

Bir Erkek Anoreksiya Nervosa Olgusu ve Dinamik Açıdan Tartışılması

Dr. Ashhan SAYIN¹, Dr. Aslı Çepik KURUOĞLU²

ÖZET

Bu yazıda, 21 yaşındaki bir erkek anoreksiya nervosa olgusu sunulmakta ve dinamik açıdan tartışılmaktadır. Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı %5-15 civarındadır. Hastalığın başlangıcında arkadaşlar, aile üyeleri gibi bazı kişilerden bir eleştiri veya kilo konusunda bir şaka duyma gibi tetikleyici faktörlere sık rastlanır. Kilonun ve görünüşün önemli olduğu, daha çok kadınlar tarafından yürütülen ve yemekle ilgili mesleklerle uğraşan erkeklerde ve eşcinsellerde daha yaygındır. Birlikte gösteren psikiyatrik hastalıklar olarak majör depresyon ve anksiyete bozuklukları ile özellikle bulimik hastalarda madde kötü kullanımı ve belirgin dürtüselliğin eşlik ettiği B kümesi kişilik özellikleri sıktır. Aile dinamikleri açısından oğlundan psikolojik olarak uzak bir baba, aşırı ilgili, aşırı korumacı ve aşırı bağımlı bir anne göze çarpmaktadır. Ayrılma zorlukları ve aşırı çelişkili ilişkiler içinde sınırların olmamasına dikkat çekilmiştir. Klinik görünüm açısından kadınlarla tek fark erkeklerin kilo verme konusunda daha az medikal yöntemlere başvurmaları ve hastalık sırasında kilo oynamalarının daha fazla olmasıdır. Bu olgu sunumunda bir erkek anoreksiya nervosa olgusu, hastalık öyküsü ve özgeçmiş bilgileri çerçevesinde ele alınmakta ve dinamik kuramlar çerçevesinde tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Yeme bozuklukları, anoreksiya nervosa, erkekler

SUMMARY: A Male Anorexia Nervosa Case and its Discussion from Dynamic Point of View

In this case report, we represent a male anorexia nervosa case and discuss its psychodynamics in the frame of psychoanalytic theories. Males account for %5-15 of all eating disorders. History of a criticism or a teasing for fatness by relatives or friends is very common in males before the onset of the illness. Males who are in occupations or athletic pursuits that emphasize body weight, or who work in potential high-risk jobs, and who are homosexual are at increased risk for eating disorders. Potential high risk jobs include appearance-based jobs, jobs traditionally held by women and food related jobs. Comorbid psychiatric disorders, mainly depression and anxiety disorders, and especially for bulimic males, substance-related disorders and cluster B personality traits with marked impulsivity are common. When family dynamics are considered, a father who is psychologically distant from his son, and an "over-protective, over-involved and over-dependent" mother have been described. Separation difficulties and lack of boundaries within covertly conflictual relationships have been noted in a number of clinical reports. The only difference in clinical presentation between males and females is; males rarely use medicine in order to lose weight and weight changes throughout the illness are more common in males. In this case report, a male anorexia nervosa case's psychodynamics are discussed under the influence of his psychiatric illness and his childhood history.

Key Words: Eating disorders, anorexia nervosa, males.

¹Araş. Gör., ²Doç., Gazi Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.

GİRİŞ

Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı %5-15 civarındadır (Carlat ve Camargo 1991, Steiger 1989, Margo 1987, Olivardia ve ark. 1995). Gerçekten bu oran daha yüksek olabilir fakat yeme bozukluklarının kadınlara ve eşcinsel erkeklerle özgü bir hastalık olduğu spekülasyonlarından doğan kaygılar, sekonder amenore gibi dikkat çekici bir semptomlarının da olmaması ve doktorların yeme bozukluklarının kadınlara özgü bir hastalık olduğu şeklindeki yanlış bilgileri erkeklerde daha düşük prevalansta bildirilmesine ve erkeklerin başvuruda isteksiz davranmasına neden oluyor olabilir (Olivardia ve ark. 1995). Hastalığın başlangıcında arkadaşlar, aile üyeleri gibi bazı kişilerden bir eleştiri veya kilo konusunda bir şaka duyma gibi tetikleyici faktörlere sık rastlanır (Carlat ve Camargo 1991, Andersen ve Holman 1997, Ziesat ve Ferguson 1984). Erkeklerde premorbid obezite oranı bayanlardan daha yüksektir (Carlat ve Camargo 1991, Margo 1987, Carlat ve ark. 1997) ve %74'ü daha önce diyet yapmıştır (Carlat ve ark. 1997). Vücut geliştirenler, güreşçiler, baletler ve jokeyler gibi kilonun önem taşıdığı belirli atletik dallarla uğraşanlarla, görünüşün önemli olduğu meslekler (mankenlik, aktörlük), geleneksel olarak kadınlar tarafından yürütülen meslekler (hemşirelik) ve yemekle ilgili mesleklerle (garsonluk, aşçılık, restoran işletmeciliği) uğraşan erkeklerde yeme bozukluğu daha sık görülmektedir (Carlat ve ark. 1997).

Yeme bozukluğu olan hastalarda eşcinselliğin yaygın olduğuna dair pek çok araştırma vardır (Carlat ve Camargo 1991, Steiger 1989, Herzog ve ark. 1984, Hamlett ve Curry 1990). Eşcinsel erkekler, kadınlara benzer şekilde vücutlarından heteroseksüel erkeklerle göre daha fazla şikayet ederler ve benlik saygısı açısından fiziksel görünüm eşcinsel hastalar için daha önemlidir. Heteroseksüel erkekler, eşcinsel erkeklerle kıyasla kilo açısından belirgin olarak daha ağırdır. Eşcinsel erkekler kendilerine daha zayıf idoller seçerler. Bu da eşcinselleri yeme bozukluğu açısından riskli gruba sokuyor olabilir. Eşcinselliğe ek olarak biseksüalite bulimik hastalarda sıkken, asek-süaliteye daha çok anorektiklerde ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarında rastlanmıştır (Carlat ve ark. 1997).

Birliktelik gösteren psikiyatrik hastalık olarak majör depresyon ve anksiyete bozuklukları (Carlat ve ark. 1997) ile özellikle bulimik hastalarda madde kötü kullanımı sıklığı (Carlat ve Camargo 1991, Olivardia ve ark. 1995, Andersen ve Holman 1997). Özellikle B grubundan anti-sosyal, narsisistik ve sınırda kişilik bozukluklarına erkek bulimiklerde sık rastlanırken, anorektik hastalarda kişilik özellikleri A, B, C grubuna eşit olarak dağılmıştır (Carlat ve ark. 1997). Erkek bulimiklerde sosyal sapkınlık, impulsivite ve afektif instabilite mevcuttur (Carlat ve Camargo 1991). Tipik bir anorektik erkek; aşırı hassas, suçluluk ve yetersizlik duygularına yatkın olarak tanımlanmıştır (Steiger 1989).

Aile dinamikleri açısından baktığımızda da kadın ve erkek hastalar arasındaki benzerlik göze çarpmaktadır. Klinik yayınlarda anorektik ergen (veya pubertal) erkeklerle babası ve babasının temsil ettiği erkeksiliğin rol modeli arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir. Bazı yayınlar aşırı çelişkili ve zayıf baba-oğul ilişkilerinden bahsetse de, daha tipik olan oğlundan psikolojik anlamda uzak olan babadır. Anorektik erkeklerin babaları erkeksiliğin güçlü kültürel imajlarına (hatta belki stereotiplerine) uymaktadır ve bu, alkol kullanımı gibi erkeksiliğe eşlik eden daha olumsuz davranışları da kapsar (Hamlett ve Curry 1990). Babaların ilgi eksikliğine zıt olacak şekilde, anorektik erkeklerin anneleri klinik yayınlarda çoğunlukla "aşırı ilgili, aşırı korumacı ve aşırı bağımlı" olarak tanımlanmaktadır. Ayrılma zorlukları ve aşırı çelişkili ilişkiler içinde sınırların olmamasına dikkat çekilmiştir (Hamlett ve Curry 1990). Bulimiklerin aileleri; desteklemeyen, kaotik ve sır saklamaya eğilimli ailelerdir (Carlat ve Camargo 1991). Klinik görünüm açısından kadınlarla tek fark erkeklerin kilo verme konusunda daha az dikkatli olmaları, üretik, laksatif ve diyet tabletlerini kullanmaları ve hastalıkları sırasında daha fazla kilo oynamaları olmasıdır (Carlat ve Camargo 1991). Erkekler daha hiperaktiftir ve sporla obsesif olarak ilgilenirler (Steiger 1989, Margo 1987).

Bu olgu sunumunda bir erkek anoreksiya nervoza vakası, hastalık öyküsü ve özgeçmiş bilgileri çerçevesinde ele alınmakta ve dinamik kuramlar çerçevesinde tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

K. A., 21 yaşında, erkek, bekar. Açık Öğretim Üniversitesi İşletme Fakültesi'nde öğrenci, 1 sene önce 2 senelik Turizm Otelcilik yüksek okulundan mezun olmuş. Şu anda küçük bir şehirde ailesiyle birlikte yaşıyor ve kalorifer-su tesisatçısı olarak çalışıyor.

Kliniğimize babası refakatinde, kola bağımlılığı ve diyetinin düzeyini ayarlayamama şikayetleri ile başvurdu. Başvurduğunda ağırlığı 55 kg, boyu 1.74 m olan hasta kendini bu kilodayken biraz zayıf buluyor ve hedefini 59 kilo olup o kiloyu korumak olarak belirliyordu. Liseden mezun oluncaya kadar küçük şehirde ailesinin yanında okuyan hasta, sonra büyük bir şehre Turizm Otelcilik okumaya gitmiş. Orada yurtta kalırken çevresindeki insanların kendisinden daha zayıf olduğunu fark etmesi (1.74 m boy, 65 kg.) ve özellikle yüzünün çok şişman olduğunu düşünmesi nedeniyle diyetle başlamış. Ailesinin yanına dönünceye kadar geçen 2 yıl içinde 51 kiloya kadar düşmüş. Ailesinin yanına döndüğünde bayılması üzerine dahiliye kliniğinde yatarak organik tetkikleri yapılmış ve psikiyatriye yönlendirilmiş. Hastanede başlayan indüklenmiş kusmaları eve çıkınca da devam etmiş. Günde 3 litreye yakın kola tüketiyormuş. Ailesi ise en çok son dönemlerde artan yalancılığından, diğer aile üyeleriyle birlikte yemek yememesinden ve aşırı kola tüketiminden şikayetçiydi.

Özgeçmiş

Doğum ve ilk çocukluk dönemi: 1980 yılında, istenen ve tasarlanan bir gebelik ve komplikasyonsuz bir normal doğum sonrasında dünyaya gelmiş. Anne sütü almasını engelleyen herhangi bir durum olmamış fakat ne kadar anne sütü aldığını bilmiyor. İlk 4-5 ay zayıf bir çocuk olduğunu, daha sonra kilo aldığını ifade ediyor. Anne yoksunluğu hiç olmamış ve annesi çok fazla üzerine düşürmüş. Tuvalet eğitimi annesi tarafından 3.5-4 yaşlarında verilmiş. Mental ve motor gelişimi zamanında olmuş. 5-6 yaşında ateşli bir hastalık geçirmiş ve bu nedenle sol kulağında işitme kaybı var. Annesi hastanın çocukluk dönemini tanımlarken: "İçin için ağlayan bir çocuktuk, ağlar-ken bile gözyaşı akmazdı" diye tanımlıyor.

Okul çağı ve ergenlik dönemi: İlkokula 7 yaşında başlamış. Ayrılma güçlüğü ilk birkaç hafta sürmüş. Okuldaki arkadaşlarıyla arası iyiymiş ve

daha çok grup içinde oynanan oyunları tercih edermiş. İlkokul, ortaokul ve liseyi küçük şehirde okuyup bitirmiş. Eğitim hayatı boyunca hiç sınıfta kalmamış. O dönemde hayalinde Beden Eğitimi öğretmeni olmak varmış.

3 yıl önce Turizm Otelcilik Yüksek Okulunda okumak için büyük şehre gitmiş ve orada bir yurtta kalmaya başlamış. Özellikle ilk birkaç hafta alışma zorluğu çektiğini, bu yüzden sık sık ağladığını ve ailesini çok sık olarak aradığını söylüyor. Daha sonra oradaki hayata ve arkadaş ortamına alışmış. Hem bir otelde garsonluk yapıyor, hem de derslere giriyormuş. Bu dönemde içki içmeye başlamış. Babası ara ara gelip gittiğinde hastanın hayat tarzını görüp beğenmediği için ve özellikle de içki içmeye başladığını öğrendiği için bir süre sonra ailesinin yanına tekrar dönmesi için baskı yapmaya başlamış. Bu dönemde çok fazla sıkıntı yaşadığını, bir yandan ailesini kırmak istemediği, bir yandan da büyük şehirdeki hayatını sevdiği için bir türlü ne yapacağına karar veremediğini söylüyor. O dönem bir süredir dengede tutabildiği diyetinde kontrolü kaybedip son 2-3 ayda 51 kiloya düştüğünü söylüyor. Ailesinin yanına dönerken 2-3 ay küçük şehirde kalıp tekrar büyük şehre dönmeyi planlıyormuş fakat zamanla babasıyla daha çok iş almaya başlamışlar, derken aylar geçmiş ve bu fikirden soğumuş.

Cinsel gelişim: Cinsel konulardaki ilk bilgilerini ilkökul çağlarında arkadaşlarından almış. 8 yaşında sünnet olmuş, şaşırdığını ifade ediyor. İlk platonik aşkını 12 yaşında yaşamış. İlk masturbasyonunu lise sondayken yapmış, televizyondan öğrendiğini ifade ediyor. İlk kız arkadaşı 15-16 yaşındayken olmuş. Bu kız arkadaşıyla cinsel ilişkiye girmiş. İlk cinsel ilişkisinde her iki tarafın da korku hissettiğini, daha sonra rahatladıklarını söylüyor. Bu yaşına kadar toplam 8 tane kız arkadaşı olmuş ve hemen hepsiyle cinsel deneyim yaşamış. Şu anki kız arkadaşıyla da koitus yaşıyor ve cinselliği genel anlamda herkes için gerekli olan bir şey olarak tanımlıyor. Fakat hayatında çok da önemli bir yer kaplamadığını, olmasa da aramayacağını ekliyor.

Alışkanlıkları: Günde yarım paket sigara ve 2-3 litre kola içiyor.

Gelişimsel ve sosyal öykü

Baba 42 yaşında, üniversite mezunu ve tekniker. Şu anda hastamızla birlikte su tesisatı ve ka-

lorifercilikle uğraşıyor. Hasta babasını çocuklarıyla ilişkisi iyi olan, arkadaş canlısı, zeki biri olarak tanımlıyor. Kumar alışkanlığı var. Bu yüzden evde annesiyle babası arasında sık sık kavgalar çıkarmış. Kavgalarda çoğunlukla anne bağırır, baba susar ve ağlamış. Babası hastamıza karşı hiç sesini yükseltmezmiş. Yeme konusunda da annesi kadar zorlayıcı değil, daha yumuşak bir tarzı varmış.

Anne 39 yaşında, ortaokul mezunu ve ev hanımı. Hasta annesini otoriter, iyi kalpli, yardım sever biri olarak tanımlıyor. Aile içinde genelde kararları anne almış ve bu kararlara herkesin uymasını istemiş. Hastamız ortaokul yıllarına kadar annesinin kendisini dövdüğünü söylüyor. İsteddiği gibi davrandığında annesinin de iyi olduğunu, aksi taktirde çok baskı yaptığını ifade ediyor. Özellikle yeme konusunda çok zorlayıcı davranıyormuş.

Ağabey kendisinden 2 yaş büyük. Lise mezunu ve küçük şehirden hiç ayrılmamış. Babanın yanında çalışıyor. 3 ay önce annesinin seçtiği kapalı bir bayanla evlenmiş ve aynı evin bir diğer katında oturmaya başlamışlar. Hastanın kendisinden 2 yaş küçük, lise öğrencisi olan bir kız kardeşi var. Annesinin kız kardeşine dini konularda çok baskı yaptığını söylüyor.

Genel olarak aile ilişkilerini tanımlamasını istediğimizde şöyle diyor: " Çok sıkı, her türlü sorunumuz konuşulur. Kimsenin bir gizlisi yoktur. Özellikle akşam yemeklerinde annem hep bir arada oturmamızı ister çünkü tüm tartışmalar, konuşmalar akşam yemeklerinde yapılır. Yemekten kalkınca konu hemen kapatılır. Annemle ve babamla fikir uyuşmazlığım genelde olmaz, olsa bile onların fikirlerini (mecbur) kabul ederim. Çünkü evde huzursuzluk çıksın istemiyorum".

Fizik muayenesi ve laboratuvar bulguları

Submandibular tükürük bezleri hipertrofik. Elllerinde periferik siyanoz var ve cildi çok kuru. Tam kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri Hepatit markerları, idrar tahlili önarka akciğer grafisi ve EKG'si olağan. Endoskopisinde gastrit bulguları mevcuttu.

Psikiyatrik muayene

Kendine bakımı iyi, kıyafeti sosyoekonomik durumuyla uyumlu. Zayıf ve bitkin görünümde. Kadınsı bir izlenim bırakıyor. Görüşmecinin so-

ruklarına kısa ama yeterli cevaplar veriyor fakat soru sorulmadığı zaman konuşmuyor. Davranış ve psikomotor aktivite olağan. Bilinci açık, koopere. Yer, zaman, kişi yönelimi var. Anlık, çok yakın, yakın ve uzak bellek olağan. İstemli ve spontan dikkat olağan. Okuma ve yazma kapasitesi, görsel uzamsal yeterlilik, soyutlama, genel bilgi ve zeka düzeyi kabaca olağan. Beden algı bozukluğu var (Öyküden; kilosu normal olduğu halde kilolu olduğunu düşünmesi ve yüzünün şişman olduğunu düşünmesi). Düşünce yapısı ikincil. Akışında patoloji yok. İçeriğinde yemekle ve diyetle aşırı uğraş var. Sakin, monoton, biraz kısık sesli bir konuşma tarzı var. Duygudurumu ötimik. Duygulanımı normal aralıkta, dengeli ve uygun. Hastalığının kola bağımlılığı olduğunu düşünüyor. Bu açıdan ve diyetinin ayarlanması açısından yardım istiyor. İmpuls kontrolü 3-4 ay öncesine kadar olan tıknırcasına yemeleri dışında doğal.

Tanı ve ayırıcı tanı

Hastada bu öykü ve psikiyatrik muayeneye dayanarak anoreksiya nervoza-karma alt tip tanısını koyduk. Hastalığı ilk başta kısıtlı alt tip şeklinde başlamıştı fakat hastane tedavisi ve ailenin baskıcı tutumu sonrasında tıknırcasına yeme/çı-karma alt tipine dönüşmüştü. Son 3-4 aydır aile artık baskı yapmadığı için tekrar kısıtlı alt tipe dönüşmüştü. Tek bir kısıtlı alt tip atağının olması bile hastada bulimia nervoza tanısını ekarte ettirmektedir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, kilo kaybının eşlik edebileceği diğer psikiyatrik hastalıklara (depresyon, OKB, psikoz) ve organik patoloji ve madde kullanımına dair herhangi bir bulgu yoktur.

Sağaltım ve klinik izlem

Hasta kliniğe anoreksia nervosa ön tanısı ile yatırıldı ve ilaçsız izleme alındı. Bireysel terapilerde yeme bozukluğunun altında yatan olası nedenler konusunda içgörü kazandırılmaya çalışıldı. Özellikle ailesiyle ilişkisindeki sorunlar, ailesine karşı takındığı "herşeyi kabullenici tutum", bu tutumun altında yatan korkular, sözelleştirmekte zorlandığı öfke, aileye karşı takınabileceği daha sağlıklı bir tutum gibi konular üzerinde duruldu. Grup terapisinde çoğunlukla sessiz kaldığı ve sadece kendisine soru sorulduğunda yüzeysel ve kısa cevaplar verdiği gözlemlendi. Yatışının başında hastalık ve özgeçmiş bilgilerini almak, yatı-

şın sonunda hastalık hakkında psikoeğitim vermek amacıyla aileyle toplam 2 görüşme yapıldı. Hasta 6 haftalık yatarak tedavi sonucunda 59 kilo olarak taburcu edildi. Herhangi bir ilaç önerisinde bulunulmadı.

ANALİTİK KURAMLAR ÇERÇEVESİNDE TARTIŞMA

Hastanın aile yapısına baktığımızda aile bağlarının sıkı olduğunu ve aşırı koruyucu, çelişkiye ve değişime izin vermeyen kapalı bir ailesinin olduğunu görmekteyiz. Bu anlamda aile, dinamik yönelimli yazarların (Hamlett ve Curry 1990) girci, özel yaşam sınırlarına izin vermeyen olarak tanımladığı tipik anorektik ailesine uymaktadır. Akşam yemeklerinin hastanın ailesinde çok önemli sembolik bir anlamı vardır: Tüm ailevi konuların konuşulduğu, tüm tartışmaların yapıldığı bir ortamdır. Hasta ailesiyle oturup, tartışmalarla adeta "zehir" edilmiş bu yemeği yemeyi reddederek, gerçek anlamda karşı çıkmasına izin verilmeyen aile normlarına sembolik olarak karşı çıkıyor olabilir.

Baba, hastanın tanımıyla "arkadaş canlısı, çocuklarıyla ilişkisi iyi olan, zeki" biri olarak tanımlanmaktadır. Fakat kumar alışkanlığının olması, ailede sözünün pek geçmemesi ve tartışmalarda anne bağırırken karşısında ağlaması gibi özellikleri olması bir erkek çocuğun erken cinsiyet ve ego kimliğini geliştirebileceği iyi bir özdeşim nesnesi olmayabileceğini düşündürmektedir. Ergenlikte yeniden alevlenen Ödipal çatışma sonucunda enstest korkusuyla karşı cins ebeveyne duyulan cinsel istekler yadsınır ve bastırılır ve hem cins ebeveyne özdeşim amacıyla yönelme ihtiyacı doğar. Babanın iyi bir özdeşim nesnesi olmaması hastada cinsel rol tanımında güçlükler ve eşcinsel eğilimli olma korkusu yaratmış olabilir. Hastada muhafazakar bir yere göre erken yaşta başladığını söyleyebileceğimiz bir cinsel gelişim öyküsü ve zaman zaman çoklu cinsel partner seçiminin olması bu eşcinsel eğilimli olma korkusuna kompensatuar heteroseksüel ilgi ve davranışı açıklıyor olabilir.

Anne; "otoriter, yardımsever, iyi kalpli", istediği gibi davranıldığında iyi, aksi takdirde baskıcı biri olarak tanımlanmaktadır. Öyküden alındığı kadarıyla annenin ailede otorite figürü rolü oynadığını görmekteyiz. Annenin istediği şey yapıldığında iyi, yapılmadığında baskıcı bir

tutum sergilemesi hastada "yalancı kendilik" gelişmesine neden olmuş olabilir. Annenin hastamızı "ağlarken bile gözyaşı akmayan bir çocuk" olarak tanımlaması bu anlamda ilginçtir. Annenin hastamızı ortaokul çağına kadar sık sık dövmesi de özellikle empatik aynalama eksikliğini yansıtır ve bu nedenle kendilik bütünlüğünün tam gelişemediği anlamına geliyor olabilir.

Annenin genel tutumunun tüm aile bireyleri için katı aile normlarını uygulamaya çalışan ve büyüme ve bireyselleşmeye izin vermeyen bir tutum olduğunu söyleyebiliriz. Hastanın "mecbur, annemin istediğini yaparım" sözünü çok sık kullanması da annenin bu tutumunu yansıtır gibi durmaktadır. Hasta aileyi bırakarak başka bir şehre giden, yani bir anlamda ayrılma-bireyleşme için ailede ilk adımı atan kişidir. İlkokula başladığı ilk dönemde yaşadığı ayrılma anksiyetesinin benzerini büyük şehre gidince de yaşaması, ilk birkaç hafta zorluk çekip sık sık ağlayıp devamlı ailesini araması da bu ayrılma güçlüğünü gösteriyor olabilir. Hasta zamanla bir arkadaş çevresi edinmiş ve oradaki yaşam tarzı hoşuna gitmeye başlamıştır. Hastanın öyküsünden diyet yapmaya bu dönemde başladığını öğrenmekteyiz. Bu durumda hasta geç de olsa yaşadığı anneden ayrılma-bireyselleşme aşamasında vücudunu bir geçiş nesnesi olarak kullanmış, hayatında kontrol edebildiği tek araç olarak gördüğü bedenini kullanarak anneden bağımsızlık isteğini dile getirmiş olabilir. Bunun tam tersi bir yorumla da hasta anneden ayrılmak ve bireyselleşmekten korktuğu için aşırı kilo kaybıyla annesinin bakımına muhtaç hale gelmeye çalışmış, bu yolla açlık ve yeme ihtiyacının sevgiyle eş anlama geldiği infantil döneme gerileyerek annesinin sevgisini çağırması ve fiziksel büyüme reddetmiş olabilir.

Hastanın adeta bütünleşmiş olduğu annesinden ayrılarak büyük şehre gitmesi ve oradaki yaşıt erkeklerle kendini karşılaştırması sonucunda babayla olan özdeşim eksikliği sonucunda ortaya çıkan bilinçdışı cinsel rol karmaşası alevlenmiş olabilir. Hasta daha erkeksi bir rol için duyulan suçlulukla diyet yapmaya başlamış, açlık yoluyla içindeki anneyi öldürmek ve vücudundaki kadını yağlardan kurtulmak amacı taşımış olabilir. Ailesinin yanına dönüşte annesinin onu tekrar yemeye zorlaması ve bu konuda baskı yapması, hastadaki anneye karşı duyduğu oral-sadistik duyguları alevlendirmiş olabilir. "Zehir edilmiş yemekle" erken çocukluk dönemindeki anne öz-

deşimi birleştirilmiş ve oral-sadistik duyguların etkisiyle de tıknma-çıkarma epizodları ile anne tasarımı üzerinde tam bir kontrol sağlanmış olabilir. Bu anlamda hastanın yemek reddi, aşırı koruyucu-kollayıcı ve bağımsızlığa-bireyselleşmeye izin vermeyen annenin reddi anlamına geliyor olabilir.

Kültürel anlamda bakıldığında hastanın küçük bir şehirden büyük bir şehre göç etmesi, yeme bozukluğunun başlamasında tetikleyici bir etken olabilir. Hasta yaklaşık 6 ay kadar büyük şehre ve oradaki ortama uyum sağlamaya çalışmış, bu süreç içinde çevresindeki arkadaşlarının kendisinden daha zayıf olduğunu fark etmiş ve diyet yapmaya başlamıştır. Kilo verdikçe yeni hayat

tarzına alışmıştır. Bu durumda yemek reddi aile değerlerinden kopuş, geçiş süreci ve yeni bir kültüre uyum sağlama çabaları sırasında ortaya çıkan sıkıntılarla başa çıkmanın maladaptif bir yolu olabilir. Fiziksel kendiliğini mükemmelleştirme girişimi izolasyon ve önyargılarla başa çıkma yöntemi gibi gözükmektedir.

Hastayla yapılan terapilerde özellikle ayrılma-bireyleşme çabası, bu aşamada yaşadığı güçlükler ele alındı. Özellikle bu çaba içinde bir geçiş nesnesi olarak kullandığı bedeni yerine daha uyuma yönelik ve sağlıklı başa çıkma yöntemleri geliştirmesine çalışıldı. Hastanın bundan sonraki tedavisinin de bu yönde ele alınmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Andersen AE, Holman JE (1997) Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull*, 33: 391-397.
- Carlat DJ, Camargo CA (1991) Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry*, 148: 831-843.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB (1997) Eating disorders in males: A report on 135 Patients. *Am J Psychiatry*, 154: 1127-1132.
- Hamlett KW, Curry JF (1990) Anorexia nervosa in adolescent males: A review and case study. *Child Psychiatry Hum Dev*, 21: 79-94.

- Herzog DB, Norman DK, Gordon C ve ark. (1984) Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry*, 141: 989-990.
- Margo JL (1987) Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients. *Br J Psychiatry*, 151: 80-83.
- Olivardia R, Harrison GP, Mangweth B ve ark. (1995) Eating disorders in college man. *Am J Psychiatry*, 152: 1279-1285.
- Steiger H (1989) Anorexia nervosa and bulimia in males: Lessons from a low-risk population. *Can J Psychiatry*, 34: 419-424.
- Ziesat HA, Ferguson JM (1984) Outpatient treatment of primary anorexia nervosa in adult males. *J Clin Psychol*, 40: 680-690.