

BEBEKLİKTE BESLENME İLİŞKİSİ, SORUNLARI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Gülşen Erden*

ÖZET

Amaç: Bu yazıda beslenme ilişkisinin ve anne çocuk etkileşiminin önemi vurgulanarak, bebeklik ve çocukluk çağında ortaya çıkan, beslenme bozukluklarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca beslenme bozukluklarının tedavisi ve daha da önemlisi önleme çalışmaları tartışılmıştır. **Yöntem:** Beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimi üzerinde yoğunlaşan kitap, dergi, araştırma yazıları geniş kapsamlı bir araştırma ile incelenmiştir. Gözden geçirilen yayınların 112'sinden yararlanılmıştır. Bu yayınlar seçilirken, içeriklerine, geçmişten günümüze geniş bir yelpaze çizilebilmesine ve sıklıkla adından söz edilen yayınlar olmasına özen gösterilmiştir. **Sonuçlar:** Gözden geçirilen yayınlara göre; beslenme çocuğun ve annenin özelliklerine bağlı olarak, karşılıklı gelişen bir süreçtir. Bebekler emme ve yutma yetisine doğuştan sahip oldukları gibi besinin kalori durumuna ve vücudun gereksinimine bağlı olarak kendi beslenmelerine bir yön çizerler. Beslenme ilişkisinin başlamasıyla birlikte, anne ve çocuk değişik biçimlerde birbirlerinden etkilenirler. Bazı anneler bebeği besleme konusunda rahat, çok yetenekli ve esneklerdir. Bazıları ise kaygılı, acemi ve katıdır. Benzer şekilde bazı çocuklar beslenmeye olumlu yanıt verir, uyum sağlarlar. Bazıları ise, geri çekilir ve beslenmeyi reddederler. Bebekler beslenme gereksinimlerini, ağlama ve huzursuzlanma ile belli ederken, annenin bu mesajı doğru algılayıp zamanında ve uygun yanıt vermesine bağlı olarak besini kabul ederler ya da zor beslenirler. **Tartışma:** Beslenme bozukluklarının ortaya çıkışında, beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimi kavramları önemli rol oynamaktadır. Beslenme ilişkisi ve anne çocuk etkileşimine odaklanma, beslenme bozukluklarının önlenmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bebek ve çocuklarda beslenme bozukluğu, beslenme ilişkisi, önleme, tedavi.

SUMMARY

FEEDING RELATIONSHIP, PROBLEMS AND TREATMENT APPROACHES IN INFANCY

Objective: The aim of this paper is to review the feeding disorders of infancy emphasizing on feeding relationship and mother child interaction. Treatment and prevention studies are discussed as well. **Method:** Books and articles on feeding relationship and mother child interaction are reviewed by an extensive research on the subject. 112 of the reviewed articles are used for this article. The articles have been selected by considering their content, broad scope and frequent referencing. **Results:** According to reviewed material, feeding is a reciprocal process that depends on the abilities and the characteristics of both mother and child. Infants have the capability of sucking and taking semisolid foods. When feeding starts, the mother and child work on the process with more or less flexibility and skill. Some mothers are very skillful and resourceful, and some are awkward or rigid. The child also responds to his mothers' limitations with the same manner. He may react positively and adaptively or he may withdraw or scream. The process of feeding infant goes best when mothers adjust their approach to the infant's timing, preference, pacing and eating capability. **Discussion:** Feeding relationship and mother child interaction emerges as a very important concept in relation to feeding disorders of infancy. Stressing on this relationship and interaction will bear importance in prevention of feeding disorders.

Key words: Feeding disorders in infants and children, feeding relationship, intervention, treatment.

Normal ve sağlıklı olarak doğan bebekler emme ve yutma yetilerine sahiptirler. Vücudun gereksinimine ve besinin kalori durumuna göre kendi beslenmelerini düzenleyebilirler (Laupus 1976, Barness 1992, Fomon 1974, Rosenberg ve Battag-

lia 1991). Kendi beslenme düzenlerini sağlama da bebeklere, açlık ve doyumluk döngüleri yardımcı olur. Yani açlığa bağlı rahatsızlık hissettiklerinde, fiziksel gereksinimlerini giderebilecek sıvı ya da katı besinleri alırlar. Böylece açlığın yerini doyumluk ve rahatlık alır (Benoit 1993,

* Psk., Ankara Üniv. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

Fox ve Stifter 1989). Anne ve babalar yaşamının ilk günlerinden başlayarak kısa sürede bebeğin ne tür rahatsızlık sinyalleri verdiğini algılar. Bu algıya göre bebeğin sinyallerine yanıt verirler. Bebek de anne-babanın yanıtları ile yaşamın ilk günlerinden başlayarak duygusal ve fiziksel duyumları ayırt etmeyi öğrenir. Böylece belli bir beslenme davranışı gösterir (Knoph 1979). Ancak beslenme yalnızca bebeğin yetilerine ve özelliklerine bağlı kalmaz. Aynı zamanda annenin ya da ona bu bakımı sürekli veren kişinin de özellikleri ve yetilerine bağlı olarak karşılıklı yaşanan bir süreçtir (Satter 1992, Lyons ve Zeanah 1993). Satter'a (1992) göre bebek beslenmeye karşı az ya da çok belirgin bir ilgi ortaya koyarken, anne de beslemeye hazır ve isteklidir, ya da değildir. Beslenme başladığında anne ve bebek birlikte, karşılıklı olarak az yada çok esneklik ve beceri ortaya koyarlar. Bazı anneler, çok becerikli ve yaratıcıdır. Aynı zamanda bebeğin kendi besin düzenini belirlemesine izin verici olabilirler. Bazı anneler ise katı ya da yetersizdirler. Bebekler annelerin beceriklilik, yaratıcılık, izin vericilik ya da sınırlılık gibi özelliklerini, benzer şekillerde ya da kendi uyum yetilerini ortaya koyarak yanıt verirler. Olumlu tepkiler ortaya koyabilecekleri gibi geri çekilme, bağırıp ağlama ya da direnç gibi olumsuz tepkiler de gösterirler (Lyons ve Zeanah 1993, Satter 1992). Anne babalar bebeklerinin yapısal ve doğuştan getirdikleri özellikleriyle birlikte vücut yapılarını (bebeğin kilosu, boyu ve benzeri özellikleri) kabul edici ve destekleyici olabilecekleri gibi bu durumdan hoşnutsuz ya da kontrol edici olabilirler (Satter 1992). Beslenme sırasında yaşanan anne-bebek etkileşimi ile bebekler kendine dönük durumdan, diğer insanlar ve çevre ile ilişkide aktif hale gelirler (Dowling 1977, Freud 1946, Stern 1995). Ayrıca beslenme, yaşamın ilk yıllarında kazanılan çok önemli bir ilişki ve etkileşim deneyimi olarak, bebeğin bilişsel ve dil yeterliliğine de etki eder (Knoph 1979). Kaliteli ve yeterli bir beslenme etkileşimi deneyimi, bebeğin gelişimini olumlu yönde etkilerken, annesine ya da kendisine annesi gibi yakın bakım veren kişilere güvenli bir bağlanma geliştirmesini sağlar (Barnard ve ark. 1989). Bu yazıda beslenme ilişkisinin önemi, bebeğin fiziksel, sosyal ve duygusal gelişimine etkisine ilişkin bilgilerle birlikte vurgulanırken, beslenme sorunları da özetlenecektir. Ayrıca beslenme sorunlarının ortaya çıkışını önleme ve tedavi yaklaşımları üzerinde de durulacaktır.

SAĞLIKLI BESLENME

Bebekler, belli bir yiyebilme ve kendi beslenmelerini düzenleyebilme yetileri ile doğdukları gibi, yemeye ve yaşamlarını sürdürmeye isteklidirler. İçgüdüsel olarak emerler ve gıda alırlar. Aldıkları besinin miktarlarını da kendileri belirlerler (Adair 1984, Birch ve ark. 1987). Bu onların genetik zenginlikleri ile ilişkilidir (Fomon ve ark. 1975). Doğal olarak birçok besini alırlar ve iç gelişimsel süreçleri ile yönlendirirler (Rolls 1986). Böylece emme fazından yarı katı gıdaları çiğnemeye geçerler. Ardından katı gıdaları yeme becerileri artar ve yeme stilleri değişir (Satter 1984). Ancak bu değişim için annenin bebekten gelen sinyallere uygun tepkileri geliştirmesi gerekir (Stern 1995). Bir başka deyişle uygun zamanda uygun gıdaya geçilebilmelidir. Bundan başka bebeğin olumlu yeme yetileri, kısıtlayıcı ve bebeği engelleyici bir girişim olmaksızın olumsuz yönde bir değişime uğramaz (Dahl 1987, Satter 1992). Bir çok yazar başka yollarla gelişebilse de bebeğin beslenme yetilerinin ortaya çıkabilmesi için, annenin uygun desteğine gereksinimi olduğunu vurgulamıştır (Ainsworth ve Bell 1969, Christopherson ve Hall 1978, Satter 1986b, Thomas 1975). Ayrıca yine aynı yazarlara göre, etkili beslenme anne ile bebek arasında eş uyumlu bir ilişki ister. Bu ilişkide anne ve bebek karşılıklı, birbirine dayalı bir etkileşim içindedirler (Ainsworth ve Bell 1969, Satter 1986b, Thomas 1975). Anne bebeğinin otonomisine ve yetilerine, saygılı ve izin verici davranırken, bir yandan da bebeğin yiyebileceği gıdayı, onun gelişim düzeyine uygun biçimde sunabilmelidir (Fox ve Stifter 1989, Satter 1992). Bebeğin, verilen gıdayı çiğneyebileceğine ilişkin uyarısını algılayarak, yarı katı gıdalara geçen annenin yaptığı gibi, uygun zamanlama ile uygun gıdaya geçebilme farklı bir yeme biçiminin kabulünü kolaylaştırır (Knopf 1979, Zeanah 1993). Eğer anne aşırı yönlendirici ya da yeterli desteği sağlayamayan bir davranış içinde ise, beslenme ve psikososyal gelişim bundan olumsuz etkilenir (Lébovici 1983, Satter 1992). Ayrıca kendi çabası desteklenmeyen bebeğin, normal gelişme arzusu kırılabilir ve anneye bebek arasında kısır bir çekişme başlar. Lewis ve Miller'e (1990) göre, beslenmeye ilişkin yaklaşımlarda ortaya çıkan olumlu değişimler, çocuğa herhangi bir yaşta daha önce aşılamamış bir gelişimsel basamağı tamamlama olanağını sağlar. Yeni doğan bebeği besleme işinde anne-baba, bebeğin zamanlamasına, seçimine, uyarılarına ve yeme yetisine göre, kendi yaklaşımları

nı uydurabilirlerse beslenme iyi gider' (Ainsworth ve Bell 1969, Satter 1990). Bu tür etkileşim yeni doğanın yetilerini zenginleştirip, düzene kavuşması ve sıcak bir bağlanmanın gelişmesi için gereklidir (Bernard ve ark. 1989, Lébovici 1989). Beslenme iletişimi etkin olduğunda, başarılı bir beslenme düzeni ve sağlıklı bağlanma gelişir ve daha sonra ortaya çıkacak olan, ayrışma ve bireyselleşme için de yarar sağlar (Barnard ve ark. 1989, Soulé ve Golse 1992). Satter'a (1992) göre, iyi bir beslenme etkileşimi için aşağıdaki koşullar var olmalıdır:

- Bebek istediğinde besleyebilme,
- Bebeği beslenmeye uygun koşulda ve biçimde tutma; oturabildiğinde düz ve dik bir biçimde rahat bir koltuğa oturtma ve çocukla yüzyüze olma.
- Bebeğin kaşığı nasıl tutulduğunu görmesini sağlama,
- Bebekle ve beslenme ile ilgili olma fakat aşırı davranış ve konuşma ile bebeğin dikkatinin dağılmasına neden olmama,
- Yumuşak ve cesaretlendirici bir ses tonu ile konuşma,
- Bebeğin, besini almak için ağzını açmasını bekleme,
- Bebeğin gıdaya dokunmasına ve parmaklarıyla yemesine izin verme,
- Çocuk hazır olduğunda kendini beslemesine izin verme,
- Çocuk kendini beslerken yanında bulunup, ona engel olmadan eşlik etme,
- Çocuğun hangi hızda yiyeceğine müdahalede bulunmama,
- Çocuğun gıda tercihinə saygı gösterme,
- Çocuğun ne kadar yiyeceğine çocuğun karar vermesine olanak tanıma,
- Çocuğun değişik ve yeni gıdaya karşı gösterdiği endişeye saygı duyma,
- Tüm çocukların yeme davranışını başaracağını hatırlatma.

Beslenme, çocukla annesi arasında sorumluluğun paylaşılmasını gerektirir. Anne, çocuğa yemesi için gerekeni sağlamakla, çocuk da ne kadar yiyeceğini belirlemekten sorumludur (Satter 1987). Anneler çocuğun beslenmesi için gerekli

sütü sunarken, çocuğa ne kadarını içebileceğini ayarlaması için izin vermelidir [Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics (AAP) 1985]. Gelişimsel hazır oluşa göre, katı gıdalara geçmelidirler [Beal 1957, Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics (AAP) 1980]. Gıdayı yemeyi kabul etmemeyi çocuğun seçimine bırakmalıdırlar (Satter 1992). Anne çocuğa, uygun gıdayı ve beslenme ortamını sağlarken ve öğünler sırasında olumsuz davranışlara engel olurken, aynı zamanda nasıl ve ne kadar yiyeceği konusunda izin verici olmalıdır. Böyle bir ortam ve sınır koyma her çocuğun gıdayı kabulü ve beslenmeye ilişkin sosyal davranışları öğrenmesi için gereklidir. Çünkü bebeklik döneminde kazanılan beslenme alışkanlığı çocukluk çağında da sürdürülür (Satter 1987). Düzenli bir beslenme alışkanlığı kazanabilmesi için, çocuklar beslenme öğünlerinde düzenli ve güven geliştirici sunuşlarla desteklenmelidirler. Sadece beslenme konusunda değil, diğer ilişkilerinde de; çocukları, yetişkinlerin belli bir düzen kuramaması ve sınır koyamaması şaşırtır, davranışlarını olumsuz yönde etkiler ve korkutabilir (Barness 1992, Satter 1992).

BESLENME SORUNLARI

Beslenme, büyüme ve gıda kabulü sorunlarının temelinde aşağıdaki nedenler rol oynarlar:

- Çocuğun tıbbi ya da fiziksel durumu,
- Uygun olmayan gıda seçimi,
- Beslenme ilişkisinde uygun olmayan dinamikler,

Yukarıda belirtilen ilk iki neden, dünyanın her yerinde iyi tedavi edilebilen durumlardır (Behrman ve ark. 1987). Beslenme dinamiklerindeki karışıklık, beslenmeye ilişkin sorunlar yaşanmasına ve hatta organik beslenme bozukluklarına yol açmasına rağmen, beslenme bozukluklarına ilişkin yapılan araştırmalarda beslenme dinamikleri üzerinde yeterince durulmadığı görülmektedir (Fox ve Stifter 1989, Satter 1992). Yapılan bir çalışmada 1120 çocuktan %40-50'sinin organik bir nedene dayanmayan beslenme sorunları gösterdikleri saptanmıştır (Accardo 1982). Bir başka çalışmada ise, 2067 çocuğa laboratuvar testleri yapılmış ve bu çocuklardan sadece %1.4'ünde test sonuçları tanusal anlamlılık göstermiştir (Sills 1980). Bu sonuçlara göre, araştırmacılar, eğer iyi bir beslenme ilişkisi öyküsü alı-

nabilmiş olsa idi bu kadar çok laboratuvar testine gerek olmayacağını vurgulamışlardır. Satter'a (1992) göre, sorunlu beslenme ilişkisi çocuk anne etkileşimini olumsuz etkiler. Ayrıca beslenme sorunlarının çocuk anne ilişkisini etkileyen başka alanlarda da olumsuz yaşantılara neden olduğu bilinmektedir. Beslenmeye ilişkin sorunlar, çocuğun zamanında doğup doğmadığına, normal gelişme gösterip göstermediğine, organik ya da çevresel nedenlere dayalı olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılır (Benoit 1993). Beslenme sorunları uzadığında çocuklar kötü bir gelişim, ya da büyüyüp gelişememe riski ile karşı karşıyadırlar. Beslenme sorunları; obesite, kolik, yoğun beslenme çatışmaları ve huzursuzluk, aşırı seçicilik, yiyememe, olgun yeme davranışına geçememe ve psikosomatik yakınmalarla (kusma, ishal ve ruminasyon gibi) ifade edilir. Dahl ve Kristianson'un (1987) bir çalışmasında, erken dönem beslenme sorunları yaşamış çocuklarda, sık hastalanma ve ilişki sorunları gözlemlendiği bildirilmektedir. Beslenmeye ilişkin güçlükler, çocuğun yeme yetisini olumsuz etkiler ve çocuğun birçok gıdayı alabilmesine, kilo-boy ölçümlerinin normal seyir izlemesine ve uygun büyüme sınırlarının korunmasına engel olur (Satter 1992). Bir başka anlatımla, çocuk yemek seçen, zayıf ya da şişman ve gelişim çizgisi normalin altında ya da alt sınırlarında giden bir çocuk olur.

Bebekler, doğal olarak kendilerine ilk kez sunulan bir yiyeceği yemeye korkarlar. Ancak aynı yiyecekle birçok defa tanıştırlarsa ve her defasında ortam olumlu ise yiyeceği kabulleri kolaylaşır (Birch ve Marlin 1982, Gessel ve Ilg 1937). Baskı, ödüllendirme ya da pazarlıkla gıda tercihlerini değiştirmek, yeni gıdalara geçmek zordur. Baskı, pazarlık ya da ödüllendirme beslenme ilişkisinin bozulmasına ve beslenme sorunlarına yol açar (Birch ve ark. 1984, Handen ve ark. 1986). Sözü geçen bu davranışlar yerine çocuğa anlaşıldığına ilişkin mesajlar verilerek sosyal destekle birlikte izin verici bir tutum izlense çocuğun yeni gıdayı kabulü kolaylaşır (Birch ve ark. 1980). Pelhat ve Pliner'in (1986) bir çalışmasında beslenme sorunları gösteren 2 ile 7 yaş arasındaki bir grup çocuğun yeni ve alışmadığı gıdaları, yemeleri için zorlandıkları ya da yerlerse ödül alacakları söylenerek kandırıldıkları ve yemezlerse cezalandırıldıkları saptanmıştır. Ayrıca bu çocukların yeni gıdalara karşı koşullandırılmış bir tiksinti duydukları gözlemlenmiştir.

Anne-babalar, bebeklerini huzurlu ve bilinçli beslediklerinde, bebekler daha sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlıkları geliştirmekte ve daha kolay yemektelerdir (Lébovici 1993). Öte yanda, anne-babaları beslenme aktivitesini aşırı yönlendiren ya da aşırı etken davranan bebekler beslenme sorunları göstermektedir (Ainsworth ve Bell 1969, Brody 1956, Crow ve ark. 1980, Pallit ve Wirtz 1981). Whitten ve arkadaşları (1969) yavaş büyüyen bir grup çocuğun ailesiyle yaptıkları çalışmada, bu ailelerin çocuklarını, doyup doymadıklarını kontrol etmeksizin beslediklerini veya beslenmeye son verdiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca anne babalar, çocuklarını keyfi ve inatçı-otoriter bir yaklaşımla beslediklerinde çocukların çok zayıf ya da şişman olduklarının gözlemlendiği bildirilmiştir (Ainsworth ve Bell 1969, Klesges ve ark. 1986).

Son yıllarda beslenmeyi, dinamikleri açısından inceleyebilmek ya da daha ayrıntılı bir beslenme öyküsü elde edebilmek için araştırmacılar çeşitli ölçekler geliştirmişlerdir. Beslenme bozukluklarına ilişkin çalışmalarda bu ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler, yeni doğanın beslenme etkileşimini değerlendiren "Price's AMIS" Ölçeği (Price 1983) "Chatoor's Observational Scale for Mother Infant Interaction" (Chatoor ve ark. 1989) ve 3 yaş altı beslenme öyküsünü değerlendiren "Bernard's Nursing" ölçeğidir (Bernard 1979). Bu ölçekler genelde beslenmeyle ilgili tutumları, bebeğin ve annenin özelliklerini beslenme ortamını, beslenme işlemini ve etkileşimini incelemektedirler.

BESLENME BOZUKLUKLARI

Bebeklik döneminde geçici beslenme güçlükleri sıklıkla yaşansa da beslenme bozuklukları grubu içinde yer almazlar. Beslenme bozukluğu grubunda yer alan güçlükler daha çok çocuğun fiziksel, duygusal ve ruhsal gelişimini etkileyen, aile ilişkilerini zorlayan, 6 aydan fazla süren ve yaşamı tehdit eder nitelikler taşıyanlardır (Benoit 1993, Linscheid 1985).

Beslenme bozukluklarının sıklığı %6 ile %35 arasında gözlenir. Özellikle gelişimsel bozukluğu olan çocuklar arasında daha yaygındır (Jenkins ve ark. 1980, Richman 1981). Beslenme bozukluklarında genel olarak cinsiyet farklılığı gözlenmemektedir (Zeanah 1993). Premature bebeklerde ve doğal yollarla beslenememiş bebeklerde risk fazladır (Gerstma ve ark. 1985). Beslenme

bozuklukları için henüz uygun ve yaygın kullanılan bir sınıflandırma geliştirilememiştir. Bu nedenle de yayınlarda tanı grupları ve kriterleri arasında bir tutarsızlık gözlenmektedir (Dahl ve Sundelin 1986). Aşağıda belirtilen beslenme bozuklukları DSM III-R (APA 1987) ve ICD 9 (WHO 1978), DSM IV (APA 1995) ve ICD 10 (WHO 1992) sınıflandırmalarına ilişkin olarak aktarılmıştır. Ancak bu sistemlerde yer almayan fakat kliniklerde görülen diğer beslenme bozukluklarına da yer verilmiştir.

RUMİNASYON BOZUKLUKLARI

Ruminasyon bozukluğunda, besin yutulduktan ve kısmen sindirildikten sonra, tikslenme ya da bulantı gibi bir neden olmaksızın ağza geri getirilir (APA 1995). Sıklıkla çocuk yalnızken ortaya çıkar, çocukta boş bakışlar, hareketsizlik yanı sıra bir rahatlama ve haz alma gözlenir (Benoit 1993). Çocuğun yuttuğu besini, parmağını ya da bir bez parçasını ağzına sokarak, besinin ağza geri gelmesine kendisinin neden olduğu ileri sürülmektedir (Mayes ve ark. 1988). Kötü beslenme (malnutrisyon), gelişim gecikmesi, susuz kalma, gastrik bozukluk sık görülen ek belirtilerdir. Başlangıç yaşı 3-12 aydır. Genellikle normal seyreden bir beslenme sürecinin ardından ortaya çıkar. Nadir görülen bu bozukluğun görülme sıklığı giderek azalmaktadır (Sauvage ve ark. 1985). Erkeklerde kızlara oranla 5 kat fazla gözlenir. Mayes ve arkadaşları'na (1988) göre, 1 tip ruminasyon bozukluklarında neden psikojeniktir. Sorun anne çocuk ilişkisindeki olumsuzluklara bağlıdır. Red ve ayrılık öykülerine sık rastlanır. Anne-babada psikiyatrik ve duygusal bozuklukların varlığından söz edilir (Flanagan 1977). Çocukta gelişim gecikmesi ve hiperaktiviteye neden olacağından söz edilse de genellikle normal gelişim izlenir (Sauvage ve ark. 1985). 2. tip ruminasyon bozuklukları kendini uyarmaya ilişkindir ve zeka gerilikleri ile birlikte gözlenir. Bebeklikten yetişkinliğe uzanır. Çocuk halsiz (letarjik) ve pasiftir. Hastalığın gidişi iyi değildir (Mayes ve ark. 1988). Vakaların %25'i ölümle sonuçlanır (Benoit 1993).

Ruminasyon bozuklukları için ayırıcı tanıda, ilaçlara bağlı ortaya çıkan bulantı, konjenital anomali (pilor stenozu gibi), serebral palsi ve kas tonusunu etkileyen diğer nörolojik hastalıklar taranmalıdır (APA 1987, Benoit 1993). Tıbbi tedavide antispazmotik ve sedatif ilaçlar kullanılır.

Davranışçı yönelimli psikoterapi de (caydırıcı ve ödüllendirici) etkin bir tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Morris'da (1989) duyarsızlaştırma tekniğinin de tedavide başarılı olduğunu bildirmiştir.

PİKA

DSM III-R ve IV'le ICD 9 ve 10'a göre, pika çocukların besin özelliği taşımayan ve yenilebilir olmayan maddeleri ısrarlı olarak yeme davranışı göstermeleri ile ortaya çıkan bir beslenme bozukluğudur (APA 1995, WHO 1978, WHO 1992). Çocuklar gelişim dönemlerine özgü olarak bir çok maddeyi ağızlarına götürürler. Fakat pika'da besin olmayan maddeler yenilmekte ve bu davranış çocuğun gelişim dönemine de uymamaktadır. Pika tanısı konulabilmesi için, besin özelliği taşımayan maddelerin 1 aydan fazla yeniyor olması ve çocukta zeka geriliği, başka bir ruhsal hastalık (otizm, şizofreni gibi) ya da Kleine - Levine sendromu gibi bir tıbbi bozukluk olmaması ve bu davranışın kültürel özelliklerden etkilenmiş olmaması gerekir (Accardo ve ark. 1988). Pika'nın çeşitli türleri vardır. En yaygın görüleni, kil, kum ve toprak yeme davranışıdır (geophagia). Kaya, taş yeme, (litophagia), dışkı yeme (coprophagia), buz yeme (pagophagia), saç yeme (trichophagia) ve kağıt, bez, boya, böcek, metal, kibrit yeme davranışları da gözlenen diğer pika türleridir (Danford 1982). Pika'nın görülme yaşı 12-24 aydır ancak daha büyük yaşlarda da özellikle dışkı, kum, böcek, yaprak veya taş yeme şeklinde görülebilir (APA 1995). 1950'li yıllarda %22 olan görülme sıklığı günümüze değin azalan bir grafik izlemiştir (Solyom ve ark. 1991). Özellikle son yıllarda görülme sıklığı, bir yandan eğitimin artması ve beslenme biçiminin değişimi bir yandan da tıbbi kontroller ve laboratuvar tetkiklerinin ilerlemesi ile oldukça azalmıştır. Genellikle okul öncesi dönemde sonlanır. Pika'lı çocukların kardeşlerinin de bu durumdan etkilendiği ileri sürülür (Kaplan ve Sadock 1985). Etiyolojisinde, farmakolojik ve psikolojik nedenlerle birlikte beslenme ve kültüre ilişkin özelliklerden bahsedilir (Feldman 1986). Bazı kültürlerde çocuk özellikle kum ve kil ile beslenmektedir. Demir, kalsiyum ve çinko eksiklikleri ile pika ilişkisinden bahsedilse de, aralarında nedensel ilişki olduğuna dair saptamalar yetersiz bulunmaktadır. Pika ile psikososyal faktörlerin ilişkisinden de söz edilir. Anne-baba patalojisi, geniş ailede bulunma, fakirlik ve çocuğa kötü

bakım verme gibi psikososyal faktörler pika nedenleri arasında gösterilir (Solyom ve ark. 1991). Pika etiyojisinde sözü geçen varsayımların hiçbiri tek başına kabul görmemekte ve çoklu nedenlerden bahsedilmektedir. Pika, kurşun zehirlenmesi, bağırsak delinmesi, enfeksiyonlar, ya da ölüme neden olabilir (Lacey 1990). Ayrıca pika ile ergenlik döneminde görülen bulimia nervosa arasında bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (Marchi ve Cohen 1990). Tedavide öncelikle, tıbbi ve cerrahi girişimlerle Pika'nın neden olduğu komplikasyonların giderilmesi gerekir. Ardından iyi seçilmiş bir davranış tedavisi ya da aile tedavisi uygulanmalıdır. Ayrıca fiziksel kısıtlamalar ve çevresel koşulların yeniden düzenlenmesine de gereksinim vardır (Benoit 1993).

POSTTRAVMATİK YEME BOZUKLUĞU

Chaator ve Egan'ın (1987) ilk kez tanımladıkları posttravmatik yeme bozukluğu, henüz sınıflandırma sistemlerinde yer almamaktadır. Yaygın gıda reddi sendromu olarak da bilinir. Ağız hedef alan, bir travma ardından ya da tıbbi bir girişim sonrasında ortaya çıkar. Chaator ve arkadaşları'nda (1987) posttravmatik yeme bozukluğu görülme sıklığının giderek arttığını bildirmişlerdir. Bu artışta yoğun tıbbi girişimlerle bir çok bebeğin yaşatılabilir hale gelmesinin rolü büyüktür. Büyük çocuklarda, yeme bozukluğuna, yemekle ilgili yoğun kaygı, boğulma ve tıkanma korkusu, boğulma ve ölüme ilişkin kabuslar ve panik duyguları eşlik etmektedir. Ayrıca bebeklerde de yemek zamanı, kaygı ve panik reaksiyonları gözlenmiştir (Benoit, 1993). Çocukta hastalığa yatkınlık olması, geçmişte yaşanmış sorunlar, ailede benzer tepkilerin varlığı posttravmatik yeme bozukluğunun ciddiyetini ve seyirini etkiler (Chaator ve ark. 1987). Tedavide, beslenmeye ilişkin yeni bir düzenleme ile davranışı değiştirmeye yönelik yaklaşımlar etkilidir. Yemeye ilişkin korkularda da duyarsızlaştırma tekniği işe yaramaktadır (Linscheid 1986). Ayrıca, oyun tedavisi ve aile tedavisi de etkinliği olan tedavi yaklaşımlarıdır. Çocuğun beslenme gereksinimleri, kaygısı, ayrışma ve bireyselleşmeye ilişkin gelişimsel çatışmaları ve bozulmuş aile işlevlerinin tedavide ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Benoit 1990).

DİĞER BESLENME BOZUKLUKLARI

Aşırı beslenme: Bebeği gerekenden çok ve bebeğin isteği dışında zorla yedirme şeklinde gözlenir.

Nadir de olsa kliniklere, çocuk çok kustuğu ya da anne çocuk ilişkisi bozulduğu için başvurulur. Anne-bebek ilişkisinde sapmaya bağlanır. Anne çocuğun her ağlamasını açığa yorar. Her seferinde besler ve zorla yedirir. Tedavisi üzerinde henüz çalışmalar sonuçlanmamıştır.

Bebek Anoreksiye Nervozası: Gelişimsel ayrışma ve bireyselleşmeye ilişkin bir bozukluk olduğu düşünülür (Chaator 1989). Yiyecek reddi, aşırı seçicilik gözlenir. 6 ayla 2 yaş arasında ortaya çıkar. Bebeğin isteklerine annenin tutarsız ve uygun olmayan yanıtının bebekteki ayırt ediciliği ketlediği, ilişkilerinde ikili çatışmaların gözlemlendiği, karşılıklılığın az olduğu, duygusal yoksunluk yaşandığı ve negatif duygulanım gözlenmesinin yoğun olduğu bildirilir (Chaator ve Egan 1987).

Seçici gıda reddi: Bebek belirgin şekilde ve sürekli olarak bazı besinleri almaya reddeder. Sık rastlanan bir durumdur. Anoreksiya nervosa gelişimi için bir risk oluşturur (Marchi ve Cohen 1990). Davranışçı yöntemler tedavide başarılı bulunmaktadır.

Kolik: Tam bir beslenme bozukluğu sayılamasa da açlık ve beslenme ile yakın ilişkilidir. Doğumu izleyen ilk haftalardan itibaren bebek sıklıkla ve ısrarla ağlar. Bağırsak kramplarından acı çeker gibidir. Bacaklarını karnına doğru çeker, sürekli ağlar. Anne bebeğin aç olduğunu düşünerek onu yeniden beslemeye çalışır. Hastanede yatan bebeklerde göreceli olarak daha az görülüyor olması, sorunun psikolojik olduğunu düşündürür. Anne bebek ilişkisindeki gerginlik, belirsizlik ve ikircikli duyguların etken olabileceği düşünülmektedir (Benoit 1993). Aşırı besleme, uygunsuz besleme yöntemleri de bebekte benzer yakınmaları açığa çıkarır. Anne ve bebek bir kısır döngü içine girer ve anne gerginleştikçe bebek ağlar. Bebek ağladıkça anne daha çok gerilir. Tedavide anne bebek ilişkisi üzerinde durulur ve anne-baba bu konuda bilgilendirilir. Taubman (1984) bir çalışmasında, anne babayı bebeklerin uyarılarına daha duyarlı hale getirerek kolik tedavisinde başarılı olduğunu bildirmiştir.

Obesite: Bebeğin aşırı kilolu olması yani beklenen normal kilo değerlerinin %20 üstüne çıkmasıdır. Beslenme ile obesitenin ilişkili olduğu ileri sürüldüğü için bir çok kaynakta yeme sorunu olarak ele alınmaktadır (Knoph 1979). Genetik yapı ile de ilişki kurulmasına rağmen çocuğun, daha çok kalori almasına bağlı olduğu bilinmektedir. Obesitenin psikolojik faktörlerle de yakın ilişkisi ol-

duğu ileri sürülmektedir. Gergin çocuk anne ilişkisi, annenin bebeğin beslenmesine ilişkin kaygıları ya da annenin bebekten gelen sinyalleri hep açlık yönünde değerlendirerek sık beslemesi, çocuğuna ilişkin bozuk beden algısı beslenme düzeninin bozulmasına ve çocuğun çok yemesine neden olabilir. Açlığını ve doygunluğunu anlayamayan bir çocuk aşırı derecede yemeye yönelebilir. Bu çocuklarda duygusal bozukluklar da görülür. Etiyolojisinde tıbbi hastalıklardan da söz edilmektedir. Tedavisi güçtür. Anne babanın sıkı bir diyetle gönüllü ve istekli olması şarttır. Çocuğu uygun beslenme düzenine çekebilmek, hareketlendirebilmek ve egzersiz yaptırabilmek için çocuğun ve ailenin işbirliği gerekmektedir (Knoph 1979, Mellin 1982).

Bebeklerde ve Küçüklerde Beslenme Bozukluğu: Belirgin olarak kilo almama, en az bir aydır kilo kaybı ve yetersiz beslenme ile belirlenen bir bozukluktur. Zihinsel gerilik ya da tıbbi bir bozuklukla bir ilişkisi bulunmaz. Bebekler ve çocuklar sıklıkla huzursuz, ilgisiz, içe kapanık ve zorlayıcıdır. Bebeklikte başlayan beslenme bozukluğuna kilo alamama ve kilo kaybının ardından ilerleyen durumlarda gelişim geriliği eşlik eder. 2-3 yaşta başlayan beslenme bozukluğunda ise büyüme ve gelişmede daha az gerileme görülür (APA 1995).

BESLENME BOZUKLUKLARINI ÖNLEME

Beslenme sorunu ile karşılaşıldığında, her zaman kolaylıkla yordanabilen bir dinamiklerle karşılaşmaz. Bazen bu dinamikleri anlamak zordur ve öyküleri hemen ortaya çıkarılamaz. Bu nedenle beslenmeye ilişkin iyi alınmış bir öykü ile birlikte ailenin yakın geçmişine ait bilgilere de gereksinim olabilir (Satter 1992). Örneğin, aşırı yiyen bir bebeğin öyküsünde, bebeğin yemeğine son derece dikkat eden ve onu kısıtlamaya çalışan bir anne babanın, büyük anneleri kalp hastalığı nedeniyle kaybetmiş oldukları öğrenilmiştir. Bu nedenle de, bebeğin beslenmesine gösterdikleri aşırı kaygı ve titizliğin nedeninin bu kayıp olduğu düşünülmüştür (Satter 1992). Bir başka ifade ile ailenin kayıp karşısında duyduğu yas ve kaygı tepkisi bebeğin beslenme düzenini bozmuştur. Bebeğin ve ailenin özellikleri ve kendi çevreleri içindeki yaşam öyküleri beslenme ilişkilerini belirler. Aile içindeki olumsuz etkileşimler ve duygusal uyumsuzluklar beslenme ilişkisini de olumsuz yönde etkiler (Satter 1987).

Beslenme ilişkisi olumsuz bir biçimde başlamışsa, yaşanan gelişim basamakları da bundan olumsuz etkilenecektir. Çocuk ve aile duygu davranış ve çözülmemiş gelişimsel sorunlara ilişkin etkileşimlerine bu olumsuzluğu taşıyacaklardır (Satter 1992). Bu sıkıntıları çözebilmek için bazı anneler aşırı örtücü davranışlar gösterirken bazı annelerde bu doyum vermeyen ilişkiden kaçınma davranışı gösterirler (Zeanah 1993). Aileler beslenme ve çocuk gelişimi hakkında yeterince bilgili değilseler, beslenme ilişkisinde etkin olamayacak kadar hasta ve kısıtlı iseler ya da psikolojik işlevlerinde bozukluk varsa bebeklerine ve ondan gelen sinyallere karşı duyarsız olurlar ve bebeğin beslenme ve gelişme yetilerini destekleyemezler. İlişkilerinde yetersiz ya da aşırı yönlendirici oldukları için de beslenme ilişkisini olumsuz yönde etkilerler (Lourie 1995, Mullen ve ark. 1988, Satter 1992). Buna bir de çocuğun sorunu abartması ya da aileyi aşırı yönlendirmeye çalışması eklenirse etkileşim daha da bozulur. Çocuğun işlevsel kısıtlılığı varsa, zorlayıcı huyu ve fiziksel özellikleri, dengesiz ve olgunlaşmamış sinir sistemi, kısıtlı iletişim becerileri olduğunda sıkıntılar çoğalır (Minde 1984, Satter 1992). Üstelik, ekonomik sorunlar, ailenin iş, sosyal çevre ve arkadaş ilişkilerinde duygusal ve durumsal destek kaybı, ailede kriz, arkadaş, eş dost ve aile büyüklerinden gelen uygunsuz beslenme önerileri gibi çevresel nedenler de, beslenme sorununa olumsuz katkılarda bulunabilir ya da tek başına beslenme sorununa yol açabilir (Knoph 1979, Woolston 1983).

Beslenme sorunlarını tanımlama ve üstesinden gelme de Satter'a (1990) göre, önlemeye ilişkin bir halk sağlığı modeli etkili olmaktadır. Bu modelde 3 aşamalı bir yaklaşım söz konusudur. Girişimler, a) sorunu olumlu beslenme ilişkileri kurarak önleme, b) erken saptama ve üstesinden gelme, c) ortaya çıkmış sorunu tedavi şeklinde gerçekleşmelidir.

İLK GİRİŞİM

Normal gelişen çocuklar için: İlk aşamada gebelik döneminde, beslenme ve ana-baba olma konusunda, düzenli bir destek ve bilgilendirme ile beslenme sorununun önlenmesi mümkündür. Anne-baba çocukları ile beslenme konusunda karşılıklı ve yakın bir ilişkiyi nasıl kurabileceklerini öğrenmek isterler. Ayrıca çocuğun yemeye ilişkin yetilerinin, sinyallerinin ve normal büyü-

me sürecinin nasıl farkında olabilecekleri konusunda da bilgilendirilmelidirler. Çocuklar doğdukları andan itibaren pasif alıcılar olmadıklarını ortaya koyarlar. Tatlıyı tanıdıkları, ekşi, tuzlu ve acı duyumlarında kısa sürede geliştiği ve tercihleri olduğu saptanmıştır (Bradley 1972, Crook 1978, Davis 1928, Desor ve ark. 1977, Gafel ve Henderson 1972, Kajura ve ark. 1992, Mennalla ve Beuchamp 1993, Tatzet ve ark. 1985). Anne-babalar bebeklerinin yetileri, tercihleri olabileceği, doyumluk hisleri, gereksinimleri ile isteklilik gösterme ön koşullarını algılayabilir ve çocuklarına nasıl, ne kadar ve niçin izin vereceklerini keşfedersen beklenen yönde, olumlu bir beslenme ilişkisine yönelirler (Satter 1987, Stern 1995). Ayrıca, Lifshitz ve Moses'in (1989) bir çalışması, büyüme, sağlık ve çocuğun kilosuna ilişkin kaygıları ve endişeleri olan anne-babalarla yapılmış, bilgilendirme, anne-babalığa hazırlama ve onların bu duygularını anlamaya ilişkin görüşmelerin (ilk girişimin) yararlarını göstermektedir.

Organik güçlüğü olan çocuklar için: Kistik Fibrozis, konjenital kalp hastalığı, serebral palsi, ya da yoğun bakım ünitelerindeki yüksek risk taşıyan çocuklar için; iyi bir değerlendirme, planlama ve yeterli bir üstesinden gelme stratejisi ile ağızdan beslenme güçlüğü'nün gözleendiği andan itibaren ilk girişim başlar. Tam ya da kısmi bir gıda desteği nazogastrik ya da orogastrik sonda ile besleme çocuklar besinleri sindirebilecek duruma geldiklerinde sağlanır (Satter 1992). Yemek zamanında, çocuk tüple ya da kısmen ağızdan besleniyor olsa da anne ya da yakın bakım veren kişi çocuğun yanında olur, onunla ilişki kurar. Tüple besleniyorken çocuğa ağız çevresinde uyarıcı vermeye çalışır. Bu yaklaşım beslenme etkileşiminin bilişsel ve duygusal uyarıcılarını da sağlayarak çocuğun, beslenme yetisini korumaya yöneliktir (Minde 1993). Çocuğun açlık ve doyumluk zamanı ile çocukla ilişki kuran ve iletişime giren birinin varlığı ve çocuğun ağız çevresinin uyarılması çakışırca tüple beslenme, olumlu beslenme ilişkisine geçişi engellemez. Açlığın giderilmesi ve doyumluğun tadılması, mutluluk ve rahatlama ile birlikte yaşanılır (Fox 1990). Bu önleme yaklaşımı ile birçok kronik hastalıktan yakanan ya da risk altındaki çocuklar ve aileleri için olumlu gelişmeler sağlanır.

Tıbbi nedenlerle bir çok çocuk, acıktıklarını ve doydıklarını hissedemeden parenteral beslenirler. Sonuç olarak da yeme isteği duyamazlar

(Barnes 1992, Perske ve ark. 1986). Normal yoldan beslenmeye geçildiğinde açlık ve doyumluk duymalarını hatırlamada zorlanırlar. Çocukların açlıkla birlikte rahatsızlık, doyumlukla birlikte, mutluluk ve rahatlama hissedebilmeyi öğrenmeleri gerekir. Ağız hareketlerine ilişkin tedaviyi, yani ağız çevresini uyarmayı erken başlatmak önemlidir. Parenteral beslenme sırasında çocuğun ağız çevresi uyarılmalıdır (Blackman ve Nelson 1987). Çünkü bu sayede çocuk beslenme sırasında, ağızda ve midesinde olan duymalara ait ilişkiyi kurabilecektir. Çocuk emme ya da yutma yetisine kavuşur kavuşmaz da ağızdan beslenmeye geçilmelidir (Blackman ve Nelson 1987, Morris ve Klein 1987). Beslenmede ki kritik zamanlar normal yeme becerisinin kazanılmasında önemlidir. Bunun da ötesinde, ağızdan beslenme çocuğun normal duygusal ve sosyal gelişiminin merkezidir (Dowling 1977, Freud 1946). Dowling (1977) erken dönemde emme deneyiminden yoksun kalmış çocuklarda, ileriki yaşlarda, isteksizlik, güdülenme kaybı, amaç edinememe ve zevk alamama gibi psikolojik bozukluklar gözlediği bildirmiştir. Bu görüş, günümüzde de destek bulmaktadır.

İKİNCİ TIP GİRİŞİM

İkinci tip girişim için beslenme güçlüklerinin erken tanınması gereklidir. Büyüme dikkatle ve düzenli olarak izlenmeli, eğer normal gelişimden sapmalar olursa beslenme dinamikleri incelenmelidir (Satter 1992). Eğer anne-babalar, beslenme sürecini sıkıntı verici ve hoşnutsuz algılıyorlarsa, girişim için ortam oluşmuş demektir (Satter 1987, Wright 1983). Beslenme sorunları, ikinci tip girişimde kabul edici ve sorumluluk alıcı ana-baba olma bağlamında ele alınır. Bu sorunlar, çocuk doktorunun ofisinde, sistematik bir araştırma, sorun çözücü ve açıcı bir yaklaşım gerektirir. Daha detaylı bir bilgilendirme ve sorun çözme yaklaşımı için, gerekli uzman yardımı alınmalıdır. Çok yiyen ve çok kilo alan bir çocuk aileyi tedirgin ederek, çocuğun yeme davranışını kontrol etmeye ve baskı yapmaya zorlar. Bu kontrol ve baskılar, gereksiz ve karşıt davranış geliştiricidir. Çocuklar bu denetim ve baskıların sonucunda durdurulamaz biçimde yerler. Oysa, şişman çocukların çok yemeleri ya da zayıf çocukların az yemeleri için fizyolojik bir neden yoktur (Rose ve Mayer 1968, Shapiro 1988, Weill 1977).

Çocuğa özgü, özel koşullar nedeniyle de ikinci tip girişim gerekebilir. Bu koşullar çocuğun beklenen doğum tarihinden en az iki hafta erken ve düşük kilo ile doğmasına (premature) bağlı organik nedenlerden kaynaklanabilir. Premature bebekler kendi beslenmeleri için daha az sorumluluk alabilirler. Ayrıca zamanında ve normal doğum kilosu ile doğan bebeklerden daha az organize olabilirler (Magyary 1984) ve beslenme sorunu çıkarmaya yönelimli olabilirler (Minde 1984). Yapılan çalışmalara göre, bu çocukların anne-babalarının normal ve zamanında doğmuş bebeklerin anne-babalarına göre daha aktif ve bebekleri ile senkronize olmadıkları saptanmıştır. Bebekleriyle senkronize davranamayan anne babaların, beslenme açısından bebeklerini risk altında gibi algıladıkları için daha zorlayıcı ve yönlendirici beslenme taktikleri uygulamaktadırlar (Crow ve ark. 1980, Field 1977). Ancak uygun gıda ve beslenme yöntemi seçiminde genellikle zorluk çekmekte ya da bebeklerin gereksinimlerine uygun yöntemi kendiliklerinden bulamamaktadırlar ve böylece ikinci tip girişime ilişkin yardım almaları gerekmektedir (Ernest ve ark. 1983).

ÜÇÜNCÜ TIP GİRİŞİM

Uzun süreli ve yerleşmiş beslenme sorunlarına üçüncü tip girişim gerekir. Bu tip beslenme sorunları tedaviye dirençlidir. Bir uçta aşırı gerginlik ve katılık ya da diğer uçta belirgin uzaklaşma ilgi kaybı, yapı ve destek kaybı gibi özellikler gösterir. Beslenme bağlamında gözlenen güçlükler diğer aile etkileşim alanlarına da yansır. Bozuk aile dinamikleri gündemdedir. Artık bu aşamadaki beslenme sorunları, çocukluk yeme bozuklukları olarak adlandırılır (Satter 1986a). Minuchin ve Baker (1975) çocukluk psikosomatik hastalıklarına, Fosson ve Wilson'da (1987) bu hastalıklarda, bozuk aile ilişkilerinin çocukta geliştirdiği organik bir nedene dayalı olmayan yaşamdan vazgeçme (ölüm) duygusuna dikkati çekmektedirler. Başlangıçta birçok aile çocuğun hastalığına işlevsel olmayan tepkiler verir. Zamanla, ailelerin çoğu krizin üstesinden gelmeye ve yeniden organize olmaya çalışır, hastalıkla baş ederler. Bazıları, çocuğu ve hastalığı üretken olmayan bir biçimde yeniden organize etmeye çalışırlar ve başedemezler.

Çocukluk yeme bozukluğu ile karşılaşılana ailenin, olumlu bir değişime için, optimal işlev düze-

yine getirilmesi önemlidir. Bunu yapabilmek için aileye, sosyal servislerin ve çocuk ruh sağlığı bölümlerinin yardımı gerekir. Ailenin, sosyal ve ekonomik olayların üstesinde gelebilmesi, depresyonla ve çıkabilecek diğer sorunlarla baş edebilmesi için, uzman yardımı gerekir (Satter 1990). Aksi takdirde, beslenme ilişkisindeki soruna yönelik, başarılı girişimler için gereken, anne babalığı öğrenme, beslenme eğitimi ve sorun çözme becerilerinin kazanılması bu aşamada yetersiz kalır.

SONUÇ

Yeme davranışı zaman içinde ve eğitimle yavaş öğrenilen kompleks bir davranıştır. Beslenme ilişkisi ve yeme bozukluklarının tedavisi de yavaş gelişen bir süreçtir. Tedavinin sonucu çocuğun yetisi ve kişilik özellikleri (temperament) ile belirlenir. Gerektiğinde, hayati önem taşıyan durumlarda, tüm beslenme destekleri (sondayla beslenme dahil) zaman kazanmak, anne, baba, çocuk ve terapist üzerindeki baskıyı kaldırmak için kullanılabilir.

Normal gelişen bir çocuk, eğer beslenme ortamı olumlu ve besin çocuğa uygunsa besinin miktarı az ve sınırlı olsa da yiyecek ve büyüyecektir (Morris 1989).

Beslenme sırasında çocuğu yedirmeye odaklanılmamalıdır. Böyle bir odaklaşma hem beslenen kişiye hem de çocuğa baskı oluşturacaktır. Sıklıkla da hoş olmayan beslenme taktikleri ile sonuçlanacak ve çocuğun girişkenliği ve öz güvenini ketyeyecektir. Beslenmeye ilişkin baskılar, çocuğun yeme özgürlüğünü kısıtlar ve uzun vadede olumsuz yeme tutum ve davranışları gelişmesine neden olabilir (Stroh ve ark. 1986). Oysaki çocuğun yeme becerilerinin geliştirilmesi ve olumlu yeme davranışlarının pekiştirilebilmesi için beslenme ilişkisi üzerinde odaklanılması gerekmektedir. Beslenme bozukluklarını önlemeye ilişkin önleme modelleri, düzenli ve uygun bir beslenme ilişkisi kurabilmeyi hedefler. Çocuğun nöromusküler gelişimine içinde bulunduğu gelişim basamağına ve beslenme gereksinimine uygun beslenme ve olumlu beslenme ilişkisi için, anne bebekten gelen uyarılara duyarlı olmalı, bebek aşırı uyarılmadan -çok ağılatılmadan- önce uygun olarak beslenmeye geçilmelidir. Beslenme sırasında bebekle yüz yüze gelmek, onun temposuna uymak onu desteklemek ve ona beslenme düzenini belirlemesi için izin verici olmak

(Bebek yemeyi istemediğini belirttiğinde, ilgisi azaldığında beslemeyi durdurabilme) bebeğin olumlu beslenme davranışı geliştirebilmesi için gereklidir. Olumlu yaklaşımlar, bebeğin her basamakta uygun aşamayı yaparak gelişmesine ve beslenme düzenini sağlamasına yardımcı olur. İyi bir beslenme ilişkisi, güvenli bağlanma ve sağlıklı bireyselleşmeye katkıda bulunur.

KAYNAKLAR

- Accardo PJ (1982) Growth and development: An interactional context for failure to thrive. Failure to Thrive in Infancy and Early Childhood içinde, PJ Accardo (Ed). University Park Press, Baltimore.
- Accardo PJ, Whitman B, Caul J ve Rolfe U (1988) Autism and Plumbism: A possible association. Clin Pediatrics 27: 41-44.
- Adair LS (1984) The infant's ability to self-regulate caloric intake: A case study. J Am Dietetic Association 84:543-546.
- Ainsworth MDS ve Bell SM (1969) Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. Stimulation in Early Infancy içinde, A Ambrose (Ed). Academic Press, New York.
- American Psychiatric Association APA (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed rev). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association APA (1985) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed rev). Washington, D.C. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı, Çev. E Köroğlu, Hekimler Birliği Yayınevi, Ankara.
- Bernard K (1979) Nursing Child Assessment Feeding Scale. NCAST Publications, Seattle.
- Bernard K, Hammond MA ve Booth CL (1989) Measurement and meaning of parent-child interaction. Applied Developmental Psychology (Vol3) içinde, F Morrison, C Lord, D Keating (Ed) Academic Press, New York.
- Barnes LA (1992) Nutrition and nutritional disorders. Nelson Textbook of Pediatrics içinde, RE Behrman (Ed). WB Saunders Company, Philadelphia, s:105-146.
- Beal VA (1957) On the acceptance of solid foods and other food patterns of infants and children. Pediatrics 28: 448-456.
- Behrman RE, Vaughan VC ve Nelson WE (1987) Textbook of Pediatrics. WB Saunders, Philadelphia.
- Benoit D (1990) Assessment and treatment of infant feeding disorders. Paper presented at the 37th Annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.
- Benoit D (1992) Behavioral assessment and treatment of feeding disorders infancy. Unpublished Manuscript.
- Benoit D (1993) Failure to thrive and feeding disorders. Handbook of Infant Mental Health içinde, CH Zeanah (Ed). Guilford Press, New York, s: 317-330.
- Birch LL ve Marlin DW (1982) I don't like it; I never tried it: Effect of exposure on two-year-old children's food preferences. Appetite 3: 353-360.
- Birch LL, Marlin DW ve Rotter J (1984) Eating as the "means" activity in a contingency: effect on young children's food preference. Child Dev 55(2): 431-439.
- Birch LL, McPhee L ve Shoba BC (1987) Clean up your plate: Effect of child feeding practices of the development of intake regulation. Learn Mot 18:301-317.
- Birch LL, Zimmerman SI ve Hind H (1980) The influence of social-affective context on the formation of children's food preferences. Child Dev 51:856-861.
- Blackman J ve Nelson C (1987) Rapid introduction of oral feeding to tubefed patients. J Develop Behav Pediatrics 8:63-67.
- Bradley RM (1972) Development of the taste bud and gustatory papillae in human fetuses. 3th Symposium on Oral Sensation and Perception: The Mouth of the Infant içinde, CC Thomas (Ed). Springfield IL, s:3-37.
- Brody S (1956) Patterns of behavior in feeding. In Patterns of mothering: Maternal influence during infancy. International Universities Press, New York.
- Chatoor I (1989) Infantile anorexia nervosa: A developmental disorders of separation and individuation. J Am Acad Psychoanalysts 17:43-64.
- Chatoor I ve Egan J (1987) Etiology and diagnosis of failure to thrive and growth disorders in infants and children. Basic Handbook in Child Psychiatry içinde, I Noshpitz (Ed). Basic Books, New York, (Vol5) s: 272-279.
- Chatoor I, Dickson L, Schaefer S ve Egan J (1986) A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment. New directions in failure to thrive: Implications for research and practice içinde, D Drotar (ed). Plenum Press, New York.

- Chator I, Kerzner B, Menvielle E ve ark. (1987) A Multi-disciplinary team approach to complex feeding disorders in technology dependent infants. Symposium presented at the 5th Biennial National Training Institute, Washington, DC.
- Christopherson Er ve Hall CL (1978) Eating patterns and associated problems encountered in normal children. *Is Comprehens Pediatr Nursing* 3: 1-16.
- Commitee on Nutrition, AAP (1980) On the feeding of supplemental food to infants. *Pediatrics*, 65:1178-1181.
- Committee on Nutrition, AAP (1985) *Pediatric Nutrition Handbook* (2nd ed). Washington, D.C.
- Crook CK (1978) Taste Perception in the newborn infant. *Infant Beh Dev* 1:52-69.
- Crow RA, Fawcett JN ve Wright P (1980) Maternal behavior during breast and bottle-feeding. *J Behav Med* 3: 259-277.
- Dahl M (1987) Early feeding problems in an affluent society, III. Follow-up at two years: Natural course, health, behavior and development. *Acta Paediatr Scand* 76:872-880.
- Dahl M ve Kristianson B (1987) Early feeding problem in an affluent society, IV Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatr Scand* 76: 884-888.
- Dahl M ve Sundelin C (1986) Early feeding problems in an affluent society: I Categories and clinical signs. *Acta paediatr Scand* 75: 370-379.
- Danford DE (1982) Pica and nutrition. *An Rev Nutrition* 2: 303-322.
- Davis C M (1928) Self selection of diet by newly weaned infants. *Am J Diseases of Children* 36: 651-679.
- Desor JA, Moller O ve Turner RE (1977) Preference for sweet in human infants, children and adults. *Taste and Development: The Genesis of Sweet Preference* içinde, JM Wiffenbach (ed), Government Printing Office, Washington D.C.
- Dowling S (1977) Seven infants with esophageal atresia-a developmental study. *Psyhoanal Study of Childhood* 32: 215-256.
- Ernst JA, Bull MJ ve Rickart KA (1983) Feeding practices of the very low-bright-weight infant within the first year. *J Am Dietetic Association* 82: 158-162.
- Feldman MD (1986) Pica: Current perspectives. *Psychosomatics* 27: 519-523.
- Field T (1977) Maternal Stimulation during infant feeding. *Dev Psychol* 13:539-540.
- Flanagan CH (1977) Rumination in infancy-past and present. *J Am Acad Child Psychiatry* 16: 140-149.
- Fomon SJ (1947) *Infant Nutrition* (2nd ed) WB Saunders, Philadelphia.
- Fomon SJ ve Filer LJ (1975) Influence of formula concentration on caloric intake and growth of normal infants. *Acta Paediatr Scand* 64: 172-181.
- Fosson A ve Wilson J (1987) Family interactions surrounding feedings of infants with nonorganic failure to thrive. *Clin Pediatrics* 26: 518-523.
- Fox NA ve Stifter CA (1989) Biological and behavioral differences in infant reactivity and regulation. Temperament in childhood içinde, GA Kohnstamm, JE Bates ve MK Rothbart (Ed.) Wiley, New York. s: 169-183.
- Fox NA (1990) *Emotion Regulation: Behavioral Biological Considerations*. Monograph of the Society for Research in Child Development.
- Freud A (1946) The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances. *Psychoanalytic Study of the Child* 2: 119-132.
- Galef BG ve Handerson PW (1972) A determinant of the feeding preferences of weaning rat pups. *J Comparative Physiol Psychology* 78: 213-219.
- Geertsma MA, Hyams JS, Pelletier JM ve ark. (1985) Intellectual assessment of young children with environmentally based failure to thrive. *Child Abuse and Neglect* 4:23-31.
- Gessel A ve Ilg FL (1937) *Feeding behavior of Infants*. JB Lippincott, Philadelphia.
- Handen BL, Mandell F ve Russo DC (1986) Feeding induction in children who refuse to eat. *Am J Diseases of Children* 140: 52-54.
- Jenkins S, Bax M ve Hart H (1980) Behavior problems in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry* 21: 5-17.
- Kajula H, Cowart BJ ve Beuchamp GK (1992) Early Developmental Changes in bitter taste responses in human infants. *Developmental Psychobiology* 25:375-386.
- Kaplan HI ve Sadock BJ (1985) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (4th ed). Williams and Wilkins, Baltimore.
- Klesges RC, Malott JM, Boschee PF ve Weber JM (1986) The effects of parental influences of children's food intake, physical activity and relative weight. *International J Eat Disord* 5:335-346.
- Knop IJ (1979) *Childhood Psychopathology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. s: 199-223.
- Lacey EP (1990) Broadening the perspective on pica: literature review. *Public Health Reports* 105:29-35.
- Larson KL, Ayllon T ve Barrett DH (1987) A behavioral feeding program for failure-to-thrive infants. *Behav Research and Therapy* 25: 39-47.

- Laupus WE (1976) Nutrition and nutritional disorders. Nelson Textbook of Pediatrics (10th ed). içinde. VC, Vaughan ve RJ McKay (Ed). WB Saunders Company, Philadelphia, s:215-239.
- Lébovici S (1983) Le nourisson, la mère et le psychoanalyste. Les interventions Précoces. La centurion, Paris.
- Lébovici S (1989) Psychopathologie du bébé. Presses Universitaires de France, Paris.
- Lébovici S (1993) On intergenerational transmission: From filiation to affiliation. *Infant Mental Health J* 14:260-272.
- Lewis M ve Miller SM (1990) Handbook of Developmental Psychopathology. Plenum Press, New York.
- Lifshitz F ve Moses N (1989) A complication of dietary treatment of hypercholesterolemia. *Am J Disorders of Children* 143: 537-542.
- Linscheid TR (1985) Feeding Disorders during infancy and early childhood. Feelings and Their Medical Significance, 27(3) Columbus, OH: ross Laboratories.
- Linscheid TR (1986) Disturbances of eating and feeding. New directions in failure to thrive; Implication for Research and Practice içinde. D Drotar (Ed). Plenum Press, New York.
- Lourie RS (1995) Treatment of psychosomatic problems in infants. *Clinical Proceedings of Children's Hospital of the District of Columbia* 11 (19): 142-152.
- Lyons K ve Zeanah CH (1993) The family context of infant mental health: I. Affective development in the primary caregiving relationship. Handbook of Infant Mental Health içinde. Zeanah CH (ed) The Guilford Press, New York, s: 14-37.
- Magyary C (1984) Early social interactions: Preterm infant-parent dyads. *Is Comprehensive Pediatr* 7:233-254.
- Marchi M ve Cohen P (1990) Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorder. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 29: 112-117.
- Mayes SD, Humphrey FJ, Handford HA ve ark. (1988) Rumination Disorder: Differential diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27(3): 300-302.
- Mellin L (1982) Evidence of reactive obesity in adolescent females. Paper presented at the annual meeting of the Society of Adolescent Medicine, New York.
- Mennella JA ve Beauchamp GA (1993) Early flavor experiences: When do they start? *Zero to Three* 14(2):1-7.
- Minde KK (1984) The impact of prematurity on the later behavior of children and on their families. *Clin Perinatology* 110 227-244.
- Minde KK (1993) Prematurity and serious illness in infancy: Implications for development and intervention. Handbook of Infant Mental Health içinde. CH Zeanah (ed). The Guilford Press, Newyork, s: 87-105.
- Minuchin S ve Baker E (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry* 32:1031-1038.
- Morris SE (1989) Development of oral-motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings. *Dysphagia* 3:135-154.
- Morris SE ve Klein MD (1987) Pre-feeding skills: A comprehensive resource for feeding development. Therapy Skill-Builders, Tucson.
- Mullen MK, Coll CG ve Vohr BR (1988) Mother-infant feeding interaction in full-term small-for-gestational-age infants. *J Pediatrics* 112: 143-148.
- Pelhat ML ve Pliner P (1986) Antecedents and correlates of feeding problems in young children. *J Nutrition Education* 7: 333-342.
- Perske R, Clifton A, McLean BM ve ark. (1986) Mealtimes for Persons with Severe Handicaps. Paul H. Brooks, Baltimore.
- Price GM (1983) Sensitivity in mother-infant interactions: The AMIS Scale. *Infant Beh Dev* 6: 353-360.
- Richman N (1981) A Community survey of characteristics of one-two years olds with sleep disturbances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20: 281-291.
- Rolls BJ (1986) Sensory-specific satiety. *Nutrition Review* 44: 93-101.
- Rose He ve Mayer J (1968) Activity, calorie intake, fat storage and the energy balance of infants. *Pediatrics* 41-18.
- Rosenberg AA ve Battaglia FC (1991) Newborn baby. Current Pediatric Diagnosis ve Treatment içinde. WE Hathaway, JR Groothuis WW Hay, JV Daisley (ed). Appleton Lange, Denver.
- Satter EM (1984) Developmental guidelines for feeding infants and young children. *Food and Nutrition News, Nationallive Stock and Meat Board* 56(4): 21- 26.
- Satter EM (1986a) Childhood eating disorders. *J Am Dietetic Association* 86: 357-361.
- Satter EM (1986b) The feeding relationship. *J Am Dietetic Association* 86: 352-356.
- Satter EM (1987) How to get your kid to eat - But not too much. Bull Publishing, Palo Alto CA.
- Satter EM (1990) The feeding Relationship: Problems and interventions. *J Pediatrics* 117 (2/2): 181-189.
- Satter EM (1992) Feeding Relationship. Zero to Three: National Center for Clinical Infant Programs XII (5): 1-8.

- Sauvage D, Leddet I, Hameury L ve Barthelemy C (1985) Infantile rumination: Diagnosis and follow up study of twenty cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24(2): 197-203.
- Shapiro LR (1988) *J Ikeda Children and weight: What health professionals can do about it.* University of California Extension, Berkeley.
- Sills RH (1980) Failure to thrive: The role of clinical and laboratory evaluation. *Am J Diseases Children* 132: 967-969.
- Solyom C, Solyom L ve Freeman R (1991) An unusual case of pica. *Can J Psychiatry* 36: 50-53.
- Soulé ve Golse (1992) *Les Traitements des Psychoses de l'enfant et de l'adolescent.* Bayard Editions, Paris.
- Stern DN (1977) *The First Relationship: Infant and Mother.* Harvard University Press, Cambridge.
- Stern DN (1995) *The Motherhood Constellation: A unified View of Parent-Infant Psychotherapy.* Basic Books, New York.
- Stroh K, Robinson T ve Stroh G (1986) A therapeutic feeding programme. I. Theory and practice of Feeding. *Dev Med Child Neurol* 28:3-10.
- Tatzer E, Schubert MT, Timischl W ve Simbrunger G (1985) Discrimination of taste and preference for sweet in premature babies. *Early Human Development* 12: 23-30.
- Taubman B (1984) Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent child interaction. *Pediatrics* 74: 998-1003.
- Thomas EV (1975) Development of synchrony in mother-infant interaction in feeding and other situations. *Fed Proc* 34: 1586-1592.
- Weil WB (1977) Current controversies in childhood obesity. *J Pediatrics* 91: 175-187.
- Whitten CF, Pettit MG ve Fiscoff J (1969) Evidence that growth failure from maternal deprivation is secondary to underfeeding. *J Am Medical Association* 209: 1675-1682.
- World Health Organization (1978) *International classification of diseases and its clinical modification (WHO 9th ed.)* Geneva.
- World Health Organization (1992) *International classification of diseases and its clinical modification (WHO 10th ed.)* Geneva.
- Woolston JL (1983) Eating disorders in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 22: 114-121.
- Wright BM (1986) An approach to infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health J* 7: 247-263.
- Zeanah CH (1993) *Handbook of Infant Mental Health.* The Guilford Press, New York.