

TRAVMA SONRASI BESLENME BOZUKLUĞU; TANIDAN TEDAVİYE

Sabri HERGÜNER*, Selim GÖKÇE**,
Gülbin GÖKÇAY***, Ümran TÜZÜN****

ÖZET

Amaç: Travma sonrası beslenme bozukluğu (TSBB) ağız, yutak ve/veya yemek borusunu etkileyen travmatik olaylardan (ör; boğulma, kusma, şiddetli tıkanma, zorla besleme, reflü ve nazogastrik ya da endotrekeal tüp yerleştirilmesi) sonra gelişen yeme reddi ile karakterizedir. Bu makalede, son yıllarda sıklığı giderek arttığı düşünülen TSBB ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. **Yöntem:** Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozuklukları ve TSBB ile ilgili çalışmalar yazından taranmış ve tanımlama, sınıflama, tanı ölçütleri, etyoloji, klinik özellikler, ayırıcı tanı ve tedavi ile ilgili veriler değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Travmatik deneyimleri olan çocukların ancak bir kısmı beslenme sorunları geliştirir. Bu, kaygı ve korkuya daha yatkın ve ağrıya daha hassas olmalarından dolayı olabilir. Söndürme ve kademeli duyuarsızlaştırma gibi davranışsal yöntemlerin TSBB tedavisinde etkin olduğu görülmektedir. **Tartışma:** TSBB'nin daha iyi anlaşılması için, bu olguların mizaç özelliklerini, fizyolojik tepkilerini ve kaygı bozuklukları ile birlikteliğini inceleyen ileri araştırmalara gereksinim vardır. Ekip yaklaşımı içinde erken tanı ve müdahale yöntemlerinin uygulanması gerek çocukların gerekse ebeveynlerin yaşam kalitesini arttıracak, ortaya çıkabilecek fizyolojik, psikolojik ve sağlık sorunlarını azaltacaktır.

Anahtar sözcükler: Bebek, beslenme bozukluğu, çocuk, travma sonrası beslenme bozukluğu, yeme reddi

SUMMARY: POSTTRAUMATIC FEEDING DISORDER; FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT

Objective: Posttraumatic feeding disorder (PTFD) is characterized by food refusal after traumatic events to oropharynx and/or esophagus (e.g., choking, vomiting, severe gagging, force-feeding, reflux and insertion of nasogastric or endotracheal tubes). In this article, we reviewed studies on PTFD which is believed to be common in infants. **Method:** Studies on feeding disorders of infancy and early childhood and PTFD were retrieved, and data about the definition, classification, diagnostic criteria, etiology, clinical features, differential diagnosis and treatment were evaluated. **Results:** Only a few children who experienced traumatic events develop feeding problems. This may be due to their increased sensitivity, anxiety and fear before the traumatic experience. Behavioral approaches including extinction and gradual desensitization seem to be effective in treatment of PTFD. **Discussion:** Further studies are needed to explore the temperamental characteristics, physiological reactivity, and comorbidity with anxiety disorders to better understand the phenomenon of PTFD. Early diagnosis and treatment in a multidisciplinary approach will improve the quality of life, and physiologic, psychological and health problems experienced by infants and their parents.

Key words: child, feeding disorder, food refusal, infant, posttraumatic feeding disorder

GİRİŞ

Normal gelişim gösteren bebek ve küçük çocukların %25-35'inde, gelişimsel geriliği olanların ise %33-80'inde beslenme sorunlarının olduğu bildirilmiştir (Lindberg ve ark. 1991, Reilly ve ark. 1999, Carruth ve ark. 2004). Nedenleri ve belirtileri farklılık gösterse de beslenme sorunlarının en temel özelliği yeme reddidir. Yeme reddi, klinik görünümüne göre basitçe üç alt gruba ayrılabilir

(Chatoor ve Ganiban 2003); 1- Düzensiz yeme reddi: Çocuklar besin tercihlerinde ve günlük kalori alımlarında düzensizlik gösterirler. Ebeveynler çocuklarının ara sıra yeterli düzeyde yediklerini ancak çoğu zaman sadece birkaç lokma aldıklarını ve daha fazlasını reddettiklerini belirtirler. 2- Seçici yeme reddi: Çocuklar belirli tat, koku, görünüm ve/veya kıvamdaki besinleri yemeyi reddederler. Bazı çocuklar sadece birkaç tür besini reddederken bazıları ise birçok besini yemezler. Tanımadıkları ve bilmedikleri yeni besinleri denemeye direnç gösterirler. 3- Korkuya bağlı yeme reddi: Yeme reddi korkulu, ağrılı ve/veya acı veren bir deneyim sonrasında gelişir. Travma ile ilişkilendirilen beslenme şekline göre katı, sıvı ya da tüm gıdalara karşı yeme reddi vardır.

* Arş. Gör. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

** Uzm. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

*** Prof. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

**** Prof. Dr., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Ortaya çıkış sebeplerinin farklılığından dolayı bir beslenme sorunu için etkin olan tedavi yaklaşımı diğerleri için etkisiz hatta zararlı olabilir (Benoit ve ark. 2000). Bu nedenle hangi tedavinin kime, ne zaman ve niçin uygulanacağını bilmesi önemlidir (Kerwin 1999). Müdahale yöntemlerinin belirlenebilmesi için önce ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir. Bu yazıda, çoklu yaklaşım temel alınarak, son yıllarda giderek daha fazla bebek ve çocuğun etkilendiği, yeme reddinin korkulu, ağrılı veya acı veren bir deneyim sonrasında ortaya çıktığı 'travma sonrası beslenme bozukluğu' ile ilgili bir gözden geçirme yapılmıştır. Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozuklukları ve travma sonrası beslenme bozukluğu ile ilgili çalışmalar yazından taranmış ve tanımlama, sınıflama, tanı ölçütleri, etyoloji, klinik özellikler, ayırıcı tanı ve tedavi ile ilgili veriler değerlendirilmiştir.

TANIM VE TANI ÖLÇÜTLERİ

Yazında boğulma, tıkanma, kusma gibi olumsuz deneyimlerden sonra yeme sorunları geliştiren çocuk ve erişkin olgular bildirilmiş ancak bu durum için farklı tanımlamalar kullanılmıştır; yemek korkusu (food phobia) (Singer ve ark. 1992), boğulma korkusu (choking phobia) (McNally 1994), yutma korkusu (phagophobia) (Shapiro ve ark. 1997, Çiyiltepe ve Türkbay 2006), yiyecekten tikslenme (food aversion) (Handen ve ark. 1986, De Silva ve Rachman 1987, Culbert ve ark. 1996). Bu tür olumsuz deneyimler yaşayan kişiler, yaşadıkları sıkıntının tekrarlayacağını düşündüklerinden dolayı ağrı veren ve korku uyandıran yiyeceklere karşı direnç gösterir ve kaçınma davranışı geliştirirler. Kendilerince güvenli buldukları besinleri ise yiyebilirler. Bu klinik tablo erişkin psikiyatrisi yazınında bir tür Özgül Fobi (Diğer Tip) olarak tanımlanmıştır (McNally 1994). Özgül fobi, belirli bir nesne (ör; köpek) ya da durum (ör; yükseklik) varlığında ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile ortaya çıkan aşırı, belirgin ve sürekli korku duyma olarak tariflenmiştir (APA 1994). Burada korkulan olay yemek ya da yutmak; korkulan nesne ise katı gıdalar, sıvı gıdalar ya da her ikisidir.

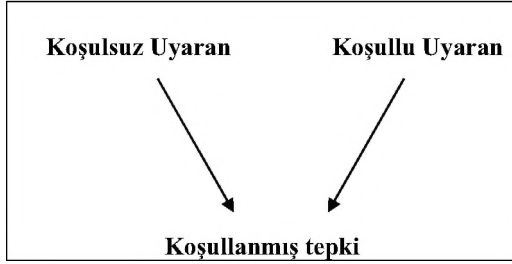
Ağız, yutak ya da yemek borusunda ağrı ve acı oluşturan tıbbi durumlar (özofajit, özofageal reflü) ve/veya tıbbi girişimler (nazogastrik tüp, entübasyon) de benzer beslenme sorunlarına neden olabilir. Di Scipio ve arkadaşları (1978)

ciddi tıbbi durumları nedeniyle yemek borusuna yönelik cerrahi müdahale uygulanan ve sonrasında yutma zorluğu geliştiren üç olgu bildirmiş ve bu durumu 'travmayla kazanılmış koşullanmış yutma zorluğu' (traumatically acquired conditioned dysphagia) olarak tanımlamışlardır. Dellert ve arkadaşları (1993) ise tüple beslenmeye gereksinin duyacak derecede şiddetli özofageal reflüsü olan ve ağızdan besin almaya direnç gösteren olgular tarif etmiş ve 'beslenme direnci' (feeding resistance) terimini kullanmışlardır. Skuse (1993) nazogastrik tüple beslenme sonrası ağız boşluğu aşırı duyarlı hale gelen bebekleri 'sorunlu yiyiciler' (problem eaters) olarak isimlendirmiştir.

Chatoor ve arkadaşları (1988) beş okul dönemi çocuğunda boğazlarına yemek takılması sonrasında boğulma ve tıkanma korkusunun geliştiğini, bunun sonucunda da katı gıdalara karşı yeme reddinin ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Bu çocuklar katı gıda yediklerinde tıkanacakları, uyduklarında ise boğulacakları ve bunun sonucunda da ölecekleri ile ilgili yoğun korkular geliştirmişler ve boğulmakla ilgili kâbuslar görmeye başlamışlardır. Çiğnemeleri gereken yiyeceklere karşı kaçınma davranışı geliştirmişler, öğün saatleri yaklaştığında korkuya kapılmışlar ve katı gıda yemeleri istendiğinde hırçınlık ya da öfke sergilemişlerdir. Çocukların boğulma ya da tıkanma olayından sonra geliştirdikleri tepkiler travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine benzediği için yazarlar bu tabloyu 'travma sonrası yeme bozukluğu' (posttraumatic eating disorder) olarak isimlendirmişlerdir. Chatoor ve arkadaşlarının önerdiği bu tanım, yeme reddini tetikleyen travmatik olayla ortaya çıkan belirtiler arasındaki ilişkiyi açıklamayı açısından daha kullanışlıdır (Chatoor 2002).

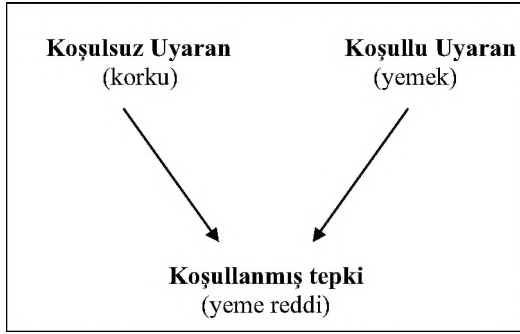
Sonuç olarak; ağız, yutak ya da yemek borusunu etkileyen şiddetli tıkanma, boğulma ya da nazogastrik tüp, entübasyon gibi tıbbi işlemler sonrasında beslenme sorunları görülmektedir. Bu klinik tablo için farklı tanımlamaların kullanılması ve tanı koymaya yönelik ölçütlerin belirtilmemesi olgu çalışmaları arasında kıyaslama yapmayı kısıtlamakta, tedavi yöntemlerinin etkinliği ile ilgili sonuçları değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Bir bozukluğun etyolojisini, seyrini ve tedavi etkinliğini belirlemede sınıflandırma sistemleri önem taşımaktadır. Bu nedenle Chatoor ve arkadaşları (1997) bebek ve küçük çocuklarda görülen beslenme bozuklukları için geniş bir sınıflama geliştirmişlerdir. Bu

Şekil 1 : Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu'nda Klasik Koşullanma



Şekil 1a:

Özünde korkutucu olmayan veya kaygı oluşturmeyen bir uyarıcı (koşullu uyarıcı), korkutucu bir uyarıcıyla (koşulsuz uyarıcı) eşleştirildiğinde, koşullu uyarıcı nötral özelliğini kaybeder ve rahatsız edici bir uyarıcı özelliği kazanır.



Şekil 1b:

Bebeğin belirli bir tepki (yeme reddi) vermesine neden olan uyarıcı (korku) bir başka uyarıcıyla eşleştiğinde, ikinci uyarıcı da (yemek) zamanla bebeğin birinci uyarıcıya (korku) gösterdiği tepkiyi vermesine (yeme reddi) yol açar.

sınıflamada yer alan Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu (TSBB-Posttraumatic Feeding Disorder) için önerilen tanı ölçütleri şu şekildedir (Chatoor 2005); 1- Yeme reddi, bebekte yoğun sıkıntıyı tetikleyen travmatik bir olay ya da orofaringeal veya gastrointestinal bölgede tekrarlayıcı travmatik girişimler (ör; boğulma, aşırı kusma, reflü, nazogastrik ya da endotrakeal tüp takılması) sonrasında gelişir. 2- Bebeğin travmatik olayla beslenme şeklini ilişkilendirmesine bağlı olarak yeme reddi aşağıdaki şekillerde olabilir: a) Biberonla beslenmeyi reddeder fakat kaşıkla önerilen yemeyi kabul eder (uyanırken biberondan beslenmeyi reddetse de uykuluyken ya da uyurken biberonu kabul edebilir), b) Ya da katı gıdaları reddeder fakat biberonla beslenmeyi kabul eder, c) Ya da tüm besinleri reddeder. 3- Travmatik olayı hatırlatan şey(ler), aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası şeklinde sıkıntıya yol açar: a) Beslenmek üzere hazırlandığında öncesinde sıkıntı yaşar. b) Biberon ya da yiyecek yaklaştırıldığında yoğun direnç gösterir. c) Ağızına yerleştirilen yemeği yutmaya aşırı direnç gösterir. 4- Yeme reddi akut ve/veya uzun dönemde çocuğun beslenmesine tehdit oluşturur.

ETYOLOJİ

Koşullu Öğrenme; Beslenme bozukluklarının

ortaya çıkmasında ve devam etmesinde Mowrer'in (1960) 'İki Basamaklı Öğrenme' kuramının yeri önemlidir. Bu kurama göre klasik koşullanma yolu ile öğrenilen yeme reddi edimsel koşullanma yoluyla artarak pekişir ve devamlılığını sürdürür.

Klasik koşullanma; Özünde korkutucu olmayan veya kaygı oluşturmeyen bir uyarıcı (koşullu uyarıcı), doğal olarak korkutucu bir uyarıcıyla (koşulsuz uyarıcı) eşleştirildiğinde; koşullu uyarıcı nötral özelliğini kaybederek rahatsız edici bir uyarıcı özelliği kazanır (Şekil 1a). Örneğin tıkanma (koşulsuz uyarıcı), bebekte korku tepkisi (koşulsuz tepki) oluşturur. Eğer korku tepkisi oluşturan tıkanma olayı (koşulsuz uyarıcı) beslenme sırasında (koşullu uyarıcı) ortaya çıkıyorsa, hemen ya da bir süre sonra yemek veya onu hatırlatan nesnelere (masa, biberon, önlük) artık tek başına (tıkanma olmadan) bebekte korku tepkisine (koşullanmış tepki) neden olur. Başka bir ifadeyle yemek gibi özünde korkutucu olmayan nötral bir uyarıcı, tıkanma gibi korkutucu bir koşulsuz uyarıcıya öncülük ediyorsa yemek nötral özelliğini kaybederek korkutucu özellik kazanır. Bu bağlamda yemek, ardından gelecek tıkanma hakkında bilgi vermekte, böylece beklenti kaygısının ortaya çıkmasını tetiklemektedir (Şekil 1b).

Edimsel koşullanma; Bir davranışın oluşma sıklığını belirleyen en önemli etken, o davranışın oluşturduğu sonuçlardır. Eğer sonucunda ödül getiriyorsa bir davranışın tekrarlama olasılığı artar. Davranışın kendi oluşturduğu sonuçlara göre değişikliğe uğrama sürecine 'davranış pekiştirme' adı verilir. Olumlu pekiştirmede; bir davranışı (yeme reddi) izleyerek alınan olumlu sonuçlar (sevmediği yemekleri yememe, sadece sevdiği yemekleri yeme, annenin ilgi ve dikkatini kazanma) bu davranışın sıklığını artırır. Olumsuz pekiştirmede; bir davranışı (yeme reddi) izleyerek ortaya çıkması beklenen olumsuz sonuçların (yemekten sonra oyun oynamama) oluşmaması veya oluşmasının engellenmesi yine aynı davranışın oluşma sıklığını arttıracaktır.

TSBB bebeğin ağız, burun, yutak, boğaz ya da yemek borusunu etkileyen travmatik bir olay (boğulma, tıkanma, reflü, zorla beslenme, entübasyon, aspirasyon, nazogastrik tüp yerleştirilmesi) sırasında yaşadığı korku, sıkıntı, ağrı ya da acı gibi olumsuz deneyimlerle besini ve beslenmeyi eşlemesinden kaynaklanır (klasik koşullanma) (Douglas 2000). Bebek, beslenme sırasında aynı deneyimin tekrarlanacağını düşünür ve bu öğrenilmiş eşleme ile yemekten kaçınma ve yeme reddi geliştirir. Beklenti kaygısından dolayı besini, mama sandalyesini ya da yeme gereçlerini görmek, bebekte bulantı, kusma, tıkanma gibi belirtilere neden olabilir. Kaçma (yemeği yarıda bırakma) ve kaçınma (yemeği yememe, mama sandalyesine oturmama) davranışlarının ebeveyn tarafından olumlu ve/veya olumsuz olarak pekiştirildiğini gören bebek, bu davranışlar sayesinde ödüllendirilmiş olur (edimsel koşullanma). Yemeği reddettiği ve öfke davranışı gösterdiği için öğün sonlandırılır, sevdiği yiyecekleri elde eder ya da annenin ilgisini kazanır. Böylelikle yeme reddi davranışı pekişmiş olur (Douglas 2002). Bebeğin klasik koşullanma yolu ile öğrendiği korku, ağrı ya da acı, edimsel koşullanma yoluyla artarak pekişir ve devamlılığını sürdürür. Böylece bir kısır döngüye girilmiş olur.

Bunun yanında, bebeğinin beslenme sırasında yaşadığı tıkanma, boğulma, ya da kusma gibi tepkilere tanık olan annede meydana gelen aşırı kaygı ve korku, sorunu oluşturan besinleri önermesini engeller (klasik koşullanma). Yemeyi reddeden ve ağlayarak, hırçınlaşarak tepki gösteren bebeğin, öğünün sonlandırılmasıyla rahatladığını gören annede de bu davranış

pekişir. Bebeğin sevmediği yemekleri reddetmesiyle kaygılanan anne, bebeğine beğendiği ve tercih ettiği besinler önermeye başlar, hoşlanmadığı besinleri ise yedirmez (edimsel koşullanma). Bunun sonucu olarak da besin miktarı, çeşitliliği ve/veya kıvamı sınırlanmış olur. Farklı tat ve kıvamdaki besinleri deneyimle(ye)meyen bebeğin besin repertuarı zenginleşemez, oro-motor becerilerinin gelişiminde sorun ortaya çıkar (Douglas 2005).

Ağrıya hassaslaşma; Ağrı ve acı veren deneyim (reflü, tüp yerleştirilmesi) ağız, boğaz, ya da yemek borusundaki duyuşal sınırları daha duyarlı hale getirir ve daha öncesinde zararsız olan uyaran (yeme, yutma) artık ağrılı olarak hissedilir (Hyman 1994). Bu nedenle de, ortaya çıkabilecek ağrı ve acıdan kaçınmak için bebekler yemeyi ve yutmayı reddederler.

Ağız, yutak ve/veya yemek borusuna travmatik girişimde bulunulan bebeklerin çoğunda beslenme sorunları gelişmemektedir. Di Scipio ve arkadaşları (1978) yemek borusunu etkileyen tıbbi müdahale yaşayan bebeklerin %40'ında yutma gücünü geliştirdiğini belirtmişlerdir. Diğer yandan, özofageal reflü nedeniyle tüple beslenen bebeklerin sadece %4'ünde ağızdan beslenmeye geçtikten sonra yeme direncinin ortaya çıktığı, yeme direnci ile reflünün şiddeti arasında bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir (Dellert ve ark. 1993). Ancak giderek artan sayıda bebek tıbbi durumlarından (ör; erken doğum, düşük doğum tartısı) dolayı girişimsel işlemlere (entübasyon, tekrarlayan aspirasyonlar) maruz kalmakta, buna paralel olarak da TSBB sıklığının arttığı düşünülmektedir (Benoit ve ark. 1997). Olumsuz deneyim yaşayan bebeklerin niye sadece bir kısmında yeme reddi ve beslenmeye karşı direnç geliştiğini açıklayan araştırmalar bulunmamaktadır. Ayrıca yeme korkusu olan çocukların sorunlarına yol açan deneyim öncesinde yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları, obsesif-kompulsif belirtiler gösterdikleri belirtilmiştir (Bailly ve ark. 2003). TSBB'yi daha iyi anlamada bu olguların mizaç özelliklerinin, kaygı bozuklukları eş tanısının ve aşırı duyarlılık özelliklerinin araştırılması gerekmektedir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Ebeveynler bebeklerinin boğulma ya da şiddetli bir tıkanma sonrasında katı gıda yemeyi reddetmeye başladıklarını, diğerleri ise şiddetli kusma sonrasında biberondan içmeyi kabul etmedik-

lerini belirtirler. Bazı ebeveynler ise entübasyon, nazogastrik beslenme tüpü yerleştirilmesi ya da ağız, boğaz ve yemek borusunu etkileyen ağırlı tıbbi bir müdahale sonrasında yeme reddinin geliştiğini ifade ederler. Anne-babalar, genellikle bebeklerinin bu müdahaleler sırasında aşırı derecede sıkıntı yaşadıklarını söylerler. Böyle bir olayın ardından bebek, travma ile ilişkilendirdiği besini gördüğünde ağlamaya-hırçınlaşmaya başlar, öğün saatleri yaklaştığında huzursuzlaşır, korktuğu besine karşı yoğun direnç gösterir ve yemeyi reddeder. Ancak, korku duymadığı besinler önerildiğinde sorun yaşamaz ve direnç göstermez. Bebeklerin yeme reddi, korku duydukları ve travmatik olayla ilişkilendirdikleri belirli besinlere karşıdır. Bazı bebekler katı gıdaları reddeder fakat biberondan beslenmeye devam ederler, bazıları ise biberon kullanmayı reddeder fakat katı gıdaları kabul ederler. Örneğin bezelye yerken tıkanan bebek, katı gıdalara karşı korku geliştirir ve bu besinleri reddeder, ancak biberon kullanmaya devam eder. Biberon içerken kusan bebek ise biberonu reddeder, ancak kaşıktan yemeyi kabul eder. Şiddetli olgularda ise korku tüm besinlere genelleşir ve bütün yiyeceklere karşı yeme reddi gelişir (Chatoor ve ark. 2001).

Biberon, mama önlüğü ya da mama sandalyesi gibi travmatik olayı hatırlatan şey(ler) de çoğu zaman bebekte yoğun sıkıntıya yol açabilir. Daha yemek önerilmeden (biberonu ya da kaşığı gördüklerinde, beslenme için hazırlandıklarında, mama sandalyesine oturtulduklarında, besinlerle karşılaştıklarında) yoğun korku yaşar ve beslenmeye karşı ağlayarak, hırçınlaşarak, ağızlarını açmayı reddederek direnç gösterir (ağza alma öncesi direnç). Besin ağzına konulduğunda ise çiğnemeye, yutmaya karşı yoğun direnç gösterir. Tıkanabilir ya da kusabilir, yutmamak için ağızındaki besini çıkarabilir, tükürebilir ya da yanaklarında saklayabilir (ağız içi direnç).

Yeme reddinin uzun süreli olduğu şiddetli durumlarda tablo daha da karmaşıklaşır. Katı gıda al(a)mayan bebeğin oro-motor becerileri (emme, çiğneme, yutma) geliş(e)mez hatta geriler. Bu bebeklerin korkuları zamanla azalsa bile katı gıda yemeyi denediklerinde sıklıkla öğürür ya da tıkanır. Bu da eski korkuları tekrar canlandırır ve yeme reddi devam eder.

Şiddetli yeme reddi, ebeveynlerde yoğun kaygı, kızgınlık ve ümitsizlik duygularını uyandırır.

bilir. Bebeğin büyüme-gelişmesi ile ilgili korku ve endişeye kapılan ebeveynler, yemesi için birçok yöntem denemeye başlarlar; kandırma, yalvarma, pazarlık, dil dökme, dikkat dağıtıcı yöntemler, farklı besinler önerme. Ancak çoğu zaman da başarılı olamazlar. Biberon içmekten korkan bebekler uyuduklarında, uykulu olduklarında ya da ne yaptıklarının farkında olmadıklarında bazen biberonu kabul edebilirler. Ancak uyandıklarında besini iterler ve ağlamaya başlarlar. Bazen ise anneler yemeleri için bebeklerini istekleri dışında beslemeye çalışırlar; burununu sıkma, ağızını zorla açma, kollarını ve kafasını tutma, yemeyi ağzına tıkma. Bu yöntemler sadece sorunun daha da artmasına yol açar. Anne-bebek arasındaki çatışma ve mücadele, tabloya bebeklik anoreksisinin eklenmesine neden olabilir (Hergüner ve ark. 2007).

Tüm besinleri reddeden bebeklerin besin ve sıvı yetersizliğinden korunması için akut müdahaleler gerekli olabilir. Hayatı tehdit eden durumlarda tüple beslenmeye (nazogastrik tüp, gastrostomi tüpü) geçiş gerekebilir. Her ne kadar nazogastrik tüp kullanımı besin gereksinimini sağlasa da bebeğin açlık duygusunu öğrenmesinde ve oro-motor becerileri geliştirmesinde engel oluşturabilmektedir. Ayrıca ağız, yutak ve yemek borusunda tekrarlayıcı travmalara yol açtığı için altta yatan beslenme sorunları daha da kötüleşebilir. Bunun sonucu olarak da tüple beslenmeden ağızdan beslenmeye geçiş daha zorlaşır. Yani hem yutma ve yeme korkularının devam etmesi hem açlık duygusunun gelişmemesi hem de oro-motor becerilerin yetersizliği, var olan beslenme direncini ve yeme reddini arttırabilir. Bu nedenlerden dolayı tüple beslenmenin süresi ve biçimi önemlidir. Tüple beslenmenin gece olması ve gün içinde ağızdan alımın teşvik edilmesi hem çocuğun açlık duygusunu öğrenmesini hem de oro-motor becerileri desteklediği için daha avantajlıdır. Eğer uzun süreli (6-8 haftadan daha fazla) nazogastrik yolla beslenme planlanıyorsa ağız-boğaz-yemek borusunda travma etkisi oluşturmayacağı için gastrostomi tüpü tercih edilebilir (Mason ve ark. 2005).

TSBB olan bebeklerle ilgili izlem çalışmaları bulunmamaktadır. Ancak tedavi edilmeyen olgularda yeme korkularının devam ettiği, kaçınma davranışları nedeniyle katı gıdalara geçemedikleri ve yumuşak ya da ezilmiş yiyeceklerle beslenmeyi sürdürdükleri belirtilmektedir (Chatoor 1997).

Tablo 1 : Bebeklik Anoreksisi ve Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu Arasındaki Farklar

Bebeklik Anoreksisi	Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu
<ul style="list-style-type: none">▪ 6 – 36 ay arası ortaya çıkar.	<ul style="list-style-type: none">▪ Herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir.
<ul style="list-style-type: none">▪ Kendi kendine beslenmeye geçişin olduğu dönemde gelişir.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ağız, boğaz ya da yemek borusuna ağırlı travmatik girişim sonrasında gelişir.
<ul style="list-style-type: none">▪ Edimsel koşullanma ön plandadır.	<ul style="list-style-type: none">▪ Klasik koşullanma ön plandadır.
<ul style="list-style-type: none">▪ Yeme reddi tüm besinlere karşıdır.	<ul style="list-style-type: none">▪ Yeme reddi travmatik deneyimle ilişkilendirdiği besinlere karşıdır.
<ul style="list-style-type: none">▪ Ebeveyn-bebek arasında çatışma ve mücadele ön plandadır.	<ul style="list-style-type: none">▪ Besinden korkma ve beslenmeye karşı direnç ön plandadır.
<ul style="list-style-type: none">▪ Birkaç lokma yedikten sonra yeme reddi başlar.	<ul style="list-style-type: none">▪ Öğün öncesinde başlar, yutmaya karşı yoğun direnç vardır.
<ul style="list-style-type: none">▪ Bebeğin çevreye olan ilgisi açlık duygusunu bastırır.	<ul style="list-style-type: none">▪ Bebeğin karşı olan korkusu açlık duygusunu bastırır.
<ul style="list-style-type: none">▪ Tedavi, açlık duygusunun geliştirilmesine ve ebeveyn-bebek arasındaki çatışmanın azaltılmasına yöneliktir.	<ul style="list-style-type: none">▪ Tedavi, beslenmeyle ilişkilendirdiği korkunun duyarsızlaştırılmasına yöneliktir.

AYIRICI TANI

Klinik özelliklerinin benzemesine rağmen uygulanan müdahale yöntemlerinin farklılığından dolayı beslenme bozukluklarında ayırıcı tanı önemlidir (Hergüner ve ark. 2007). TSBB'nin özellikle Bebeklik Anoreksisi (BA) ve Duyusal Nedenlere Bağlı Yeme Reddi ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir.

Bebeklik Anoreksisi: Yeme reddi, kaşığa ve kendi kendine beslenmeye geçişin olduğu altı ay ile üç yaş arasında ortaya çıkar. Beslenme sırasında ebeveyn-bebek arasında yoğun çatışma ve mücadele, çok fazla konuşma ve dikkat dağıtmaya yönelik davranışlar gözlenir. Bebekler yemekten korkmaz ve eğer isterlerse tüm besinleri yiyebilirler (Hergüner ve ark. 2007). TSBB ve BA tanısı olan bebeklerin öğün saatlerindeki davranışlarını karşılaştıran bir çalışmada iki grubun da beslenme öncesi ve

sırasında kaygı ve korku yaşadıkları, bunun yanında TSBB olan bebeklerin yutmaya karşı daha yoğun direnç gösterdikleri gözlenmiştir (Chatoor ve ark. 2001). TSBB ile BA arasındaki farklar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ancak TSBB ile BA'nın birlikte olduğu durumlarda tablo daha da karmaşıktır. Bazı bebeklerde önce travmatik bir deneyim sonrasında TSBB gelişir, yeme reddinin ortaya çıkması sonucu zamanla ebeveyn ile bebek arasında mücadele ve çatışma BA gelişimine neden olur. BA olan bazı bebeklerde ise ebeveynin zorla beslemesi ile gelişen kusma, boğulma ya da tıkanma sonrasında ya da kilo alımını sağlamak için nazogastrik tüp kullanımı ya da tanıya yönelik tıbbi incelemeler sonucu TSBB gelişebilir.

Duyusal Nedenlere Bağlı Yeme Reddi: Yeme reddi belirli tat, koku, kıvam ya da görünümdeki besinlere karşıdır. Travma öyküsünün olma-

ması, sevdiği yiyeceklere karşı korku ve kaygı duymaması ve beslenme öncesinde direnç göstermemesi ile TSBB'den ayrılır (Chatoor 1997).

TEDAVİ

Tedavide, özellikle de yeme reddinin tıbbi girişim (entübasyon, aspirasyon) sonrasında ortaya çıktığı olgularda, çocuk hekimi, diyetisyen, fizyoterapist ve çocuk psikiyatrinin dahil olduğu ekip yaklaşımı benimsenmelidir. Psikiyatrik müdahaleden önce, bebeğin beslenme düzeyinin değerlendirilmesi gereklidir. Tüm besinleri reddeden olgularda sıvı kaybı, nutrisyonel eksiklikler ve bu eksikliklere bağlı çeşitli klinik bulgular gelişebilir. Yeme reddi şiddetliyse beslenmenin nazogastrik tüple sağlanıp sağlanmayacağına karar verilir. Beslenme durumunun tespit edilmesi ve gerekli durumlarda tıbbi müdahalelerin uygulanması, bebeğin fiziksel sağlığını korumada ve ebeveynlerin yeme reddi ile ilgili kaygılarını azaltmada önemlidir (Hergüner ve Gökçay 2007). Beslenme eksiklikleri ve bu eksikliklere bağlı klinik ya da biyokimyasal bulguları olmayan, beslenme gereksinimleri karşılanmış ve fiziksel durumu uygun hastalarda psikiyatrik tedaviye geçilebilir.

Psikiyatrik değerlendirmede çocuğun hangi olay(lar) sonrasında yeme reddi geliştirdiği, klasik koşullanmanın nasıl ortaya çıktığı, kaçma ve kaçınma davranışlarının hangi besinlere karşı olduğu, ebeveynlerin uyguladığı olumsuz pekiştiricilerin neler olduğu belirlenmelidir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda ebeveynlere TSBB'nin doğası anlatılmalı, yeme reddinin nasıl ve niye ortaya çıktığı belirtilmeli, tedavi süreci ve müdahalenin etkinliği ile ilgili bilgi verilmelidir. Ebeveynlerin tedaviye aktif katılımlarının sağlanması, tedavi ekibiyle işbirliği içinde olmaları ve karşılıklı güvenin gelişmesi başarıya ulaşmada önemlidir (Hergüner ve Gökçay 2007).

Davranışçı Yöntemler

Müdahalede temel hedef, bozukluğun ortaya çıkmasında ve devamında rol oynayan koşullanmaların kırılmasıdır. Bebeği korkulan sonuçlar (boğulma-tıkanma) oluşmadan besinle tekrarlayıcı biçimde karşı karşıya getirmek, besinle korku arasındaki bağın kırılmasına neden olur. Bunun için de bebek korku veren yemek veya yeme biçimi ile art arda karşı karşıya getirilir.

Aşağıda TSBB'de uygulanan davranışçı yöntemlerden ikisi üzerinde durulacaktır.

Söndürme (Extinction); Söndürme, bebeği korkulan nesneyle hızlı ve yoğun biçimde karşı karşıya getirmeyi içerir. Maruz bırakmanın şiddetini ve sıklığını daha fazla oranda terapist belirlemekte, kaygının kontrol edilmesinde aktif katılımı olmaktadır. Tedavide ilerleme günler ya da haftalar içinde gözlemlense de oro-motor becerileri yetersiz ve nörolojik bozukluğu olan çocuklarda aspirasyona neden olacağından bu yöntem uygun olmayabilir. Bu yaklaşımın eğitilmiş terapistler eşliğinde yürütülmesi gerekir.

Bu yöntemde besleyen (anne veya terapist), bebeğin dudaklarına ya da ağzının içine kaşıkla az miktarda besin götürür. Beslenme ile ilişkilendirildiği kaygı, korku ve endişeyi gidermek için bebek ağlasa ya da huysuzlaşsa bile ortaya çıkan sıkıntıya rağmen her 5-10 saniyede bir ağza kaşık götürülmeye devam edilir. Bebek daha önce önerilen kaşıktaki besini yutmamışsa ağızda çok fazla besin birikmemesi ve buna bağlı olarak da tıkanmaması için boş bir kaşık kullanılarak beslenme işlemine devam edilir. Böylece bebek, besini yutmadığında beslenmenin sonlandırılmadığını öğrenmiş olur (edimsel koşullanmanın kırılması). Ağızdan uzun süredir besin almayanlarda sıkça ortaya çıktığı gibi eğer bebek tıkanırsa besleme işlemi yarıda kesilmemelidir. Tıkanma sırasında, beslenme işlemini taklit etmesi ve daha fazla tıkanmasını engellemek amacıyla ağızdan gelen akıntıyı ya da fazla besini almak için boş bir kaşık ağza yaklaştırılır. Bu şekilde devam eden beslenme işlemi, kendisinin güven içinde olduğunu, korku ve kaygı duyduğu sonuçların ortaya çıkmadığının bebek tarafından öğrenilmesini sağlar (klasik koşullanmanın kırılması). Besleyen, yemek bitene kadar (genelde 15-30 dakika) bu sırayı düzenli olarak tekrarlar. Bu teknik tutarlı bir şekilde ve düzenli olarak devam ettirildiğinde, kaygı düzeyinde kısa sürede belirgin azalma sağlanmaktadır.

Söndürme yöntemi bebeklerde yoğun sıkıntıya yol açar ve tedavinin erken dönemlerinde ağlama gibi yoğun tepkiler ortaya çıkar. Burada besleyenin rolü gelişen kaygı ve telaşın azaltılmasına yardımcı olmaktır. Bu yardım, az miktarda besin dudaklarına ya da ağzının içine konduktan sonra bazı yöntemlerle (ör; kolunu ya da omzunu hafifçe okşamak, şarkı-ninni söylemek, 'Bir şey yok!', 'Annen burada!' gibi güven verici

HERGÜNER VE ARK.

ifadeler söylemek) bebeğin yatıştırılmasını ve kendini güvende hissetmesini içerir. Bebeklerinin ağzını açmada ve besini yutmada güven içinde hissetmeleri için ebeveynlerin sakin ve tutarlı davranması gerekir. Tedavi sırasında ağrı ya da korku oluşturacak beslenme yöntemlerinden (ağzı açarak, burnunu sıkarak zorla besleme) kaçınılmalıdır. Aksi takdirde bebeğin beklenti kaygısına, beslenme yöntemleri ile ilişkili korkular eklenecektir. Bebekler besinden korku duyabilir ancak beslenme yöntemlerinden korkmalarına yol açılmamalıdır.

Söndürme yöntemi kullanılarak yapılan bir çalışmada olguların %79'unda tedavi sağlanmış (Benoit ve ark. 1997), kontrol grubu kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise bu yöntemin, açlık duygusunun geliştirilmesine dayanan diğer yöntemlere göre daha etkin olduğu tespit edilmiştir (Benoit ve ark. 2000).

Kademeli Duyarsızlaştırma (Gradual Desensitization); Chatoor ve arkadaşlarının (1997) tanımladığı bu yöntem, korku kaynağına daha yavaş ve kademeli maruz bırakmayı içerir. Maruz bırakma kaşığının önce ağız çevresine, daha sonra besin kullanmadan ağız içine ve en sonunda da besinle birlikte ağza götürülmesi şeklindedir. Burada maruz bırakmanın şiddetini ve sıklığını daha fazla oranda bebek kontrol etmektedir. Bebeğin direnç göstermeden beslenmeye hazır hale gelmesi aylar hatta yıllar alabilir. Kademeli duyarsızlaştırmanın söndürme yöntemine göre en önemli avantajı müdahale sırasında bebeğin daha az tepki göstermesi, dezavantajı ise çok daha uzun sürmesidir. Bu yöntemin TSBB tedavisindeki etkinliğini ya da söndürme yöntemine göre üstünlüğünü gösteren bir çalışma bulunmamaktadır.

Kaygı oluşturan uyarıyı oyun sırasında rahatlatıcı ve keyif verici şekilde sunmak, bebeğin korkularının üstesinden gelmesinde yardımcı olur. Ancak kaygı ve korkuyu tetikleyen beslenme basamakları (beslenme ortamı, ağza koyma, çiğneme, yutma) her bebekte farklılık gösterebilir. Bu nedenle öncelikle müdahaleye hangi basamaktan başlanacağı belirlenmelidir.

Biberonu görmek ya da mama sandalyesine oturmak gibi beslenmeyi hatırlatan durumlar çoğu bebek için yeterince sıkıntı oluşturabilir. Bu durumda bebeğin beslenmeyle ilişkilendirilmeden yeme gereçleri ile oynamaları teşvik edilir (ör; mama sandalyesinde otururken

oyuncaklarla zaman geçirmek, boş biberonla oynamak). Bunlara karşı rahatsızlık duymadıklarında, korkularını yendiklerinde, direnç göstermeden ağızlarını açtıklarında ve beslenmeye izin verdiklerinde az miktarda besin dudaklarına konur. İçmekten korkan bebekler için küvette suyla oynamak, bezi ya da süngeri emmek rahatlatıcı olabilir. Böylece su içmeye kademeli olarak geçilebilir. Bazı bebekler ise ağız çevresine dokunulmasından korkabilirler. Bu durumda ise kaşığı korkusuzca alana, ağzını açmada rahat hissedene, bir oyuncak ağız götürene kadar anne o bölgeye rahatlık veren, sıkıntı oluşturmayan bir tarzda dokunmalıdır. Bebek, oyuncaklarını ya da boş kaşığı ağza korkmadan götürebiliyorsa yemeğe geçilebilir.

Bebekler beslenmeyi genelde süt ile ilişkilendirdikleri için ağızdan alıma su ile başlamak en uygun olanıdır. Bebek uzun süredir ağız yoluyla beslenmediği ve buna bağlı olarak ağız-yutak kasları geliş(e)mediği için orofarengeal koordinasyonu sağlamada zorlanıp öğürebilir veya tıkanabilir. Bu durumda içilen şeyin su olması hem en az zarar vericidir hem de en kolay olanıdır. Suyu kabul etmede rahat hale gelince meyve sularına ve daha sonra da süte geçilebilir. Bu aşamada yoğurt, puding, dondurma gibi kıvamı fazla yoğun olmayan yumuşak besinler de önerilebilir. Bebek kaşıkla beslenmeyi kabul etmeye başladığında besinin kıvamı yapılandırılmış ve kademeli biçimde artırılmalıdır. Aksi takdirde tıkanma olayı tekrarlayacak, bu da korku ve kaygının daha da artmasına neden olacaktır. Bu amaçla şöyle bir sıra izlenebilir: sıvılar, püre edilmişler, ezilmişler, kıyılmışlar, dilimlenmişler, lokma halinde olanlar, yarı katılar ve katılar. Katı gıdalar önerilmeden önce, bir profesyonelin orofarengeal koordinasyonu değerlendirip birebir çocukla yarı katı gıdaları çiğneme ve yutma üzerinde çalışması yarar sağlayabilir. Katı gıdaların önerilmesinde de bir düzen izlenmeli, zor çiğnenen besinler (ör; et) en sona bırakılmalıdır.

Katı gıdaya geçişte önemli olan diğer bir nokta, çocuğa oro-motor becerileri öğretmektir. Çoğu bebek taklit etmeyi sevdiği için ağza yemeğin nasıl konulacağını, nasıl çiğnenip nasıl yutulacağını anne tarafından gösterilmesi (model olma) çok yardımcıdır. Duyarsızlaşma ve oro-motor koordinasyon üzerinde çalışırken yemeğin miktarı üzerinde kesinlikle durulmamalıdır. Müdahalenin bu aşamasında, edimsel koşullanmayı kırmak için besini kabul ettiğinde

olumlu pekiştiriciler ('Ağzını çok güzel açtın!', 'Çok güzel çiğnedin, yuttun!') kullanılmalıdır (Hergüner ve Gökçay 2007).

Duydukları kaygının üstesinden gelmelerini ve süreci kendilerinin kontrol etmelerini sağlamak için çocukların kendi kendilerini beslemeleri teşvik edilmelidir. Yeme sürecine kendisi aktif olarak katılan çocuk, beslenme kendi kontrolünde olduğu için daha az kaygı duyacaktır. Çocuğun eline kaşık verilebilir, kendi yemesi desteklenebilir. Ancak beslenme ile ilgili kontrolü kaybettikleri, daha az ve yetersiz yediğini düşündükleri için çocuğun kendi kendini beslemesi ebeveynler için kaygı oluşturabilir. Bazı anneler, çocuklarının beslenme sorunlarından, yeme reddinden, kilo kaybından ve öğün saatlerinde gösterdikleri uygunsuz davranışlardan dolayı yoğun kaygı yaşayabilirler. Aşırı kaygılı tutumları eski alışkanlıkları sürdürmelerine neden olabilir ve tedaviye uyum sağlamalarında engel oluşturabilir. Böyle durumlarda ebeveynlere tedavi amaçları hatırlatılmalı, başarıya ulaşmada birlikte hareket etmenin önemi vurgulanmalıdır. Kaygılarını çocukları ile değil, tedavi ekibiyle paylaşmaları tavsiye edilmelidir (Hergüner ve Gökçay 2007).

Psikofarmakolojik Yöntemler

Davranışçı yöntemlerin fayda sağlamadığı durumlarda, kaygı düzeyini azaltıcı özelliklerinden dolayı düşük doz antidepressan (sertralin, paroksetin, fluoksetin, mirtazapin) kullanımının olumlu etkisi çeşitli olgu sunumlarında bildirilmiştir (Banerjee ve ark. 2005, Çelik ve ark. 2007, Hergüner ve ark. baskıda). Bunun yanında antidepressan tedavisinin yarar sağlamadığı 3 okul çağı çocuğunda hem kaygı azaltıcı hem de kilo aldırıcı etkisinden dolayı risperidonun etkin olduğu gösterilmiştir (Berger-Gross ve ark. 2004). Ancak psikofarmakolojik tedavilerin TSBB'deki etkinliğini değerlendirmek için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

TSBB'de yeme reddi ağız, yutak, boğaz ve/veya yemek borusunu etkileyen travmatik olaylardan (ör; şiddetli tıkanma, boğulma, tüp yerleştirilmesi ya da zorla besleme) sonra gelişir. Bebek travmatik olayla ilişkilendirdiği beslenme türüne göre katı, sıvı ya da tüm besinleri reddeder. Benzer deneyimleri yaşayan her bebeğin TSBB geliştirmemesi, bu bebeklerin kaygı ve

korkuya daha yatkın, ağrıya daha hassas olduklarını düşündürmektedir. Ağız, boğaz ve yemek borusunu etkileyen tıbbi girişimlerin daha yaygın kullanılmasıyla TSBB sıklığı giderek artmaktadır. Bu bozukluğun klinisyenler tarafından bilinmesi ve çoklu yaklaşım içinde tedavi yaklaşımların uygulanması gerek bebeklerin gerekse ebeveynlerin yaşam kalitesini arttıracak ve ortaya çıkabilecek sorunları azaltacaktır.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM-IV)*, Am Psychiatric Assoc Washington (DC).

Bailly D, de Chouly de Lenclave MB, Dhaussy S ve ark. (2003) Choking phobia in childhood: a differential diagnosis with anorexia nervosa. *Arch Pediatr* 10: 337-339.

Banerjee SP, Bhandari RP, Rosenberg DR (2005) Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *J Dev Behav Pediatr* 26: 123-127.

Benoit D, Green D, Arts-Rodas D (1997) Posttraumatic feeding disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 577-578.

Benoit D, Coolbear J (1998) Post-traumatic feeding disorders in infancy: Behaviors predicting treatment outcome. *Inf M Health J* 19: 409-421.

Benoit D, Wang EEL, Zlotkin SH (2000) Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. *J Pediatr* 137: 498-503.

Berger-Gross P, Coletti DJ, Hirschhorn K ve ark. (2004) The effectiveness of risperidone in the treatment of three children with feeding disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14: 621-627

Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A ve ark. (2004) Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc* 104: 57-64.

Chatoor, I, Conley C, Dickson L (1988) Food refusal after an incident of choking: A posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 105-110.

Chatoor I (1997) Feeding disorders of infants and toddlers. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, Cilt 1 içinde, J Noshpitz (ed) New York: John Wiley and Sons Inc., s: 367-386.*

Chatoor I, Getson P, Menvielle E ve ark. (1997) A feeding scale for research and clinical practice to assess

HERGÜNER VE ARK.

mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Ment Health J* 18: 76-91.

Chatoor I, Ganiban J, Harrison J ve ark. (2001) Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40: 595-602.

Chatoor I (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 11:163-183.

Chatoor I, Ganiban J (2003) Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive Behavioral Practice* 10: 138-146.

Chatoor I (2005) Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. baskı içinde, BJ Sadock ve VA Sadock (ed) Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s: 3217-3227.

Culbert TP, Kajander RL, Kohen DP ve ark. (1996) Hypnobeavorial approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: a case series. *J Dev Behav Pediatr* 17: 335-341.

Çelik G, Diler RS, Tahiroglu AY ve ark. (2007) Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in 2-year-old twins. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 17: 233-236.

Çiyiltepe M, Türkbay T (2006) Phagophobia: a case report. *Turk J Pediatrics* 48: 80-84.

Dellert SF, Hyams JS, Treem WR ve ark. (1993) Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 17: 66-71.

De Silva P, Rachman S (1987) Human food aversions: Nature and acquisition. *Behav Research Therapy* 27: 457-468.

Di Scipio WJ, Kaslon K, Ruben RJ (1978) Traumatically acquired conditioned dysphagia in children. *Ann Otol* 87: 509-514.

Douglas J (2000) Behavioral approaches to the assessment and management of feeding problems in young children. *Feeding Problems in Children* içinde, A Southall ve A Schwartz (ed) Oxford: Radcliffe Medical Press, s: 41-59.

Douglas J (2002) Psychological treatment of food refusal in young children. *Child Adolesc Mental Health* 7: 173-180.

Douglas J (2005) Behavioral approaches to eating and sleeping problems in young children. *Cognitive Behavior Therapy for Children and Families*, 2. baskı içinde, P Graham (ed) Cambridge University Press, s: 187-206.

Handen BL, Mandell F, Russo DC (1986) Feeding induction in children who refuse to eat. *Am J Dis Child* 140: 52-54.

Hergüner S, Gökçe S, Gökçay G ve ark. (2007) Bebeklik anoreksisi: tanıdan tedaviye. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 14 (1): 38-47.

Hergüner S, Gökçay G (2007) Beslenme bozuklukları ve çocuk. *Çocuk Hastalıklarında Btyopsikososyal Yaklaşım* içinde, DU Tuzun ve S Herguner (ed) Epsilon Yayıncılık, İstanbul, s: 116 - 133.

Hyman PE (1994) Gastroesophageal reflux: One reason why baby won't eat. *J Pediatrics* 125: 103-109.

Kerwin MW (1999) Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *J Pediatric Psychol* 24: 193-214.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B (1991) Early eating problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 10: 395-405.

Mason SJ, Haris G, Blissett J (2005) Tube feeding in infancy: implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia* 20: 46-61.

McNally RJ (1994) Choking phobia: a review of the literature. *Comp Psychiatry* 35, 83-89.

Mowrer OH (1960) *Learning Theory and Behaviours*. Wiley, New York.

Reilly SM, Skuse DH, Wolke D ve ark. (1999) Oral motor dysfunction of children who fail to thrive: Organic or non-organic? *Dev Med Child Neurol* 41: 115-122.

Shapiro J, Franko DL, Gagne A (1997). Phagophobia: a form of psychogenic dysphagia. a new entity. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 106: 286-290.

Singer LT, Ambuel B, Wade S ve ark. (1992) Cognitive-behavioral treatment of health impairing food phobias in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 847-852.

Skuse D (1993) Identification and management of problem eaters. *Arch Dis Child* 69: 604-608.