

# Erken Çocuklukta Beslenme Bozuklukları: Olgu Sunumu

Behiye ALYANAK \*

## ÖZET

*Büyüme gelişme yetersizliği (Failure to thrive) tanısıyla izlenen 3.5 yaşındaki bir erkek olgu sunularak erken çocukluk ve bebeklikteki beslenme sorunları ve çözümleri tartışılmaktadır.*

*Düşünen Adam; 2001, 14(3): 179-182*

## SUMMARY

*In this study, early childhood feeding disorders and their solutions are discussed by presenting a 3.5 year old case having a diagnosis of Failure to thrive.*

## GİRİŞ

Beslenme ve büyüme bozuklukları, somatopsişik, psikososyal etkileşimlerle ortaya çıkan komplike bozukluklardır (1,2).

Psikiyatrik tanı sistemi (DSM-IV), erken çocuklukta sadece 3 yeme bozukluğunu; pika, ruminasyon ve beslenme bozukluğunu tanımlar (3). Erken çocuklukta görülen beslenme ve büyüme bozuklukları alanında veriler azdır ve tanı karşıklığı vardır.

Pediyatri tanı sisteminde, Büyüme Gelişme Yetersizliği-BGY (Failure to Thrive-FTT), erken çocuklukta (ilk 3 yaşta), kilo alımında belirgin yetersizlik ve duygusal, sosyal gelişim aşamalarında aksama ile tanımlanan bir bozukluktur. Boy ve baş çevresi büyümesinde yetersizlik de olabilir. BGY sık görülür, çocuk kliniklerine yatışlarının % 1-5'inde bulunmuştur. Cinsiyet farkı pek olmamakla birlikte erkeklerde daha sık görülmektedir (4).

Etiyoloji konusunda tartışmalar katı dikotomik biçimde, bir içsel organik ("hasta bebek") ile bir dışsal çevresel neden ("kötü anne") arasında sınırlı olabilmektedir. Böyle organik/nonorganik dikotomik yak-

laşımın, BGY ile ilgili araştırmalara katkı sağlamadığı görülmüştür (5,6). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada non-organik büyüme yetersizliği düşünülen 47 çocuğun 30'unda oral motor işlev bozukluğu saptanmış ve "non-organik" tanımının yeniden ele alınmasının gereğine; bir üçüncü mikst kategoriye, organik ve nonorganik etkenlerin etkileşimine işaret edilmiştir (7).

Duygusal yoksunluğun zihin yoluyla bedensel gelişimi etkileyerek, yeterli kalori alımı olsa da büyüme yetersizliğine yol açtığı ilk gözlemlerle ortaya konmuş; BGY etiyojisinde sevginin yiyeceğe karşı önemi tartışılmış (8), duygusal ve sosyoekonomik yoksunluğun gelişimsel yetersizliğin birincil nedeni olduğu düşünülmüştür (9).

BGY'li çocukların gelişimsel prognozları sendromun heterojenitesi nedeniyle farklılıklar gösterir. Sosyoekonomik durum, annenin eğitimi, ebeveyn mental hastalığı ve ailenin sosyal işlevselliği prognozu belirleyen önemli etkenlerdir. Fiziksel kötüye kullanım, tıbbi ihmal, eğitimsel ihmal ve sosyal izolasyonla ilgili sorunlar da önemlidir (2).

**OLGU:** Efe, 3.5 yaşında, yemek yememe, seçici ve

\* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

az miktarda yeme şikayetiyle başvurdu. Bir çocuk hekimi tarafından gönderilmişti. Büyüme gelişme yetersizliği tanısı ile izleniyordu. Boyu 91 cm, kilosu 11.250 kg idi. Boy ve kilo 3. Persantilin altındaydı.

Anne 28 yaşında ev hanımıydı, kız meslek lisesi ev idaresi beslenme bölümü mezunuydu, baba 38 yaşında, mühendisti. Görücü usulü ile, 7 yıl önce evlenmişler ve babanın eniştesinin şirketinde işe girmesi ile İzmir'den İstanbul'a 4 yıl önce göç etmişler. Anne burada hiç arkadaşının olmamasından, sosyal ortamlarının olmamasından şikayetçiydi.

Efe evliliklerinin 4. yılında, planlı bir hamilelikle dünyaya getirilmiş. Beklenen bir hamilelik olmasına rağmen anne gebeliği öğrenince çok şaşırılmış, inanamamış. Gebeliğin 4. ayında kiste bağlı düşük olabileceği söylenmiş sonra da hepatit B taşıyıcılığının bebeğe zarar verebileceği söylenmiş. Anne çok endişelenmiş, 1.5 ay sonra bu ön tanıların doğru olmadığı, bir tehlike olmadığı anlaşılmış. Normal doğumla 3.100 kg dünyaya gelmiş.

Öyküsünde ilk 3 ay anne sütü aldığı, ancak anne sütü az olduğundan ek mama destekli beslendiği, 5. ayda geçirdiği dizanteri enfeksiyonu sonrası yememe sorununun başladığı, 5. aya kadar kucağa gelmek istemediği, kendi halinde sakin bir bebek olduğu öğrenildi. Hastalık sonrası gece anneye yatmaya ve sık sık uyanmaya başlamış. Anne zorla besler, Efe kusarmış. Doktor zorla beslememesini söylemiş. Anne de artık yemezse yemesin diyorum, bu sefer de açlıktan sinirli oluyor, çok ağlıyor, beslenmediği için sık sık hasta oluyor diyordu. Efe çok ağladığında anne cezalandırıyor, çukulatasını vermemekle tehdit ediyormuş. O da, verme ben onu istemiyorum, sevmiyorum diyormuş. Makarna, pilav, süt dışında pek bir şey yemiyormuş.

Sonraki iki görüşme anne ile yapıldı. Annenin kendisi, eşi, çocuğu ile ilgili beklentileri, güçlükleri eleştirel olmadan ele alındı. Annenin çocuğuna bakım verememekle ilgili yetersizlik duyguları belirgindi. Önceleri Efe'nin kendi babasına benzeyeceğini, onun gibi zayıf olacağını düşünürmüş, ancak babası çok yemek yer kilo alamazmış. O sakin, doğayı seven biriymiş. Evde annesi işleri yürütürmüş, bir dükkan işletiyormuş. Annesi İzmir'e çağırıyor, buraya gelin çocuğa bakalım diyormuş.

Anné, eşinin üniversite mezunu olmasına rağmen konuşkan, girişimci olmamasından, sosyal ortamlara girmemesinden rahatsızdı. Özellikle Efe doğduktan sonra aman çocuğa bir şey olmasın diye hiçbir yere gitmez olmuşlardı. Yalnız kalmaktan bunaldığını söylüyordu. Bu konuyu eşiyle konuşmamızı istemiyor, ondan şikayet etmiş gibi görünmek istemediğinin ısrarla altını çiziyordu. Eşinin çok titiz olduğunu, Efe'nin üzerine çok fazla düştüğünü belirtiyordu. Anne elinden gelen herşeyi yapıyordu ama yine de olmuyordu.

Üçüncü seansa baba da çağrıldı. Birlikte, Efe'nin yaşındaki çocukların normal gelişimi, yaşadıkları tartışmalar konuşuldu. Efe'nin mantıklı olması, doğru düzgün şeyleri öğrenmesi, gerekli olan şeyleri anlaması için rasyonel açıklamalar yapmalarının nasıl işe yaradığı anlaşıldı. Efe ile çalışmaya girmeden iletişim kurabilme, kaybolması istenen davranışlarını görmezden gelme, yanlış davranışları tanıyarak pekiştirmeme ile uygun yönelimin sağlanabileceği konuşuldu.

Görüşmelerin başlamasından 1 ay sonra Efe erken yatmaya, kendi yatağında uyumaya başlamıştı. Gece sütü azaldıktan sonra beslenmesi kısmen arttı. Ancak ailenin ilgisinin beslenme alanıyla sınırlanmaması, oyun oynamaya başlaması önemli adımlardı. Efe'nin de görüşmeye alındığı bir seansta Efe'nin kurt kuklasını eline geçirip önce annesini, sonra babasını yemesi, oyun hamurundan pastalar yapıp tekrar anne babasına yedirmesi dikkat çekiciydi. Böyle oyunları evlerinde de oynayabilecekleri, Efe'nin kızgınlıklarını ifade etmesinin önemi konuşuldu.

Anne Efe'nin kendisini hiç yalnız bırakmadığından şikayetçiydi ancak çocuğu görüşmeciyile odada yalnız bırakırken kendisinin zorlandığı görüldü. Anneye bu güçlük tanımlanmaya çalışıldı. Yuva'ya başladığında da benzeri bir ayrılık sıkıntısı yaşandı. Annenin yuvadaki bakıcıları suçlayıcı tavırları vardı. Yuva yetkilileriyle temas sağlanarak, yardımcı olmalarının önemi konuşuldu ve yuvaya devamı sağlandı. Üçüncü ayda beslenme sorunu büyük ölçüde giderilmişti çünkü Efe dışarda yemek yemeyi seviyordu.

## TARTIŞMA

Sunulan olgunun pediatrik tanısı BGY idi, psikiyat-

rik tanı olarak Erken Çocukluk Beslenme Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılıyordu.

Bu tanı kategorisi ölçütleri (DSM-IV'e göre): 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) yoktur, c) bir başka mental bozuklukla veya yiyecek bulamama ile daha iyi açıklanamaz, d) başlangıç yaşı 6 yaş öncesidir (3).

Bebeklik döneminde büyüme ve beslenme yetersizlikleri 3 ayrı gelişimsel döneme göre ele alınabilir (1). Efe'nin 5. ayda dizanteri enfeksiyonu geçirmesi, Büyüme Yetersizliğinde ilk yaş içinde, sıklıkla kilo alımını bozan yiyecek yoksunluğu veya primer fizyopatolojik bozukluğun görülmesiyle uyumludur.

Anne çocuk arasında 2-6. aylarda, sosyal etkileşimler olur. Çocuk anneyi daha açıkça tanır. Çocuk ve birincil bakım veren arasında interaksyonel güçlükler yaşanması, annenin duygusal destekleyici tutumundaki yetersizlikle ilişkili olarak bu dönemde "bağlanma beslenme bozukluğu" ortaya çıkabilir. Efe ve annenin separasyon güçlüğü, organik hastalığın da tetiklenmesi ile bu dönemde başladığı düşünülebilir.

Gordon ve Jamieson (10), 12-19 aylık, 12 nonorganik BGY tanısı ile hospitalize edilmiş çocukla çalışmışlar; olguların yanında güvensiz bağlanma bulmuşlardır. Powell ve Low nonorganik BGY olan çocukların karakteristik davranışlarının inaktive, irritabilite, affekt yokluğu, vokalizasyonunun azalması ya da kaybolması, zayıf göz kontağı, yanına yaklaşıldığında ağlama, insanların uyarımlarına cevap vermeme, separasyona kayıtsızlık olduğunu bildirmişlerdir (11).

BGY ile birlikte olan belirgin malnütrisyon apatik içedönüklük durumu oluşturabilir. Küçük çocuklarda belirgin irritabilite veya apati görülebilir. Bu depresyon benzeri semptomlar çocuğun beslenmeye ilgisi azaltabilir. Buna bağlı olarak psikofizyolojik mi-zaç, beslenme durumu, fiziksel sağlık ve bakım sunanla duygusal etkileşim bozulabilir. Ayrıca bakım sunanın duygusal ve davranışsal yönelimindeki bozukluk da bebekte apatik depresyon oluşturabilir. Olguda böyle bir dönemi tanımlayamadık.

Normalde, 6-36 aylar arası hareketlilikte, ince motor

becerilerde, dil işlevleri edinilmesinde, sembolik reprezentasyon kapasitesinde, kendini ayrı bir birey olarak algılamada gelişme olur. Bebek kendini beslemeye çalışır, otonomisi gelişir. Çocuğun otonomisi ve ebeveynin kontrolü arasında çatışma olabilir. Bu dönemde de separasyon güçlüğüne eşlik eden infantil anoreksiya başlayabilmektedir.

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 malnütrisyonla yol açabildiği ortaya konmuştur (12).

Yiyecek seçme, infantil anoreksinin subklinik formu olarak tanımlanmıştır. Malnütrisyon yoktur ancak en az 1 aylık sürede yiyecek seçme, tek bir çeşit yeme durumu vardır. Efe'de malnütrisyonun belirgin olması bu formu aşmaktadır.

BGY ile birlikte, malnütrisyonla bağlı bazı organik sorunlar da olabilir. Malnütrisyon immün işlevleri baskılayarak süregen 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 absorpsiyonu artarak kurşun toksisitesi ortaya çıkabilir.

Başlangıçta beslenmeyle hızlı cevap alınabilirken, süregen olduğunda içselleşmiş yeme bozukluğu ve malnütrisyon yerleşmektedir.

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.

Tedavi sürecinde ebeveynlerle işbirliği ile çocukların gelişen otonomilerine uygun yeme alışkanlıkları sağlanmalarının, sağlıklı büyüme ve gelişmelerinin yolu açılır (1).

### KAYNAKLAR

1. Chatoor I: Feeding disorders of infants and toddlers "Handbook of Child and Adolescent Psychiatry, editor: Noshpitz JD, John Wiley & Sons, Inc, New York, 1997; s.367-383.
2. Woolston JL: Eating and growth disorder in infants and children. "Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook, editor: Lewis M, Williams & Wilkins, Baltimore, 2. Baskı" 1996; s.577-585.
3. DSM-IV: Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların

- Tanısal ve Sayısal Elkitabı, Dördüncü baskı, Washington DC, 1994'den çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
4. Berwick DM, Levy JC, Kleinerman R: Failure to thrive: Diagnostic yield of hospitalization. Arch Dis Child 57:347-351, 1982.
5. Bell LS, Woolston JL: 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.
6. Polan HJ, Leon A, Kaplan M: Disturbances of affect expression in failure to thrive. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30:897-903, 1991.
7. Reilly SM, Skuse DH, Wolke D, Stevenson J: Oral-motor dysfunction in childhood who fail to thrive: organic or non-organic? Dev Med Child Neurol 41(2):115-22, 1999.
8. Widdowson EM: Mental contentment and physical growth. Lancet 1:1316-1318, 1951.
9. Casey PH, Bradley R, Wortham B: Social and nonsocial home environment of infants with organic failure to thrive. Pediatrics 73:348-353, 1984.
10. Gordon AH, Jamieson JC: Infant-mother attachment in patients with non-organic failure to thrive syndrome. J Am Acad Child Psychiatry 18:251-259, 1979.
11. Powell GF, Low J: Behavior in nonorganic failure to thrive. J Dev Behavioral Pediatrics 4:26-33, 1983.
12. Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ: 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.