Bu hastalarda çocuğun özerkliğinin gelişmesini güçleştiren, onun çocuksu kalmasını destekleyen bir aile patolojisinin bulunduğu ileri sürülmüştür (25). BN'li öncesinde kilolu olan hastaların kilo kaybetmek için aile baskılarından sonra diyetle başladıkları bildirilmiştir. Örneğin, bir çalışmada aile baskısı sonrası diyetle başlama oranı %55 bulunmuştur (26). Bu çalışmada daha önce de bildirildiği gibi olgumuzun çocukluk dönemlerinde kilolu olduğu ve bu nedenle aile, okul yaşamında bazı güçlükler yaşadığı saptanmıştır. BN hastalarının ailelerinde, kontrol grubunda yer alan ailelere göre daha çok hostile, izolasyon hisleri buna karşılık besleyip büyütme (bakım) ve empati kurmada belirgin yetersizlik olduğu gösterilmiştir. Olgumuzun aile yapısı incelendiğinde benzer özellikler sergilediği çocukluk dönemlerinden bu yana annesi ile sorunlu bir ilişkisi, babası ile ise, uzak-mesafeli bir ilişki olduğu görülmektedir. Benzer şekilde BN hastaların ailelerinin; desteklemeyen, kaotik ve sır saklamaya eğilimli aileler olduğu bildirilmektedir (21). Aile dinamikleri açısından baktığımızda; anne "baskıcı, alıngan, titiz, mükemmeliyetçi, otoriter", istendiği gibi davranıldığında iyi, aksi takdirde baskıcı, sinirli biri olarak tanımlanmaktadır. Öyküden alındığı kadarıyla annenin ailede otorite figürü rolü oynadığı ve genel tutumunun tüm aile bireyleri için katı aile normlarını uygulamaya çalışan, büyüme ve bireyselleşmeye izin vermeyen bir tutum olduğunu söyleyebiliriz. Baba, hastanın tanımıyla

“sessiz, içe kapanık, çalışkan” biri olarak tanımlanmaktadır. Ailede sözünün pek geçmemesi ve tartışmalarda anne bağırırken karşısında suskun kalması ya da özellikle tüm aile yemekten, yemek sırasında yaşanan tartışmalarda sofradan kalkıp gitmesi gibi özelliklerinin olması bir erkek çocuğun erken cinsiyet ve ego kimliğini geliştirebileceği iyi bir özdeşim nesnesi olmayabileceğini düşündürür. Ayrıca hasta ailesiyle oturup, anne ve babasının tartışmalarına tanık olduğu bu yemeği yemeyi reddederek, babasının sessizliğine ve aile normlarına sembolik olarak karşı çıkıyor olabilir. Yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık görülme oranı yüksektir. Olgumuzun annesinde ve ablasında psikiyatrik tedavi görme öyküsü mevcuttur. Özellikle annenin olgunun doğumu öncesi 3 yaşında iken kaybettiği büyük oğlunun ölümü sonrası uzun süreli yas dönemi ve ciddi kilo kaybının olması dikkat çekicidir. Bu dönemde annenin çocuklarını duygusal yönden ihmal etmesi ile sonuçlanmış olabilir. Nitekim olgunun annesi de görüşme sırasında ilk oğlunun vefatı sonrası her iki kızına uzun süreli olarak kendi annesinin baktığını, acısını unutmak için yeniden hamile kalıp A.S.’yi doğurduğunu ancak, doğum sonrası ilk oğlunu unutmadığı için A.S.’yi kabullenmekte zorlandığını belirtti. Hasta da görüşmeler sırasında annesi ile ölen ağabeyi arasında çok güçlü bir bağ olduğunu ve zaman zaman annesinin ağabeyi yerine kendisinin ölmüş olmasını isteyebileceğini belirtti. A.S. tüm yaşamı boyunca annesinin dikkatini çekebilmek için adeta ‘ölmüş olan ağabeyi ile bir rekabet içinde’ olduğunu ekledi. Olgu sunumunda da belirtildiği gibi A.S.’nin ölen ağabeyi ile ilgili konuların evde hiç konuşulmamasına, hatta ondan söz etmenin ya da ona ait sorular sorulmasının bile yasak olduğunun belirtilmesine rağmen A.S. ile annesi arasındaki en büyük engelin trajik bir ölüm sonucu kaybedilen ağabey olduğu söylenebilir. Ayrıca, annenin hastamızı doğumu sonrası uzun bir süre kabullenememesi, lise dönemine kadar döverek cezalandırması özellikle empatik aynalama eksikliğini yansıtıyor ve bu nedenle kendilik bütünlüğünün tam gelişemediği anlamına geliyor olabilir. Hastadaki yeme tutumu ile ilgili davranış değişiklikleri hasta anneden ayrılmak ve bireyleşmekten korktuğu için kilo kaybıyla annesinin

bakımına muhtaç hale gelmeye çalışmış, bu yolla açlık ve yeme ihtiyacının sevgiyle eş anlama geldiği infantil döneme gerileyerek, annesinin sevgisini ilgisini çağırması ve fiziksel büyümeyi reddetmiş olabilir. Diğer yandan hastanın yemek reddi, kusma davranışı aşırı koruyucu- kollayıcı ve bağımsızlığa-bireyselleşmeye izin vermeyen annenin reddi ya da ölen ağabeye duyduğu kıskançlık ve öfkenin ifadesi olarak da yorumlanabilir. Bu olgu sunumunda anne-babanın çocukları sahiplenme biçimleri ve tutumlarındaki farklılık dikkat çekicidir. Tedavi sırasında anne ve baba çocuklarına gereken ilgiyi göstermede sağlıksızlık tanımlayarak bir anlamda gösterilen ve algılanan ilgi farklılıklarına işaret etmişlerdir. Çünkü ailede iletişim, aile yapısı, ailenin ilişki ve etkileşiminin özellikleri, aile işlevlerinin önemli belirleyicisi olarak görülmektedir. Bu nedenle, patolojik davranışı ortadan kaldırmanın yolu, ailenin organizasyonel, yapısal, iletişimsel, etkileşimsel ve işlevsel özelliklerinin oluşturduğu biçimleri tanımaktan geçmektedir. BN’lı hastalarda stresli yaşam olayları sonrası yemek yeme nöbetleri ve takiben kusma izlendiği bilinmektedir. Olgumuzda da özellikle kız arkadaşı ve annesi ile yaşadığı sorunlar sonrası hastalık belirtilerinin yaşandığı anlaşılmıştır. Ayrıca pek çok BN olgusunda olduğu gibi hastamız da bu durumu uzun süre gizlemiştir. BN tedavisinde aile terapisinin yanı sıra BDT’nin önemi tartışılmaz. Çünkü ailenin ele alınmadığı yeme bozukluğu tedavisinin başarılı olması mümkün görünmemektedir. BDT’de ise; yanlış yeme tutumu, beden ağırlığı ile aşırı uğraş hedeflenir. Olgumuzun tedavisinde benzer uygulamalara yer verilmiştir. Hastayla yapılan terapilerde özellikle ayrılma-bireyleşme çabası ve bu aşamada yaşadığı güçlükler ile ölen ağabeyine ilişkin duygu ve düşünceleri ele alındı. Özellikle bu çaba içinde bir geçiş nesnesi olarak kullandığı bedeni yerine daha uyuma yönelik ve sağlıklı başa çıkma yöntemleri geliştirmesine çalışıldı. BN tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından da onaylı yüksek dozda fluoksetinin etkili olabileceği çalışmalarda gösterilmiştir (27). Çalışmamızda fluoksetin 60mg/g kullanılmıştır.

BN temel olarak kadınları etkileyen bir yeme bozukluğudur ve yaygın olarak gelişmiş batılı ülkelerde görülmektedir. Ülkemizin de içinde bulunduğu

gelişmekte olan toplumlarda da sıklığı hızla artmaktadır. BN'nin tedavisinde yaşanan güçlükler klinisyenleri hastalığı daha iyi anlamaya yöneltmektedir. Özellikle erkek hastalardaki hastalığın oluş nedenleri, kliniği ve tedavi yaklaşımları yeterince çalışılmamıştır. BN'nin oluşumunda birçok farklı etmenin rol oynadığı

iyi bilinmektedir ve bunların arasında psikodinamik etkenler de oldukça önemlidir. Sonuçta toplumsal ve ailesel etkileşimler de BN gelişiminde rol oynamaktadır. Erkeklerdeki BN'nin anlaşılabilmesi için daha geniş olgu serilerine ve kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu açıktır.

KAYNAKLAR

- Özdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK. Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Turk Psikiyatri Derg* 2003; 14:153-159.
- Tahiroğlu YA, Fırat S, Somer DR, Avcı A. Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48:151-157.
- Tomova A, Kumanov P. Sex differences and similarities of hormonal alterations in patients with anorexia nervosa. *Andrologia* 1999; 31:143-149.
- Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar* 2007; 1:21-28.
- Fornari V, Dancyger IF. Psychosexual development and eating disorders. *Adolesc Med* 2003; 14:61-75.
- Hedlund S, Fichter MM, Quadflieg N. Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat Weight Disord* 2003; 8:26-35.
- Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, Kennedy SH. 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.
- Daniel J, Carlat MS. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 1991; 148:831-843.
- Henriques GR, Calhoun LG. Gender and ethnic differences in the relationship between body esteem and self-esteem. *J Psychol* 1999; 133:357-368.
- Hepp U, Milos G. Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 32:473-478.
- Herpetz-Dahlman B. Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica* 2002; 14:90-92.
- Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157:469-471.
- Muller B, Herpertz S, Heussen N, Neudörfel A, Wewetzer C, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. Personality disorders and psychiatric morbidity in adolescent anorexia nervosa. Results of a prospective 10 year catamnesis. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2000; 28:81-91.
- Torigoe K1, Numata O, Sato T, Imai C, Takeuchi K, Yamazaki H, Hotta H, Boku N, Yazaki S, Sudo S, Kuwabara A, Hasegawa S, Hiura M, Ino H. Contingent negative variation in children with anorexia nervosa. *Pediatr Int* 1999; 41:285-291.
- Wunderlich U, Fichter M. Bulimia nervosa in homosexuality and HIV infection in the man. Case report. *Nervenarzt* 2001; 72:558-561.
- Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975-1998. *Am J Epidemiol* 2014; 179:852-863.
- Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, Yu D. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013; 25:212-223.
- Vardar E, Erzen M. Erzenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22:205-212.
- Staten RA. Eating disorder in a young active duty male. *Mil Med* 2013; 178:884-889.
- Chen CK, Tao ZL. Binge eating disorder in a Chinese male-a case report. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18:154-157.
- Szabó P, Túry F. Prevalence of clinical and subclinical forms of anorexia and bulimia nervosa among working females and males. *Orv Hetil* 1995; 136:1829-1835.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1127-1132.
- Steiger H. Anorexia nervosa and bulimia in males: lessons from a low-risk population. *Can J Psychiatry* 1989; 34:419-424.

24. Sayın A, Kuruoğlu AÇ. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusu ve dinamik açıdan tartışılması. *Turk Psikiyatri Derg* 2004; 15:155-160.
25. Toker ED, Hocaoğlu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2009; 22:36-42.
26. Maner F, Aydın A. The psychosociocultural factors in bulimia nervosa. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2007; 20:25-37.
27. Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012; 15:209-222.