

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

Behiye ALYANAK, Özgür POLVAN*

BÜYÜME GELİŞME YETERSİZLİĞİ- BGY (FAILURE TO THRIVE-FTT)

Büyüme Gelişme Yetersizliği (BGY), erken çocuklukta (ilk 3 yaşta), kilo alımında bariz düşüklük ve duygusal, sosyal gelişim aşamalarında aksama ile belirli bir bozukluktur. Boy ve baş çevresi büyümesinde de yetersizlik olabilir.

BGY sık görülür, çocuk kliniklerine yatırılan çocukların %1-5'inde bulunmuştur. Cinsiyet farkı pek olmamakla birlikte erkeklerde daha sık görülmektedir (1).

Duygusal yoksunluğun zihin yoluyla bedensel gelişimi etkileyerek, yeterli kalori alımı olsa da büyüme yetersizliğine yol açtığı ilk gözlemlerle ortaya konmuş; BGY etiolojisinde sevginin yiyeceğe karşı önemi tartışılmış (13), duygusal ve sosyoekonomik yoksunluğun gelişimsel yetersizliğin birincil nedeni olduğu düşünülmüştür (2).

Genelde ilk yaş içinde, kalori alımını bozan yiyecek yoksunluğu veya bir primer fizyopatolojik bozukluk vardır. Çocuk ve birincil bakım veren arasında interaksiyonel güçlükler yaşanır. Başlangıçta beslenmeyle hızlı cevap alınabilirken, süregelen olduğunda yeme bozukluğu içselleşir ve malnutrisyon yerleşir.

Küçük çocuklarda belirgin irritabilite veya apati görülebilir. Buna bağlı olarak psikofizyolojik mizaç, beslenme durumu, fiziksel sağlık ve bakım sunanla duygusal etkileşim bozulabilir. Bakım sunanın duygusal ve davranışsal yönelimindeki bozukluk da bebekte

apatik depresyon oluşturabilir. BGY ile birlikte bulunan depresif belirtiler çocuğun beslenmeye ilgisini azaltırken, belirgin malnutrisyon da apatik içedönüklük durumuna neden olabilir.

Gordon ve Jamieson, 12-19 aylık 12 nonorganik BGY tanısı ile hospitalize edilmiş çocukla çalışmış; olguların yarısında güvensiz bağlanma bulmuşlardır (4). Powell ve Low nonorganik BGY olan çocukların karakteristik davranışlarının inaktivite, irritabilite, afektif durgunluk, vokalizasyonun azalması ya da kaybolması, zayıf göz kontağı, yanına yaklaşıldığında ağlama, insanların uyarılarına cevap vermeme, seperasyona kayıtsızlık olduğunu bildirmiştir (7).

BGY ile birlikte, malnutrisyona bağlı bazı organik sorunlar da olabilir. Malnutrisyon immün işlevleri baskılayarak süregelen solunum ve gastrointestinal enfeksiyon riskini artırır. Bu durumda beslenme daha da bozulur. BGY'de vitamin ve mineral eksiklikleri (özellikle kalsiyum, demir ve çinko) de görülür. Bu eksikliklere bağlı kan diskrazileri ve metabolik bozukluklar olur; kurşun emilimi artar, kurşun toksisitesi ortaya çıkabilir.

BGY'li çocukların gelişimleri sendromun heterojenitesi nedeniyle farklılıklar gösterir. Sosyoekonomik durum, annenin eğitimi, ebeveyn mental hastalığı ve ailenin sosyal işlevselliği prognozu belirleyen önemli etkenlerdir. Fiziksel kötüye kullanım, ihmal ve sosyal izolasyonla ilgili sorunların ortadan kaldırılması önemlidir (15).

PSİKOSOSYAL CÜCELİK-PSC (PSYCHOSOCIAL DWARFISM-PSD)

Boy kısalığı yanısıra uyku bozukluğu ve acayip yeme alışkanlıkları gibi özellikli davranış bozukluklarını kapsayan bir sendromdur. Psikososyal çevrenin değişmesiyle iyileşme sağlanabilmektedir (5). Kilo alımı normal sınırlarda olduğu halde boy büyümesinde yavaşlama vardır. Bu şekliyle malnutrisyona bağlı BGY'den farklılık gösterirken primer hipopitüiterizme oldukça benzer.

Karakteristik acayip yeme davranışları, tıka basa yeme (polifaji), kusma, yiyecek çalma ve biriktirme, saklama, çöp kutularından ve hayvanların yiyecek kaplarından yemendir. Polidipsi de görülebilir. Durgun içilmeyecek suları içebilir. Uykuya dalma güçlüğü, gece sayıklamaları gibi uyku bozuklukları görülebilir. Bu çocuklarda dezinhibe tipte bağlanma özellikleri, agresivite impulsiviteyi içeren davranış problemleri olabilir. Özgül dil gelişimi gecikmesi, mental retardasyon bildirilmiştir (15).

PSC görünüşte nadirdir, literatürde olgu sunumları ve küçük olgu grupları bildirilmiştir. Toplumlardaki sıklığı, cinsiyet özelliği ve sosyodemografik görünümleri bilinmemektedir. Başlangıç yaşı kesin olmamakla beraber 18-48 aylar arasında bulunmuştur. Prognoz çocuğun psikososyal çevresine bağlıdır. Davranışsal bozukluklar, gelişimsel gecikme, kısa boy, puberte gecikmesi olası sekelerdir.

Yazında çocuk kötüye kullanım ve/veya ihmali kapsayan kötübakımda ebeveyn psikopatolojisini tanımlanmada fikir birliği vardır. Ebeveyn psikopatolojisi ve çocuk kötü bakımının her ikisi de başlangıç görüşmelerinde belirsiz kalabilir. Ebeveynler bilgi vermede ve tedavi işbirliğinde isteksizdir. Bu konuda veriler yetersizdir, sosyoekonomik sınıf gibi temel değişkenlere göre eşleştirilen kontrol gruplarıyla yapılan çalışmalar yoktur.

PSC konusunda yapılan araştırmaların çoğu sendromdaki nöroendokrin anomalileri araştırarak büyüme hızı ve nöroendokrin değişikliklerin ilişkisini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu araştırmaların sonucunda somatomedin düzeylerinde baskılanma dışında anlamlı veya patognomonik bir bulgu saptanmamıştır. Büyüme yetersizliğine yol açan mekanizma halen bilinmemektedir (5,15).

Çocuğun kötü çevreden alınmasından haftalar sonra iki yıl içinde, hormonal, hipotalamik işlev bozukluğu tıbbi psikiyatrik durumun ağırlığına göre normale dönmüştür. Endokrin işlevlerin normal olmasına rağmen büyüme yetersizliği olabilmekte ve düşük hormonal değerlere rağmen giderek normal büyüme yakalanabilmektedir (5).

Hiperfajik Kısa Boyluluk (Hyperphagic Short Stature), Psikososyal cüceliğin bir varyantı olarak yakınlarda tanımlanan bir büyüme yetersizliği tipidir. Aşırı psikososyal stresle ilişkili, reversibilite potansiyeli olan bir büyüme hormonu salgılanma bozukluğudur. Hipotoni, enurezis/enkoprezis, uyku bozukluğu bu grupta yüksek sıklıkta görülmüştür (3).

BENİGN NUTRİSYONEL CÜCELİK (BNC)

Okul çağı çocuklarında veya genç adolesanlarda (8-14y) psikiyatrik veya tıbbi hastalık eşlik etmeksizin maladaptif yeme paternleri sonucu boy büyümesindeki yavaşlamayı takiben en az 1 yıl süreyle kilo alımında belirgin bir yavaşlama olmasıdır. Aşırı zayıflık yoktur, proporsiyone gerilik vardır, boy kilo oranı uygundur. Puberte gecikmesi eşlik edebilir. Kalori alımı yeterince artırılırsa normal büyüme başlayabilir. Erkeklerde biraz daha sık görülür. Son yıllarda tanımlanan bir bozukluk olduğundan insidens ve prevalansını anlayabileceğimiz yeterli veri yoktur (15).

BNC'de yetersiz kalori alımının farklı motivasyonları vardır ancak kilo kaybı ve beden imajı distorsiyonu yoktur. Son zamanlarda yapılan iyi kontrollü bir çalışmada yapısal büyüme gecikmesi, ailesel kısa boylularla BNC çeşitli psikolojik işlevler bakımından karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır (9). Eşlik eden gelişimsel veya psikiyatrik bozukluk bildirilmemiştir. Diğer yeme ve büyüme bozuklukları için tipik olan sosyal ve ailesel işlev bozukluğu burada yoktur. Ebeveyn psikopatolojisi veya genetik etkenlere işaret eden bildiriler yoktur ancak bazı özel nutrisyonel ilgilerin, kronik nonspesifik yeme bozukluklarının olduğu bildirilmiştir. BNC ile ilgili tek psikojenik etken kilo alımı veya özel diet gereksinimleri hakkında yanlış inanışların varlığıdır (8).

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ

Aşırı kilo alımına yol açan yeme bozuklukları ihmal edilmektedir; DSM-IV isteminde yeme bozuklukları içinde değil, bir fiziksel bozukluk olarak III.eksende kodlanabilmektedir. Obezitenin psikiyatri kliniklerinde özellikle ele alınmamasına bağlı olarak, bozukluğun psikolojik temeline, alt gruplarına ilişkin bilimsel stratejiler yetersizdir.

Kronolojik yaşa göre aşırı yağ dokusunun olması obezitedir. Triseps, suprailiyak deri kıvrımı kalınlığı, bilek çevresi ölçümleri iyi standardize edilmiş ölçümlerdir.

Bebeklik ve erken çocukluk çağı obezitesi ile ilgili çalışmalar başlangıç aşamasındadır. Bozukluğun tipik seyri konusu tartışmalıdır. En yaygın inanış kronik ve çok az remisyonlarla kararlı progresif seyir olduğu yönündedir. Bazı çalışmalar ise bebeklik obezitesinin daha sonraki çocukluk obezitesine yol açmasının zayıf bir olasılık olduğunu göstermiştir (10). Bebeklikte yağ hücre proliferasyonu için kritik bir dönemin varlığı yerine total adipoz hücre sayısının şişmanlığı süresi ve derecesinin belirlediği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı obezite sıklığı erişkinlerde olduğu gibi geniş çalışılmamıştır. Bir kaç çalışmada okul öncesi çocuklarının %5-10'unda obezite bulunmuştur. 1 yaşına kadar infantlarda %16.7 obezite olduğunu, infantil obezite "epidemi"si bulunduğunu bildiren bazı çalışmalar da vardır. Bu epideminin kültürel kaynaklı yanlış beslenmelere bağlı olduğu düşünülebilir (11).

Ebeveynlerdeki ve çocuklardaki obezite ilişkilidir. İşçi sınıfından kadınlarda orta ve üst sınıflara göre obezite 9 kat fazla bulunmuştur (12). Ebeveynleri obez olan çocukların zayıf ebeveyni olanlara göre, 17 yaşına kadar obez olma riski 3 kat fazladır. Eğer bir kardeş obezse diğerinin obez olma olasılığı %40' iken, iki kardeş obez ise üçüncünün obez olma olasılığı %80'dir. İkiz çalışmaları genetik etkenlerin rolünün önemini ortaya koyarken, çevresel etkenler de önemli görülmektedir; örneğin eşi obez olanların obez olma olasılığı %30'dur.

Çocukluk çağı obezitesinin gelişimsel seyir ve etiyojisine bakıldığında bir heterojen sendrom olduğu, emosyonel, sosyoekonomik, genetik, gelişimsel ve nörolojik etkenlerin rolü olduğu kabul edilir (6).

Obezite ayırıcı tanısında, nadir görülseler de Prader-Willi, Klinefelter, Fröhlich, Laurence-Moon-Biedl, Kleine-Levin ve Mauriac sendromları gibi farklı genetik, endokrinolojik, nörolojik sendromlar yer almalıdır. Bir gelişimsel sendrom olduğunda genellikle boy 25. persantilin altındadır, kemik yaşı ve kognitif gelişim geridir, oysa normal gelişimde boy 50. persantilin üzerindedir ve kemik yaşı normaldir.

• Obezitenin tıbbi komplikasyonları femur başı epifizinde kayma, uyku apnesi, pickwick benzeri sendrom, hiperkolesterolemi ve diabetes mellitustur.

Bebeklik ve erken çocuklukta psikojenik obezitenin erişkin başlangıçlı anksiyetenin

tetiklediği aşırı yeme durumuna benzediği düşünülebilir. Çocuğun gereksinimlerini algılamak, ayırıştırma yetersizliği gösteren disorganize ailelerde psikojenik obezite olduğu bildirilmiştir (14,15).

Tedavide çocuğun ağırlığının boyuna, yaşına, cinsiyetine göre normal değere ulaşılması hedeflenir, kalori alımı kısıtlanır. Obezitenin oluşumunda olduğu gibi tedavisinde de aile işlevsellik düzeyi çok önemlidir. Ciddi işlev bozukluğu gösteren ailelerdeki bazı çocuklar duygusal ihmalkar bir çevrede, terk edilmişlik duygusu içinde, oral doyum arayışıyla, yiyecek alımına sınır konulmadan, aşırı kalori alarak, genellikle 3-5 yaşları arasında hızla şişmanlarlar. Böyle çocukların kendilik değerleri düşüktür, bu da obeziteyi artırır, prognozlarını kötü etkiler. Obezite tedavisinde aile sistemini düzenleme esastır. Bu yaklaşım, tıbbi ve mental sağlık ekibinin orkestrasyonu ile, etkin sınır koymayı, çocuğun kendilik değerini yükselterek duygusal gelişimini desteklemeyi gerektirir (14,15).

KAYNAKLAR

1. Berwick D M, Levy J C, Kleinerman R: Failure to thrive: Diagnostic yield of hospitalization. *Arch Dis Child* 57:347-351 (1982)
2. Casey P H, Bradley R, Wortham B: Social and nonsocial home environment of infants with organic failure to thrive. *Pediatrics* 73:348-353 (1984)
3. Gilmour J, Skuse D: A case comparison study of the characteristics of children with a short stature syndrome induced by stress (Hyperphagic Short Stature) and a consecutive series of unaffected "stressed" children. *J Child Psychol Psychiatry* 40 (6):969-78 (1999)
4. Gordon A H, Jamieson J C: Infant-mother attachment in patients with non-organic failure to thrive syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 18:251-259 (1979)
5. Green W H, Campbell M, David R: Psychosocial dwarfism: A critical review of the evidence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 23:39-48 (1984)
6. Maloney M J, Klykylo W M: An overview of anorexia nervosa, bulimia and obesity in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 22:99-107 (1983)
7. Powell G F & Low J: Behavior in nonorganic failure to thrive. *J Dev Behavioral Pediatrics* 4:26-33 (1983)
8. Pugliese M T, Lifshitz F, Grad G: Fear of obesity: A cause of short stature and delayed puberty. *N Eng J Med* 309:513-518 (1983)
9. Sandberg D E, Smith M M, Fornai V: Nutritional dwarfing: Is it a consequence of disturbed psychosocial functioning? *Pediatrics* 88: 926-933 (1991)
10. Shapiro L R, Crawford P B, Clark M J: Obesity prognosis: A longitudinal study of children from age six months to nine years. *Am J Public Health*, 74:968-972 (1984)
11. Shukla A, Forsyth AA, Anderson C M, et al: Infantile overnutrition in the first year of life: A field study in Dudley, Worcestershire. *Br Med J*, 4:507-515 (1972)
12. Stunkard A J, Daquille, Fox S: Influence of social class on obesity and thinness in children *JAMA* 221:579-584 (1972)
13. Widdowson E M: Mental contentment and physical growth. *Lancet* 1:1316-1318 (1951)
14. Woolston J L: Obesity of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:123-126 (1987)
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)