

BEBEKLİK ANOREKSİSİ: TANIDAN TEDAVİYE

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

ÖZET

Amaç: Bebek ve küçük çocukların %25-50 kadarında beslenme sorunlarının, %1-2'sinde ise beslenme bozukluğunun görülmesine karşın bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu makalede, son yıllarda kabul gören bir tanı olan 'bebeklik anoreksisi' ile ilgili bir gözden geçirme yapılmıştır. **Yöntem:** Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozuklukları ve bebeklik anoreksisi ile ilgili araştırmalar yazından taranmış ve tanımlama, sınıflama, tanı ölçütleri, etyoloji, klinik özellikler, ayırıcı tanı ve tedavi ile ilgili veriler değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Bebeklik anoreksisi ile ilgili çalışmalar belirli araştırmacılar tarafından yürütülmüş olsa da, tanı ölçütleri, ortaya çıkış nedenleri ve tedavi yöntemleri ile ilgili bulgular çeşitli çalışmalarla tekrarlanmış ve kendi içinde tutarlılık göstermektedir. **Tartışma:** Bu konuda ülkemiz toplumunda yapılacak araştırmalar bebeklik anoreksisi ile ilgili kültürler arası farklılıkları ortaya koyması açısından önemli olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bebeklik anoreksisi, beslenme bozukluğu, büyüme-gelişme geriliği, yeme reddi
SUMMARY: INFANTILE ANOREXIA: FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT

Objective: Although it is estimated that 25-50 % of infants and young children have feeding problems, and feeding disorder is present in 1-2 % of infants, researches about feeding disorders in infants and young children are very limited. In this article, we aimed to review studies on infantile anorexia which is a recently described feeding disorder. **Method:** Studies about feeding disorders of infancy-early childhood and infantile anorexia were searched, and data about the definition, classification, diagnostic criteria, etiology, clinical features, differential diagnosis, and treatment of these disorders were evaluated. **Results:** Although most of them are conducted by specific investigators, findings on diagnosis, etiologic causes and treatment modalities are replied in different studies. **Discussion:** Further investigations about infantile anorexia which will be conducted in Turkish population would be helpful to find the intercultural differences in this disorder.

Key Words: Infantile anorexia, feeding disorder, failure to thrive, food refusal,

GİRİŞ

Bebek ve küçük çocukların %25-50'sinde beslenme sorunlarının (yeme reddi, çok az yeme, yemek seçme, yiyeceklerden kaçınma, kendi kendini beslemeye geçişte gecikme) bulunduğu tahmin edilmektedir (Carruth ve ark. 2004, Lindberg ve ark. 1991). Yetersiz tartı alımına neden olan yeme reddi, kusma gibi şiddetli beslenme sorunlarının ise bebeklerin %1-2'sinde görüldüğü belirtilmiştir (Dahl ve Sundelin 1986). Bebeklik döneminde yeme reddi olanların %70'inde, beslenme sorunlarının 4 yaşında da devam ettiği gözlenmiştir (Dahl ve Sundelin 1992). Bunun yanında çocukluk dönemindeki

seçici yeme davranışının erken erişkinlik döneminde anoreksiya nervoza gelişimi ile ilişkili olduğu, sorunlu öğünlerin ve pikanın bulimiya nervoza gelişimi için risk etkeni oluşturduğu saptanmıştır (Marchi ve Cohen 1990).

DSM'nin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) dördüncü baskısında (APA 1994) yer almasından önce, beslenme bozuklukları ile ilgili bir tanımlama ve sınıflandırma geliştirilmemiştir. Geçerli bir tanımlamanın olmadığı bu dönemde, çeşitli beslenme sorunları için farklı yazarlar tarafından bazı isimler önerilmiştir; yemekten tikslenme (Siegel 1988), yemek seçenler (Marchi ve Cohen 1990), yeme korkusu (Singer ve ark. 1992), sorunlu yiyciler (Sanders ve ark. 1993), yeme reddi (Lindberg ve ark. 1996). Ancak önerilen bu tanımlar için hangi ölçütlerin gerekli olduğu ve diğer beslenme bozukluklarından nasıl ayırt edileceği tam olarak belirtilmemiştir. Farklı te-

*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

rimlerin kullanılması ve belirlenmiş tanı ölçütlerinin olmaması, bu olgu gruplarının kıyaslanmasında ve beslenme bozukluklarının nedenini, seyrini ve tedavi etkinliğini karşılaştırmada zorluklar oluşturmaktadır.

Beslenme bozuklukları DSM kapsamına ilk kez 1994 yılında alınmış, 'Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları' içinde 'Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu' olarak adlandırılmıştır. Bu bozukluk için kabul edilen tanı ölçütleri şu şekildedir (APA 1994); 1- Belirgin bir biçimde kilo alamama ya da en az 1 aylık bir sürede belirgin bir kilo kaybı ile giden, sürekli olarak yeterince yemek yemiyor olma ile kendini gösterir. 2- Eşlik eden bir gastrointestinal ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir (örn. gastroözofageal reflü). 3- Başka bir mental bozukluk (örn. ruminasyon bozukluğu) ya da hazır yiyecek bulamama ile daha iyi açıklanamaz. 4- Başlangıcı 6 yaşından önce olur.

Ancak DSM-IV'ün sunduğu tanı ölçütleri, ortaya çıkış nedenleri ve klinik belirtileri farklı olan çeşitli beslenme bozukluklarını belirlemede ve birbirinden ayırt etmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle Chatoor ve arkadaşları (1997a), bebek ve erken çocukluk döneminin beslenme bozukluklarını 6 alt sınıfa ayırmıştır; 1- Durum Düzenlemesine Bağlı Beslenme Bozukluğu, 2- Bakım veren-Bebek Etkileşimine Bağlı Beslenme Bozukluğu, 3- Bebeklik Anoreksisi, 4- Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu, 5- Duyusal Nedenlere Bağlı Yeme Reddi, 6- Eşlik Eden Tıbbi Durumla İlişkili Beslenme Bozukluğu. Bu sınıflama, bebeklik ve erken çocukluk döneminin ruhsal ve gelişimsel bozuklukları için günümüzde yaygın olarak kullanılan Tanı Sınıflaması 0-3 (The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Bebeklik ve Erken Çocukluğun Akıl Sağlığı ve Gelişimsel Bozuklukları Tanı Sınıflaması) sisteminde yer almaktadır (DC: 0-3; Zero to Three, National Center for Clinical Infant Programs, 2005).

Bebeklik ve küçük çocukluk döneminin beslenme sorunlarının çok sık görülmesine ve yeme bozukluğu ile olan ilişkisine karşın, tanımlama, sınıflama, etyoloji ve tedavi ile ilgili yapılmış araştırmalar sınırlıdır. Bu yazıda çoklu yaklaşım temel alınarak, son yıllarda geçerli bir

tanı grubu olarak kabul edilen 'bebeklik anoreksisi' ile ilgili bir gözden geçirme yapılmıştır.

Bebeklik Anoreksisi Tanım ve Tanı Ölçütleri

İlk olarak 1983 yılında Chatoor ve Egan, yeme reddi ve büyüme-gelişme geriliği olan bir grup çocuk tanımlamış, belirtiler ayrılma ve bireyselleşme döneminde ortaya çıktığı için bu klinik tabloyu Ayrılma Döneminin Beslenme Bozukluğu olarak adlandırmışlardır. Daha sonra, çocuğun kendilik ve kontrol ile ilgili mücadelesinin anoreksiya nervoza ile olan benzerliğinden dolayı tanım, İnfantil Anoreksiya Nervoza olarak değiştirilmiştir (Chatoor ve ark. 1988, Chatoor 1989). Fakat anoreksiya nervoza ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan, kilo alma korkusu ve bozulmuş beden algısıyla karakterize bir bozukluk olmasına karşın, bu beslenme bozukluğu erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, iştah azlığından ve açlık ile ilgili farkındalığın gelişmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle anoreksiya nervoza ile karışmaması amacıyla Bebeklik Anoreksisi (Infantile Anorexia) teriminin kullanılmasının daha uygun olacağına karar verilmiştir (Chatoor ve ark. 1992).

Bebeklik anoreksisi tanısı için kullanılan ilk ölçütlerde yeme reddi ve büyüme-gelişme geriliğinin yanında, beslenme sırasında ebeveyn-bebek ilişkisinin de değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu bebeklerin, beslenme sırasında ebeveynleri ile daha fazla çatışma içinde olduğu, daha çok konuşma ve dikkat dağıtıcı eylemler içine girdiği gözlenmiştir. Ancak sadece bebeğe ait belirtilere odaklanan DSM sistemine uyumlu hale getirmek için, beslenme sırasındaki ebeveyn-bebek ilişki özellikleri (yemek reddiyle belirginleşen ebeveyn-bebek zıtlaması, yeme reddi sonucu gelişen ebeveynin olumsuz eleştirileri) ve ebeveyne ait özellikler (daha fazla yemesi için dil dökme, yemek yerken dikkat dağıtma ve oyun oynama, bebeği sıkça ve/veya geceleri besleme, birçok çeşit yemek önerme, zorlanma ve kaygı gösterme ve/veya zorla yedirme) tanı ölçütlerinden çıkarılmıştır.

Günümüzde önerilen bebeklik anoreksisi tanı ölçütleri şu şekildedir (Chatoor 2005); 1- Yeterli miktarda yiyeceği yemeyi en az bir aydır reddetmek, 2- Yeme reddinin 3 yaşından önce ortaya çıkması, 3- Açlık belirtileri hakkında konuşma-

mak, yemeğe ilgisiz ancak çevre ve/veya bakım veren kişiye yoğun ilgi göstermek, 4- Belirgin büyüme geriliğinin olması, 5- Yeme reddinin travmatik bir olayı takiben gelişmemiş olması, 6- Yeme reddinin altta yatan tıbbi bir hastalığa bağlı olmaması.

Etyoloji

Bebeklik anoreksisinin gelişimini açıklamak için farklı modeller önerilmiştir. Bu modellerin temelinde bebeğe, ebeveyne ve ebeveyn-bebek ilişkisine ait özellikler ile erken dönem beslenme davranışları önemli rol oynamaktadır.

I. Gelişimsel Model: Bebeklik anoreksisi altı ay ile üç yaş arası ortaya çıkar. Mahler ve arkadaşları (1975) tarafından ayrılma ve bireyselleşme olarak adlandırılan bu dönemde, motor ve bilişsel gelişim, bebeğin fiziksel ve duygusal açıdan daha bağımsız davranmasını sağlar. Bebeğin kaşığa geçtiği ve kendi kendine yemeye başladığı bu dönemde, beslenme sırasında ebeveyn ile bebek arasında bağımsızlık-bağımlılık mücadelesi başlar. Başka bir ifadeyle, bebeğin bu döneme girmesiyle, her öğünde kaşığın bebeğin ağzına kim tarafından götürüleceği ile ilgili çatışma ortaya çıkar.

Diğer bir neden de bebeğin neden-sonuç ilişkisini kurmaya başlamasıdır. Bazı ebeveynler, artmış kaygı ve endişelerinden dolayı, bebeklerinin aç olup olmadığını önemsemeden yemek yedirmeye çalışırlar. Bebeğin beslenme sırasında karşılaştığı fiziksel ya da duygusal istismar, fiziksel şiddet ya da terk etme ile ilgili tehditler, bebekte yoğun korku ve kaygı oluşturur. Bu da beslenmeye karşı koşullanmış kaçınmanın ortaya çıkmasına yol açar. Bebekten gelen uyarıları al(a)mayan ebeveynler, bebeğin bedensel uyarılar (açlık-tokluk) ile dış ortamdaki gelen uyarıları (çatışma, tehdit, şiddet) birbirine karıştırmalarına neden olur. Bunun sonucu olarak da beslenmenin nedeni açlık, sonucunda da tokluk olması gerekirken, bu yeni durumda beslenmenin nedeni ebeveynin müdahalesi, sonucu da ebeveyn-bebek ilişkisinde çatışmanın ortaya çıkmasıdır. Tehdit, şiddet, öfke gibi ebeveynin tepkileri ile karşılaşan bebek, besini reddetmeyi ya da kabul etmeyi öğrenir ve her durumda bebeğin açlık duygusunun gelişmesi baskılanır. Buna ek olarak, beslenme sırasındaki çatışma ve mücadele, ebeveyn-bebek ilişkisinde bir iletişim şekline de dönüş-

bilir; bebek yemek yemeyerek ebeveynin ilgisini kontrol altına almayı öğrenir, isteklerinin yerine getirilmesi için yeme reddini bir silah olarak kullanır ve öğün saatlerindeki mücadeleyi bir oyun olarak görmeye başlar. Yemeyen için uyarılarla düzenlenmesi gerekirken, dışsal müdahalenin aşırı derecede mevcut olması bebeklik anoreksisinin gelişiminde önemli rol oynar (Chatoor 1997).

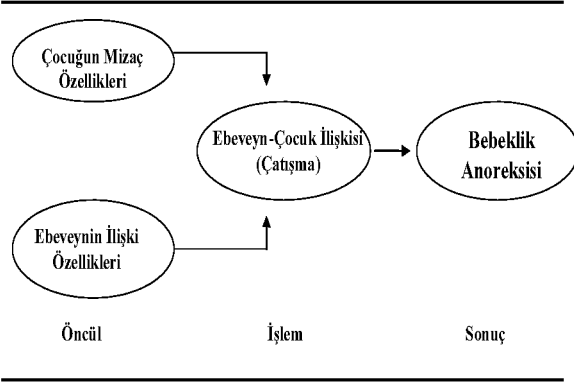
II. Fizyolojik Düzensizlik: Vagal etkinlik (parasempatik sistem), çevresel uyarıların azaldığı durumlarda (uyku, sakin ortamlar) artarak, çevresel uyarıların arttığı durumlarda ise azalarak bedenin iç-dış dengesini sağlar, metabolik işlevleri düzenler (Porge ve ark. 1997). Beslenme sırasında, bireyin masanın dışındaki dünyaya olan ilgisinin ve dikkatinin azalması gerekir, bunun için de daha düşük uyarılabilirlik durumuna ve daha yüksek parasempatik etkinliğe gereksinim vardır (Portales ve ark. 1997, Suess ve ark. 2000).

Yeme bozukluğu olan ergen ve erişkinlerde fizyolojik düzensizliğin varlığı gösterilmiştir (Leonard ve ark. 1998). Bebeklik anoreksisi olan bebeklerin ise sağlıklı bebeklere göre daha kolay uyarılma durumu ve daha düşük parasempatik etkinlik (daha yüksek kalp hızı) içinde olduğu saptanmıştır. Beslenme sırasında dikkatlerinin çabuk dağılması, ilgilerinin hızla kaybolması ve buna bağlı olarak yeme reddinin ortaya çıkmasının nedeninin, yeme için gerekli olan 'daha sakin duruma' geçişteki zorluklarından kaynaklandığı, aşırı uyarılabilirliklerinden dolayı da bedensel uyarıların (acıktıklarını) fark edemedikleri düşünülmüştür (Chatoor ve ark. 2004a). Bu bebeklerde sık görülen uyku sorunlarının da yine parasempatik ve sempatik etkinliği düzenlemedeki güçlüklerinin sonucu olduğu söylenebilir. Bu nedenle, beslenme sırasında dışsal uyarıların en aza indirilmesi ve sakin bir ortam sağlanması gerekir. Bebeğin yemeğe odaklanmasına yardımcı olmak için televizyon, oyuncak gibi dikkat dağıtıcı uyarıların kullanılmaması tedavi aşamasında önem taşımaktadır.

III. Transaksiyonel Model: Sameroff (2000) tarafından tanımlanan transaksiyonel modele göre çocuğun gelişimi, çocuk ile aile ve sosyal ortamın sağladığı deneyimler arasında, süreğen - devamlı - dinamik bir ilişki içinde olur. Chatoor ve arkadaşları (1998a, 1998b, 2000) bebeklik anoreksisini ilişkisel bir bozukluk

olarak tanımlanmışlardır. Transaksiyonel modele göre, bebeğin zor mizaç özellikleri, ebeveynin işlevsel olmayan yeme tutumu ve ebeveyn ve bebeğin güvensiz bağlanma biçimleri, beslenme sırasında ebeveyn ile bebek arasında çatışmaya neden olur ve bunun sonucu olarak bebeklik anoreksisi gelişir (Şekil 1).

Şekil 1 : Bebeklik Anoreksisi Gelişimde Transaksiyonel Model (Chatoor ve ark. 2000)



Bebeklik anoreksisinde, beslenme sırasında ebeveyn-bebek ilişkisi, daha az karşılıklılık ve birliktelik, bunun yanında daha fazla çatışma, kontrol için daha yoğun mücadele ve dikkat dağıtma ile karakterizedir. Ebeveyn-bebek arasındaki çatışma ile bebeğin tartısı arasında ters orantılı bir ilişkili olduğu görülmüştür (Chatoor ve ark 2000). Oyun sırasında ise ebeveyn ile bebek arasında daha az karşılıklılık, daha fazla çatışma, ebeveynin bebeğin ihtiyaçlarına daha az yanıt vermesi ve ebeveynin daha müdahaleci olması gözlenmiştir (Chatoor ve Egan 1988).

Bebeğe ait özellikler:

Bebeğin bağlanma özellikleri: Bebeklik anoreksisi olan bebeklerin çoğunluğu (%60) güvenli bağlanma özellikleri gösterse de, sağlıklı beslenlere göre daha fazla güvensiz bağlanma ilişkileri sergiledikleri bulunmuştur (Ammaniti ve ark. 2004, Chatoor ve ark. 1998). Güvensiz ebeveyn-bebek ilişkisi (güvensiz bağlanmanın derecesi) ile bebeklik anoreksisinin şiddeti (malnütrisyonun düzeyi) arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür.

Bebeğin mizaç özellikleri: Ebeveynleri tarafından zor olarak değerlendirilen çocuklarda, beslenme ve uyku sorunları daha sık görülmektedir (Lindberg ve ark. 1994). Bebeklik anoreksisi olan çocuklar, ebeveynleri tarafından daha

zor, uyumu daha güç, daha fazla ilgi isteyen ve daha inatçı olarak değerlendirilmiştir (Chatoor ve ark. 2000). Bu mizaç özellikleri, beslenme sırasındaki ebeveyn ile bebek arasındaki çatışma ile doğru, bebeğin tartısı ile ters orantılıdır. Ayrıca bu bebekler sağlıklı kontrollere göre daha fazla depresyon, kaygı, bedensel şikâyet ve sinirli davranışlar sergilemektedirler (Ammaniti ve ark. 2004).

Ebeveyne ait özellikler:

Bebeklik anoreksisi olan bebeklerin ebeveynlerinde, kendi ebeveynlerine karşı daha fazla güvensiz bağlanma özellikleri olduğu gösterilmiştir (Chatoor ve ark. 1998). Bunun yanında işlevsel olmayan yeme tutumlarının, depresyon ve kaygı durumlarının, sağlıklı beslenen bebeklerin ebeveynlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Ammaniti ve ark. 2004).

Ancak, bebeklik anoreksisini açıklamada, neden-sonuç ilişkisine dayanan bu doğrusal yaklaşım yetersiz kalmakta, döngüsel açıklamalar için bu alanda yapılacak yeni araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

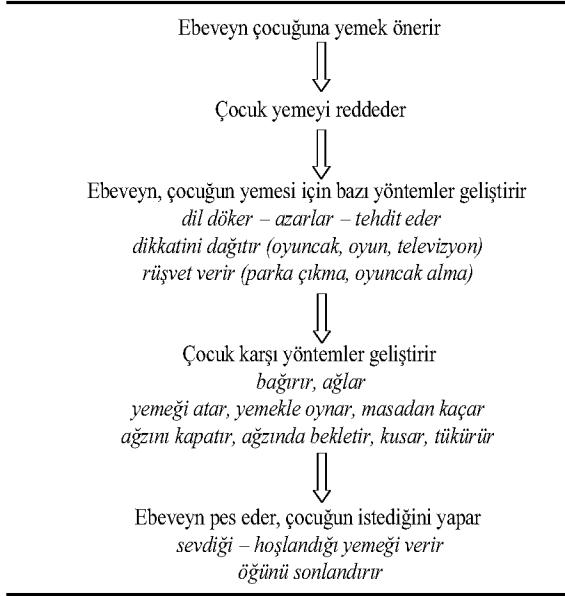
Klinik Özellikler

Bebeklik anoreksisi olan bebekler, çocuk psikiyatrisine genelde pediatri kliniklerinden yeme reddi, beslenme sırasında çatışma ve büyüme gelişme geriliği nedeniyle yönlendirilirler. Bazı anneler, daha ilk aylarda bu bebeklerin dikkatlerinin dışsal uyaranlarla kolayca dağıldığını ve birileri ya da bir şeyler ilgilerini çektiğinde beslenmeyi bıraktıklarını belirtirler. Bu bebekler çok az miktarda anne sütü alır ve bu yüzden anneleri tarafından sık aralıklarla beslenirler. Bunun yanında besin reddi çoğunlukla, kaşığa ve kendi kendilerine beslenmeye geçişin olduğu 6 ay ile 3 yaş - daha sık olarak da 9 ile 18 ay- arası ortaya çıkar. Anne sütü ya da biberon ile beslenme döneminde fazla sorun olmamasına karşın, katı gıdalara geçişle birlikte yeme reddi belirginleşir. Bu nedenle de bazı ebeveynler, katı gıdalara geç(e)mez ve biberonla beslemeye devam ederler.

Öğün sırasında bebek, yemekten sadece birkaç lokma alır ve daha fazla yemeyi reddeder. Eğer ebeveyn beslemeye devam etmeye çalışırsa bebek ağzını açmaz, kusar ya da sofrayı terk etmeye çalışır. Ebeveyn vazgeçene ve etrafta

gezinmesine, dolaşmasına ve oyun oynamasına izin verene kadar bebek ağlar ve yıkıcı davranışlarını arttırır (Şekil-2).

Şekil 2 : Beslenme Sırasında Çocuk-Ebeveyn Arasındaki Çatışma (Douglas 2002)



Ebeveynlerin çoğu, bebeklerinin canlı, oyunu seven, çevreye karşı ilgili ve meraklı olduklarını, fakat acıktıklarını belli etmediklerini ve yemekle ilgilenmediklerini belirtirler. Bu bebekler, beslenmeye karşı ilgilerini çabuk kaybeder ve onlarla oyun oynamayı tercih ederler. Çoğu zaman ebeveynler, bebeklerinin kilo alamamasından ve yetersiz yemesinden dolayı giderek artan endişeye kapılırlar. Bu sorunu çözmek için çeşitli yöntemler geliştirerek daha fazla yemelerini sağlamaya çalışırlar; dikkat dağıtma, dil dökmeye, farklı yiyecekler önerme, oyun sırasında yedirme, gece uykuda besleme, kandırma, televizyon karşısında besleme, tehdit etme hatta zorla yedirme. Ebeveynler bu yöntemlerin ancak kısa süreliğine işe yaradığını ve bebeklerinin besin alımlarını arttırmayı başaramadıklarını belirtmektedirler. Bu yöntemler geçici bir çözüm sağlasa da, ebeveynlerin bu uygulamaları bebeklerin yeme gereksiniminin içsel uyarıcı (açlık-tokluk) yerine, tamamen dışsal uyarıcı (ebeveyn) tarafından düzenlenmesine neden olur. Sonuç olarak ye(dir)mek ve besle(n)mek ebeveynler için ağır bir yük haline

gelir ve bebeklerinin az yemelerinden dolayı kendilerini suçlu, beceriksiz ve ümitsiz hissederler. Çünkü tüm çabalarına karşın, çocuğun besin alımı normal fiziksel gelişim için yetersiz kalmaktadır.

Bebeklik anoreksisi tanısının konabilmesi için büyüme-gelişme geriliğinin ve yetersiz tartı alımının olması gerekir. Bu birkaç şekilde tespit edilebilir. En sık kullanılanlar; 1- Ağırlığın (ya da boya göre ağırlığın) yaş ve cinsiyete göre ortalama değerinin 2 standart sapma altına düşmesi, 2- Daha önce düzenli bir büyüme eğrisi kazanmış çocuğun büyüme eğrisinde, ulusal büyüme eğri çizelgelerine göre 2 persantilden fazla düşme olmasıdır. Birinci ölçüt için alternatif kullanımlar "ağırlığın yaş ve cinsiyete göre 3. persantilin altına düşmesi" ya da "yaşa göre ağırlık (ya da boya göre ağırlık) z skorunun (standart sapma skoru) -2,0'nin altına düşmesi"dir. İlk ölçütün klinisyenler tarafından daha fazla benimsenmesi ve kullanılmasına karşın, tartı kaybının ya da normal büyümedeki eksikliğin de değerlendirilebildiği ikinci ölçütün daha işlevsel olduğu söylenebilir (Black ve ark. 1995).

Beslenme durumu akut ya da kronik malnutrisyon şeklinde de sınıflandırılabilir. Yaşa göre ağırlık ölçütünün bu değerlendirmede özgün olmadığı bilinmesi gerekir. Akut ve kronik malnutrisyon arasındaki klasik ayırım ilk kez Waterlow (1977) tarafından kullanılmış ve yaygın olarak kabul görmüştür. Bu sınıflamada boya göre ağırlık değerlendirmesi ile akut malnutrisyon, yaşa göre boy değerlendirmesi ile kronik malnutrisyonun derecelendirilmesi mümkündür (Tablo 1).

Tablo 1 : Waterlow (1977) Sınıflamasına Göre Malnutrisyon Düzeyi

Malnutrisyon Düzeyi	Akut (boya göre ağırlık)	Kronik (yaşa göre boy)
Normal	>90	>95
Hafif	>80-90	>90-95
Orta	>70-80	>85-90
Ağır	<70	<85

Yeme reddi olan bebeklerin ilk önce tartı alımları yavaşlar ve uygun kilolarına ulaşamazlar. Çoğu olguda baş çevresi normal sınırlarda devam eder. Tedavi edilmeyen çocuklar, daha ileri yaşlarda zayıf, ince, kısa boylu fakat bedenlerine göre kafaları büyük olur. Çocuklar yeterli miktarda yemeye başladıklarında, büyüme hızları artmaya başlar ve ergenlik sonuna kadar normal büyüme eğrilerini yakalama imkânları vardır.

Chatoor ve arkadaşları (2004b) tarafından yapılan bir araştırmada, bebeklik anoreksisi olan çocukların normal sınırlar içinde zihinsel gelişim gösterdikleri saptanmıştır. Bunun yanında, bebeklik anoreksisi olan çocuklar Zekâ Bölümü'nde sağlıklı beslenen çocuklara (109) göre anlamlı olarak daha düşük puan (95) almışlardır. Bebeklik anoreksisi olan grubun tartılarının ideal kiloya oranları ile zihinsel gelişim puanları arasındaki ilişki anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Buna karşın, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ebeveynlerin eğitimi ve beslenme sırasında ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ile zihinsel gelişim arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki gösterilmiştir. Ebeveyn-çocuk ilişkisindeki karşılıklılık ve birlikteliğin olumlu, buna karşın çatışma, mücadele ve müdahalenin olumsuz etkiye neden olduğu saptanmıştır.

Ayrıncı Tanı

Bebeklik anoreksisinin, müdahale yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle, diğer beslenme bozukluklarından ayırt edilmesi gerekir (Benoit ve ark. 2000, Pliner ve ark. 1997, Chatoor ve ark. 1997a). Çünkü bir bozukluk için faydalı olan müdahale yöntemi, diğer beslenme bozukluğu için yarar sağlamayabilir hatta zararlı olabilir (Chatoor ve ark. 1997b). Bunun yanında altta yatan bir organik bozukluğun (ör; kronik enfeksiyon, özofajit, peptik hastalık, nörolojik bozukluk) olmadığından emin olunmalıdır. İyi bir öykü ve fizik muayenenin olası organik nedenlerin dışlanmasında önemi büyüktür. Rutin laboratuvar testlerinin tanısallık değeri ise kısıtlıdır.

Diğer beslenme bozuklukları:

1. Durum Düzenlemesine Bağlı Beslenme Bozukluğu (Feeding Disorder of State Regulation):

Beslenme ile ilgili zorluklar yeni doğan döneminde başlar. Bebek, beslenme sırasında sakin bir durumu sağlayamaz, beslenemeyecek kadar uykulu, huysuz ya da sıkıntılıdır. Uyku ve beslenme sorunları, bebeğin iç durumunu düzenlemede yaşadığı güçlüklerle bağlıdır.

2. Bakımveren-Bebek Etkileşimine Bağlı Beslenme Bozukluğu (Feeding Disorder of Caregiver - Infant Reciprocity): Yeme reddi, iki ile sekiz aylar arasında ortaya çıkar. Anne-bebek ilişkisinde yetersiz karşılıklılık ve birliktelik vardır. Ebeveynin, ağır psikopatolojisi (özellikle depresyon) nedeniyle, duygusal yeterliliği yoktur. Bundan dolayı bebek duygusal ihmale uğrar. Ayrıca bebek, beslendiği sırada yaşına uygun sosyal etkileşim becerileri (göz teması, gülümseme gibi) göstermez (Chatoor 2002).

3. Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu (Post-traumatic Feeding Disorder): Yeme reddi ağız, yutak veya yemek borusunu etkileyen travmatik bir olay (beslenme tüpü ya da endotrekeal tüp yerleştirilmesi, boğulma, şiddetli kusma ya da öğürme) sonrası gelişir ve sadece olayla ilişkilendirildiği besine (biberon, katı gıda ya da sıvı gıda) karşıdır. Bebek, beslenmeye başlamadan önce (yemek masasını, biberonu ya da yeme gereçlerini gördüğünde) yoğun kaygı ve telaş gösterir (Chatoor ve ark. 2001).

4. Duyusal Nedenlere Bağlı Yeme Reddi (Sensory Food Aversions): Yeme reddi belirli tat, renk, koku, görünüm ya da kıvamdaki besinlere karşıdır fakat hoşuna giden, sevdiği besinler önerildiğinde sorun gelişmez.

5. Eşik Eden Tıbbi Durum ile İlişkili Beslenme Bozukluğu (Feeding Disorder Associated with Concurrent Medical Condition): Yeme reddi, tıbbi bir nedene (özofageal reflü, besin alerjisi, solunum yetmezliği, kardiyak sorunlar) bağlıdır. Bebek, beslenmeye istekli başlar, ebeveyn ile çocuk yeterli karşılıklı etkileşime geçer, ancak bebeğin sıkıntısı öğün sırasında giderek artar ve beslenmeyi durdurur. Tıbbi tedavi ile beslenme sorunu kısmen çözülür.

Beslenme sorunları olan bebek ve küçük çocuklarla yapılan bir çalışmada, grubun % 20'sinin birden fazla beslenme bozukluğu eş tanısı aldığı saptanmıştır (Chatoor ve ark. 2002). Bebeklik

anoreksisine en sık eşlik eden ikinci tanının duyuşsal nedenlere bağlı yeme reddi olduğu belirtilmiştir.

Yeme reddi ile kliniğe başvuran olgularda izlenmesi gereken algoritma Şekil-3'te gösterilmiştir.

Şekil 3 : Beslenme Bozuklukları Ayırıcı Tanısında İzlenecek Algoritma (Chatoor 2005)



Tedavi

Bebeklik anoreksisinin ortaya çıkışını açıklayan transaksyonel model temel alınarak bir tedavi yaklaşımı geliştirilmiştir (Chatoor ve ark. 1992, Chatoor ve ark. 1997b). Bu modele göre, bebeğin zor mizaç özellikleri ile sınır koymada güvensizlik yaşayan ebeveyn arasında kontrol, bağımlılık ve bağımsızlık ile ilgili çatışma ortaya çıkar. Bu nedenle de tedavi, besin alımının i uyarımlar (açlık-tokluk) ile düzenlemesinin sağlanması için bebeğin zor mizaç özelliklerine ve ebeveynin sınır koyma ile ilgili kaygı ve sorunlarına odaklanır. Tedavi yaklaşımı  aşamalıdır;

1. Ebeveynlerle, bebeğin zorlayıcı mizaç özellikleri tartışılır. Bebek, evre ve ebeveynleri ile o

kadar ilgilidir ki, acıktığını fark etmez. Ebeveynlerin, bebeğin yemektense, çevreyi araştırmaya ve ebeveynleri ile ilişki kurmaya daha meraklı ve daha ilgili olduğunu, bu özelliklerin de açlık duygusunu fark etmesine engel olduğunu anlamalarına yardımcı olunur. Bu mizaç özelliklerinden dolayı, bebeğin disiplin altına alınmasının daha zor olduğunu anlatılır. Bebek, yemek reddinin ebeveynin dikkatini kontrol etmede güçlü bir silah olduğunu öğrendiği için, ebeveynlerin bebeği yedirmek için dikkat dağıtma ya da eğlendirme gibi çabaları, sorunun sadece devam etmesini sağlar. Bu amaçla, dış uyarımlara karşı daha meraklı, fakat i uyarımlarına karşı farkındalığı daha az olan bebeğin, öğün saatlerinde yemeğe ve i uyarımlarına (açlık) odaklanabilmesi için daha yapılandırılmış öğün saatlerine ve daha fazla sınır koymaya gereksinim olduğu ebeveynlerle tartışılır.

2. Ebeveynlerin sınır koyma ile ilgili kaygıları ve yaşadıkları sorunlar araştırılır. Bazı ebeveynler, hamilelik sırasındaki düşükler, uzun süren tedaviler sonucu olan gebelikler, değerli ocuk öyküsü ya da kendi ebeveynlerinden gördükleri sertlik ve/veya duyuşsal ihmal gibi nedenlerden dolayı bebeklerine karşı daha duyarlı olabilirler. Bebeklerine sınır koyma konusundaki zorluklarını anlama, bu alanda daha etkin olmalarını sağlamak için önemlidir.

3. Bebeğin zorlayıcı mizaı ve kendilerinin sınır koymada yaşadıkları kaygı ve sorunlar konuşulduktan sonra, yeme konusunda bebeğe daha fazla bağımsızlık kazandırmayı ve ebeveynlerin kontrolünü azaltmayı, fakat beslenme sırasında ortaya çıkan uygunsuz davranışlara karşı sınır koymayı amaçlayan davranışsal yöntemler üzerinde durulur. Bu yöntemlerin amacı, bebeğin açlık-tokluk duygusunu tanınması ve yemek yemeyi hissettikleri açlık duygusuna göre kendilerinin düzenlemesini sağlamaktır.

Ebeveynlerle alışırken E3N + 1N KURALI üzerinde durulur. Burada amaç, ebeveynlerin 3N'ye (yemekte Ne yeneceği ve öğünlerin Nerede ve Ne zaman olacağı), çocuğun ise 1N'ye (yemekten Ne kadar yiyeceği) karar vermesini sağlamaktır. Daha açacak olursak, yeme konusunda ebeveynlerini kendi kontrolleri altına alan ocuk, genelde öğünleri kendi istediği yerde (televizyon karşısında, oyun oynarken),

kendi istediği zamanda yemekte ve ebeveynlerine istedikleri yiyecekleri hazırlatmaktadır. Buna karşın ebeveynler ise çocuğun ne kadar yiyeceğine karar vermektedir. Açlık-tokluk duygusunun gelişimini sağlamak için Ne kadar?'a çocuğun, fakat uygunsuz davranışlara sınır koymak, düzenli öğün saatleri oluşturmak ve tat duygusunu geliştirmek için Ne? Nerede? Ne zaman?'a ebeveynin karar vermesi gerekir (Hergüner ve Tüzün 2006).

Biyolojik iç ritmin desteklenmesi için, ebeveynlerin bebeğin öğünlerini 3-4 saat arayla düzenlemesi, öğün aralarında su dışında herhangi bir şey (özellikle de düşük kalorili fakat yüksek hacimli besinler) önermemeleri istenir. Bunun yanında bebeğin sadece yemeğe odaklanması için, öğün sırasında dikkat dağıtıcı nesnelerin (oyuncak, televizyon, oyun) kullanılmaması gerekir. Böylece bebeğin dış uyaranların etkisinden kurtulup, beslenmeyi kendi iç uyaranlarına (açlık ve tokluk) göre düzenlemeyi öğrenmesi sağlanır.

Öğün sırasında yiyeceklerle oynama, masadan kaçma, ağlama, bağırma gibi uygunsuz davranışlar ortaya çıktığında, uygulamaları için ebeveynlere sınır koyma teknikleri (mola yöntemi, olumsuz pekiştiriciler gibi) öğretilir. Ayrıca öğün sırasında ve sonunda ebeveynlerin, bebeğin ne kadar ya da az yediği ile ilgili yorum yapmaması istenir.

Bu üç aşamalı müdahale, kırk beş dakikalık dört - sekiz görüşme ile sağlanır. Görüşmelerin haftada bir olacak şekilde düzenlenmesi, terapist ile ebeveynler arasında yakın ve sıkı bir işbirliği kurulmasını sağlar. Beslenme sırasında çekilen video görüntülerinin ve ebeveynler tarafından doldurulan çizelgelerinin seanslar sırasında birlikte incelenmesi, zorlanılan noktaların ve sorunlu davranışların saptanmasını ve alternatif yöntemler geliştirilmesini desteklemektedir (Hergüner ve ark. 2005). Tedavinin ilk döneminde bebeğin aldığı besin miktarı azalabilir, hatta kilo kaybı görülebilir. Bebeklerinin aldıkları besin miktarının azaldığını gözlemleyen ebeveynler, tedavinin etkin olmadığını düşünerek, görüşmeleri yarım bırakabilir. Bu nedenle, ebeveynleri tedavinin aşamaları ve seyri hakkında önceden bilgilendirmek, bazı durumlarda ise besinlerin enerji içeriğini artır-

mak, vitamin ve mineral takviyesinde bulunmak ailelerin tedaviye uyumunu artırmaktadır. Bu amaçla çocuğu izleyen hekimin desteğini almak önemlidir. Tedavi, sadece çocuk psikiyatristi tarafından yürütülen bir süreç değildir. Tanı ve tedavi sırasında çoklu yaklaşım benimsenmeli, çocuğun izlemine yapan çocuk hekimi ve diyetisyenin de ekibin bir parçası olması sağlanmalıdır.

Bu modelin uygulandığı, bebeklik anoreksisi olan 20 bebekle yapılan bir izlem çalışmasında, 17 bebeğin ebeveyni, bebeklerinin açlık hissini tanımayı öğrendiklerini, aldıkları besin miktarının arttığını ve daha hızlı şekilde kilo aldıklarını belirtmiştir (Chatoor ve ark. 1997b). Benzer bir tedavi yöntemi ile yapılan bir izlem çalışmasında, 4 görüşme sonrasında tüm olgularda beslenme sorunlarının kaybolduğu ve 6 ay sonunda da tartı alımlarının devam ettiği görülmüştür (Hergüner ve Tüzün 2006).

Bunun yanında bebekleri ile uygunsuz ilişki biçimleri geliştiren bazı ailelerin ve ağır malnütrisyonu olan bazı bebeklerin daha yoğun müdahalelere ya da hastaneye yatışa gereksinimi olabilir. Çocuk hekimleri bazen, bebeklerin yetersiz kilo alımı ile ilgili endişelerinden dolayı tüp (nazogastrik ya da gastrotomi tüpü) ile beslemeyi denerler. Hâlbuki tüp ile beslenme çocukların açlık duygusunun ve oro-motor fonksiyonların gelişimini engelleyebilmekte (Mason ve ark. 2005) ve bazen de çocukta Travma Sonrası Beslenme Bozukluğu gelişimine neden olabilmektedir (Benoit ve ark. 1997).

SONUÇ

Bebeklik anoreksisi olan çocuklar, erken bebeklik döneminden itibaren beslenmeye çok az ilgi gösterir ve yetersiz miktarda yerler. Bu da ebeveynlerin kaygı düzeyini artırır ve bebeklerin yetersiz besin alımını dengelemek için uygunsuz davranışlar geliştirmelerine yol açar. Bu davranışlar, beslenme sırasında bebeğin oyuncaklar ya da televizyon ile dikkatini dağıtmaktan, zorla beslemeye kadar değişir. Bunun sonucu olarak da beslenme sırasında ebeveyn-bebek arasında çatışma ortaya çıkar. Bu süreçte bebeğin açlık duygusunun gelişimi engellenir ve çocuk besin alımını içsel uyaranlar (açlık-tokluk) yerine dışsal uyaranlarla düzenlemeyi öğrenir.

Müdahale sırasında hem bebek, hem ebeveyn hem de ebeveyn-bebek ilişkisi değerlendirilir. Tedavide davranışsal yöntemler kullanılarak, çocuğun beslenmesinin dışsal uyaranlar (ebeveyn tutumu) yerine içsel uyaranlar (açlık-tokluk) tarafından düzenlenmesi amaçlanır.

KAYNAKLAR

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

Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L ve ark. (2004) *Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications. J Am Coll Nutr* 23: 259-271.

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

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.

Black MM, Dubowitz H, Berenson-Howard J ve ark. (1995) *A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. Pediatrics* 95: 807-14.

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, Egan J (1983) *Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: a separation disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22: 294-301.

Chatoor I, Egan J, Getson P ve ark. (1988) *Mother infant interactions in infantile anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 535-540.

Chatoor I (1989) *Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder of separation and individuation. J Am Acad Psychoanal* 17: 43-64.

Chatoor I, Kerzner B, Zorc L ve ark. (1992) *Two year old twins refuse to eat: a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. Infant Ment Health J* 13: 252-268.

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. (1997a) *A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. Infant Ment Health J* 18: 76-91.

Chatoor I, Hirsch R, Persinger M (1997b) *Facilitating internal regulation of eating: a treatment model for infantile anorexia. Infants Young Child* 9: 12-22.

Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J ve ark. (1998a) *Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37: 959-967.

Chatoor I, Ganiban J, Colin V ve ark. (1998b) *Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37: 1217-1224

Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R ve ark. (2000) *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 743-751

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, Surlis J ve ark. (2004a) *Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 1019-1025.

Chatoor I, Surlis J, Ganiban J ve ark. (2004b) *Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. Pediatrics* 113: 440-447.

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.*

Dahl M, Eklund G, Sundelin C (1986) *Early feeding problems in an affluent society. II. Determinants. Acta Paediatr* 75: 380-387.

Dahl M, Sundelin C (1992) *Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. Acta Paediatr* 81: 575-579.

Douglas J (2000) *The management of selective eating in young children. Feeding Problems in Children içinde, A Southall ve A Schwartz (ed) Oxford: Radcliffe Medical Press, s: 141-152.*

Hergüner S, Danişment BS, Gökçay G ve ark. (2005) *Beslenme bozukluğu tedavisinde çoklu yaklaşım; 18 aylık ikiz olgu. 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Kitapçığı, s: 236.*

Hergüner S, Tüzün Ü (2006) *Bebeklik anoreksisinde tedavi yaklaşımları. 16. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Bilimsel Kitapçığı, s: 34.*

- Leonard T, Pepina C, Bond A ve ark. (1998) Assessment of test-meal induced autonomic arousal in anorexia, bulimic, and control females. *Eur Eat Disord Rev* 6: 188-200.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B (1991) Early eating problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 10: 395-405.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B ve ark. (1994) Early food refusal: Infant and family characteristics. *Infant Ment Health J* 15: 262-277.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B ve ark. (1996) Interactions between mother and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 17: 334-347.
- Mahler MS, Pine F, Berman A (1975) *The psychological birth of the human infant*. Basic Books, New York.
- Marchi M, Cohen P (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 112-117.
- 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.
- Pliner P, Lowen ER (1997) Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite* 28: 239-254.
- Porges SW, Doussard-Roosevelt JA, Portales AL ve ark. (1996) Infant regulation of the vagal "brake" predicts child behavior problems: a psychobiological model of social behavior. *Dev Psychobiol* 29: 697-712.
- Portales AL, Porges SW, Doussard-Roosevelt JA ve ark. (1997) Vagal regulation during bottle feeding in low-birthweight neonates: support for gustatory-vagal hypothesis. *Dev Psychobiol* 30: 225-233.
- Sameroff A, Fiese BH (2000) Models of development and developmental risk. *Handbook of Infant Mental Health*, 2. baskı içinde, CH Zeanah, Jr (ed) Guilford Press, New York, s: 3-19.
- Sanders M, Patel R, LeGrice B ve ark. (1993) Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychol* 12: 64-73.
- Siegel L (1988) Classical and operant procedures in the treatment of a case of food aversion in a young child. *J Psychol* 27: 105-110.
- Singer L, 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.
- Suess PE, Alpan G, Dulkerian SJ ve ark. (2000) Respiratory sinus arrhythmia during feeding: a measure of vagal regulation of metabolism, ingestion, and digestion in preterm infants. *Dev Med Child Neurol* 42: 169-173.
- Waterlow JC, Buzina R, Keller W ve ark. (1977) The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bull World Health Organ* 55: 489-498.
- Zero to Three: National Center for Clinical Infant Programs (2005) *Diagnostic classification 0-3: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (Rev. ed.) Washington, DC: Zero to Three Press.