

# Anoreksiya Nervoza Tanılı Bir Ergenin Tedavisinde Yaşanan Güçlükler

Merve Aktaş Terzioğlu<sup>1</sup>, Gülfiyar Sözeri Varma<sup>2</sup>, Tuğçe Toker Uğurlu<sup>3</sup>, Osman Özdel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr., Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Denizli, Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., <sup>3</sup>Dr.Öğr. Üyesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

**Yazışma Adresi:** Merve Aktaş Terzioğlu, Denizli Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniği, Denizli / Türkiye

**Telefon:** 0 258 263 93 11

**Faks:** 0 258 261 92 06

**E-mail:** merveaktasterzioglu@gmail.com

Geliş tarihi: 21 Haziran 2018

Kabul tarihi: 07 Ocak 2019

## ÖZ

Anoreksiya Nervoza (AN) yeme davranışında ciddi bir bozulma ile karakterize olup mortalite oranı yüksek bir ruhsal hastalıktır. AN ağır psikososyal ve biyolojik bozukluklara yol açar. Hastaların kendilerini değerlendirmeleri, gereksiz ve aşırı biçimde vücut şeklinden ve ağırlığından etkilenmektedir. Etiyolojide genetik, nörobiyolojik ve psikososyal faktörler rol almaktadır. Hastalığa özgü belirtilerin ve bulguların bulunması nedeniyle AN tanısının konulması zor değildir. Ancak hastalardaki içgörü azlığı, bozukluğun hayatı tehdit edebilen tıbbi sonuçlarının olması ve etiyolojide güçlü psikososyal etmenlerin varlığı tedaviyi güçleştirmektedir. AN'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluklar anksiyete bozuklukları ve depresyondur. Eşlik eden ruhsal bozukluklar ve bu ruhsal bozuklukların şiddeti de tedaviyi güçleştiren etmenlerdendir. Tedavide çok yönlü bir yaklaşım esastır. Tedavi psikofarmakolojik ajanların ve özel bir takım psikoterapötik uygulamaların birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Hastalığın etiolojisinde aile ilişkilerinin önemli rol oynaması tedavi sürecine ailenin de katılımını gerekli kılmaktadır. Aile ve birey ile kalıcı ve etkili işbirliği kurmak hastalığın gidişinde olumlu bir etkiye sahiptir. Bu yazıda, AN tanılı bir olgunun sunulması, tedavide karşılaşılan güçlüklerin ve başa çıkma yöntemlerinin özetlenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Anoreksiya nervoza, yeme bozuklukları, eştanı

## ABSTRACT

### Difficulties in Treatment in the Adolescent Anorexia Nervosa Case

Anorexia Nervosa (AN) is a mental illness having high mortality rate and characterized with serious impairment in eating behavior. AN leads to severe biological consequences and serious psychosocial dysfunction. Self-assessments of the patients are overly and excessively affected by their body shape and weight. Genetic, neurobiological and psychosocial factors play a role in etiology. Due to the presence of specific symptoms and evidences, generally it is not too hard to diagnose AN. However, the lack of insight of the patient, the existence of life-threatening medical consequences of the disorder and the presence of strong psychosocial factors in the etiology make medical treatment difficult. In AN, comorbidity is most often seen with depression and anxiety disorders. Concomitant mental disorders and the severity of these mental disorders are among the factors that make treatment difficult. A multifaceted approach to medical treatment is essential. Treatment requires the association of psychopharmacology and specific psychotherapeutic practices. Since family relationships play an important role in the etiology of the disease, participation of the family in the treatment process is required. Building strong and effective cooperation has a positive effect on the prognosis of the disease. This article presents a case diagnosed with AN, and it aims to summarize the difficulties encountered in treatment process and coping methods.

**Key words:** Anorexia nervosa, eating disorders, comorbidity

## GİRİŞ

Anoreksiya nervroza (AN), DSM-IV-TR'de yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma, kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması veya vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme, kadın cinsiyette menarş sonrası en az üç ardışık adet döneminin olmaması maddeleri ile tanımlanmıştır.<sup>1</sup>

AN tanı ölçütlerinde DSM-5'te kısmi değişiklikler yapılmış ve daha çok kalori alımı kısıtlanması gibi yeme davranışlarına odaklanılmıştır. DSM-5'e göre kişinin görünümü ile ilgili yargısının bozulmuş olması gerekmektedir. DSM-IV-TR'de bulunan amenore tanı kriteri ise erkeklerde ve menarş öncesi kadınlarda kullanılmadığından ve birçok kadın AN olgusunda amenore görülmediği ve klinik gidişatla ilgili etkisinin düşük olduğu düşünüldüğü için çıkarılmıştır.<sup>2</sup> Beden imgesinin bozulmuş olması, kilo almama ve/veya kilo kaybı amacı ile kusma, aşırı egzersiz, zayıflatıcı madde ve ilaçların uygunsuz kullanımı AN'nin temel özelliklerindedir. Sürekli olarak yetersiz ve dengesiz beslenen bu bireylerde ciddi kilo kaybı ve tüm sistemleri etkileyen belirtiler gözlenir. Kişinin kendi kendine başlattığı bu döngü zamanla kronikleşir, ciddi biyolojik sonuçlar ve ağır psikososyal işlev bozukluklarına yol açar.<sup>3-5</sup>

AN'nin etiolojisinde genetik, nörobiyolojik, psikososyal faktörler yer almaktadır.<sup>6</sup> Ergenler ile yapılan çalışmalarda yeme bozukluklarının öncelikli belirleyicisinin aile, akran ilişkileri ve medya olduğu belirtilmektedir.<sup>7</sup> Aile yapısı ve anne-çocuk ilişkisinin AN üzerindeki etkisi psikodinamik kuramlar ve aile sistemleri ile açıklanmaktadır, ancak aile işlevselliğindeki bozulmalar AN'yi tek başına açıklama konusunda yetersiz kalmaktadır.<sup>8</sup>

AN'ye en sık eşlik eden ruhsal bozukluklar depresyon, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluktur.<sup>9,10</sup> AN'de depresyon ile eş tanı %50-68 ve anksiyete bozuklukları ile eş tanı % 30-65 oranındadır.<sup>11</sup> AN nispeten kötü gidişli bir ruhsal bozukluk olup iyileşme ve devam eden iyilik hali hastaların yalnızca %50-60'ında sağlanabilmektedir. Uzun vadeli olumsuz gidiş, diğer ruhsal bozukluklar ve yeme bozukluklarının sıklıkla beraber bulunması ile ilişkili gibi görülmektedir.<sup>12-15</sup> Kalıcı ve etkili işbirliği kurmak hastalığın prognozunda olumlu bir etkiye sahiptir. Diğer yeme bozukluğu tanımlarını alan bireylere göre AN tanılı bireyler ile daha zor ilişki kurulmaktadır.<sup>16</sup>

AN tedavisinde birçok etmen birlikte ele alınmalı ve AN tanılı birey ve ailesinin tedaviye beraber katılımı sağlanmalıdır.<sup>8</sup> AN tedavisi çok yönlü tıbbi ve psikiyatrik yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Özellikle ergen yeme bozukluğu olgularına ve ailelerine, bireysel terapi yanında aile terapisi de önerilmektedir. AN tedavisinde farmakolojik tedavi sıklıkla kullanılmaktadır ancak tedavi etkinliğine dair çalışma sayısı azdır. Tedavide antidepressanlar ve düşük dozda antipsikotik ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>17</sup> Bilişsel davranışçı psikoterapiler, grup psikoterapileri, psikodrama yöntemlerinin de tedavide yararlı olduğu bildirilmiştir.<sup>18</sup>

Bu yazıda, anne ve baba arasındaki ilişki ve evlilik sorunlarının hastalığın oluşumu ve gidişi üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülen bir AN olgusunun sunulması, tedavide karşılaşılan güçlüklerin tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU

17 yaşında, lise son sınıf öğrencisi kız yemek yememe, yemek yediği zaman bulantısının olması, mutsuzluk, isteksizlik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğimize başvurdu. Liseye başlama döneminde kilolu

olması nedeniyle arkadaşları ve ailesi tarafından eleştirildiği ve alay konusu olduğu, lise 2.sınıfta diyet yapmaya başladığı, 6-7 ayda 66 kilodan 54 kiloya indiği, son 3 ayda 41 kiloya kadar düştüğü öğrenildi. 1,5 yıllık sürede yaklaşık 25 kg kaybettiğini ve son 3 aydır adet görmediğini belirtti (Beden Kitle İndeksi; BKİ:14,2). Son dönemlerde günde birkaç defa tartıldığını ve kilo aldığı görürse üzüldüğünü belirtiyordu. Üniversite sınavlarına hazırlanmakta olan olgu birkaç aydır mutsuzluk, isteksizlik, umutsuzluk, gelecek kaygıları yaşamaktaydı. Hastanın kilosunun çok düşük olması, yemek yeme konusundaki yaşadığı zorluğun şiddetli olması, iç görüşünün olmaması nedeni ile tetkik ve tedavisinin düzenlenmesi amacıyla yatırılmasına karar verildi.

**Ruhsal durum muayenesi:** Görüşmede savunmacı ve kısıtlı bir biçimde göz teması kuruyordu. Yavaş, alçak ve oldukça çocuksu bir ses tonu ile konuşuyordu ve görüşme boyunca ağladı. Duygudurumu çökkün, duygulanımı kısıtlıydı. Dikkat ve konsantrasyonu azalmıştı. Gerçeği değerlendirme yetisi normaldi ancak fiziksel görünümü ve kilosunu ile ilgili olarak yargılaması kısmen bozulmuş ve içgörüsü kısıtlıydı. Beden algısı bozulmuştu ve aynada kendini normal hatta şişman olarak görüyordu. Düşünce süreci yavaşlamıştı ve düşünce içeriğinde kilo alımı, yemek miktarı ve kalorileri ile ilgili yoğun uğraşı vardı. Aktif ya da pasif ölüm düşüncesi yoktu. Karşı cins tarafından beğenilmediği ve istenmediğine yönelik yoğun zihinsel uğraşısı bulunuyordu. Kendisi yakınma olarak dile getirmese de yapılan görüşmede kirlilik ve şüphe obsesyonları saptandı, buna yönelik olarak da davranış alanında temizlik kompulsiyonları, kontrol kompulsiyonları bulunmaktaydı. Kompulsiyonlara ek olarak belirgin psikomotor retardasyonu, yemek yemeyi reddetme vardı. Tıkınırcasına yeme, laksatif, purgatif, diüretik kullanımı yoktu ancak belirgin kısıtlama ve aşırı egzersiz yapma davranışı bulunmaktaydı.

Tüm bu değerlendirmeler ışığında hastaya DSM-5 tanı ölçütlerine göre, AN, kısıtlayıcı tür, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve eşlik eden Major Depresif Bozukluk tanıları konuldu. Farmakolojik tedavisi kломipramin 25 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün olarak düzenlendi, kломipramin dozu tedavi sürecinde aşamalı olarak artırıldı.

**Psikososyal gelişim:** Ailesinin ikinci çocuğu olarak sezaryen ile miadında doğmuştu, anne 1 ay sonra işe dönmüş olguya babaanne bakım vermişti. Öyküde anne-baba-çocuk üçgenindeki ilişkide bozukluklar, anne ile içiçe, bağımlı ilişki özellikleri göstermesi, bağlanma sorunları, başarı odaklı aile yapısı görüşmelerde fark edilmişti. Küçük yaşlarda annesi tarafından kendisine baba ve babaannesinin kendisinin doğmasını istemedikleri, anneyi kürtaj olmaya yönlendirdikleri bilgisini aktardığı öğrenildi. Ablasını babasının, kendisini ise annesinin kızı olarak görüyordu. Abla başarılı bir öğrenci ve iyi bir üniversitede öğrenim görüyordu. Ailenin kendisinden de beklentisi ablası gibi olmasıydı ve ablası ile kıyaslanmaktan rahatsızlık duyuyordu. Ailesinin ilköğretim yıllarında oldukça kilolu olduğu için kendisiyle alay ettiği, ev ortamında ince beden yapısının idealleştirildiği, okula hep anne ile birlikte gidip geldiği öğrenildi. İlköğretim döneminde gece korkularının başladığı, annenin olgunun odasına taşındığı ve halen beraber kaldıkları belirtildi. Arkadaş ilişkilerinin özellikle lise yıllarında oldukça bozulduğunu belirtti. Adet başlama yaşı 13 olan hastanın son 3 aydır adet olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde babaanne ve halasında depresyon öyküsü vardı.

**Yatış süreci:** Hastanın rutin laboratuvar incelemesinde kreatinin ve direkt bilirubinde hafif bir yükselik, serbest T3 ve glukoz düzeylerinde düşüklük saptandı. EKG'si normaldi. Serbest T3'te düşüklük ve amenore nedeniyle endokrinoloji ve jinekoloji hekimleri tarafından değerlendirildi. FSH, LH tüm siklusa göre düşük; estradiol postmenapozal düzeyde, beta-HCG negatif; prolaktin, DHEA-S ve testosteron normal; sabah kan kortizolü 16,30 ug/dl olarak tespit edildi. Pelvik

USG'de bilateral overlerde milimetrik boyutlu folikül kistleri saptandı. Hipofiz MRG sonucu normal olarak değerlendirildi. İlgili bölümlerin önerileri ile oral kontraseptif (drospironon ve ethinyl estradiol) başlandı.

**Psikometrik inceleme:** Tematik algı testi (TAT) uygulamasında; anneye karşı yoğun agresyon, annesi değersizleştirme ve babayı yüceltme gözlemlendi. MMPI uygulamasında yakınmalarının kronikleşme eğiliminde olduğu, sorunları ile başetmede güçlük yaşadığı, savunma ve dayanaklarının zayıfladığı, kızgınlık duygularını açık olarak ifade etmediği, pasif agresif ve aşırı immatür kişilik özellikleri olduğu düşünüldü. Resim Çizme Testinde, immatür çizim özellikleri ve kendini bir erkek çocuk gibi resmetmesi, insan figürlerini çöp adam olarak çizmesi dikkat çekiciydi. Hastaya ek olarak Maudsley OKB ölçeği (MOKSL) ve yeme tutum testi (YTT) uygulandı. MOKSL'nin geçerlik güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır.<sup>19</sup> Bir çalışmada MOKSL kesme puanı 25 puan olarak belirlenmiştir.<sup>20</sup> Olgumuzun MOKSL puanı 32 olarak hesaplanmıştır. YTT'de her sorudan maksimum 3 puan, toplamda 120 puan alınabilmektedir. 30 puan ve üzeri bozulmuş yeme davranışını göstermektedir. Olgumuzun YTT puanı 79'dur.<sup>21</sup>

Beslenme ve diyetetik bölümünden konsültasyon istenerek hastanın beslenme programı düzenlendi. Hasta tarafından günlük yeme listesi tutuldu. Hasta tarafından tutulan günlük yeme listesinde ve diğer yazarak yapılan çalışmalarda el yazısının oldukça küçük ve siliği olduğu gözlemlendi. Doktoru ile günlük görüşmeleri devam etti, aile görüşmeleri yapıldı. Hasta ilk günlerde odasında tek başına oturmayı tercih ederken birinci haftanın sonunda salonda oturmaya ve diğer hastalar ile ilişki kurmaya başladı. Psikiyatri ekibi ile kısıtlı ilişkisi zamanla artış gösterdi. Görüşmelerde önce savunucu olmasına karşılık, süreçte kilo alırsa yaşayamayacağını düşündüğünü, kilo almaktan çok korktuğunu ve kilo ile ilgili takıntıları olduğunu paylaştı. Kilo vermenin pozitif ve negatif yönlerini listelemesi ödevi verildi. Pozitif yönlerini; 'insanlar çok beğendi, manken olmam gerektiğini söyledi', 'kendimi bu halimle daha mutlu hissediyorum', 'vücudum kendime fazlalık olmaktan çıktı' şeklinde negatif yönlerini ise; 'uykum arttı', 'ders çalışma isteğim azaldı' şeklinde listeledi. Hastanın fiziksel görünümü ve kilosu ile ilgili bilişsel çarpıtmaları görüşmelerde ele alındı. Görüşmelerde boyuna göre olması gereken, ideal sağlıklı kilo üzerine konuşuldu. Sosyal atom çalışması uygulandı, servis hekim ve hemşirelerinin katıldığı psikodrama grup çalışmalarıyla aile içi sorunlar çalışıldı. Ebeveynlerin çatışmaları ve bunların kendisini duygusal olarak nasıl etkilediği ile ilgili ipuçları elde edildi. Olgunun hızına uygun şekilde yaşanmış duygular ve olaylar gözden geçirildi, duygu ifadesi desteklendi. Depresif duygudurumun azaldığı, yapılan etkinliklere katılımının arttığı, gelecekle ilgili daha olumlu düşündüğü, görüşmelerde daha keyifli olduğu gözlenmeye başladı. Yatışından itibaren temizlik ve kontrol ile ilgili obsesyon ve kompülsiyonlar azalmıştı, artık kendisini rahatsız etmediğini ifade ediyordu. Olguyu takip eden hemşirelerden de gözlemledikleri herhangi bir kompülsiyon davranışının bulunmadığı öğrenildi. Ancak yatışı boyunca üniversite sınavına hazırlanmakta olduğunu ve ders çalışması gerektiğini belirterek sürekli taburcu olma isteğini dile getirdi, bu isteği aile tarafından da desteklenmekteydi. Yapılan açıklamalara rağmen taburculuk talebinde ısrarcı olmaları üzerine yatışının 15. gününde ailesinin de onayı ile taburcu edildi. Hastaneden çıkarken ilaç dozları klomipramin 150 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün, kilosu 44 kg ve BKI 15,3 idi.

Aile görüşmelerinde anne ve babanın belirgin marital sorunlar yaşadıkları ve sürekli tartıştıkları gözlemlendi. Evlilik üzerine düşünceleri ve beklentileri konuşuldu. Eşlerin evlilik üzerine beklentilerinin olmaması ve bu soruya "çocuklarımızın istikbali" şeklinde cevap vermeleri dikkat çekiciydi. Anne ve babanın kendi sorunlarına ve buldukları çözüm

yollarının olumsuz etkilerine karşı içgörülerini oldukça zayıftı.

Taburculuk sonrası haftalık yapılan görüşmelerde evdeki sorunların oldukça azaldığından, annesi ile artık ayrı odalarda yattığından fakat bundan dolayı da vicdan azabı hissettiğinden bahsetti. Süreçteki takiplerinde kilo alımı arttı, yaklaşık 1,5 ayda 53 kg'a ulaştı. Kilo alma ve bedeni ile uğraşları azalmış olsa da devam etmekteydi. Süreçte klomipramin görmede bulanıklık ve ağır kuruluğu yan etkileri nedeni ile kesilerek sertralin tedavisi başlandı, ilaç dozları sertralin 100 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün olarak düzenlendi. Bu görüşmelerde hastanın okulda arkadaşları ile daha iyi geçindiği ve daha iyi ders çalışabildiği, kilo ile ilgili uğraşısının azaldığı gözlemlendi. Yaklaşık 1 aylık iyilik halinden sonra haftalık görüşmeler devam ederken olguda tekrar yemek ile ilgili yoğun uğraşı, mutsuzluk, keyifsizlik başladı.

Değişikliklerin nedeni sorgulandığında annesi ile bir anlaşma yaptıklarını ifade etti, yemek yerse artık ilaç içmeyeceği konusunda anlaşmışlardı ancak anne tarafımıza hastanın düzenli olarak ilaçlarını içmeye devam ettiğini söylüyordu. Anne ile tekrar aynı odada yatmaya başladıkları öğrenildi. Aile ile tekrar görüşüldü. Anne olgunun ilaç kullanmasına gerek olmadığını düşünüyordu. Aileye tekrar AN tedavisinin ve tedavide aile desteğinin önemi anlatıldı, olgunun tedaviye devam ettiği süreçteki olumlu değişimleri konuşuldu. Süreçte olgu poliklinik kontrolüne devam etmedi.

## TARTIŞMA

Bu olguda, yemek yeme isteğinin olmaması, yemek yediği zaman mide bulantısının olması, mutsuzluk, isteksizlik ve insan ilişkilerinde sorunlar, suçluluk duyguları, kontrol ve temizlik alanlarında obsesyon ve kompülsiyonun varlığı DSM-5 ve ICD-10'a göre AN, OKB ve eşlik eden MDB tanılarını karşılamaktadır.

Klinik ve epidemiyolojik örneklerde yeme bozukluklarında %49 ile %97 oranında eş tanı saptanmaktadır.<sup>22,23</sup> Duygudurum, anksiyete ve OKB'nin yanı sıra, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu tanılarını yeme bozukluklarına en sık eşlik eden tanılardır.<sup>24,25</sup> Bizim olgumuzda da literatüre uygun olarak AN tanısına ek olarak OKB ve MDB tanılarını mevcuttu.

AN oluşumunda genetik yatkınlık, nörobiyolojik etmenler ve zayıf olma ile ilgili sosyokültürel baskıların rol oynadığı bilinmektedir. AN etiopatogenezinde bağlanma sorunları, anne ile çatışmalar, eleştirel ve duygusal olarak ulaşılmaz baba figürü, bireyselleşme, bağımlılık ve bağımsızlık çatışmaları, çocukluğun özerkliğinin gelişmesini engelleyen ve onun çocuksu kalmasını destekleyen aile patolojisi, aşırı korumacı ve sert tutumlar sergileyen aile yapısı, ailenin çocuktan sürekli ve aşırı başarı beklentisi içerisinde olması, ince beden yapısının idealleştirilmesi rol oynamaktadır.<sup>18,26-30</sup> Bizim olgumuzda da anne ile bağımlı bir ilişki, babadan duygusal olarak uzak bir birey, aile içi çatışma, ailede yoğun başarı beklentisi ve abla ile sürekli olarak kıyaslanma, zayıf olmayı idealleştirme gibi benzer sorunlar gözlenmiştir.

AN tedavisi çok yönlü tıbbi ve psikiyatrik yaklaşımı gerekli kılacaktır. Olgumuzda ciddi kilo kaybı, eşlik eden ruhsal bozukluklar, tedavi motivasyonunda düşüklük ve aile ile işbirliği sorunları gibi sebeplerle yatarak izlem kararı verilmiştir. Olgumuz serviste yattığı süreçte tedaviye uyumu kısmen iyi olup bireysel ve grup çalışmalarına katılmış, diyet önerilerine uyumu, servis içi etkinliklere katılmıştır. Ancak taburculuk sonrası hem ilaç uyumu hem de diyet önerilerine uyumu bozulmuştur. Bu durumda en önemli etmenler anne ve babanın uygun olmayan tutumu, kendi aralarında var olan kökleşmiş sorunların devamı gibi görülmektedir. Üniversite sınavına girecek olma ve ders çalışma gerekliliği devam eden diğer önemli bir stres etmeni olmuştur. Tedavide kısa vadede sonuç alınmış gibi olsa da tedavi uyumunda sorun yaşanmıştır. Anne ve baba ile öncelikle hastalık ve tedavisi ile

ilgili bilgilendirme görüşmeleri yapılmıştır. Bu görüşmelerde anne ve baba arasındaki sorunlar ve uygun olmayan ebeveyn tutumları göze çarpmış, bu konuda bilgilendirme yapılmış, uygun olmayan tutum ve davranışlar gözden geçirilmiştir. Anne ve baba arasındaki ilişkideki bozulmanın ciddiyeti fark edildiğinde çift bir evlilik terapisine yönlendirilmiş ancak bu öneri ebeveynler tarafından kabul edilmemiştir.

Aile terapisi AN'da önde gelen terapi yöntemidir. Amaç ailenin de katılımı ile tedavinin desteklenmesidir. Aile tutum hatalarının ve bunun AN üzerindeki etkilerinin konuşulması önerilmektedir.<sup>17,31</sup> Bu ailelerin karakteristik özellikleri; aşırı ilgi, katı aile tutumu, çatışmadan kaçınma olarak belirtilmiştir.<sup>32</sup> Ayrılma-bireyleşme ve otonomi kazanma üzerine çalışılması önerilmiştir. Terapistle kurulan empatik etkileşimin daha güvenli bir bağlanma şekli geliştirilmesine yardımcı olabildiğine dikkat çekilmektedir. Ailelerin terapiye dahil edildiklerini ve desteklendiklerini gördüklerinde, güçlerinin ve becerilerinin farkına varabildikleri ve tedavi sürecinde uygun rol alabildikleri gözlenmektedir.<sup>33-35</sup> Ancak bizim olgumuzda aile ile yapılan görüşmeler sonucunda ailenin katı ve keskin kurallarını değiştirmek mümkün olmamıştır ve bu durum tedavinin sürdürülebilmesini ve başarısını olumsuz etkilemiştir.

AN tedavisindeki olumsuz gidişin bir diğer nedeni eşlik eden ruhsal bozukluğun varlığı ile ilişkilidir.<sup>12-15</sup> AN'nın başlangıcı genellikle ergenlik döneminde olmasına rağmen, eşlik eden ruhsal bozukluklar genelde erişkin çalışmalarında incelenmiştir. Araştırmalardaki erişkin olgular zaten uzun yıllardır kronik yeme bozukluğuna sahiptir. AN'nın uzun bir seyir göstermesi de eşlik eden ruhsal bozukluklar açısından karar vermeyi zorlaştırdığı için eşlik eden bozukluğun yeme bozukluğundan önce ya da sonra başladığını ayırt etmek oldukça güç olmaktadır. Ancak uzun süren açlığın beyin fonksiyonlarını ve beyin maturasyonunu bozduğu ve bu nedenle beyinde işlev bozukluğuna neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>36,37</sup> Uzun süren açık durumda psikiyatrik hastalıklar açısından riskin arttığı öne sürülmektedir.<sup>38</sup> Bizim olgumuzda da eşlik eden ruhsal bozukluklar tedaviyi olumsuz etkilemiş olabilir.

AN tedavisinde antidepressanlar ve düşük dozda antipsikotik ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. Trisiklik antidepressanlar (TSA) etkili görülmele beraber yan etki açısından daha zor tolere edilmektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) yan etki profilleri açısından güvenilir olmakla beraber AN semptomlarında yeterince fayda sağlamadığı bulunmuştur.<sup>39</sup> Ancak obsesif-kompulsif semptomları ve depresyonu olan AN olgularında olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.<sup>40</sup> AN tedavisinde antipsikotiklerin özellikle beden ile ilgili bilişsel çarpıtmalarda etkin olduğu belirtilmektedir.<sup>17</sup> Eş tanı olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığında da antipsikotiklerin etkinliği üzerinde durulmaktadır.<sup>41</sup> AN tedavisinde olanzapin anksiyete ve depresif semptomlar dışında yeme ile ilgili obsesif semptomlara da olumlu etki etmektedir.<sup>39,40,42</sup>

Bizim olgumuzda hastaya OKB tedavisine yönelik bu alanda en etkili ilaçlardan olan klomipramin başlanmış, hastanın içgörüsünün az olması, yemek yeme ile ilgili bilişsel çarpıtmalarının belirgin olması nedeniyle olanzapin eklenmiştir. İlaçlardan fayda sağlanmış olsa da yan etkilerin ortaya çıkması hastanın tedaviye uyumunu güçleştirmiştir. Annenin ilaç kullanımı ile ilgili olumsuz tutumu da hastanın bu direncini desteklemiştir.

Bilişsel davranışçı psikoterapiler, grup psikoterapileri, psikodrama yöntemlerinin tedavide yararlı olduğu bildirilmiştir.<sup>18</sup> AN'de hangi terapinin daha üstün olduğunu gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır.<sup>43,44</sup> Bizim olgumuzda bireysel görüşmelerin yanı sıra grup ve psikodrama çalışmaları yapılmıştır. Psikodrama çalışmaları hastayı etkileyen çatışmaların anlaşılmasında hem tedavi ekibine yol gösterici

olmuş hem de hastanın kendi çatışmaları konusunda farkındalık kazanmasını sağlamıştır.

AN tedavisi uzun, aylar hatta yıllar süren, zaman zaman alevlenmelerle giden bir bozukluktur. Bu olguda izlem sürecimizin kısa olması bir kısıtlılık olsa da, bu süre içinde tedaviyi zorlaştıran etmenlerin klinisyenler tarafından fark edilmesi, AN ile başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Eating Disorders. Obsessive-Compulsive Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000;456-63.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Anorexia Nervosa. Fifth Edition. Arlington, 2013.
3. Lask B, Roberts A. Family cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2015;20(2):207-217.
4. Arkell J, Robinson P. A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa). *Int J Eat Disord* 2008;41(7):650-656.
5. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013;43:2477-2500.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and Correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-358.
7. McCabe MP, Ricciardelli LA. Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *J Soc Psychol* 2003;143(1):5-26.
8. Vardal E, Yeme Tutumu: Bağlanma Stilleri ve Geşalt Temas Biçimleri Açısından Bir Değerlendirme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Klinik Psikoloji) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2015.
9. Golden NH, Attia E. Psychopharmacology of eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58(1):121-138.
10. Glasofer DR, Attia E, Walsh BT. Feeding and eating disorders. In *Psychiatry, Fourth Edition* Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB eds. New York, Wiley 2015;1231-1249.
11. Golden NH, Attia E. Psychopharmacology of eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58:121-138.
12. Field AE, Sonneville KR, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Laird NM ve ark. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics* 2012;130(2):e289-295.
13. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007;40:293-309.
14. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1284-1293.
15. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(5):603-612.
16. Küey L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(4):403-411.
17. Sönmez AÖ. Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Curr Opin Psychiatry* 2017;9(3):301-316.
18. Ozdel O, Ateşçi F, Oğuzhanoğlu N. K. An anorexia nervosa case and a approach to this case with pharmacotherapy and psychodrama techniques. *Turk J Psychiatry* 2002;14(2):153-159.
19. Erol N, Savaşır I. Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara, 1988; s. 107-114.
20. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *J Psychiatry Neurol Sci* 2010;23(4):230-237.
21. Savaşır I ve Erol N. Yeme tutum testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Psikol Derg* 1989;7:19-25.
22. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68(3):454-462.

23. McDermott B, Forbes D, Harris C, McCormack J, Gibbon P. Non-eating disorders psychopathology in children and adolescents with eating disorders: implications for malnutrition and symptom severity. *J Psychosom Res* 2006;60(3):257-261.
24. Hudson JL, Hiripi E, Pope H. G, Kessler R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-358.
25. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):714-723.
26. Nunn K, Frampton I, Lask B. Anorexia nervosa—a noradrenergic dysregulation hypothesis. *Med Hypotheses* 2012;78(5):580-584.
27. Toker DE, Hocaoğlu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. *J Psychiatry Neurol Sci* 2009;22(1-4):36-42.
28. Baylan G, Erol A, Kılıçoğlu A. Predictors of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls. *Bull Clin Psychopharmacol* 2009;19:407-413.
29. Murphy F, Troop NA, Treasure JL. Differential environmental factors in anorexia nervosa: a sibling pair study. *Br J Clin Psychol* 2000;39(2):193-203.
30. Kaya B, Yiğittürk D, Yalvaç H. D. Anoreksiya nervosa tanılı iki kız kardeş: olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:56-61.
31. Dimitropoulos G, Freeman VE, Bellai K, Olmsted. Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: non-shared experiences and family functioning. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21:284-293.
32. Lask B, Bryant-Waugh R. *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders In Childhood and Adolescence*. Lask B, Bryant-Waugh R. Eds. Taylor & Francis, 2000.
33. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008;9:97-104.
34. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health* 2013;53:433-440.
35. Stiles-Shields C, Rienecke Hoste R, M Doyle P, Le Grange D. A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Rev Recent Clin Trials* 2012;7:33-140.
36. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nat Rev Neurosci* 2009;10(8):573-584.
37. McAdams CJ, Krawczyk DC. Impaired neural processing of social attribution in anorexia nervosa. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2011;194(1):54-63.
38. Jensen VS, Mejlhede A. Anorexia nervosa: treatment with olanzapine. *Br J Psychiatry* 2000;177(1):87.
39. Mitchell JE, Roerig J, Steffen K. Biological therapies for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013;46:470-477.
40. Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry* 2011;12:400-443.
41. Lebow J, Sim LA, Erwin PJ, Murad MH. The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46:332-339.
42. Brewerton TD. Antipsychotic agents in the treatment of anorexia nervosa: neuropsychopharmacologic rationale and evidence from controlled trials. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:398-405.
43. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:310-320.
44. Crow SJ, Mitchell JE, Roerig JD, Steffen K. What potential role is there for medication treatment in anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42:1-8.