

# Anoreksiya Nervozaya Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu<sup>#</sup>

Burhanettin KAYA\*, Duygu YİĞİTTÜRK\*\*, H. Dilek YALVAÇ\*\*

### ÖZET

Anoreksiya Nervozaya (AN) uzun yıllardır tanınan bir bozukluk olmasına karşın, son yıllarda daha çok araştırılmaya ve dikkatleri üzerinde toplamaya başlamıştır. Kadınlarda yüksek oranda görülmesi, ergenlik döneminde başlaması, aile içi çatışmaların bozukluğun oluşmasındaki rolü ve ailesel yüklülük etiyojijiye yönelik tartışmaları arttırmaktadır. AN'nin nörobiyolojik temelleri, davranış genetiği, aile dinamikleri, sosyo-kültürel özellikler, psiko-seksüel gelişim ve bilişsel-davranışçı temeller ile ilgili daha fazla araştırmaya gereksinim olduğunu açıklar. Küreselleşmenin insan bedeninde ve ruhunda yarattığı değişimler yeme bozukluklarının, salt yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanların değil, tüm sosyoekonomik ve kültürel katmanları ilgilendiren bir sorun haline gelmesini sağlamıştır. Bu yazıda farklı klinik özellikler ve bilişsel özellikler sergileyen iki kız kardeş AN olgusu kaynaklar çerçevesinde tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Anoreksiya nervozaya, bulimiya nervozaya, bilişsel-davranışçı yaklaşım, bilgi işleme, aile, kız kardeş.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:56-61

### SUMMARY

#### Two Sisters with Anorexia Nervosa: Case Report

Although anorexia nervosa (AN) has been known for years, it has been started to be more researched and more paid attention for recent years. High proportion at women, beginning at the age of

adolescence, the role of family conflict in forming disorder, and familial loading have been increased discussion devoted to etiology. It is cleared that AN is needed more research about basis of neurobiology, the behavioral genetic, the family dynamics, socio-cultural characteristics, psychosexual development and cognitive-behavioral aspects. The effects of globalization on human body and psyche caused the eating problems are become widespread, not only in high socioeconomic level, but also all socioeconomic and cultural levels. In this article, two sisters of AN cases showing different clinic features has been discussed in the light of literature.

**Key Words:** Anorexia nervosa, bulimia nervosa, cognitive-behavioral approaches, information processing, family, sister.

### GİRİŞ

Yeme bozukluklarının genel olarak batı ülkelerinde görüldüğüne inanılmakla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalar diğer toplumlarda da yaygın olarak görülen ve sıklığı giderek artan bozukluklar olduğunu göstermiştir. Bu bozukluklar içinde bulimia nervozanın (BN) artma eğiliminin anoreksiya nervozaya (AN) göre daha yüksek olduğu, AN'nin görel olarak daha stabil olduğu belirtilmektedir (Yasuhara ve ark. 2002). Anoreksiya nervozaya son yıllarda daha çok araştırılan ve tartışılan bir ruhsal bozukluk haline gelmiştir. Ülkemizde de yeme bozukluklarının daha çok tanınması ve araştırılması tanı konulan olgu sayısını giderek arttırmaktadır (Gürdal 1999). Anoreksiya Nervozaya (AN) kadınlarda daha sık görülmektedir. Ergen ve genç kadınlardaki yaygınlığı

\* Yrd. Doç. Dr., \*\*Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, MALATYA

# 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (22-27 Ekim 2002) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

%1-4 oranında değişmektedir (APA 1993). Orta ve yüksek sosyoekonomik grupta daha çok rastlanıldığı öne sürülmekle birlikte, bu varsayım giderek tartışılır hale gelmiştir (Gürdal 1999). İnce beden yapısının idealleştirilmesi batı toplumlarında AN gelişmesine öncülük eden olası temel etkenlerden biri olarak görülmekte, sosyo-kültürel değişmelerin batı ve Amerikan toplumlarında yeme bozukluğu sıklığının artışına kaynaklık ettiği düşünülmektedir (Miller ve Pumariega 2001). Batı toplumlarında sık olduğuna dair var olan inanış, kadının cinsiyet rolü, fiziksel görünümüne verilen önem, zayıf olmanın ideal bir beden imgesi olarak sunulması, toplumsal başarı elde etmede kadınsı özelliklerin ve cinsel çekiciliğin bir araç haline gelmesi, insan bedeninin bir meta haline dönüşmesi ve yabancılaşma gibi değişkenlerle ilişkili görülmektedir (Kuğu ve ark. 2002). Küreselleşme süreci ile birlikte bu ideal beden imgelerinin de "küreselleşmesi" yeme bozukluklarının bir dünya sorunu haline gelmesini, salt yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanların değil tüm sosyoekonomik ve kültürel katmanların sorunu haline dönüşmesini sağlamaktadır. Bu yanı sıra yeme bozuklukları sosyo-kültürel değişimin insan ruhunda ve bedeninde yarattığı etkinin, psikopatolojik bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Japonya'da büyük ölçekli bir çalışmada 1980 ile 1993 arasında yavaş bir artış gösteren yeme bozukluklarının 1993'ten sonra belirgin bir yükselişe geçtiğini ve batı toplumları ile aynı yaygınlık oranlarına ulaştığını bildirmiştir. AN yaygınlığının dört kat arttığı, BN'deki artışın ise daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yasuhara ve ark. 2002). Ülkemizde 952 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu yaygınlığı %2.2 bulunurken, bunların içinde AN olgusunun görülmediği, büyük çoğunluğunu BN olgularının oluşturduğu bildirilmiştir (Kuğu ve ark. 2002). Bu bulgu yeme bozukluklarında görülen artışın daha çok BN'de olduğunu göstermekle birlikte, AN'nin BN'ye göre daha karmaşık ve çok etkenli bir etiyolojik kökene sahip olduğunu da düşündürmektedir.

AN olgularının kız kardeşlerinde de AN riskinin arttığı bilinmektedir. AN olgularının anorektik olmayan kardeşlerinde daha fazla ana-baba kontrolü olduğu, her ikisinin de ana-baba ilişkisinde doyumsuzluk yaşadıkları, kardeşler arasında karşıtlık ve kıskançlığın daha fazla olduğu bildirilmiştir (Murphy ve ark. 2000, Iniewicz ve ark. 2002). AN'li olguların sağlıklı kardeşlerine göre daha fazla cinsel kötüye kullanıma maruz kaldıkları, ana baba beklentilerinin

daha yüksek olduğu, daha fazla kişisel duyarlılık gösterdikleri saptanmıştır (Karwautz ve ark. 2001, Kuğu ve ark. 2002). "Diyet" in değil, çocukluk döneminde kötü beslenmenin baskın bir risk etkeni olduğu belirtilmiştir. Anorektikler olumsuz beden imajı göstermelerine karşın, anorektik olmayan kardeşlerinin pozitif beden imajı gösterdiklerini bildiren çalışmalar da vardır. Annelerin beden imajı ile ilgili olarak kurdukları iletişimin anorektik çocuklara negatif olarak yansıdığı düşünülmüştür. Anoreksiya nervozanın oluşumu ve sürmesinde bilgi işleme süreçlerinin ne denli önemli olduğunu düşündüren tüm bu bilgiler AN'nin nörobiyolojik temelleri, davranış genetiği, aile dinamikleri, sosyo-kültürel özellikler, psiko-seksüel gelişim ve bilişsel-davranışçı temeller ile ilgili daha fazla araştırmaya gereksinim olduğunu göstermektedir (Murphy ve ark. 2000).

AN'de beden algısında bozukluk olduğu yaygın kabul gören bir görüştür. Bazı yazarlar beden algısı bozukluğunun patognomonik olmadığını ileri sürerken, bazı yazarlar ise temel belirleyici olduğunu, beden algısında bozukluk aracılığıyla eşik altı olguların da tanımlanabileceğini öne sürmüşlerdir (Kuruoğlu ve Arıkan 1995). Beden algısının AN tanısındaki işlevine yönelik bu tartışmalar da bozukluğun bilişsel temellerine dikkatleri yöneltmektedir.

Bu yazıda anoreksiya nervoza tanısı konan, bozukluğun ardışık olarak başladığı, farklı klinik özellikler gösteren ve kız kardeş olan iki olgu sunulmuş ve kaynaklar çerçevesinde tartışılmıştır.

#### OLGU 1

Bayan P.F. 19 yaşında. Lise mezunu. Bekar. Herhangi bir işte çalışmıyor. 6 çocuklu ailenin ikinci çocuğu.

Psikiyatri polikliniğine "yemek yememe" ile başvuran Bayan P yakınmalarının ortaokul üçüncü sınıfta başladığını belirtiyor. İlk olarak kendisini kilolu hissetmeye ve rejim yapmaya başlamış. Başkaları kendisini kilolu görmedikleri halde o kendisinin aşırı kilolu olduğunu düşünüyormuş. Fakat bu dönemde tartılmadığını ve kilosunu kontrol etmediğini söylüyor. Bu uğraşısı zamanla artmış. Kilo kaybı olmuş ve süreç içinde 46 kiloya kadar inmiş. Adet düzensizliği başlamış ve ardından adet kesilmiş. Zayıf kalabilmek için sürekli olarak ip atlıyor ve koşuyormuş. Hem yediği miktar, hem de öğün sayısı azalmış. Bu yakınmaları artarak lise üçüncü sınıfa dek sürmüş. Lise 3. sınıfta iken yemeklere yönelik aşırı tiksinti başlamış. Buna bağlı bulantı ve kusmaları oluyormuş.

Aynı dönemlerde kaşlarıyla uğraştığını ve kaşlarının da dökülmeye başladığını belirtiyor. Önce kaş dökülmesi nedeniyle bir doktora başvurmuş. Başvurduğu hekimlerin önerisiyle ailesi psikiyatriste götürmüştü. Fluoksetin kullanması önerilmiş. İki hafta kullandıktan sonra doktorunun önerisiyle Ankara Numune Hastanesi'ne başvurmuş. Burada dokuz gün yatarak tedavi görmüş. Bu süreçte yakınmalarında belirgin bir değişiklik olmadığını, şişman olduğunu düşünme, kilo alma korkusu ve zayıf kalma çabalarının devam ettiğini, zaman zaman kusma nöbetlerinin ve laksatif kullanımının olduğunu söylüyor. Taburcu olduktan kısa bir süre sonra iştahsızlığı yeniden başlamış ve kilo kaybı devam etmiş. Hastaneden taburcu olabilmek için zorla da olsa yemek yediğini, çıktıktan sonra yeniden yemek yemeyi bıraktığını belirtiyor. Çoğunlukla yemeğini tabağında bırakıyor ve tüm ısrarlara karşın yemiyor.

Bayan P kendisini insanları kırmaktan ve üzmetmekten korkan biri olarak tanımlıyor. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük, çiftçilik ile geçinen, geleneksel özelliklere sahip bir ailenin altı çocuğunun ikincisi. Ev içinde genellikle yoğun tartışma ve sorunlar olduğunu belirtiyor. Anne ile daha iyi anlaşılıyor. Babanın baskıcı, sinirli, çabuk kızan ve özellikle yemek yemesi konusunda aşırı baskı yapan biri olduğunu ifade ediyor. Spor ya da sosyal etkinliklere katılmasına izin vermiyor. Evde kardeşi ve daha yoğun biçimde de anorektik olan E ile sürekli tartıştıklarını ve anlaşamadıklarını, aralarında hiç bitmeyecek bir rekabet olduğunu, E'nin kendisini kışkırttığını söylüyor. Dini konularla çok fazla ilgilenmediğini belirtiyor. Okul döneminde yaşadığı önemli bir sorun yok. Arkadaşlık ilişkilerinin iyi olduğunu ve uyumlu olduğunu belirtiyor.

Ruhsal Gözleminde; yaşına göre bedensel gelişimi orta. Yaşında gösteriyor. Giyimi sosyo ekonomik durumuna uygun. Dışa vuran davranışlarında özellik yok. Konuşma akıcı ve anlaşılır. Ses tonu ve anlatımında her hangi bir özellik yok. Anlatımı kendiliğinden. Görüşmeci ile bağlantı kurma biçimi yeterli ve işbirliği kuruyor. Duygulanımı normal. Düşünce süresi normal. İçeriğinde kilo alma ve şişmanlamaya ilişkin düşünceleri var. Düşünce bozukluğu ve algı bozukluğu gözlenmedi. Soyut düşünce ve diğer bilişsel yetiler normal. Hastalığının farkında. Bunun sorumluluğunu başkalarına ve dış etkenlere bağlıyor.

Ailesinin isteği ile polikliniğimize başvuran Bayan P, DSM-IV tanı ölçütlerine göre Anoreksiya nervoza-

kısıtlayıcı tip ön tanısı konarak kliniğe yatırıldı. Tedavi'de ilaç olarak fluoksetin başlandı. Uyku sorunları için mirtazapin eklendi. Bilişsel-davranışçı tedavi programına alındı. Tedavi sonunda 50 kg'a ulaşan ve yeme davranışında belirgin düzelme gözlenen hasta ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi. 7-15 günlük aralıklarla sürdürülen kontrol görüşmeleri ile bilişsel davranışçı tedavi sürdürüldü. Şişmanlık ile ilgili düşüncelerinde ve kilo alma korkularında belirgin azalma gözlemlendi. Son kontrol görüşmesinde belirgin bir yakınması olmayan ve 55 kg olan hasta diyet programına kısmen uyduğunu belirtmekteydi.

Hastamızda anoreksiya yakınmaları ile eş zamanlı başlayan kaş yolma davranışı mevcuttu. Farkında olmadan kaşları ile oynadığını ve kaşlarının döküldüğünü, bunu engelleyemediğini belirtti. Bu belirtiler "trikotilomani"nin DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamıyordu.

## OLGU 2

Bayan E.F. 18 yaşında. Lise 3. sınıf öğrencisi. Bekar. Herhangi bir işte çalışmıyor. Ailenin üçüncü çocuğu.

Yemek yememe ve ileri derecede zayıflık yakınmaları ile başvurdu. Zayıf olsa da kendisini sağlıklı hissettiğini ve tedaviye gereksiniminin olmadığını düşünen hasta ailesinin ısrarı ile başvurduğunu belirtti. Yakınmaları başvurudan yaklaşık bir yıl önce başlamış. Yemeğe oturduğunda iki kaşık yiyor ve bırakıyormuş. Mide bulantısının olduğunu, aklına kusma düşüncesinin geldiğini ve yemek masasından hemen kalktığını söylüyor. Yediği miktarın dışında öğün sayısı da azalmış. Bazı öğünlerde sadece su içtiği oluyormuş. Çok yediğinde karnının ağrıyacağını düşünüyor, az yerse kendini daha rahat hissediyormuş. Özellikle yağlı yiyecekleri kusacağı korkusuyla yemiyormuş. Bu dönemlerde yiyeceklerden de tiksinemeye başlamış. 7 aylık bir dönemde 55 kg'dan 38 kiloya düşmüş. Kardeşinin hastalığından etkilendiğini ve yeme isteğini kaybettiğini belirtiyor. Kardeşinin hastalığından dolayı gördüğü ilgiyi kışkırttığını, eğer yemezse kendisinin de ilgi göreceğini düşündüğünü ifade ediyor. Hastamız kendisini şişman hissetmediğini ve kilo alma korkusu yaşamadığını belirtiyor. Kilo almanın büyümek ve "kadın" olmak anlamına geldiğini ve bunu istemediği için yemek yemediğini söylüyor. Büyümenin kalçaların büyümesi ve kadın olmak anlamına geldiğini, bunun kendisini korkuttuğunu söylüyor. Cinsellik ve doğum yapmak ile ilgili korkularının olduğundan söz ediyor. Cinsel ilişkinin ve

doğurmanın parçalanma ve kanama ile ilgili düşünceleri aklına getirdiğini, bunun sonucunda çok acı çekeceğini düşündüğünü ifade ediyor. Arkadaşlarının sezaryen ameliyatı ile ilgili anlatımlarından rahatsızlık duyuyormuş. Hamile kadınların hallerine çok üzülüyor ve onlar gibi olmaktan korkuyormuş. "Aç kalırsam büyümem, büyümezsem evlenmem, evlenmezsem hamile kalmam" diye düşünüyor. Çocuk kalmayı ve sorumluluk almamayı istiyor. Ayrıca dinsel korkuların da kendisini etkilediğini belirtiyor. Çevresindekilerin namaz kılmazsa öbür dünyada sıcak sacın üzerinde kılınacağını söylediklerini, bu nedenle çocuk kalmak istediğini ifade ediyor. Aşırı hareketliliğinin olduğunu, sürekli olarak ip atlama biçiminde egzersiz yaptığını belirten hasta, zaman zaman diüretik ve laksatif kullanımı olduğunu aktarıyor. Bir yıla yakın bir süredir adet görmüyor.

Bayan E kendisini yalancı sevmeyen, açık sözlü, uyumlu ve alıngan biri olarak tanımlıyor. Verilen "emir"lerden yalnızca işine gelenleri yaptığını ifade ediyor. Annesinin koruyucu kollayıcı bir insan olduğunu belirtiyor. Kendisini annesine daha çok bağlı hisseder ve onunla daha iyi anlaşmış. P'nin hastalığı başladığında anne ve babasının tüm ilgisinin ona yöneldiğini, kendisi ve diğer kardeşiyle ilgilenmediklerini, buna sinirlendiğini ifade ediyor. Babasıyla sorunlarını nadiren konuşmuş. Bayan E de kardeşi P ile sürekli tartıştıklarını, anlamadıklarını ve aynı evde yaşamalarının güç olduğunu ifade ediyor. Dine çok bağlı olduğunu ve dinsel konularla daha çok ilgilendiğini söylüyor. Tedaviden ne beklediği sorulduğunda, iyileşmeyi ve korkularını yenmeyi istediğini belirtti.

Ruhsal gözleminde; Yaşına göre bedensel gelişimi geri, yaşından küçük gösteriyor. Hafif derecede kambur bir duruşu var. Yüz görünümü sade. Giyimi kültürel özelliklerini yansıtıyor. Yavaş yürüyor. Dışa vuran davranışları sakin. Konuşma yavaş ve değişen tonda. Anlatımı kendiliğinden. Görüşmeci ile bağlantı kurma çabası iyi ve işbirliği kuruyor. Duygulanımı sıkıntılı. Duygu dışavurumu genellikle bastırılmış. Düşünce süreci normal. İçeriğinde kadın olmak, cinsellikle ve büyümek ile ilgili düşünceleri var. Düşünce bozukluğu yok. Algı bozukluğu yok. Soyut düşünce normal. Dikkatinde hafif derecede bir bozukluk var. Diğer bilişsel yetilerinde özellik yok. Hastalığını tümünden reddediyor.

Anoreksiya nervoza-kısıtlayıcı tip ön tanısı ile servise yatırılan hastaya klomipramin başlandı. Bilişsel-

davranışçı tedavi programına alındı. Servise yatırıldığında 37 kg olan hastamızda kardiyak ritm bozukluğu ve bradikardinin ortaya çıkması nedeniyle Kardiyoloji yoğun bakım servisine transfer edildi. 3 gün boyunca yoğun bakımda kalan ve ritm bozukluğu düzelen hasta psikiyatri servisine alınarak tedavi sürdürüldü. Klomipramin kesildi ve fluoksetin başlandı. İlaça bağlı oluşan uykusuzluktan yakınması nedeniyle fluoksetin de kesilerek mirtazapin başlandı. Tedaviye uyum sağlamayan ve tedavi ekibiyle yeterli ilişki kurmayan hasta, ailenin de hastane ücretlerini daha fazla karşılayamaması nedeniyle taburcu edilerek ayaktan izleme alındı. Taburcu olduğunda 42 kg olan hastanın yakınmalarında kısmi düzelme olduğu gözlemlendi. Kontrol görüşmelerinde eskisi kadar yoğun olmasa da egzersiz yapmaya devam ettiği ve önerilen diyet programına kısmen uyduğu öğrenildi. Bir haftalık aralıklarla kontrol görüşmelerine gelen Bayan E'nin bilişsel davranışçı tedavisi sürdürülmektedir.

Her iki olgunun aile işlevleri "Aile Değerlendirme Ölçeği" ile değerlendirildi (Bulut 1990). Anne "gerekli ilgiyi gösterme" alt ölçeğini sağlıklı olarak değerlendirirken, "problem çözme", "iletişim", "roller", "duygusal tepki verme", "davranış kontrolü" ve "genel işlevler"i sağlıklı olarak değerlendiriyordu. Baba ailedeki tüm işlevleri sağlıklı olarak değerlendirmişti. Bayan E "roller" dışındaki aile işlevlerini sağlıklı olarak değerlendirirken, "roller"de sağlıksızlığa doğru bir gidiş olduğu dikkat çekiyordu. Abla ise "gerekli ilgiyi gösterme" dışında tüm işlevleri sağlıklı olarak değerlendiriyordu. Bayan P ise "duygusal tepki verme" dışında tüm işlevleri sağlıklı olarak değerlendirirken, "duygusal tepki verme"de sağlıksızlığa doğru bir gidiş tanımlıyordu.

#### TARTIŞMA

AN'nin batı toplumlarında da giderek yaygınlaşması etiyolojiye dönük tartışmalara hız kazandıracak, biyolojik alandan sosyo-kültürel alana doğru giden bir yön değişimine öncülük edecek gibi görünmektedir. AN'de biyolojik indirgemeci eğilimin karşısına diyalektik bir perspektifte algılanması gereken biyopsikososyal yaklaşımın konması gerekliliği giderek kendini daha fazla göstermektedir. Japonya'da 10505 yeme bozukluğu olgusunu kapsayan epidemiyolojik araştırmanın bulguları, yeme bozukluklarında görülen artışın Japon toplumsal sistemindeki hızlı değişimlerin, batılılaşma ve endüstrileşmede gözlenen artış, buna bağlı olarak aile yapısında görülen çözülme, sosyal destek sistemlerindeki yetersizlik ve

Japon ahlak sistemindeki değişimler ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Yasuhara ve ark. 2002). Bu gelişme AN'nin düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler ya da topluluklarda görülme sıklığını artırmaktadır. Bizim olgularımız da düşük sosyoekonomik düzeye sahip kırsal kesimde yaşamını sürdüren bireylerdir. Diğer önemli bir bulgu da AN'nin BN'ye göre daha küçük yaşlarda görülmesine rağmen her iki alt grupta da 20 ve üstü yaşlardaki olgularda hastalık sürelerinin uzun olmasıdır. Bu da kronikleşmeye vurgu yapmakta, kronikleşme ile psikososyal etkenlerin sürekliliği arasındaki ilişkiye dikkati çekmektedir.

Anoreksiya nervozanın tanısı konusunda klinisyenler arasında büyük bir görüş ayrılığı olmamasına karşın etiyojoloji ve tedaviye ilişkin tartışmalar sürmektedir (Gürdal 1999). Etiyojolojide psikopatolojik tezler ve sosyokültürel açıklamalar giderek önem kazanmaktadır. Bunun yanında genetik çalışmalar da etiyojolojik tartışmalara ışık tutmaya başlamıştır. Bizim olgularımızda aile içi sorunların olması, ana-baba tutumlarındaki koruyuculuk ve kollayıcılık, bunun yanında yeme davranışına yönelik müdahale ve sürdürülen kontrol ile ilgili bulgular aile dinamiklerine dikkati çekmektedir. Aile içi dinamiklere bağlı olarak ayrışma, bireyleşme ve otonomi kazanma sürecindeki yetersizlik, büyümeye, kadın olmaya, cinselliğe, gebe kalmaya ilişkin korkuların ve erişkin sorumluluğunu almama çabasının gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir. Ana baba tutumlarının beden imajı, cinsellik ve kadın olma ile ilgili işlevsel olmayan inançların oluşmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir. Özellikle 2. olguda çevreden edinilen bilgiler sonucu yanlış öğrenmelerin bozukluğun oluşması ve sürmesinde etkili olduğu düşünülebilir. Kardeşler arasındaki rekabetin, buna bağlı olarak ana baba tutumlarındaki tutarsızlığın anorektik olmayan kardeşte de bozukluğun başlamasını tetiklediği, ayrıca kızgınlık, baskı ve aşırı kontrol gibi olumsuz nitelikte de olsa gösterilen ilginin zayıf kalma çabalarının pekiştirdiği akla gelmektedir. Olgularımızda dikkat çeken, benzer psiko-sosyal süreçler yaşanmasına, benzer belirtiler ortaya çıkmasına karşın farklı bilgi işleme süreçlerinin varlığı ve buna bağlı farklı klinik özelliklerin görülmesidir. Her iki kardeşin tutum ve davranışları, dinsel eğilimleri ve ev içi ortamı değerlendirme biçimlerindeki farklılıklar, çarpık algılama ve yorumlamalarda gözlenen farklılıkları açıklayabilir.

Aile işlevlerini değerlendirmede baba dışında ailedeki

diğer bireyler bazı alt ölçeklerde sağlıklı değerlendirilmelerde bulunmuşlardır. Bayan P "duygusal tepki verme"de sağlıksızlık tanımlarken Bayan E ise daha çok aile içi "roller"i sağlıksız olarak algılamıştır. Bu bulgu da anne-babanın çocukları "sahiplenme" biçimlerinin ve tutumlarındaki tutarsızlığın yansıması olarak değerlendirilebilir. Anne ve abla da "gereken ilgiyi gösterme"de sağlıksızlık tanımlayarak bir anlamda gösterilen ve algılanan ilgi farklılığına işaret etmişlerdir.

AN'nin oluşumunda kontrol kaybı ile ilgili temel inançların önemli bir rolünün olduğu, bu inançların kontrolü sağlamak amacıyla bireyin bedenine yönelmesi ve onu kontrol etmeye çabalaması biçiminde bir sonuç doğurduğu, buna bağlı yeme davranışının değiştiği öne sürülmektedir (Fairburn ve ark. 1998). AN'nin sürekliliği yemek yemeyi aşırı biçimde kontrol etmeye duyulan gereksinim ile ilişkili görünmektedir. Başlangıçta bu "self-kontrolünü" sağlamak için gerekli gibi görünmektedir. Temelde varolan yetersizlik ve mükemmellik temel fiziksel süreçlerin bir yansımasıdır (Fairburn ve Cooper 1998). Kontrol etme ve mükemmellik gibi temel çarpıtmalar bilgi işleme sürecinin önemli unsurları olmakta, aile içi dinamikleri de etkileyen bilişsel alt yapıyı oluşturmaktadır.

Olumsuz beden algısının negatif duygudurum ile ilişkili olduğu da belirtilmiştir. Tüm bunlar hatalı bilgi işleme süreçlerini tetikleyen öğeler olmaktadır. Diğer bir özellik ise beden biçimi ve kilo alma ile ilgili aşırı uyarılmışlığa bağlı abartılı algılamaların ve hatalı yorumların varlığıdır. Ağırılık, yeme ve beden görünümü ile ilgili işlevsel olmayan bu tutum ve çarpık algılamaların "düşünce ile görünümün kaynaşması"nın (thought-shape fusion) bir sonucu olduğu belirtilmektedir (Radomsky ve ark. 2002).

Sonuç olarak, sosyo-kültürel etkenlerin doğrudan ve özgün biçimlerde yansıdığı, toplumun en küçük ekonomik birimi olan ailenin dinamiklerindeki değişimler bireylerin bilgi işleme süreçlerini etkilemekte, bilgiyi farklı işlemelerini sağlamakta, bunun sonucunda farklı klinik özellikler gösteren "aynı" psikopatolojinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Bizim olgularımızda anne ve babanın çocukları sahiplenmedeki farklılıkları, buna bağlı olarak kardeşler arasındaki rekabetin farklı alışkanlıklar ve davranış biçimleri geliştirdiğini görebiliriz.

Şişmanlama korkusunun ve beden algısındaki bozuk-

luğun değil, bu otomatik düşünceleri açığa çıkararak temel bilişsel yapının ve hatalı bilgi işleme süreçlerinin tanınması değerinin daha yüksek olduğu, bu bilişsel temelin her zaman kendisini beden algısında bozukluk ya da kilo alma korkusu olarak göstermeyeceği temelsiz bir iddia sayılmamalıdır. Bunun yanında endüstrileşme ve batılılaşmaya bağlı olarak ortaya çıkan "imgelerin küreselleşmesi"nin, hatalı bilgi işleniminin ve bilişsel çarpıtmaların gelişiminin önemli öğeleri olmayı sürdüreceği de düşünülmelidir. Yeme

bozukluklarının, özellikle AN'nin bir geçiş toplumu bozukluğu olduğu, kültürel değişimin orta yerinde duran krizin insan bedeninde izlenen bir yansıması olduğu ya da özgün bir beden etkinliğine dönüştüğü düşünüldüğünde, genetik ve nörobiyolojik temelleri yanında, ailesel, ruhsal ve sosyo-kültürel yönleri, bilişsel-davranışçı temelleri açısından iyi anlaşılması ve araştırılmayı hak ettiği görülmektedir. Bu konuda daha geniş olgu serilerine ve kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu açıktır.

### KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1993) Practice guidelines for eating disorders. *Am J Psychiatry*, 150:208-228.
- Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara, Özgüzel Matbaası.
- Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z (1999) A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 37:1-13.
- Gürdal (1999) Yeme bozuklukları ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9:21-27.
- Iniewicz G, Jozefik B, Namys I ve ark. (2002) Assessments of family relations by the patients suffering from anorexia nervosa-part II. *Psychiatri Polska*, 36:65-81.
- Karwautz A, Rabe-Hesketh S, Hu X ve ark. (2001) Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister. *Psychol Med*, 31:317-329.
- Kuğu N, Akyüz G, Doğan O ve ark. (2002) Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması. *3P Dergisi*, 10:255-266.
- Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z (1995) Yeme bozukluklarında genel bir gözden geçiri. *3P Dergisi*, 3:7-22.
- Miller MN, Pumariega AJ (2001) Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64:93-110.
- Murphy F, Troop NA, Treasure JL (2000) Differential environmental factors in anorexia nervosa: a sibling pair study. *Br J Clin Psychol*, 39:193-203.
- Radomsky AS, de Silva P, Todd G ve ark. (2002) Thought-shape fusion in anorexia nervosa: an experimental investigation. *Behav Res Ther*, 40:1169-1177.
- Yasuhara P, Homan N, Nagai N ve ark. (2002) A significant nationwide increase in the prevalence of eating disorder in Japan. 1998-year survey. *International Congress Series*, 1241:297-301.