

The age at the beginning is higher in males (18-26 ages), than females (15-18 ages). The mean age at the beginning of illness is also higher in males than females (18.6 ages). The reason of this difference might be due to later reaching to adolescence of boys than girls reach. This difference in biological and psychological maturation may be risk factor in the development of eating disorder.

At the beginning of the illness, anorexic males were significantly more obese. It has been reported that the homosexuality rates in males with eating disorders were higher than females. 26-42% of them accepted themselves as homo-

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10(Suppl.1):S55
S56 Çalışma grupları / Workshops

sexual or bisexual. Furthermore, asexuality or sexual anxiety and inhibition were reported especially in anorexic males.

Response to treatment is worse in males than females. It has been reported that worse prognosis in males are related with the long duration of illness, the excess of previous treatments, more weight loss in acute phase, absence of sexual activities, little sexual activities and problems of parental relationships in childhood.

Key words: *Eating disorders, treatment, bulimia, anorexia*

Kaynaklar/References

Cooper M. *The Psychology of Bulimia Nervosa. A Cognitive Perspective.* New York, Oxford University Press, 2003.

Fairburn CG. *Eating disorders.* DM Clark, CG Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive*

Behaviour Therapy, Oxford, Oxford University Press, 1997.

Treasure J, Schmidt U, van Furth E. *Handbook of Eating Disorders.* John Wiley & Sons, 2003.

Bir erkek yeme bozukluğu olgusu / *An anorectic man: case report*

Elif ATEŞ, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul
E-mail: eelifates@gmail.com

Yirmi üç yaşında, erkek, bekar hasta, babası ile kilo kaybı yakınması ile psikiyatri polikliniğine başvurdu. Kendi anlatımına göre iki yılda 120 kg'dan 48 kg'a düşmüştü. Başta istemsiz olarak birkaç kilo veren hasta, şişman olduğu için kızların onu beğenmediğini, zayıf olursa beğenileceğini düşünerek kilo vermeye karar vermiş. Doktora veya diyetisyene başvurmadan diyet uygulamaya başlamış. İştahı normalmiş. Başlarda kendi iradesi ile yemiyorken, daha sonra istese bile yemek yiyemiyormuş. Pişmiş yemek yememeye başlamış. Atıştırma türü yiyeceklerle besleniyor, genellikle gününü bir paket bisküvi ve bir litre meyve suyu ile geçiriyormuş. Ancak kilo verince kız arkadaşları olduğunu düşünüyor, tekrar kilo almaktan ve beğenilmemekten korkuyormuş. Kendini zayıf görmesine karşın, bazen şişman olduğunu hissediyor, böyle zamanlarda hiç yemek yiyemiyormuş. Halsizlik, güçsüzlük, çarpıntı, baş dönmesi, ortostatik hipotansiyon belirtileri başlamış, bir kez senkop geçirmiş. Bedensel yakınmaları nedeniyle çalışırken zorlanıyormuş. Yediklerini çıkarma, tıkinırcasına yeme, yedikten sonra aktivitede bulunma, kilo vermek için laksatif, katartik, diüretik kullanımı olmamış. Kabızlık ve şişkinlik hissi nedeniyle bir

ara sinameki çayı içmiş. Ek olarak uykusuzluk yakınması vardı.

Özgeçmişinde üç yıl önce kız arkadaşının terk etmesinden sonra depresif atak ve o dönemde başlayan, bir yıl süren esrar kullanımı vardı. Soygeçmişinde babanın alkol kullanımı öyküsü vardı. Psikiyatrik muayenesinde dikkati çeken, kat kat bol kazaklar giyinmesi ve kafasında kapüşon olmasıydı. Çekingen tutumluydu. Psikomotor aktivitesi biraz azalmıştı, konuşma alçak tonda ve yavaştı, duygulanımı anksiyöz, duygudurumu hafif çökkün idi. Düşünce içeriğinde beden algısı ile ilgili düşünceleri vardı.

Hastanın ilk değerlendirmesinde boyu 177 cm, ağırlığı 46 kg idi. Laboratuvar incelemelerinde üre ve idrarda kreatinin yüksekti. EKG'sinde bradikardi vardı. Psikiyatri servisine yatışı kabul etmeyen hasta dahiliye bölümüne danışıldı. Kardiyoloji bölümünde bir gün gözlemlenildi. Hastanın tedavisi ve gidişi çalışma grubunda tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: *Anoreksiya nervoza, yeme bozuklukları, cinsel kimlik*

An anorectic man: case report

A 23-year-old, single male, was admitted to the outpatient clinic together with his father. His main complaint was weight loss. He reported that he was dropped his weight from 120 kg to 48 kg within two years. Initially he lost some weight spontaneously. Because he believed that, he was too fatty and nobody would interest with him unless he became a skinny boy he decided to loose weight. Without help of a physician or nutritionist, he started to go on diet. During this period, his appetite was normal. First few months while he restricted his eating

voluntarily, than reported that he could not eat even he wants to do. Refusing to eat cooked meals, he started to feed with snacks, usually only with a packet of biscuits and one liter of fruit juice a day. He believed that by losing weight he had girl friends so had fear of gaining weight and losing the interest of girls again. Although he finds himself thin, sometimes thinks that he is still overweight led him to avoid foods more. Fatigue, weakness, palpitations, dizziness, and signs of orthostatic hypotension he suffered and once had syncope. These physical symptoms

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10(Suppl.1):S56

Çalışma grupları / Workshops S57

led to difficulties in his work. Because of constipation and distension, he tried to drink senna tea several times but discontinued then. He has not engaged in binge eating, self-induced vomiting, and misuse of laxatives, cathartics, diuretics or excessive exercise. Additionally he suffered insomnia.

In his history, he had a depressive episode three years ago after his girl friend left him, and cannabis abuse for a year. There was alcohol abuse of the father in family history.

Upon admission he presented with a cachectic appearance, he was dressed in layers of loose clothes with a hood in his head. He was acting reluctantly. He had decreased psychomotor activity, slow speech and low voice tone. His

affect was anxious whereas mood was somewhat low. He was occupied with his body perception.

He had 177cm length and 46 kg weight. There was increase in serum urea and urine creatinine in laboratory findings and bradycardia in ECG. Because the patient did not accept hospitalization to the psychiatry clinic, he was consulted to an internal medicine physician and was kept in cardiology department for one day. After follow-up, he was redirected to psychiatry. The treatment and course of the patient will be discussed in the workshop.

Key words: anorexia nervosa, eating disorders, gender identity

Kaynaklar/References

1. Treasure J, Schmidt U, Furth EV. *Handbook of Eating Disorders*. Second ed., West Sussex, John Wiley & Sons, 2003.
2. Tahiroğlu AY, ve ark. *Erkek çocuklarda yeme bozuklukları, bir anoreksiya nervosa vakası*. Çocuk

Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48:151-157.

3. La Via MC, Gray N, Kaye WH. *Case reports of olanzapine treatment of anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord* 2000; 27:363-366.

Psikiyatride beceri eğitimi ve öğrenim rehberlerinin hazırlanması / Skills education and preparation of learning guides in psychiatry

Ayşe Devrim BAŞTERZİ, Aylin YAZICI, Mersin Üniversitesi, Mersin

E-mails: adcingi@yahoo.com, ertekineylin@yahoo.com

Hedef: Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatri Eğitimi Bilimsel Çalışma Birimi tarafından düzenlenen bu çalışma grubu, katılımcıları yeterliğe dayalı öğrenim kavramı ile tanıştırmayı ve öğrenim rehberleri hazırlama becerisi kazandırmayı hedeflemektedir.

Eğitim yöntem ve teknikleri: Temel eğitim yöntemi

mi "yaparak öğrenme-deneyimle öğrenme"dir. Hem eğiticiler, hem de katılımcılar tarafından etkileşimli eğitim teknikleri kullanılacaktır.

Katılımcı ölçütleri: Çalıştığı kurumda eğitici olarak çalışan, eğitici olarak yetkinliğini artırmak isteyen meslektaşlarımızın katılımına açıktır.