

## BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUKTA YEME VE BÜYÜME BOZUKLUKLARI: PSİKİYATRİK GÖZDEN GEÇİRME YAZISI-1

Behiye ALYANAK, Özgür POLVAN\*

### GİRİŞ

Yeme ve büyüme bozuklukları, somatopsişik etkileşimlerle ortaya çıkan, tek bir nedene bağlanamayacak denli karmaşık ve komplike bozukluklardır (2,13,14).

Psikiyatrik tanı sistemi (4), erken çocuklukta sadece 3 yeme bozukluğunu yani pika, ruminasyon ve beslenme bozukluğunu tanımlar. Erken çocukluk dönemindeki beslenme ve büyüme bozuklukları alanında veriler azdır ve tanı karışıklığı vardır. Örneğin, psikiyatri tanı sistemlerinde yeme bozukluğu tanı kategorisinde yer almayıp kalorik nutrisyonel durum biçiminde ele alınan obezitenin psikopatolojisi konusunda yeterli çalışmalar yoktur. Büyüme gelişme yetersizliği (failure to thrive) ve psikososyal cücelik sıklıkla eşanlamda kullanılabilen, ruminasyon, gastroözofagial reflü ve psikofizyolojik kusma ayırımına pek değinilmemektedir.

Daha da ötesi etioloji konusunda tartışmalar katı dikotomik biçimde, bir organik neden ("hasta bebek") ile bir çevresel neden ("kötü anne") arasında sınırlı olabilmektedir (13). Böyle organik /nonorganik dikotomik yaklaşımların, örneğin büyüme gelişme yetersizliği sendromundaki araştırmalarda uygun olmadığı görülmüştür. Bir çalışmada, organik olmayan büyüme gelişme yetersizliği tanımlanan 47 çocuğun 30'unda oral-motor disfonksiyon bulunmuş ve "nonorganik" denilen olguların dikkatle incelenmesi önerilmiştir (10). Son 20 yıldır büyüme gelişme yetersizliğinde bir üçüncü karma kategoriye, organik ve nonorganik etkenlerin kombinasyonuna işaret edilmektedir (1,9).

Beslenme anne çocuk arasındaki ilksel etkileşimin önemli ve özel bir alanıdır. Bu alandaki zorluk her ne nedenle başlamış olursa olsun tedavi ve yaklaşımda anne ve çocuğun birlikte ele alınması önemlidir.

Neonatal dönemdeki beslenme davranışı ve bebeğin beden özelliklerine bakarak ileride sorun olabilecek yeme bozukluklarının öngörülebileceği bildirilmektedir (12). Bu alanda bebek psikiyatrları, yenidoğan pediatrları ve çocuk cerrahlarının işbirliğinin gerekeceği düşünülebilir. Bu psikiyatri yazımını gözden geçirme yazımımızın amacı, ilgili tarafların yönelimine bir basamak oluşturmaktır.

### PIKA

DSM-IV'de beslenme/yeme bozuklukları listesi içinde ilk yer alan pikadır ve en az 1 ay süreyle yiyecek olmayan maddeleri gelişimsel düzeye ve kültürel pratiğe uymayan biçimde yemek olarak tanımlanır (4).

Çocukların boya, yapıştırıcı, kağıt, bez, saç, toprak, çakıl taşı, kurşun kalem silgisi, çiğ patetes, turnak, buz, yanık kibrit, hayvan gübresi yedikleri görülmüştür. Pika bir yeme bozukluğu olarak homojen küçük bir gruba sınırlı değildir. Normal gelişim gösteren oyun çocuklarında da görülebilir. Çocukluk çağında pika 2-3 yaşlarında başlar ve çocukluk çağı boyunca devam eder. İlk yaşta çocuklar her şeyi ağızlarına götürdüklerinden pika ayırımı zordur (2,15).

Pediyatrik literatürde kurşun zehirlenmesine ilgi artışı sonucunda pikanın neredeyse boya

kırıntılarını yeme ile eşanlımlı olduğu düşünölmektedir. Kanda toksik düzeyin biraz aşıldığı durumlarda dikkatsizlik, hiperaktivite ve iritabilite görölebilirken, daha yüksek düzeylerde öğrenme ve okuma problemleri, büyümede gecikme ve işitme kaybı olabilir. Daha ileri düzeylerde konvülziyonlar, kalıcı beyin hasarları ve hatta ölüm olabilir.

Kil ve nişasta gibi özellikle besleyici değeri olmayan maddeleri yemenin kültürel ve ailesel etkenlere bağılı olduğu, yoksul ve kırsal toplumlarda sık görüldüğü bildirilir. Ayrıca yeterli gözetim ve bakım sunulmayan oyun çocuklarının uygun olmayan maddeleri yeme riski yüksektir (15).

Pika, küçük çocuklarda %10, hastanelere zehirlenme kazaları ile gelenlerde %55 sıklığında bulunmuştur. Mental retarde bireylerde pika çocukluk çağında başlar ve orta yaştan sonra azalabilir. Bu grupta pika mental retardasyonun ağırlığı ile ilişkilidir (14).

Sıkıntı, anksiyete ve depresyon pikayı alevlendirebilir ancak bu psikopatolojilerin ilişkisi konusunda çok az çalışma yapılmıştır (2). Süreğen anksiyöz çocuklarda veya erişkinlerde pikanın görölmesi ve trikotillomani veya diğler kompulsif davranışlarla ilişkisi konusunda literatürde çalışma yoktur. Demir eksikliği, diyetle kalsiyum azlığı pika ile ilişkilili olabilir. Çocukluğunda pika öyküsü olanlarda anoreksiya ve bulimiya nervozaya sık rastlandığı bildirilmiştir (6).

Bozukluğun tıbbi komplikasyonları, ağır metal zehirlenmesi, mineral/vitamin eksikliği, parazit enfeksiyonları ve intestinal obstrüksiyondur. Bu çocuklarda oral aktivitelerde artma, konuşma gecikmesi, parmak emme, tırnak koparma görölür, bağımlılık gereksinimleri ve agresif duyguları fazladır. Ergenlik dönemine geldiklerinde depresyon ve ciddi kişilik bozuklukları, tütün, alkol, madde kullanımı sık görölür.

Pika öyküsü olan çocuklarda ev ortamının

ve aile işlevselliğinin dikkatlice sorgulanması, aileye komplikasyonlarla ilgili bilgi verilmesi ve pikanın önlenmesi gerekir. Ayrıca bu çocuklar bilişsel işlevler ve psikiyatrik bozukluklar yönünden incelenmelidir (2).

## RUMİNASYON BOZUKLUĞU

Ruminasyon bozukluğu, DSM-IV tanı sisteminde, gastrointestinal bir hastalık olmaksızın (örn. özofageal reflü), normal işlevselliğın edinildiğı bir dönemi izleyerek en az 1 ay süreyle, tekrarlayan regürjitasyon ve yeniden çiğnemenin olmasıdır.

Ne yazık ki klinik tablo DSM-IV'ün belirlediğinden daha komplikedir. Elektrolit dengesizliği, kilo kaybı, dehidratasyon ve ölüm olabilir. Bazı bebekler ve retarde erişkinler mide içeriğini yeniden çiğneme ve yutmadan kusabilirler; ruminasyon ve kusmanın ayırımı zordur.

Ruminasyonun gastroözofageal reflü, hiatal herni ve diğler özofageal anormalliklere (11) ya da gastrik fundus hipomotilitesi ve geciken mide boşalmasına bağılı olduğu (8) düşünölmüştür ancak organik etkenlerin rolü hala belirsizdir.

Ruminasyon görünüşte nadirdir, bildirilen olgu sunumları ve küçük olgu grupları vardır. Normal gelişen bebeklerde ilk yaşta, mental retardelerde ileri yaşlarda, hatta erişkinlikte başlayabilir. Olguların bir kısmında kendiliğinden düzelme olurken, bir grup olguda prognoz kötü olabilir; aspirasyon, ciddi malnütrisyon, büyüme yetersizliği, gelişimsel gecikme ve ölümle sonuçlanabilir.

Ruminasyonun sıklığı konusunda çok az şey biliyoruz. Cinsiyet dağılımı da belli değildir; bir olgu serisinde erkeklerde daha sık bulunmuştur (7).

Pek çok yazar ruminasyonun oluşumunda asıl rolün psikososyal çevredeki bozukluklar olduğunu savunur. Anne-çocuk ilişkisindeki

yetersizlik çocuğun haz yaşantısını içsel kaynaklarda aramasına yol açar. Annenin özenle, sevgiyle, rahat bakım sunamaması ve bebeğin gerginliğini gidermede yetersizliği söz konusudur.

Öğrenme teorisi ruminasyonun ortaya çıkışını ve sürekli hal almasını işlemsel şartlanma ile açıklar. Ruminasyon ile çocuğun içsel uyarımdan haz alması ve annenin dikkatini çekmesi olumlu pekiştirici, anksiyeteyi ortadan kaldırması olumsuz pekiştirici olarak işlev görür. Annenin kınayıcı davranışı da ilgisinin çekilmesini sağlama bakımından güçlü bir pekiştirici olabilir. Tedavide ebeveyn- bebek ilişki dinamikleri, bebeğin bu belirtiyi nasıl kullandığı değerlendirilerek uygun yaklaşım sağlanmalıdır.

### **TRAVMA SONRASI BESLENME BOZUKLUĞU**

Doğumsal veya edinsel sindirim sistemi patolojileri nedeniyle orofarinkse endotrakeal tüp veya beslenme tüpü yerleştirilmesi, orofarinksin temizlenmesi işlemini veya öğürme, kusma ile bir boğulma epizodunu izleyerek ani başlangıçlı beslenmeyi reddetmedir; bebek zorla beslenmeye çalışılırsa sıkıntıya girer. Beslenme işleminden korku duyabilir, ağız çevresine dokunulduğunda, biberonu veya yüksek mama sandalyesini gördüğünde ağlamaya, kusmaya başlayabilir. Ciddi durumlarda akut kilo kaybı ve dehidrasyon görülür. Beslenme pratiğinin olmaması nedeniyle oral motor gelişme gecikmesi olur, ikincil davranışsal beslenme problemleri ortaya çıkar <sup>(2)</sup>.

Tedavi üç basamaklıdır: Duyarsızlaştırma, yiyeceğe başlama, yiyecek alımının düzenlenmesi. Duyarsızlaştırmada beslenme ile ilgili sıkıntıyı tetikleyen etken bulunur. Sıklıkla biberon veya yüksek sandalye olan bu etken, beslenme ile ilişkilendirilmeden ortamda bulundurulur, tolerans artırılır. Bebek ağız çevresine dokunulmasından korku-

yorsa haz verici biçimde anne ağzına dokunur, oyuncaklar ve daha sonra kaşık ağıza götürülerek oyunlar yapılır.

Yiyecek denemesine su ile başlanır. Suyu rahat aldıktan sonra meyva suyu daha sonra süte geçilir. Bazı bebekler yoğurt, puding, dondurma gibi yarı katı gıdalara daha iyi cevap verirler. Katı gıdalara geçilirken oromotor koordinasyonun değerlendirilmesi, çiğneme ve yiyeceğin ağızda yayıldığına görülmesi, yutmanın başarılması gerekir. Annenin ağzına yiyecek alarak model olması da yararlı olabilir. Çocuk becerileri kazandıkça ağızını güzel açtın, iyi çiğnedin, iyi yuttun gibi ifadelerle olumlu pekiştirmenin yapılması da önemlidir. Bebek ya da küçük çocuğun eline bir tabak ve kaşık verilerek yeme işlemine katılması sağlandığında daha az sıkıntılı olacaktır.

Beslenme becerileri edinildikten sonra açlık deneyiminin yaşanması yeni, önemli bir aşamadır. Fizyolojik gereksinimlere göre besin alımının düzenlenmesi, tüple beslenmede kesintilerin yapılması gerekir. Dowling (1977) gastrotomi ile beslenen özofagus atrezili 7 bebekle çalışmış, bunların emme, çiğneme ve yutmayı öğrenmelerinde ciddi güçlüklerinin olduğunu göstermiştir <sup>(5)</sup>.

### **BEBEKLIK VEYA ERKEN ÇOCUKLUK BESLENME BOZUKLUĞU**

DSM-IV'e göre bebeklik veya erken çocuklukta beslenme bozukluğu tanısı koyabilmek için: a) beslenme bozukluğu sonucu kilo alımı yetersizliği veya kilo kaybı en az 1 ay süreyle vardır, b) eşlik eden tıbbi durum veya gastrointestinal bozukluk (gastroözofageal reflü gibi) bulunmamaktadır, c) bir başka mental bozuklukla veya yiyecek bulamama ile açıklanamaz, d) başlangıç yaşı 6 yaş öncesidir. Bu tanı kategorisini destekleyen kapsamlı çalışmalar yoktur <sup>(4)</sup>.

Bebeklik döneminde büyüme ve beslenme yetersizlikleri 3 ayrı gelişimsel döneme göre

ele alınabilir (2). Bebek 2-3 aylık olunca uyku- uyanıklık, açlık- tokluk ve boşaltma işlevlerini dengelemeye başlar. Anne çocuğun fizyolojik ve afektif yaşantılarını düzenlemesinde yardımcı olur. Bu dönemde "homeostazis beslenme bozukluğu"ndan sözedilebilir. 2-6 aylar arasında anne çocuk arasında sosyal etkileşimler olur. Çocuk anneyi daha açıkça tanır. Annenin duygusal destekleyici tutumundaki yetersizlikle ilişkili olarak "bağlanma beslenme bozukluğu" ortaya çıkabilir.

Normalde 6-36 aylar arası hareketlilikte, ince motor becerilerde, dil işlevleri edinilmesinde, sembolik reprezentasyon kapasitesinde, kendini ayrı bir birey olarak algılamasında gelişme olur. Bebek kendini beslemeye çalışır, otonomisi gelişir. Çocuğun otonomisi ve ebeveynin kontrolü arasında çatışma olabilir. Burada da separasyon bozukluğu (infantil anoreksiya) işaret edilebilir.

Beslenme problemleri ve büyüme yetersizliğinin ebeveynle organize ve güvenli bağlanma ilişkisi içinde görülebildiği, infantil anoreksiyalı 33 olgunun 2/3'ünde güvenli bağlanma olduğu, ancak güvensiz bağlanma ilişkisinin beslenme problemlerini artırarak daha ağır malnütrisyonu yol açtığı ortaya konmuştur (3).

Yiyecek seçme, infantil anoreksinin subklinik formu olarak tanımlanmıştır. Malnütrisyon yoktur ancak en az 1 aylık sürede yiyecek seçme, tek bir çeşit yeme durumu vardır. Ebeveynlerin tutumunda farklılıklar görülür.

Yeme ve beslenme bozukluğu tedavisinde öncelikle çocuğun birincil bakım verenlerle ilişkisini tanımlamak, ebeveynlerin her birini ayrı bireyler olarak, yaşam öyküleriyle, gereksinimleriyle değerlendirmek, daha sonra ailenin sosyoekonomik durumunu, zor yaşam olaylarını, sosyal destek sistemlerini gözden geçirmek önemlidir.

Çocuğun bakım verenlerle ilişkisi, beslenme, oyun, uyku düzeninde yaşanan etkileşimler değerlendirilmelidir. Etkileşimde gözlenen işlevselliği bozucu davranış kalıplarına ebeveynin dikkati yöneltilir.

Terapötik yaklaşım 6 aşamada ele alınabilir: 1-Anne ile terapötik işbirliği oluşturulur, 2-Bebeğin mizacındaki zorluklar ele alınır, 3-Bebeğin bilişsel gelişimi konusunda ebeveynler rahatlatılır, 4-Çocukların yaşadıkları gelişimsel çatışmalar konusunda bilgi verilir, 5-Bebeğin yeme davranışının nasıl değiştirilebileceği ele alınır, 6- Bebeğin uygun olmayan davranışlarına sınır konulması tartışılır.

Bebekler, çocuklar, gelişen otonomileriyle uyumlu yeme alışkanlıklarını edindiklerinde, sağlıklı büyüme ve gelişmelerinin yolu açılır (2).

## KAYNAKLAR

1. Bell L S, Woolston J L: The relationship of weight gain and caloric intake in infants with organic and non-organic failure to thrive syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24:447-52 (1985)
2. Chatoor I: Feeding disorders of infants and toddlers: "Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, editör: Noshpitz J D, John Wiley & Sons, Inc, NewYork, sayfa: 367-383 (1997)
3. Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon R J: Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(11): 1217-24 (1998)
4. DSM-IV:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington DC (1994)
5. Dowling S: Seven infants with eosophageal atresia: A developmental study. *Psychoanal Study Child* 32: 844-850 (1977)
6. Marchi M, Cohen P: Early childhood eating behaviors and adolescent eating behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:112-17 (1990)
7. Mayes S D, Humprey F J, Handford H A: Rumination disorder: Differential diagnosis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:300-302 (1988)
8. Papaila J G, Wilmont D, Grosfeld J L: Increased incidence of delayed gastric emptying in children with gastroesophageal reflux. *Arc Surg* 128:933-36 (1989)
9. Polan H J, Leon A, Kaplan M: Disturbances of affect

- expression in failure to thrive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:897-903 (1991)
10. Reilly S M, Skuse D H, Wolke D, Stevenson J: Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic? *Dev Med Child Neurol* 41(2): 115-22 (1999)
  11. Shepherd R W, Wren J, Evans S: Gastroesophageal reflux in children: Clinical profile, course, and outcome with active therapy in 126 cases. *Clin Pediatr* 26: 55-60 (1987)
  12. Stice E, Agras W S, Hammer L D: Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord* 25(4):375-387 (1999)
  13. Woolston J L: Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:38-41 (1989)
  14. Woolston J L: Eating and growth disorder in infants and children, "Developmental Clinical Pathology, editör: Kazdin A E, Newbury Park, C A, Sage Publication" vol. 24 (1991)
  15. Woolston J L: Eating and growth disorder in infants and children, "Child and Adolescent Psychiatry, A comprehensive textbook, editör: Lewis M, Williams & Wilkins, Baltimore, 2. Baskı" sayfa:577-585 (1996)