



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI YEME BOZUKLUĞU TANISI İLE TAKİP EDİLEN
HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elvis KRAJA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Aysel VAHABOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İSTANBUL

(2016)



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUKLUK ÇAĞI YEME BOZUKLUĞU TANISI İLE TAKİP EDİLEN
HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Elvis KRAJA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Aysel VAHABOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İSTANBUL

(2016)

Kurum : Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi
Programın seviyesi : Tıpta Uzmanlık
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Elvis KRAJA
TezBaşlığı : Çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı ile takip edilen hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

İmza

Jüri Bşk. (Danışman) Yrd. Doç. Dr. Aysel Vahaboğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Üye

.....

Üye

.....

Üye

.....

Bu tez, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıda belirtilen jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ruşen DÜNDARÖZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları, kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İmza

İsim ve soy isim

Tarih

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince tezimin yürütülmesi ve sonuçlanması süresince deneyimleri ile bana yol göstermiş, desteklerini benden esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Selim Gökçe'ye ve Yrd. Doç. Dr. Aysel Vahaboğlu'na ,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocalarım Sayın Prof. Dr. M. Ruşen Dünderöz'e, Sayın Prof. Dr. Metin Karaböcüoğlu'ya, Sayın Prof. Dr. Demet Demirkol'a, Sayın Prof. Dr. Akın İşcan'a, Sayın Prof. Dr. Faruk Öktem'e, Sayın Doç. Dr. Emin Özkaya'ya, Sayın Doç. Dr. F. Betül Çakır'a, Sayın Doç. Dr. İ. Tolga Özgen'e, Sayın Doç. Dr. Erkan Çakır'a, Sayın Doç. Dr. Selim Gökçe'ye, Sayın Doç. Dr. Emel Torun'a, Sayın Doç. Dr. Özden Türel'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül D. Demir'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ufuk Erenberk'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Selçuk Uzuner'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Bilge Bayraktar'a, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet H. Gedik'e ve Yrd. Doç. Dr. Selman Gökalp'a,

Tez çalışmam boyunca dokumentasyon taramasında, hastane sisteminden hasta bulunmasında, tez yazım kuralları kılavuzunda, istatistik değerlendirilmesinde ve tezde kullanılan Türkçe dilinde düzeltmesinde yardımcı olan Dr. Merve Erdemir Kula'ya, Dr. Mustafa Bilici'ye, Yavuz Karabağ'a, Tuğba Cinek'e ve Ayşe İlikpınar'a,

Zorluklara beraber göğüs gerdiğim, uykusuz geceler geçirdiğim, hastanenin isimsiz asıl kahramanları olan tüm asistan kardeşlerime,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım tüm personel, sekreter, hemşire ve teknisyen arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi çalışmam sırasında da bana güvenen ve destekleriyle yanımda olan, emekleri ve sevgileriyle beni bu günlere getiren aileme,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

Amaç: Yeme sorunları ve iştahsızlık çocukluk çağında sık görülen durumlardır. Ancak çocukların az bir kısmında yeme bozukluğu saptanır. Yeme bozukluğu saptanan çocukların erken tanınması ve tedavilerinin düzenlenmesi önemlidir. Bu çalışmada çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı ile takip edilen hastaların klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesini amaçlanmıştır.

Metod: Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Polikliniğine Ocak 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran, çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı almış 18 yaş altı yüz çocuğun demografik özellikleri, klinik özellikleri, tanıları dosya taraması yöntemi ile önceden hazırlanmış araştırma formuna işlendi. Çocukluk çağı yeme bozuklukları uygun kriterler ışığında sınıflandırıldı. Yeme bozukluklarının yukarıda tanımlanan özelliklerinin hem grupların kendi içinde hem de gruplar arasında tanımlayıcı istatistikleri yapıldı.

Bulgular: Olgular, 64 (%64) duyuşsal besin reddi, 4 (%4) infantile anoreksi, 4 (%4) posttravmatik yeme bozukluğu, 17 (%17) komorbid durum ve 11 (%11) kompleks yeme bozukluğu şeklindeydi. Olguların boy z skorları $-0,81\pm 1,75$ ve kilo z skorları ise $-0,92\pm 1,55$ şeklinde ve yaş ortalaması $36,57\pm 32,21$ ay (Min:3 maks:184 median:27) olarak bulundu.

Sonuç: Elde edilen veriler ışığında yeme bozukluklarının genel özellikleri tartışıldı. Bu çalışma yeme bozuklukları klinisyen, diyetisyen, psikolog/psikiyatrist, fizyoterapist ve/veya konuşma terapistinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından değerlendirilmesi ve yönetilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: duyuşsal besin reddi, infantil anoreksi, oral motor disfonksiyon, posttravmatik yeme bozukluğu, yeme bozukluğu,

ABSTRACT

THE EVALUATION OF CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC PATIENTS BEING FOLLOWED WITH FEEDING DISORDER

Objective: Eating problems and anorexia are frequent conditions in childhood. However, a small proportion of children are diagnosed with feeding disorder. It is important the early recognition and treatment of these children. This study aimed the evaluation of clinical and demographic characteristics of patients being followed with feeding disorder.

Methods: This study was carried out among one hundred feeding disorder diagnosed children under 18 years old who attended the Gastroenterology outpatient clinic in the Bezmialem University's Hospital between January 2013–December 2007. Clinical and demographic characteristics of patients were committed to the prepared research form by file scanning method. Feeding disorders are classified in the light of appropriate feeding disorder's criterias. Descriptive statistics were performed in individual and in between groups.

Results: One hundred cases were described as 64 (%64) sensory food aversions, 4 (%4) infantile anorexias, 4 (%4) posttraumatic feeding disorders, 17 (%17) comorbidities and 11 (%11) complex feeding disorders. Height z scores were $-0,81 \pm 1,75$ and weight z scores were $-0,92 \pm 1,55$ and the average age of cases were $36,57 \pm 32,21$ months (Min:3 max:184 median:27).

Discussion: The general features of eating disorders are discussed in the light of the obtained data. This work indicates that these feeding disorders should be assessed and managed by a team which includes physician, dietician, psychologist / psychiatrist, physical therapist and / or speech therapists.

Key words: feeding disorder, oral motor dysfunction, sensory food aversion, infantile anorexia, post traumatic feeding disorder

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluğu Nedir.....	3
2.2.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluklarının Güncel Klinik Tanı Teknikleri	3
2.3.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluklarındaki Terminoloji	6
2.4.Çocukluk Çağı Yeme Bozuklukları Tanıma.....	6
2.4.1 Çocukluk çağı organik yeme bozuklukları	7
2.4.2 Çocukluk çağı organik olmayan yeme bozuklukları.....	8
2.5. Çocukluk Çağı Yeme Bozuklukları Sınıflandırılması	9
2.5.1 Hemostatik yeme bozukluğu.....	10
2.5.2 Bağlanma beslenme bozukluğu.....	12
2.5.3 İnfantil anoreksi.....	16
2.5.4 Duyusal besin reddi.....	23
2.5.5 Posttravmatik yeme bozukluğu.....	28
2.5.6 Tıbbi duruma bağlı beslenme bozukluğu	33
2.5.7 Kompleks yeme bozuklukları ve komorbiditeler	36
2.5.8 Diğer yeme bozuklukları.....	37

3. MATERYAL VE METOT	38
3.1. İstatistiksel İnceleme	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇLAR	50
7. KAYNAKÇA	51



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DBR	: Duyusal Besin Reddi
İA	: İnfantil Anoreksi
AÇPA	: Amerikan Çocuk Psikiyatrisi Akademisi
APD	: Amerikan Psikiyatrisi Derneği
OMD	: Oral Motor Disfonksiyon
PROP	: Propiltiourasil
PTC	: Feniltiokarbamid

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Olguların yeme bozukluğuna göre sınıflandırılması

Şekil 2. Olgulardaki yeme bozuklukları içinde cinsiyet ve yaş dağılımı

Şekil 3. Olguların boy ve kilo z skorları yeme bozukluklarına göre dağılımı (min-max-med).

Şekil 4. Olguların malnutrisiyon ve fazla kilolu olanların gruplardaki dağılımı

Şekil 5. Değerlendirilen hastalarda OMD pozitifliği saptanan olguların dağılımı

Şekil 6. Kompleks yeme bozukluğunun kendi içerisinde sınıflandırılması

Şekil 7. Olgularda kontrol tartıların değerlendirilmesi

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1** Burklow ve arkadaşlarına göre yeme bozuklukların sebepleri
- Tablo 2** DSM-5 'e göre kısıtlayıcı/restriktif yeme bozuklukları 'nın kriterleri
- Tablo 3** İren Chatoor'un sınıflandırması Zero to Three, DC:0-3R
- Tablo 4** Kerzner ve arkadaşlarının sınıflandırması
- Tablo 5** Yeme bozukluğunu akla getiren semptomlar
- Tablo 6** Tanısal gereçler
- Tablo 7** Organik bozukluk düşündüren semptom ve bulgular (kırmızı bayraklar)
- Tablo 8** Organik olmayan / davranışsal kırmızı bayrakla

1. GİRİŞ

Beslenme, özellikle hayatın ilk yılında çocuk ve ebeveyni (bakıcısı) arasında en önemli etkileşimlerindedir (1). Beslenme doğal bir süreçtir (2). Fizyolojik şartlar altında sağlıklı çocukların beslenmeleri stressiz bir ortamda 20-30 dakikada sürmeli ve tekrar açlık hissi oluşabilmesi açısından öğünler arasında en azından 2-3 saat olmalıdır. Böylece açlık ve tokluk hisleri gelişir ve beslenmenin normal ritmi kurulur (3).

Alta yatan organik durum veya davranışsal sorunlar sonucu gelişen yeme bozuklukları yaşa göre yeterli besin almama veya besin reddi ile karşımıza çıkmaktadır (1). Özellikle seçici beslenme (picky: seçici ve fussy: mızız) ve yeni besinleri deneme korkusu (food neophobia) kliniği iyi olan çocuklarda öğün sıkıntılarının ana kaynağıdır (4).

Çocuğun tıbbi geçmişi, mizacı, gelişimi ve deneyimleri kendi başlarında veya ebeveynlerin/bakıcıların ve çevre faktörlerinin birleşimi ile yeme ve beslenme davranışını bozulmasında etkili olurlar (5).

Çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı olan çocuk yeterli beslenemediklerinde genel ya da spesifik besinsel eksiklikler, vitamin eksiklikleri, eser element eksiklikleri, kilo alımında duraklama ya da azalma ve büyüme-gelişme gerilikleri görülebilir (6). Çocukluk çağı yeme bozukluğu çocukları etkileyen en önemli sorunlardan biridir (7). Büyüme geriliği semptomu (8) ile giden ciddi beslenme bozukluğu çocukların %1-5 'inde bulunmasına karşın (2), normal gelişen çocukların %25-40'ında (9-15), engelli çocukların %80 'inde (1,2,6,16-21), preterm çocukların %30-50 'inde yeme bozukluğu tanımlanmıştır (22,23).

Beslenme çocuğun erken bebeklik dönemindeki gelişiminde olduğu gibi ileriki yaşlarda bilişsel ve davranışsal gelişimiyle de bağlantılıdır. Bu nedenle yeme bozuklukların tanınması, anlaşılması ve tedavi edilmesi çok önemlidir (2). Yeme bozukluğu hakkında değişik tanısal kriterler değişik araştırmalarda ve kılavuzlarda tanımlanmış ve kullanılmıştır (24,25).

Aslında yeme bozukluğu Amerikan Psikiyatri Derneğinin "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) gibi tanısal kılavuzlarda resmi terim olarak kullanılmasına karşın çocuklarının ancak bir kısmı kılavuzlardaki tanı kriterlerini karşılamaktadır (26). Bazen iyi beslenmiş hatta obez çocukların bile beslenme güçlükleri çektiği görülmektedir (12)

Beslenmede sorunlarına en sık geçiş dönemlerinde (memeden biberona geçiş, tamamlayıcı besinlerin ilk sunumu, tek başına beslenmenin başlangıcı) rastlanmaktadır (27-29). Davranışsal yeme bozukluklarında tedavi sonrası yeme bozukluğu düzelse bile davranışsal sorunların ileri yaşlarda da devam ettiği görülmektedir (30).



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluğu Nedir

Bu bölümde, araştırmalarda ve günlük klinik pratikte kullanılan ve ‘‘Yeme Bozukluğu’’ adıyla bilinen terimini ne olduğunu anlatılacak. Yeme bozukluğu on yıllar boyunca klinik araştırmalarda merak konusu olmuştur. Fakat tüm ilgili bölümler için kalıcı ve üniversal tanım yapılamamıştır. Araştırmalarda temel bir şeyler elde edilmiş olmasına rağmen henüz tam açığa çıkarılmamış sorunlar vardır.

2.2.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluklarının Güncel Klinik Tanı Teknikleri

Yeme bozuklukları özellikle beslenmedeki negatif davranışlara bağlı olarak izole veya herhangi bir organik bozukluğa ya da yapısal anomaliye sekonder olabilmekte ve geniş bir tanı ve tedavi yaklaşımı gerektirmektedir (1). Fizyolojik şartlar altında çocukların beslenmesi 2-3 saat aralıklarla ve 20-30 dakika süren stressiz öğünlerdir (3). Çocuk yeme bozukluğu ile ilişkili birçok değerlendirme ve sınıflandırmalar yapılmıştır (2,5,12,31-33). Değişik sınıflandırmaların bazı güncel örneklerini aşağıda verilmektedir (24,34).

Tablo 1- Burklow ve arkadaşlarına göre yeme bozuklukların sebepleri (34):

- a-Yapısal anomaliler
- b-Nörolojik durumlar
- c-Davranışsal sorunlar
- d-Kardiorespiratuar problemler
- e-Metabolik bozukluklar
- f-Karma olumsuzluklar

Tablo 2 - DSM-5 'e göre kısıtlayıcı/restriktif yeme bozukluklarının kriterleri (24).

a-Hasta çocuğun önemli kilo kaybı olması veya beklenen kiloda olmaması, besin eksikliği, besleme tüpüne veya takviye diyeteye bağımlılık ve önemli psikososyal etkileşim bulunması gibi bulgulardan birine veya fazlasına sahip olan beslenme bozukluğu.

b-Beslenme bozukluğun nedeni eksiklik olmayacak

c-Beslenme bozukluğun nedeni anoreksia nervosa, bulimia nervosa veya vücut şekline ve kiloya rastlanan şikayeti olmayacak.

d-Beslenme bozukluğunu başka tıbbi neden veya ruhsal bozukluk ile daha iyi izah edilmemeli.

İren chatoor'un Zero to Three, DC:0-3R'e göre yeme bozuklukları davranışsal olarak aşağıdaki tablo 4'te gösterildiği gibi 6 gruba ayrılmıştır (2).

Tablo 3: İren chatoor'un sınıflandırması Zero to Three, DC:0-3R (2).

a-Hemostatik beslenme bozukluğu

b-Bağlanma besleme bozukluğu

c-İnfanıl anoreksi (İA)

d-Duyusal besin reddi (DBR)

e-Tıbbi duruma bağlı yeme bozukluğu

f-Posttravmatik yeme bozukluğu

g- Komorbid durumlar

h- Kompleks yeme bozukluklar

Kerzner ve arkadaşları ilk defa bakıcının besleme tipini sınıflandırmaya ekleyerek organik ve organik olmayan sorunları içeren yeme bozuklukların yeni isimlendirmesini aşağıdaki gibi sunmuşlardır (12).

Tablo 4 : Kerzner ve arkadaşlarının sınıflandırması (12).

a-Sınırlı iştah:

1-Yanlış anlaşılın

2-Enerjili

3-Apatik

4-Organik

*Yapısal: Kısa frenilum, Yarık damak/dudak, Makroglosi, özofagusta darlık/fistül/halka

*Gastrointestinal: Besin alerjisi, gastroözofageal reflü, özofajit (enfeksiyöz, eozinofilik, ilaca bağlı), gastroparezi, kabızlık

*Kardiyorespiratuar: Konjenital kalp hastalığı, Bronkopulmoner displazi

*Nöral: Serebral palsi, miyelomeningosel, miyopati, müsküler distrofi, miyasteni gravis, merkezi sinir sistemi tümörleri, ensefalopati (iskemik-hipoksik, epileptik),

*Metabolik: Herediter fruktoz intoleransı, üre siklus defektleri, organik asidemiler

b-Seçici alım:

1-yanlış anlaşılın:N (neofobi dahil)

2-orta seçicilik

3-yüksek seçicilik: (otizm)

4-organik:

*Disfaji: (35-36)

c-Beslenme korkusu:

1-yanlış anlaşılın:N (kolik dahil)

2-bebeklerde görülen

3-daha büyük çocuklarda görülen : (boğulma)

4-tüple beslenme

5-organik:

*özofajit, viseral hiperaljezi, motilite bozukluğu

d-Bakıcıya dayalı besleme şekli:

1-Duyarlı

2-kontrölcü

3-müsamahalı

4-ihmkar

2.3.Çocukluk Çağı Yeme Bozukluklarındaki Terminoloji

Yeme bozukluklarında değişik araştırmalarda farklı yazarlar tarafından kullanılan belli başlı terimler aşağıda verilmiştir.

Neofobi: Tüm canlılarda görülen ve tekrarlanan maruziyet ile genellikle kaybolan yeni besinlere reddetme davranışdır (37).

Mızımız/seçici (picky): Değişik ülkelerde farklı tanımlamaları olan bir yeme davranışdır (37-39). İştahı az ve zor beğenen çocuklar da aynı gruba sokulmaktadır (40). Bazı yazarlar mızımızcılığı ciddi duyuşal bozukluklarının buzdağının görülen kısmı diye değerlendiriyorlar (2). Genelde hafif, geçici, tıbbi durum sayılmayan, fakat dikkat gerektiren bir sorundur (12).

Yeme bozukluğu: Önemli organik sonuçları doğuran büyük bir soruna çağrışım yapan terimdir. DSM-5 ve ICD-10'daki çekingen yeme bozukluğuna denk gelmekte (38,41)

Yeme sorunu: Bir problem olabileceğini ima eden kullanışlı bir terimdir. Aslında annelerin şikayetlerini kapsamaktadır (42).

2.4.Çocukluk Çağı Yeme Bozuklukları Tanıma

Yeme bozuklukları genelde besin reddi, düşük besin tüketimi ya da seçicilik ile karşımıza çıkmaktadır (1). Kerzner ve arkadaşları yeme bozuklukları tanımlamak için semptom olarak aşağıda anlatıldığı gibi ek özellikler kullanmışlardır (12) (43).

Tablo 5 : Yeme bozukluğunu akla getiren semptomlar (43).

- * Uzamış öğünler
- * Bir aydan uzun süren besin reddi
- * Dikkat dağıtarak besleme
- * Gece yemesi
- * Besin kıvamında artış

Yeme bozukluklarını sebepleri organik veya organik olmayan şekilde ayırt etmek tanıda ve tedavide önemlidir (1). Potansiyel bir yeme bozukluğu fark edildiğinde çocuğun diyetinin de değerlendirmesini içeren tam bir öyküsü alınır, antropometrik ölçümlerini de

içeren fizik muayenesi yapılır, dikkat gerektiren davranışsal ve tıbbi bulgu ve semptomlara önem verilir (12). Ancak ağır malnutrisyon ve büyüme geriliği tespit edildiğinde kan sayımı, biyokimyasal tetkikler, vitamin ve eser element düzeylerini içeren genel tarama testleri yapılmalıdır (44).

Tablo 6: Tanısal gereçler (44).

- a-Üç günlük beslenme kaydı (Evdeki günlük kalori alımı değerlendirilmesi)
- b-Psikososyal değerlendirme (bozukluğa katkıda olan çocuk ve bakıcının davranışsal faktörleri)
- c-Videofloroskopik yutma incelenmesi (Ağızdan beslenme güvenilirliği)
- d-Kontrastlı görüntüleme (Üst GİS’de yapısal sorunların araştırılması: halka, fistül, yavaş boşalım)
- e-Endoskopi (Üst GİS’de inflamasyon incelenmesi)
- f-Transnazal manometri (Farinks ve özofagus peristaltizmin ve sfinkter fonksiyon ölçümü)
- g-MR ve BT gibi görüntülemeler (Pulmoner ve vasküler malformasyonlar incelenmesi)

2.4.1 Çocukluk çağı organik yeme bozuklukları

Organik yeme bozukluğunda “kırmızı bayrak” diye adlandırılan ve ileri tetkik ve tedavi planlanması için hekimin dikkatini çeken semptom ve bulgular göze çarpmaktadır (Tablo 7) (1,12). Yeme bozukluğuna yatkın üç grup çocuk vardır; pretermiler, nörolojik bozukluğu olanlar, doğumsal metabolik bozukluğu olanlar (1). İmmatüriteye bağlı emme güçlüğü ve ilk günlerdeki değişik beslenme şekillerinden (parenteral beslenme, tüplü beslenme) kaynaklanan yeme bozuklukları pretermilerin %30’unda görülmektedir (45). Nörolojik bozukluğu olan çocuklarının özellikle serebral palsilerin %80’inde yeme bozukluğu mevcuttur (46). Yeme bozukluklarının %5’i üre siklus defektleri, mitokondrial hastalıklar ve organik asidemiler gibi doğumsal metabolik hastalıklarına bağlı olmaktadır (47). Yeme bozukluklarının düşük bir yüzdesini teşkil etmelerine rağmen gastrointestinal sisteme bağlı sorunları (besin alerjisi, GÖR, gastroparezis, kabızlık) olan çocuklarda da yeme bozuklukları olmaktadır (48). Konjenital emme/yutma/yeme bozukluklarının ana sebepleri beyin sapındaki lezyonlardır (beyin arka çukur anomalileri, neonatal beyin tümörleri, kranial sinir agenezisi, Pierre Robin sekansı, CHARGE, Smith-Lemli-Opitz,) ve bunlarda beslenme bozukluğunu ve

aspirasyonu engellemek için gastrostomi takılması gibi besleme desteğine gereksinim duyulabilir (50).

Tablo 7: Organik bozukluk düşündüreren semptom ve bulgular (kırmızı bayraklar) (12).

a-Yutma güçlüğü

b-Aspirasyon

c-Beslenmeye eşlik eden ağrı

d-Kusma, ishal, büyüme geriliği

e-Büyüme gecikmesi

f-Gelişme geriliği

g-Kronik kardiorespiratuar semptomlar

Bu tabloda disfaji ve aspirasyon en kritik olanlardır. Konuşmayan çocuklarda disfaji ve odinofaji besin reddi ile prezente olabilir. Yutma bozukluğunu gösteren özellikler çok çarpıcı olabilir (öksürük, boğulma), ancak aspirasyon gizli ve güç farkedilen şekilde de karşımıza çıkabilmektedir (hışıltı, dinleme bulguları). Yutma güçlüğü olanlarda fizyoterapistler yutmanın hangi fazında (oral-farinjeal, özofajial) sorun olduğunu tespit eder (44). Organik sorun düşünülen hemen her çocuğun ayrıntılı klinik değerlendirmesi yanında olgu bazında belli laboratuvar değerlendirmelerinin (hemogram, sedimentasyon, CRP, TİT, metabolic panel, çölyak hastalığı açısından tarama, tiroid fonksiyonları, tüberküloz) yapılması gerekmektedir (51).

2.4.2 Çocukluk çağı organik olmayan yeme bozuklukları

Organik olmayan yeme bozuklukları genel sorunlar seçici beslenme, yemeden korkma ve besin reddi gibi beslenme davranışlarıdır (1). Psikososyal durumlar bu davranışların ortaya çıkmasında etkin rol oynasa da bakıcının özellikleri, beslenme konusunda bilgi ve deneyim eksikliği de etkili olabilmektedir (52). Organik olmayan yeme bozukluklarında da “kırmızı bayrak” diye adlandırılan ve ileri tetkik, yoğun veya multidisipliner yaklaşım gerektiren bazı semptom ve bulgular karşımıza çıkabilir (Tablo 8) (12,43,53). Aşırı seçici çocukların bazen diyetlerinin besin ögesi sayısı onun altında olabilmektedir (12). Bu yüksek seçiciliği genelde otizm hastalarında görmekteyiz (54).

Tablo 8: Organik olmayan / davranışsal kırmızı bayraklar (12).

- a-Besin saplantısı (seçici diyet, yalnız birkaç besin kabulü)
- b-Kötü beslenme tecrübeleri (zorla , acı veren beslenme)
- c-Tetikleyen olay sonrası beslenmenin reddi
- d-Öğürme hikayesi
- e- Büyüme geriliği (en ağır komplikasyon)

Organik sorunlar bulunursa da davranışsal kırmızı bayraklar değerlendirilmeli çünkü organik sorun ile beraber var olabilirler ve eğer bir kompleks yeme bozukluğu bulunursa birçok disiplinli yaklaşım yapılması açısından karar verilir (12,43). Bu belirtiler bakıcının da besleme davranışını de açıklığa kavuşturup aynı zamanda hangi çocuğun hemen tedavi alması gerektiğini gösterir (43).

2.5. Çocukluk Çağı Yeme Bozuklukları Sınıflandırılması

Yeme sorunu çocukların %25-40'ında görülmesine karşın, bunların ancak %1-2'si yeme bozukluğu tanısı almaktadır (55,56). Yeme sorunu olan çocukların büyük kısmında ise sorun geçicidir ve kalıcı bir yeme bozukluğu ortaya çıkmaz (57). Bugünlerde kullanılan ve DSM-5 tarafından baz alınan Chatoor sınıflandırılması bebeklik ve erken çocukluk yeme bozukluklarını en güzel şekilde anlatmaktadır. Chatoor yeme bozuklukları için asıl ölçütleri okul öncesi çocuklarının tanısal kriterlerinin araştırmasında görev alan ulusal özel grubun yardımıyla düzenlenmiştir (58,59). Bu çabalar Amerikan Psikiyatri Derneğinin (APD) ve Amerikan Çocuk Psikiyatrisi Akademisi (AÇPA) tarafından destek görmüştür. Bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanısal sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısında (2), bu yeme bozukluklarının tanısal ölçütleri dahil edilmiştir. Bu bozukluklar ve kriterleri aynı zamanda DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıdaki yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırma Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60,61). Aşağıdaki bölümlerde bu sınıflandırmadaki bozukluklar, tanısal kriterleri, klinik seyirleri, etiyolojileri ve tedavileri anlatılacaktır.

2.5.1 Hemostatik yeme bozukluğu

Göbek kordonundan beslenme şeklindeki fizyolojik düzenden uyku/uyanıklık ve beslenme/çıkarma ritmi ile kurulan yeni bir fizyolojik düzene geçiş zamanında oluşan yeme bozukluğu yıllar önce *fizyolojik dengenin yeme bozukluğu* olarak anlatılmıştır (62). Bebeklerin iyi beslenebilmeleri için sakin ve uyanık olmaları gerekir. Bazı bebekler huzursuzdur ve sakinleştirilemezler. Böyle durumlarda beslenmenin başlatılmasında sorunlar yaşanır. Bazı bebekler ise yeme boyunca uyurlar ve uyandırılmıyorlar. Bu iki grubun beslenmeye uyum durumunda sıkıntıları vardır ve hemostatik yeme bozukluğu olarak adlandırılır (2). Bu bozukluk ve kriterleri aynı zamanda DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıdaki yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırma Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60,61). Fazla ağlama ve beslenmede zorluk belirtileri literatürde infantil kolik olarak tanımlanmıştır (63). İnfantil kolik Wessel yasasının 3 kuralı ile belirlenmektedir: Günde 3 saatten, haftada 3 günden fazla olan ve en az 3 haftadır var olan teskin edilemeyen ağlama nöbetleri olarak tanımlanır (64). İnfantil koligi olan bebeklerde yeme bozukluğu gösterilmesine karşın bu bozukluğun doğası tanımlanamamıştır. Hemostatik yeme bozukluğu bazıları tarafından kolik olarak da nitelendirilmiştir.

Tanısal ölçütler (2).

- a-Bebeklik döneminin ilk aylarında başlamalı ve en az 2 hafta sürmeli
- b-Bebek beslenmek için huzurlu anı yakalamasında ve sürdürmesinde güçlük çeker. Bu bebekler beslenme sırasında ya çok uykulu ya da çok huzursuzdurlar.
- c-Bebek yaşa uygun kilo alamayabilir ya da kilo kaybedebilir.
- d-Bebeğin yeme sorunu fiziksel hastalıkla açıklanamaz

Klinik görüntü

Uyum sıkıntısı olan bu çocukların bazıları çok huzursuz olup çok fazla ağlarlar ve beslenme sırasında sakinleştirilemezler. Bazıları ise fazla uyurlar ve yeterince beslenemezler. Aileleri kaygılı ve karamsar durumdadırlar. Anne-bebek arasında bağlanma zayıf kalmaktadır (60).

Seyir

Bu yeme bozukluğunda deneysel araştırmalar olmamasına karşın benzer kliniği olan infantil kolik tanılı bebeklerin uzun süreli izlemlerinden edinilen bilgiler ışığında değerlendirmeler yapılmaktadır. Lindberg ve arkadaşlarının izleminde kolik olan çocukların beslenmeye yeterince odaklanamadıkları ve beslenirken huysuzlukları arttıklarını görülmüştür (65). Canivet ve arkadaşları kolik olan çocukların duygusal açıdan daha hassas, öfke nöbetleri daha fazla, beslenmeden hoşnutsuz ve karın ağrısı şikayetlerinin daha fazla olduğunu göstermişlerdir (66). Bu araştırmalar bebeklik döneminde uyum ve beslenmede sorunlar olan çocukların sonradan da yeme bozukluklarına yatkınlıkları olduğunu göstermektedir.

Etiyoloji / Sebepleri

Bu yeme bozukluğuna yatkınlığını gösteren deneye dayalı araştırma olmamasına karşın kolik olan çocuklardaki beslenme sorunlarını gösteren çalışmalar bu duruma ışık tutabilir. Miller-Loncar ve arkadaşlarının kolik ve yeme bozukluğu olan çocuklar ile ilgili yaptıkları araştırmada bu çocukların daha fazla reflü bulgusu olduğu, uyumsuz çene hareketi ve sıralı emmede sorun yaşadıkları, yutma-nefes alma zorluğundan kaynaklanan daha fazla emme ve beslenme zorluğu olduğu, annelerine karşı daha az duyarlı oldukları ve kolik olmayan bebeklere göre daha huzursuz oldukları görülmüştür (63). Zwart ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada geçmeyen kolik yüzünden hastaneye yatan 104 çocuğun 73'ünde (%71) zayıf beslenme, regürjitasyon ve kusma gibi yeme sorunları olduğu saptanmıştır. Bu hastaların yalnız ikisi gastroezofajiyal reflüsü saptanmış, kalanında bu şikayetleri açıklayacak tıbbi bir sorun bulunamamıştır (67).

Ayırıcı tanı

Hemostatik yeme bozukluğu tanısı, üzerine organik nedenler dışlanmasına dayanır. Roberts ve arkadaşları fazla ağlaması olan çocukların ancak %5'inde organik bir neden olduğunu belirtmektedir (68). Ayırıcı tanıda en çok dikkate alınması gereken gastroözofageal reflü'dür. GÖR'de çocuklar kusmayabilir fakat aşırı ağlayabilir, beslenirken huzursuz

olabilirler, başını geriye atma ve yay gibi pozisyon alabilir ve beslenmeyi reddedebilirler. Eğer çocuk beslenirken kolay yorulur, terler ve bitkin düşerse ayırıcı tanıda kalp veya solunumsal hastalık düşünülür. Organik nedenler tedavi edildikten sonra sorunları devam edenlerde de hemostatik yeme bozukluğu düşünülebilir.

Tedavi

Bu çocuklar ve aileler için bireysel bir yaklaşım oluşturulmalıdır (2). Yaklaşım çocuğa, anneye veya ikisine aynı anda yapılabilir. Bebeğin beslenmesini kayıt altına alındıktan sonra ebeveynlerle oturup çocuğun nerede sakinleştiği ve nerede sıkıntıya girdiği tartışılabilir. Uyuyan çocuklara yumuşak bir masaj çocuğu uyurabilir ve daha güzel bir beslenme için olanak sağlayabilir. Huzursuz bir çocuğu sessiz bir odaya alma ve kundak tarzında sarma beslenmesini kolaylaştırabilir (69). Anne bezmiş, fazla kaygılı ve karamsar ise daha verimli hale getirmek için onun sorunları ele alınır. Bazen de yapılan tüm uğraşlara karşın çocuk yine de çabuk yorulur ve yeterli kaloriyi almazsa oral beslenmenin tamamlayıcısı olarak nazogastik tüplü beslenme düşünülebilir.

2.5.2 Bağlanma beslenme bozukluğu

Bu yeme bozukluğu anne ve bebek arasında bağlanma yetersizliği sonrası oluşan yetersiz besin alımını ve gelişme geriliğini içermektedir. Aslında *Organik olmayan büyüme geriliği* olarak karşımıza çıkmaktadır. Büyüme geriliği standart büyüme tablolarında kiloda 3. persantilin altında düşen çocukların tanısı olarak kullanılmasına karşın tanıdan çok tanım ifade etmektedir (70). Yetimhanelerde yaşayan çocuklardaki duygusal yoksunluk ve uyarı eksikliği sonucu gelişen bağlanma yetersizliğine ikincil gelişme geriliği ve bazı ölüm vakaları rapor edilmiştir (71-73). Coleman ve Provence (1957) duygusal yoksunluğa bağlı gelişme geriliğinin kendi evlerinde büyüyen çocuklarda da görüldüğünü ortaya koymuşlardır (74). Organik olmayan büyüme geriliği olan çocuklarının% 50-90'ında güvensiz bağlanma mevcuttur (75-77). APD bu yeme bozukluğunu 1980'de DSM-3'te *Büyüme geriliği ile giden, aksi tesir yapan, bebekliğin bağlanma bozukluğu* olarak tanımlamıştır. Tanı kriterleri

normalde sevgi bağlarının gelişimini sağlayan ilgi eksikliği, gelişimine uygun olması gereken sosyal ilişkinin belirtilerinin yetersizliği ve kilo kaybı ya da uygun kilo alamama idi. Halbuki DSM-4 (1994) aynı tanı büyüme geriliği yapmayan vakaları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Hem büyüme geriliği hem de anne yoksunluğu olan vakalar artık *Çocuk ihmali* kapsamı altındaydı (78).

Bu bozukluk daha sonra *Bağlanma ilişkili yeme bozukluğu* olarak tanımlanmıştır (79). Ancak hayatın ilk yılında bağlanmanın ölçülmesi zor olduğundan okul öncesi çocuklarının tanısıl kriterlerinin araştırmasında görev alan ulusal özel grubun tavsiyesiyle bu bozukluğun ismi *Çocuk-bakıcı ilişkisinden kaynaklanan yeme bozukluğu* olarak değiştirilmiştir (58). Tanısal kriterler Chatoor ve APD'nin desteklediği ulusal çocuk araştırması planlayan çalışma grubu tarafından düzeltildi. Bu gözden geçirilen kriterler bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanısıl sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısına dahil edilmiştir (2). Bu bozukluk ve kriterleri aynı zamanda DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıdaki yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırma Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60-61).

Tanısal ölçütler (2)

a-Bu bozukluk genelde hayatın ilk yılında gözlemlenmektedir. Çocuk enfeksiyon gibi akut bir tıbbi sorun ile getirilir ve hekim yetersiz beslenmiş olduğunu farkeder.

b- Beslenme sırasında bebek ile bakıcısı arasında bebeğin gelişimine uygun sosyal ilişki belirtilerinin yetersizliği (örneğin göz iletişimi, gülümseme, agulamak)

c-Belirgin büyüme geriliği olması

d-Bakıcının beslenme ve büyüme sorunlarının farkında olmaması veya inkar etmesi

e-Çocuktaki büyüme eksikliği ve ilgi yetersizliği fiziksel bir sorun veya gelişimsel bozuklukla açıklanamaz.

Klinik görüntü

Sağlıklı olan 2-6 aylık çocuk müşterek göz iletişimi, sesler ve kucaklama ve tutma gibi fiziksel yakınlık ile bakıcıya karşılıklı bir ilişkide bağlanabilir. Bakıcı ile ilişkinin çoğu beslenme boyunca olduğundan gelişimin bu basamağında çocuğun yemesi bakıcısına oluşturduğu duygusal bağlanmasına bağlıdır. Eğer bebek-bakıcı ilişkisi başarılı bir şekilde kurulamazsa çocuğun büyümesi aksar, algısal ve duygusal gelişme etkilenir. Genelde bu bozukluk akut bir sorun için doktora başvuruncaya kadar farkedilmez. Bebekler kötü beslenmiş ve hipotondur, kafaları vucutlarına göre büyüktür. Ayaklarını makaslamış ve vucutları kas katı bir şekilde teslimiyet duruşu takınırlar ve bazen bez bebeklere benzerler. Bazı yazarlar da bu çocukları sesi düşük olan, az gülümseyen, gevşek, içine kapanık ve şefkat bekleyen olarak tanımlar (80) (81) (82). Bu çocukların anneleri şüpheli, uzmanlarla iletişimden kaçınan, zor bağ kuran ve olan sorundan bihaber tiplerdir. Bazı çok çocuklu ya da destek alamayan anneler ise diğer çocuklarla gösterdikleri ilgiden ezilip bebeklerine yeterli ilgi göstermez, emzirmek yerine biberonla beslerler. Bu anneler duygusal rahatsızlığı, mizaç bozukluğu, alkol ve/veya uyuşturucu bağımlıkları olan sağlıksız bireyler olarak tarif edilir (83) (84) (85). Bu annelerin özgeçmişlerinde yoksulluk, işsizlik ve ebeveynlerinden istismar öyküleri mevcuttur (85). Araştırmacılar bu annelerin çocuklarıyla bağ kurma bozukluğunu mevcut ilişki sorunlarına dayandırdığı gibi geçmişte yaşadıkları ilgi yoksunluğuna da bağlamaktadır (86). Bu anneler çocuklarını beslerken kendileri bunalmış şekilde dururlar, çocukları da aynı şekilde anneleriyle göz teması kurmazlar (87). Bu anneler gelişigüzel yemek sonlandırmasını en çok yapan anne grubudur (85).

Seyir

Hastaneye yatırıldıktan sonra hemşire ve doktorların gözlemi altında kilo almaya ve bağ kurmaya başlarlar. Ancak bu bebekler izlemde büyüme geriliği, algı eksikliği, davranış sorunları, benlik kontrolü ve sağlamlığı açısından risk altındadır. Sturm ve arkadaşları sosyal desteğe karşın çocukların 1/3'ünde hafif de olsa yukarıda bahsedilen sorunların devam ettiğini göstermiştir (88). İzlemde ihmal ve büyüme geriliği olan çocukların bilişsel işlevlerinin de etkilendiği görülmüştür (89). Aynı çocuk grubun izleminde okul çağında davranış sorunları ve algı bozukluğunun diğer çocuklara nazaran daha fazla olduğu görülmüştür (90).

Etiyoloji / Sebepleri

Eski literatürde bu yeme bozukluğuna *Anne yoksunluğu* denirdi (84). Duygsal yetiştirme ve yetersiz beslenmenin büyüme ve gelişme geriliğine yol açtığına varsayılmaktadır. İleriye dönük çalışmalarda ebeveynler arası anlaşmazlıklar ve annelerin kendi çocukluk döneminde aldıkları yetersiz ilgi ve eğitim yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (91). Annelerin sosyal çevreden soyutlanması da risk faktörü olarak görülmüştür (92). Annelerin çevre ile sağlıklı ilişkiler oluşturmada ve çocuklarına iyi bir yetiştirme sağlayan eğitim ve ilgiyi kendileri zamanında eksik almışlardır.

Ayırıcı tanı

Kilo alımında gerilik ve malnutrisyon yapan organik durumlardan ayırt edilmelidir. Organik bozukluk durumlarda anne-çocuk ilişkisi daha iyidir ve hasta muayene edene karşı daha canlı karşılık verir.

Tedavi

Ayaktan izlem ve hastane yatışı gerektiren tedavilere kadar değişik yaklaşımlar yapılmıştır. Black ve arkadaşları multidispliner yaklaşımın yapılabildiği klinikte izlem ile izlenen evde yatılı eğitimler tarafından izlenen çocukların kontrollü prospektif çalışmalarında düzelmenin iki durumda aynı olduğunu göstermişlerdir (93). Schmitt ve arkadaşları ayakta tedavinin ancak hafif olgularda, anneler yoksunluk davranışları sergilemiyorsa, bebek 12 aydan büyükse , ebeveynlerin geçim sıkıntısı yok ise ve önceki tıbbi sorunlarına yardım aramışlar ise yapılabileceğini belirtmiştir. Ağır büyüme geriliği, belirgin hijyen sorunları, annede alkol ve uyuşturucu bağımlılığı veya kaotik hayat tarzları, annenin ağır stres altında olması ve anne-çocuk ilişkisinde öfke hakimse hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (94). Hastanede tıbbi yaklaşımların yanında anne ve anne-çocuk ilişkisi odaklı derin değerlendirmeler yapılır. Sıcak ortam oluşturma açısından mümkün olabildiğince az hemşire görevlendirilir. Birçoğu karyoladan oynatılmadıklarından hipotonik olurlar ve fizyoterapiye ihtiyaçları vardır. Çocuğun klinik bulguları düzelirken anne-çocuk ile ilişkisi ve çocuğun tedavisine katılımı belirlenmelidir. Annenin psikopatolojik durumu, ağır ihmal ve

istismar gibi olaylarda esirgeme kurumu ve vesayet bakımı gibi alternatif servisler/hizmetler değerlendirilir. Birçok anne küçüklüklerinde bakıcılarıyla olan sıkıntılardan dolayı uzman yardımını reddederler. Taburculuk öncesi uzman ev ziyareti, kreş imkanı, anne-çocuk psikoterapisi ve ebeveynler için aile terapi planlanması yapılmış olmalıdır. Uzman ziyaretleri ve kreş annenin kendilerine vakit ayırmaları açısından önemlidir (95). Anne-çocuk davranışları videoya alınır ve geribildirim oluşturularak çocuklarının davranışlarını ve duygularını daha iyi anlamak için yol gösterilir (96).

2.5.3 İnfantil anoreksi

Chatoor ve arkadaşları organik nedenlere dayanmayan ve belirgin besin reddi ve büyüme gerililiği olan çocuklar olarak tanımlamışlardır (97). Bu çocuklarda anne mahrumiyeti yoktur, aileler çocukları ile ilgili ve beslenmelerine gayret gösterirler. İlk başta bu bozukluğa *ayrılık/separasyon bozukluğu* denmiştir. Sonra Chatoor ve arkadaşları otonomi ve kontrol çabalarındaki benzerliğe dayanarak *infantil anoreksia nervoza* demişlerdir (98). İştah yokluğuna (anoreksi) dikkat çekmek ve çocukluğun geç zamanlarında, ergenlikte veya yetişkinlikte ortaya çıkan ve fazla kilolu olma korkusundan oluşan anoreksia nervoza dan ayırt etmek için *infantil anoreksi* olarak isim değiştirildi. Okul öncesi çocukların tanısıl kriterlerinin araştırmasında görev alan ulusal özel grubun tavsiyesiyle bu bozukluğun ölçütlerine bakıcı-çocuk ilişkisinin değerlendirmesinin de dahil edilmesi gerektiğine karar verilmiştir (58). Bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanısıl sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısında yayınlanan infantil anoreksinin tanı kriterleri bazı küçük değişikliklere uğradı (2). Tanısıl kriterler APD'nin desteklediği ulusal çocuk araştırması planlayan çalışma grubu ve Chatoor tarafından düzeltildi. Bu bozukluk ve kriterleri aynı zamanda DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıdaki yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırma Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60-61).

Tanısal ölçütler (2).

a-Bir aydan fazla süren besin reddi

b-Ortaya çıkış 6 ay 3 yaş arasında kaşık ve kendi beslenme geçiş zamanında

c-Çocuk açlık tarif etmez, yemeğe ilgi göstermez, yemekten çok oynar ve konuşur

d-Belirgin büyüme geriliği mevcut (Waterlow ve arkadaşlarına göre akut ve/veya kronik büyüme geriliği (99), ya da 2-6 ay sürede kiloda iki majör persentilden fazla düşme

e-Besin reddi gastrointestinal hastalık veya orofarenks travmaya ikincil gelişmemiş olmalı

f-Besin reddi altta yatan tıbbi hastalıktan kaynaklanmamalı

Klinik görüntü

Ebeveynler bu yeme bozukluğunda besin retlerinin hayatlarının ilk aylarından itibaren olduğunu tarif ederler. Telefon çalması, odaya birinin girmesi, annelerin oturuşlarını değiştirmesi gibi dış uyaranlardan çabuk etkilenir, dikkatleri dağılır ve yemeği keserler. Çoğu ebeveyn asıl şikayetlerinin 9-18 ay arasında kaşık kullanmaya başlayıp kendi kendine beslenmeye geçişlerinde başladıklarını tarif ederler. Yemek masasında yemekleri döker ya da fırlatırlar, masada oturmak istemezler, çok meraklı ve aktiftirler. Açlık belirtisi ve yemeğe ilgi göstermezler. Ebeveynler çocuklarına yemek yedirmek için kandırma, TV ve oyuncak ile dikkat dağıtma, hikaye okuma, oynarken ve koşarken besleme, gece besleme gibi yollara başvururlar. Bazı aileler tehdit ve fiziki güç uygularlar. Dikkat dağıtma yöntemleri ilk başta işe yarsa da zamanla çocuklar sıkıldığından ailelerin yeni yöntemler geliştirmesi gerekir. Bazı aileler yemekten kaçmasını ve koşmasını engellemek için küvette oyuncaklarla beraber beslemeyi çalışırlar. Bazen bir ebeveyn zil çalarken diğeri ağzına yemeği tıkıştırılmaya çalışır. Ebeveynler tüm uğraşlarına rağmen beslenmelerinin yetersiz kalması tam bir hayal kırıklığına yol açar. Başlangıçta yeterince kilo almazlar, sonra uzamaları etkilenip yavaşlar. Ancak bilişsel gelişimleri yaşa uygun bazen de ileri olabilir. Başları yaşa göre uygun olmasına karşın boy ve kiloları orantılı şekilde küçüktür. Bazı çocukların besin reddi o kadar fazla olur ki hekim nazogastrik tüp önermek zorunda kalabilir. Bu tüpler genelde çocuklar tarafından çekilmekte ve tekrar geri takma ihtiyacında büyük boğuşmalar meydana gelmektedir. Tüplü

beslenme açlık hissinin zayıflaması ve ondan kurtulmayı zorlaştırmanın yanında oluşturduğu boğuşmalarla travma sonrası yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında da zemin hazırlayabilir.

Klinik seyir

Dahl ve arkadaşları besin reddi ve kilo kaybı olan çocukların yüzde 70 'nin yeme bozukluklarının okul çağında da devam ettiğini göstermişlerdir (100). Cohen ve arkadaşları prospektif araştırmalarında erken yaştaki *seçici beslenme ile* ergenlikteki anoreksia nervoza arasında ilişki bulmuşlardır (101). Cohen ve arkadaşları 17 sene izledikleri 800 çocuğun ilerde de yeme bozukluğu geliştirmelerinde beslenme sırasında çatışma, yemek ile boğuşma ve hoş olmayan yemekleri risk faktörü olarak tanımlamışlar (102). Lucarelli ve arkadaşları infantil anoreksisi olan çocukların 8 yaşına gelince ancak %21'inin normale geldiğini görmüşler. Bu çocuklarda okul korkuları, uyku bozuklukları, bedensel yakınmalar ve muhalif davranışların kontrol grubuna göre fazla olduğu görülmüştür (103). Chatoor bu çocukları sosyal, meraklı, arkadaş canlısı ve eğitimden hoşlanan, fakat yemekten zevk alamayan ve yemeği arkadaşlarıyla oynamaktan alıkoyan bir faktör olarak gören çocuklar olarak tanımlamaktadır. Bu çocuklar doğru beslenme yaklaşımı ile ergenliğin sonuna kadar tam büyüme potansiyellerini yakalama yeteneklerini korurlar.

A-Demografik özellikler

Anoreksia nervoza kızlarda baskın görülmesine karşın infantil anoreksiya kız ve erkek çocuklarda eşittir (104). İki grubun araştırmaları da bu yeme bozukluğu olan çocuklarının ailelerinin sosyoekonomik durumları anoreksia nervoza gibi orta sınıf ve üstü olduğu göstermektedir. Belki de yoksul aileler daha başka sorunlarla uğraştıklarından yeterince ilgilenemiyor ya da uzman kuruluşlara ulaşabilme imkanları daha az olabilir.

B-Çocukların özellikleri

a-Huy ve mizaç

Bu çocuklar daha negatif, düzensiz, bağımlı, zor ve durdurulmaz olarak tarif edilmektedir. Kaygılı/üzgün olup daha fazla fiziksel şikayet ve agresif davranış gösterirler (106). Beslenmeleri ve uyukuları düzensizdir. İnatçı, yoğun öfke nöbeti olan, annelerine fazla bağımlı ve ayrılık kaygısı olan çocuklardır. Çocuğun huy ve mizacı anne ile çatışmasını etkiler. Bu çatışma da çocuğun kilosunu olumsuz yönde etkiler (105).

b-Fizyolojik uyarılması / tepki gösterme

Uyarılara fazla tepki gösterirler ve bu tepkiyi kontrol etme yetileri zayıftır (105). Uzun süre beslenmemelerine karşın açlık tarif etmezler ve genellikle aileleri tarafından uyarılmaları gerekir. Oldukça meşguldürler. Yemek için oyunlarını kesmelerinde sorun yaşarlar, bilişsel uyarıların peşinde koşarlar. Yeme, uyuma ve büyüme için gereken uyarıların düzenlenmesinde zorluk çekmektedirler.

c-Sevgi bağının sağlamlığı / emniyeti

Bu çocuklar yaklaşık %40'nda güvensiz bağlanma vardır (104). Bu bağ ne kadar zayıfsa yeme bozukluğu o kadar ağırdır (107).

d-Bilişsel gelişimi

Bu çocuklar genelde normal bilişsel gelişim aralığında bulunurlar (108). Ancak zihinsel gelişim değerlendirmesi sağlıklı beslenenlerden daha yüksektir. Bu değerlendirme skoru anne-çocuk ilişkisi, anne eğitim seviyesi ve ailenin sosyoekonomik durum ile ilişkili bulunmuştur. Annenin eğitim seviyesi düştükçe, sosyoekonomik durum kötüleştikçe ve çatışma yarattıkça zihinsel gelişim indeksi düşer. Büyüme geriliğinin skora etkisi yoktur. Sonuç olarak çocuğun kilosuna odaklanmayıp yeme reddi ile ilişkili ebeveyn yakınmalarına dikkat edilmesi gerekir.

C- Ebeveyn özellikleri

Çocuklarının bozulmasında ebeveynlerinin psikopatolojisini ve zayıf yetiştirme kabiliyetlerinin katkısını anlamak son derece önemlidir. Bu çocuklarının annelerinin özelliklerine ışık tutan bazı kros seksiyonel (kesitsel) araştırmalar (104). Yetiştirme nesilden nesile aktarılan bir özelliktir. Chatoor ve arkadaşları infantil anoreksi, yemede seçici ve sağlıklı beslenen çocuklarının annelerinin kendi annelerine karşı kurdukları sevgi bağı incelendi ve en güvensiz bulunan grup infantil anoreksi çocuklarının annelerini içeren grup oldu. Bu güvensiz bağ çocuk-anne çatışmalarıyla da ilişkili bulundu. Ammaniti ve arkadaşları daha çok annelerinin psikopatolojik durumuna odaklandı. Anoreksia olan çocuklarının anneleri daha karşıt, kaygılı, bunalmış olarak bulundular.

D- Bakıcı –çocuk ilişkileri

Bu ailelerin çocuklarıyla etkileşiminde düşük karşılıklı münasebeti, yüksek karşılıklı çatışması, kontrol etmek için yüksek mücadele ve yeme boyunca yüksek dikkat bozulması ve konuşma olarak görülmüştür (109). Değerlendirmenin temel parçası beslenme boyunca bakıcı-çocuk arası olan etkileşimin gözlemidir. Gözlemlerde çocuğun yemeği geri çevirme miktarını ve ebeveynlerin durum ile başa çıkma şeklini gözlenir.

Bu çocukların dikkati çabuk dağılır, ağız açmalarına direnirler, yemeği ve takımı fırlatırlar, yüksek sandalyeden inmek için boğuşurlar, odada koşarlar, ebeveynler ise dikkat dağıtmak için oyun oynarlar, peşinden koşarlar ya da güç kullanıp çocuğun ağızına yemeği zorla sokarlar (2).

Etiyoloji / Sebepleri

İkizlere bakarak aynı yumurta ikizleri aynı zamanda infantil anoreksi olmasına olmasına rağmen 11 farklı yumurta ikizinden yalnız bir çiftte infantil anoreksia ikisinin de gözüküyor. Infantil anoreksi olan çocuğun ebeveynlerin birinde ya da yakın bir akrabasında aynı şikayet hikayesi mevcuttur. Aynı şikayetdeki yakınlar stresli zamanda veya meşgul zamanda yiyip yemediklerini unuttuklarını söylerler. Chatoor, infantil anoreksi için etkileşim modeli geliştirmiştir. Açlık dürtüsü az ve yeme reddi fazla olan bu çocuklar annelerinde

çocuğunun yemesini teşvik etmek için olası olmayan uygunsuz davranışlarda (TV ve oyuncak ile dikkat dağıtmak, zorla beslemek) bulunmalarına iten büyük bir endişe oluştururlar. Aslında bu davranışlar kontrol için boğuşan hem anneyi hem çocuğu daha büyük bir çatışmaya götürür. Bu yüzden çocuk yemek düzenlemesini iştah bilinci oluşturarak içten olarak değil de dışardan gelen bakıcıların uyarılarıyla oluşturmakta. Chatoor'un oluşturduğu bu model yemenin iç regülasyonunu kolaylaştırdığından dolayı infantil anorekside müdahale için temel alınmakta (2).

Ayrırcı tanı & eşlik eden hastalıklar

İnfantile anoreksi genelde başka bozukluk olan *duyusal besin reddi* ile ilişkilidir. İkisinde besin reddi mevcut. Anorekside kilo düşük, iştah kötü ve aynı yemeği bir gün kabul bir gün ret edebilir. Duyusal besin reddinde kilo normaldir, iştah iyidir ve yemeğin kıvamından, kokusundan ve tadından kaynaklanan istikrarlı bir ret mevcuttur. İki bozukluğun kombinasyonu olduğunda kilo düşük, iştah kötü, belli başlı yemeklere karşı olan istikrarlı ret etme dışında devamlı olmayan bir retleri mevcuttur.

İnfantile anoreksi uyku bozuklukları ile de sıkça ilişkilidir. Sağlıklı beslenenlere göre daha kötü uyku düzenleri mevcuttur (110). Monaghan ve arkadaşlara göre bu çocuklarda uykuya dalmada sıkıntıları mevcut. Aynı zaman gece uyanmaları, uyandıklarında yatağa dönmemeleri, ebeveynlerin yataklarında dolanmaları ve ebeveynlerle beraber yatma gibi problemleri mevcut (111). Uyarılmaları fazla olduğundan dolayı ders için çok hevesli olurlar fakat yerinde durmayan tip oldukları için dinlenmeleri imkansız olmakta (112). Sakinleşmek için ailelerine bağımlı kalırlar. Bazı aileler sınır koymayı bilse de bazıları çocuğun bağımlılığına esir düşer. Esir düşen aileler çocuklarının beslenmelerinin içgüdüsel olarak düzenlenmesine ihtiyaçları olduğu gibi uykularının düzenlenmesinde de yardıma muhtaçtırlar.

Bu çocuklar büyüdükçe daha çok ayrılık kaygısı ve okul fobisi/korkusu gösterirler. Üzgün olduklarında kendilerini yatıştırmada zorluk çekiyorlar ve ailelerine bağımlı olduklarında onların yanında kendilerini daha iyi hissederler. Bu bağımlılık o kadar zorlayıcı olur ki aileler kendilerini çocuk tarafından kontrol edildiklerini hissederler. Bu çocuklar için mola yöntemi (düşünme köşesi yöntemi) kendini sakinleştirme ve öz güven bulmada yardımcı olmak için anahtar prosedürdür (2).

Tedavi

Tedavinin amacı çocuğun açlık ve tokluk durumuna göre iç regülasyonun kolaylaştırılmasıdır. Tedavi etkileşim modeline dayanmaktadır. Aileler eğitimlerini 2-3 seansta alırlar. Çocuklar da birkaç haftadan birkaç aya kadar normale gelirler.

Bu modelin 3 ana bileşeni mevcuttur.

- 1- Aileler çocuklarının tabiatını öğrenmeye yardım görüyorlar. Bu çocuklarda yüksek uyarım, fizyolojik açlık ve tokluk algısında zorluk, merak ve aile ilgi açlığı
 - 2- Ebeveynlerin kendi yeme hikayeleri keşfedilerek tedavide ve sınır koymada olabilecek zorlukları anlamada anlatılır.
 - 3- Ailelere öğünleri şekillendirmek için *besleme kılavuzları* verilmekte ve çocukları sakinleştirmek için *mola yöntemi* nasıl kullanacaklarına dair eğitim verilmekte.
- a- Beslenme kılavuzu
- Belli zamanlarda beslenme yapılır, öğünler ve ara vakitler arası 3-4 saat koyulur.
 - Arada hiç bir şeye müsaade edilmez.
 - Küçük porsiyonlar kullanılır böylece daha fazlası için çocuk istek yapması görülür.
 - Anne ve babanın karınları doyunca kadar oturması öğretilir.
 - Bir vakitte 3 yemek türünden fazla koyulmaz ve Masada çocukla beraber oturulur.
 - Vakit 30 dakikadan fazla sürdürülmez.
 - Övünme yapılır (ne kadar ve nasıl için değil) fakat dengeli tutum gösterilir.
 - Dikkat dağıtılması engellenir (örneğin Tv, oyuncak).
 - Yemeği ödül olarak kullanılmaz (örneğin tatlı).
 - Yemek zamanı dışında vakit ayırarak yemekteki oyun ve konuşmadan vazgeçirilir.
 - Uygunsuz davranışta tek bir uyarı verilir sonra mola kullanılır
- b- Mola yöntemi
- Uygunsuz davranışta tek bir uyarı verilir.
 - Odasında veya güvende hissettiği fakat aileyi görmediği bir yere molaya götürülür.
 - Ağlarsa kendi sakinleşinceye dek yanına gidilmez. İlk sefer 30 dakika sürebilir.
 - Mola süresi ağlama bitince başlar.
 - Ağlama sonrası yaramazlık sebebini düşünmesi istenir.

- Mola zamanı çocuğun her yılına 1 dakikaya tekabül eder.
- Sakin zaman sonrası çocuk tekrar suç mahalline götürülür.
- Davranış düzeltilmesi istenir.
- Kızgınlık ve uygunuz davranış gösterirse tekrar mollaya götürülür.
- Çocuk boyun eğince kadar mola tekrarlanır durur.
- İlk uygulamada çocuk sakinken molada ne yapıldığı anlatılır.

A- İlaç ile tedavi ve ilave diyet uygulanması

Bazı anoreksik çocuklar az yemelerine rağmen emmelerini ve biberon kullanımını sürdürürler. İkinci yıla girince diğer yemekleri tüketmeyi öğrenince dek beslenmelerine formülalar eklenir. Çocuklar iyi besin yeme öğrenince dek ve mamayı terk edince kadar formülalar beslenme çizelgesine göre verilir.

Ailelerin yanında yemeyi öğrenen fakat hala yeme miktarları az olan bazı çocuklar için iştah artırıcı ilaç kullanımı yararlı olabilir. *Cyproheptadine* iştah açıcı yan etkisi olan antiallerjik bir ilaçtır. Halmi ve arkadaşları bu ilacın iştahı ve kiloyu yükselttiği ve kaygıyı azalttığı göstermişler (113).

2.5.4 Duyusal besin reddi

Değişik bakış açılarından dolayı seçici, mızımız, titiz, zor beğenen gibi değişik isimler kullanılmıştır. Belli besinleri yememe *tiksinti/ret* olarak, belli yeni besinleri yememek *neofobi* olarak anlatılır. Chatoor bu bozukluğu yemeğin tadından, kıvamından, kokusundan, sıcaklığından ret geliştiği için duyusal besin reddi olarak açıklar. Bu çocuklar bazı duygusal zorluklara da sahip olurlar. Besin reddi davranışları yüz ekşitme, tükürme, öğürme ve kusmadır. Besin reddi tepkimesinden sonra aynı besine benzeyen diğer yemeklere karşı da bir ret durumu oluşmaktadır. Marchi ve arkadaşları ilk seçici beslenenin özelliklerini yeterli yemeyen, zor beğenen, yavaş veya ilgisiz beslenen olarak anlatır (101). Bu seçicilik anoreksik ve duyusal seçicilik grubun karışımıdır. Dovey ve arkadaşları seçici yemeyi yetersiz besin kabul eden ve geniş besin sayısını reddeden grup olarak ve neofobiyi yeni besin alımı tereddütü olarak anlatırlar (114). Timimi ve arkadaşları bu seçici yaş grubunu 4-14 yaş arasında tarif ettiler ve bozukluğa öğürme, yalnız beslenmeye karşı koyma, öğün boyunca

uygunsuz hareketler, yeme boyunca oynama, çok yavaş yeme, çiğneme ve yutmada zorluk gibi durumları eşlik ettiğini anlattılar. Bu yazarlar yüksek endişe, obsesif kompulsif belirtiler (beslenme ile ilişkili olan veya olmayan), sosyal sıkıntılar ve okulda güçlükler anlattılar (115). Bunların seçici profile duyusal besin reddine uyumakta. Rydell ve arkadaşları seçici çocukları az yiyen, ve iştahsız olarak hem anoreksik hem de duyusal seçicilik grubun bir karışımı olarak anlattılar (116). Tanı kriterleri Bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanısal sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısında dahil edildi (2). Bu bozukluk ve kriterleri aynı zamanda DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıdaki yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırma Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60-61).

Tanısal ölçütler [bozukluğa ait özgü davranışlar / ölçütler / dışlayıcı kriterleri] (2).

a-Bir ay veya daha fazla sürede belli besinlerin tatlarına, kokularına, kıvamlarına ve sıcaklıklarına karşı süregelen ret şeklindedir.

b-Ortaya çıkışı yeni veya değişik itici besin tanıtırmasıyla olmakta (örneğin bir sütü sever diğer türü sevmez ya da püre yemesi fakat çiğnenmesi gereken katı bir yemeği ret eder).

c-Davranışları yüz ekşime, tükürme, öğürme ve kusma olabilir. Ret olayından sonra aynı renk, koku ve görünüm olan diğer besinlere karşı da ret gelişmektedir.

d-Başka tanımadığı besinlere tereddütle yaklaşmasına rağmen beğendiği besinleri kolayca yer.

e-Bu çocuklar takviye almadan vitamin çinko gibi bazı eksikliklere sahip olabilir fakat büyüme geriliği göstermezler ve aksine kilolu bile olabilir ve/veya :

- 1- Oral motor ve anlamlı konuşma gecikmesi sergilerler.
- 2- Yemek zamanında endişe duyup yemek içeren sosyal olaylardan sakınırlar

f-Bu yeme bozukluğu orofarinkteki herhangi bir travma sonrası oluşmaz

g-Belli besin türlerinin yeme reddi herhangi bir alerjiye bağlı veya tıbbi duruma bağlı değildir.

Klinik görüntü

Yaşamın ilk haftasından itibaren belirti verebilir. Prospektif olarak yapılmış bir araştırmada, bu çocukların bir beslenme seansında sağlıklı birine göre emme sayısı (bazen 100'den daha az, bazen de hiç (17%) emmeleri yok) belirgin olarak daha az bulunmuştur (117). Büyüdüklerinde duyusal besin reddi olan ve evre 3 yemekleri (parçalı püre) reddeden bazı çocukların, bebekliklerinde meme tutmadıkları için biberon mamayla beslendikleri görülmektedir. Bazı anneler çocuklarının ilk günlerinden itibaren yalnız bir mamadan hoşlandıklarını ve mama değişikliği yaptıklarında yenisini ret ettiklerini söylüyorlar.

Bu çocuklarda besin reddi özellikle evre 3 yemeklerin tanıtımı olduğu 6 aylıkken başlamaktadır. Tepkilerden yalnız yüz ekşime varsa tekrarlayan denemeler sonrası yemek kabul edilebilmektedir. Belli bir ret durumunu genelleştirilip tüm sebzelerden tiksinti veya tüm pürelerden, pütürlü yemeklerden tiksinti oluşabilmektedir. Ebeveynler bu durumu ciddiye almayıp aynı yemekleri tekrardan yalvararak, tehdit ederek, kandırarak vermeye çalıştıklarında, çocukların sebze, meyve ve et gibi tüm besin kategorilere karşı reddi oluşmaktadır.

Ebeveynler etraflarından duyarak çocuğu aç bırakıp, iştahının açılmasını bekleyip tekrar aynı yemeği vermeye çalıştıklarında çocuklarının günlerce aç kaldıklarını görmekteyiz. Böyle çocuklarda vitamin ve mineral eksiklikleri de gelişmektedir. Bu çocukların bir kısmı tatlı yemekler veya tuzlu krakerleri beğenip tüketmekte ve bunun sonucunda fazla kilolu bile olabilmektedirler. Fazla çiğneme gerektiren yemekleri reddeden çocuklarda ayrıca oral motor gelişimde gecikme de olabilmektedir.

A-İlave aşırı duyarlılıkları

Smith ve arkadaşları duyusal besin reddi olan çocukların başka duygusal konularda da aşırı duyarlılıkları da mevcut olduğunu göstermişlerdir. (118). Bu çocuklar ellerinin kirli olmasını istemezler, diş fırçalanması ve saç taranmasından nefret ederler, kum ve çime basamazlar, çorap ve ayakkabıdan rahatsız olurlar, belli marka ve renkleri sevmezler. Bazıları belli kokulara, yüksek sese ve parlak ışığa karşı hassastırlar.

Seyir ve olağan hikaye

Carruth ve arkadaşları seçici yemenin 4-24 ay arasında sürekli bir yükselişte olduğunu gördüler (119). Skinner ve arkadaşları longitudinal bir çalışmada çocukları 2 yaşından 8 yaşına kadar takip etmişlerdir. Bu çalışmada 2-4 yaş arası kabul ettikleri yeni besinler çocuklar için okul yaşlarındakilere göre daha belirleyici olduğundan, çocukların daha ilerideki besin çeşitliliğinin henüz 4 yaşındayken öngörülebildiğini göstermişlerdir (120). Bu toddler/sendeleme zamanında davranış yönetimi çok önemlidir çünkü çocuklar daha önce tiksinti yapan hatıralarına dayanarak ileride yeni besin retleri gerçekleştireceklerdir. Chatoor bir örnekte, bir çocuğun bebekliğinde anne tarafından verilen sarı peltenin oluşturduğu kusma ile gelen reddinden sonra artık tüm sarı besinlere duyuşsal reddi oluştuğunu anlatmaktadır. Birch ve arkadaşları duyuşsal besin reddi olan çocuklarının evde davranışlarını devam ettirmelerine rağmen okulda akranlarıyla korktukları yemekleri denemekte cesaretlendiklerini göstermekte fakat bu çocukların yine de doğum günleri, yatıya kalma ve kamp gibi yemek içeren aktivitelerden kaçtığını söylemektedirler (121). Timmi ve arkadaşları bu çocukların endişe, okul zorlukları ve obsesif kompulsif hastalıkları belirtileri olduğunu göstermişlerdir (115). Bazı ebeveynler kendileri de çocukken belli duyuşsal besin retleri olduğunu fakat akranlarla kaynaşabilme açısından ergenlik çağında veya gençliklerinde bu yemekleri yemeyi öğrendiklerini ifade etmektedirler.

Etiyoloji / Sebepleri

Bebeklerin tat alımıyla alakalı deneysel araştırmalar yoksa da okul öncesi ve daha büyük çocuklar için var olan araştırmalar göstermiştir ki, PROP (propiltiourasil) ve PTC (feniltiokarbamid) maddelerini tatma duyuşuna göre insanlar iyi tadan, orta tadan ve az tadan olarak üç gruba ayrılmaktadırlar. Bu maddelerin tatma duyarlılığını ayarlayan genler de bulunmuştur (122) (123). Bu tad alma duyuşuna paralel olarak fungiform papillalar ve tad tomurcuklarının sayısı da artmaktadır. Buna göre besinlerin çaplarını ve şekillerini algılama duyuşu da paralel şekilde artmaktadır (124).

Cooke ve arkadaşlarının ikizler üzerindeki araştırmalarında neofobinin yüzde 78 genetik geçişli olduğunu göstermişlerdir (125). Knaapila ve arkadaşları normal çocuklardaki neofobinin üçte ikisinin genetik geçişli olduğunu bildirmişlerdir (126). Çocuğun yeni yemek

kabulü, o yemeği on kez tekrardan tatmasından sonra oluşabilmekteyken koku ve görünüş için aynı şey söylenememektedir (127). Bir besini ödül olarak kullanma ona karşı beğenmeyi artırabilir fakat bir besini yemede ödül konması bu besine karşı reddi artıracaktır (128). Yemek ile birlikte doğan kusma gibi negatif sonuçlar on yıllarca sürecektir yemek reddini tetikleyebilmektedir (129). Süt ile beslenenler mama ile beslenenlere göre daha çok sebze tüketmektedirler (127). Genelde besin reddi hayvan kaynaklı protein içeren yumurta, et ve deniz ürünleri gibi besinlere karşı oluşmaktadır (130). Chatoora göre duyuşsal besin reddi, kalıtımsal hassasiyetle kalıtımsal korkuya yatkınlığın birleşmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklar ilişki kurarak öğrenebilmektedir. Mesela şişe ile beslenmesini sevmeyen bir çocuk kaşık ile beslenmeyi sevebildiği gibi tersi de doğru olabilmektedir.

Ayrııcı tanı

Önceden anlatıldığı gibi infantil anoreksi ile karışabilmekte veya onunla bir arada olabilmektedir. Karma bozukluğun prognozu daha kötü olduğundan, dikkatlice ikisinin de tedavisi yapılmalıdır.

Öğürme ve kusma gibi tiksindirici tecrübe sonrasında o kadar korku gelişebilir ki bu çocuklar başka bir yeme bozukluğu olan travmatik yeme bozukluğu geliştirebilirler.

Çocuklar yemek boyunca kaygılı olup okul ve sosyal fobi gibi başka endişeli davranışlar da gösterebilirler. Bu çocukların bazılarında köpeklerden ve böceklerden korku, el yıkama ve objeleri düz dizme gibi obsesif kompulsif hareketlerin oluşması gibi başka davranış bozuklukları da mevcuttur.

Tedavi

Chatoor ailelerin kendi hikayelerini dinleyip genetik yatkınlıklarını ve kalıtımsal tat yapısını anlamaya çalışmıştır. Eğer besin sunulduğunda çocuk yalnız yüz ekşitmesi yapmışsa tekrar aynı besin sunulabilir fakat öğürme ve kusma yaptıysa aynı besinin bir daha sunulmaması gerekmektedir. Çocuklar genelde ailelerin önerdiğinin tersini yapar ve ebeveynlerinin tabaklarındakini denemekten kendilerini alıkoyamazlar. O yüzden yeni besinler ailenin tabağına konup çocuğun bu besini istemesi beklenebilir.

Formuların da reddi olabildiğinden; bunları çocuğa beğendirmek için değişik tatlandırıcılar kullanılmaktadır. Infantil anorekside kullanılan kılavuzların aynıları bu ebeveynlere de sunulabilmektedir.

Ödül olarak değil de yemeğin parçası olarak sunulduğunda tatlılardan daha kolay vazgeçildiği görülmüştür. Et ve sebze gibi fazla çiğneme gerektiren yemekleri reddeden çocukların oral motor gelişimleri de geri olabileceğinden, bu çocuklar için oral motor ve konuşma fizyoterapi uzmanlarından yardım alınabilir.

Yemek sırasındaki tartışmalar bitince çocuklar yeni yemek denemeye cesaretlenmektedirler. Chatoor okul çağındaki çocuklarla yaptığı bir çalışmada, çocuklardan ret ettikleri yemekleri, en az korktuklarından başlayarak, tek tek ısırık alarak denemelerini istemektedir. Isırık başı 1 puandır ve 10. Ve 50. puanda ödüllendirme yapılmaktadır. Çocukların 50. ısırık sonrasında, reddettiği besini sofrasına ekleyebildiği görülmüştür (2).

2.5.5 Posttravmatik yeme bozukluğu

Chatoor ve arkadaşları ergenlik öncesi okul çağı çocuklarında ağır bir öğürme veya boğulma olayından sonra gelişen yeme bozukluğunu gösterdiler. Chatoor aynı yeme bozukluğunun bebeklerde ve emekleyen çocuklarda da olduğunu göstermiştir (131). Bu travma kusma, öğürme, boğulma, entübasyon, nazogastrik sonda ve vakum kullanılan cerrahi sonrası oluşmaktadır (132).

Aynı bozukluk hem çocuk hem yetişkinlerde gösterilmiştir (133). Bazı yazarlar bu durumu globus histerikus / boğazda düğümlenme olarak tarif etmektedirler (134). Bazı yazarlar fonksiyonel disfaji / yutma güçlüğü olarak tarif etmektedirler (135). Ancak Dellert ve arkadaşları gastroözofagial reflüsü olan hastaların yüzde beşinin nazogastrik tüplü besleme gerektiren yemeğe karşı da şiddetli direnç geliştirdiklerini göstermişlerdir (136).

Okul öncesi çocukların yeme bozukluğu tanınma kriterlerini araştırmakla görevli, ulusal özel çalışma grubuna Chatoor'un katılımıyla travmatik yeme bozukluğu ölçütleri biraz değişikliğe uğramıştır (58). Bu ölçütler bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanınma sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısında yayınlanmıştır (2). Ölçütler Amerikan Psikiyatri Derneğinin desteklediği ulusal çocuk araştırması planlayan

çalışma grubu ve Chatoor tarafından tekrar düzeltilmiştir. Bu yeni tanısal ölçütler DSM-5'te yer alan "Psikiyatrik tanıda yaşın ve cinsiyetin önemi" isimli araştırmanın Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60) (61).

Tanısal ölçütler (2).

a- Ani başlangıçlı ağır ve devamlı besin reddi

b- Başlangıcı yaşı çocukluktan yetişkinliğe kadar olabilir

c- Çocukta yoğun stres oluşturan gastrointestinal sistem ya da orofarinkste yaşanan travmatik olay veya yoğun tekrarlanan travmatik saldırı (boğulma, öğürme, reflü, nazogastrik ya da endotrakeal tüp takılması, vakum uygulanması, zorla besleme) sonrası gelişen yeme reddi

d- Devamlı besin reddi çocuğun travmada yaşadığı duruma göre (bu ister biberonla beslenmede olsun ister katı ile beslenende olsun) aşağıdaki tarzlarda olabilir.

- 1- Biberonu reddeder fakat kaşığı değil (uykuda biberon da kullanabilir)
- 2- Katıları reddeder fakat püreleri ve biberonu değil
- 3- Tüm oral yiyecekleri reddeder

e- Travmatik olayı hatırlatanlar endişe yaratır (aşağıdakilerden en az bir belirtisi olan)

- 1- Yemek hazır edildiğinde hemen stress yapar
- 2- Şişeye (biberon mama) ya da yemeğe yaklaştığında şiddetli direnç gösterir
- 3- Ağzına yerleştirilen yemeği yutmakta direnir

f- Bu besin reddi kısa ve/veya uzun vadede çocuğun sağlığında, beslenmesinde ve büyümesinde problem teşkil eder ve yaşa uygun beslenmenin gelişmesini tehdit eder.

Klinik görüntü

Bu çocuklar içerken boğma tehlikesi sonrası sınırları reddederler fakat katıları tolere edebilirler. Katı yerken boğma tehlike sonrası çocuklar katıları reddederler fakat biberona hayır demezler. Bazı ağır travmalarda çocuklar yemezler ve içmezler. Boğulma, öğürme, reflü, nazogastrik ya da endotrakeal tüp takılması, vakum uygulanması, zorla besleme gibi

gastrointestinal sistem ya da orofarinkste yaşanan travmatik olaylar sonrası bu durum gelişebilmektedir.

Aileler aynı olaylar diğer çocukların da başına geldiği için oluşan bu yeme reddinden genelde habersizdirler. Bu çocukların diğer çocuklara göre ağrı hassasiyeti ve kaygıya meyli daha fazladır. Bu çocuklar yemeğe hazırlık nesnelere gördükleri anda endişelenip ağlamaya başlarlar, yemekten kaçınırlar, ağızlarını açmazlar, yemeği iterler ve bazıları akıllı davranıp yemeği alıp ağızda tutup yutmayıp gizlice tükürürler (132). Bazı ağır vakalarda damar içi sıvı gibi takviye olmadan bu çocuklar dehidratasyona yenik düşebilirler. Bazı vakalarda besin reddi o kadar şiddetlidir ki, ebeveynlerde de ciddi kaygıya neden olur. Bu aileler çocuğu iknaya çalışır, dikkatini dağıtmayı dener, değişik besinler sunar, gece-gündüz çalışır ancak yedirmeyi başaramazlar. Bazı bebekler uykuda iken besini alır, uyandıklarında biberonu iter, beslenmeyi reddeder ve ağlarlar.

Seyir

Bu konuda yapılmış geniş çalışmalar bulunmamaktadır ve bilgiye genelde vaka bildirimlerinden ulaşılmaktadır. Birçok bebek ve çocuk yeme korkusu duygusunda kilitli kalır. Bu çocukların bazıları kaptan sıvı içmeyi öğrenmesine karşın bazıları uyku hariç biberonu almazlar. Bu çocukların bazıları sadece pürelerle beslenip daha sonra katılara geçmesine karşın bazıları katılara hiç geçemez ve genellikle okul çağında ancak çevreye karşı oluşan mahcubiyetten dolayı doktora getirilir. Ağır vakalarda gastrostomi gerekebilir ve yıllarca gastrostomiye bağlı kalır.

Etiyoloji / Sebepleri

Bu çocuklar yemeği hatırlatan nesnelere (önlük, yüksek sandalye, biberon) gördükleri anda endişelenmeye başlarlar, yemekten kaçınırlar, ağızlarını açmazlar ve yemeği iterler. Davranış şekilleri büyük çocuklarda ve yetişkenlerdeki posttravmatik beslenme bozukluğundan ya da yutma fobisinden farklı değildir (133). Bu tip yeme bozukluğu gastrointestinal sisteme veya orofarinkse travmatik bir olay sonrasında geliştiği gibi, konuyla ilgili deneysel geçerliliği olan araştırma olmamasına rağmen olgularda, bazı çocukların

normal çocuklara göre benzer travmatik olaylarda daha fazla ağrıya hasas ve kaygıya meyilli olmalarının bu duruma neden olduğu görülmektedir.

Ayırıcı tanı

Posttravmatik yeme bozukluğu infantil anoreksiden, duyuusal besin reddinden ve tıbbi durumlara bağılı yeme bozukluklarından ayrılmalıdır. Bu üç yeme bozukluğu da kendiliğinden veya aileden tetiklenebilecek bir kusma veya boğulma tehlikesi sonrası travmatik yeme bozukluğuna yol açabilmektedir. Böylece bu bozukluklar izole olabildikleri gibi beraber de olabilmektedirler.

Tedavi

Bu bozukluğun karmaşıklığından dolayı özellikle kaçınılmaz işlemler sonrası (vakumlu cerrahi, nazogastrik tüp yerleşmesi, endoskopi) meydana gelen bozuklukta pediatrist veya gastroenterolojist, beslenme uzmanı/diyetisyen, mesleki terapist, psikiyatrist ya da psikolog içeren multidisipliner yaklaşım gereklidir. Psikiyatrik değerlendirme yapılmadan redde yol açan medikal durumun (gastroesofajial refü örneğinin) tespiti ve tedavisi gerekir. Beslenme durumu değerlendirilir ve yeterli besin alım planı yapılmalıdır. Beslenme durumu tespiti ile ayaktan, yatarak veya iki yöntemi kullanarak tedavi belirlenmesi yapılmalıdır.

A- Bebeklerde ayaktan tedavi

Reflüsü olan, besin reddinin kusma ve ağrı ile ilişkilendirildiği, biberonla beslenmekten korkan bebekler ayaktan izlenebilir. Beslenmeleri gündüz ki uyuma vakitlerinde ve gece yapılır. Emme refleksi en az 10 ayına kadar güzel olduğundan uykuya geçerken besleme yapılır ve bebeğinin biberonu görmesi engellenir. Reflü başarılı bir şekilde tedavi edilirse genellikle 1 ay içerisinde sorun çözülebilir ve bebekler uyanırken de beslenmeye devam ederler.

Uyanıkken kaşıkla beslenmeye de başlanması gerekir. Enerjinin ana kaynağı değil (ana kaynak biberon olmalı) ama kaşık zevk aldığı pratik gibi kullanılmalıdır. Anneye kalori alımı konusunda endişelenmemesi gerektiği anlatılarak destek olunmalıdır.

B-Çocuklarda ayaktan tedavi

Çocuklarda genellikle katı gıda ile yaşadıkları güçlü öğürme, kusma, boğulma veya aile tarafından zorlanma sonrası besin reddi gerçekleşir. Çiğneme gerektiren besinleri yutmaya karşı yoğun korkuları olur. Bazen katıyı ağızlarına alır, bekletir ve tükürürler. Genellikle sıvı ve ince püre tarzını kabul ederler. Korkularını aşmak için adım adım desensitizasyon/duyarsızlaştırma uygulanabilir.

Başlangıçta düzenli beslenme şeması (en az 3-4 saat aralıklı, acıkmasına olanak sağlayarak) hazırlanır. Beslenme püre ile başlayıp zamanla yoğunluk artırılır. Kendi kendini beslemesine izin verilmelidir. İki kaşık verilmelidir, hafif bir müzik ya da televizyon açılabilir (dikkat dağıtıcı olarak kullanıldığı tek yeme bozukluğu). Böylece yemeği tehlike olarak algılamazlar.

Ebeveynler aynı yemekleri yemeli ve yutma konusunda model olmalıdırlar (çocuklar ebeveynlerini çok iyi gözlemlerler). Ağızda topak yapmayı engellemek için küçük az sayıda besin parçası verilmelidir. Çocuk istese bile iyice çiğnemesini öğrenmeden çiğnemesi zor besinler verilmemelidir. Bu çocuklar oral motor kabiliyetlerde gecikme nedeniyle iyice çiğnemediği yutma eğilimindedirler ve bu da öğürme ve aspirasyon riski yaratabilir. Yemek ortamı stresli olmamalı, ve ne kadar yemesi gerektiği konusunda baskı yapılmamalıdır. Yemek sonunda çocuğunun tercih ettiği beslenme (sıvı, şişeden, biberonla) sunulmalıdır. Ancak öğün dışı takviye olmamalıdır. Bu yaklaşım ile çocukların güvenleri arttıkça katı yeme korkularını yavaş yavaş yendikleri görülmüştür.

C-Ağır dirençli yeme bozukluğunda değişik tedaviler

Bazı durumlarda yeme bozukluğu o kadar dirençli olur ki yatarak tüplü besleme ihtiyacı olur. Fakat bu tüp çocuğunun iştahını köreltir ve ret durumunu daha da fazla artırır. Bu ağır vakalar için çeşitli davranışsal ve medikal yaklaşımlar önerilmiştir. Benoit ve arkadaşları

yeme reddini arttıran pekiştirici olayı ortadan kaldıran tedavi türü kullanmışlardır (137). İşleyen övgüler de kullanılabilir.

Linscheid ve arkadaşları davranış terapisi kullanmışlardır. Buna göre tedavi iştah uyarımı ve acil durum yönetimi diye iki önemli madde içermektedir. Tedavinin başarısı çocuğun isteğine ve bu istek de kalori mahrumiyetine bağlıdır. Gece nazogastrik tüp ile besleyerek gündüz çocuğun açlığı uyarılır. Pozitif teşvikler (övgü ve ödüllendirme) ve negatif teşvikler (masadan inmeden yemeği bitirtme) kullanılır. Başarısız olmamak için yemekte aile katılımı şarttır (138). Yaklaşımın tüm adımları aileye öğretilir sonra evde uygulamaya devam edilir. Cook, Leinscheid ve arkadaşları bu metodla 9 günde yüzde 88 başarı sağlamışlardır (139).

Duniz ve arkadaşları, benzer olarak, “açlık işaretinde besle ve ret işaretinde beslemeyi kes” yöntemiyle iki kademeli davranış terapisi ile birkaç günde tedavi yakalamışlardır (140). Banerjee ve arkadaşları boğulma sonrası oluşan yeme reddinde, davranış terapisi başarısızlığından sonra serotonin geri alım inhibitörlerini başarılı bir şekilde kullanmışlardır (141). Çelik ve arkadaşları da fluoksetin tedavisini başarıyla kullanmışlardır (142).

2.5.6 Tıbbi duruma bağlı beslenme bozukluğu

Büyüme geriliği önceden organik veya organik olmayan şekilde ayrılırdı fakat Homer ve arkadaşları hem organik hem organik olmayan sebeplerden kaynaklanan üçüncü bir grup tarif ettiler (143). Organik durumlar psikolojik sorunlarla daha güç hale gelmektedirler ve ağır yeme bozuklukları ve büyüme geriliği yaratmaktadırlar. Ancak tıbbi sorunları olan çocuklara özgün yeme bozukluğu tam tanımlanmamıştır. Chatoor tarafından anlatılan tanı kriterleri genel olarak çocuklarda yemeyi etkileyen gastroözofajial reflü, kalp hastalıkları ve solunumsal sorunlar için tanımlanmıştır. Bu ölçütler bebeklik ve erken çocukluğun akıl sağlığı ve gelişimsel bozukluklarının tanısız sınıflandırmasının düzeltilmiş baskısında yayınlanmıştır (2). Ölçütler DSM-5'te yer alan psikiyatrik tanıda yaşın ve cinsiyetin önemi isimli araştırmanın Chatoor ve Ammaniti atfı olan kısmında da dahil edilmiştir (60,61).

Tanısal ölçütler (2).

- a- İki hafta veya daha fazla süren besin reddi veya yetersiz besin alımı
- b- Ortaya çıkış herhangi bir yaşta olabilir ve altta yatan tıbbi soruna bağlı yeme bozukluğu artıp azalabilir
- c- Çocuk yemeye başlar fakat sonradan gerginlik/acı ortaya çıkar ve besin reddi oluşur
- d- Çocukta bu gerginliği oluşturan altta yatan bir tıbbi neden bulunmaktadır (reflü, kalp hastalığı, solunumsal sorun)
- e- Çocuk kilo alımında başarısız olur hatta kilo verebilir.
- f- Tıbbi tedavi yeme sorununu düzeltebilir fakat tamamen dindiremez.

Klinik görüntü

Bu yeme bozukluğunda çocuklar yetersiz beslenir, kilo alımında başarısız olur ve kilo kaybedebilirler. Böyle durumlarda tanı kolay olabilmesine rağmen besin alerjisi ve sessiz reflüde tanı çok zor olabilir. Sessiz reflüsü olan özellikle 3 ay altındaki çocuklar gerilir, ağlar ve besini reddederler. Bu tür reflüde mikro aspirasyon, bronkospazm, tekrarlayan krup, hışıltı, öksürük krizi ve ses kısıklığı gibi solunumsal semptomlar görülebilmektedir.

Shepherd ve arkadaşları reflüsü olan çocukların yüzde 44'ünde disfaji ve yeme zorluğu olduğunu gösterdiler (144). Bu çocuklarda ağlama, huzursuzluk ve uyku düzensizliği de bulundu. Carr ve arkadaşları öğürme/boğulma, gerilme, besin reddi ve büyüme aksaklığını reflünün bir belirtisi olarak görmektedirler (145). Heine ve arkadaşları reflü vakalarda yüzde 56 yeme bozukluğu tarif ettiler. Bu çocukların yüzde 57 açlıkta bile besin reddi tarif ettiklerini ve beslenirken gerilip kasıldıklarını tarif ettiler (146). Mathisen ve arkadaşları yaşları ortalama 6 ay olan ve oral motor bozukluğu olan 20 reflü tanılı hastayı anlatırken öğürmeyi, olgunlaşmamış motor becerisini ve yemeğe karşı direncini asıl belirti olarak öne sürdüler (147). Chatoor ve arkadaşları yeme bozukluğunun tanısının güvenilir hikaye ve gözlem/müşahade ile konulduğunu gösterdiler. Gözlem olmadan vakaların üçte biri gözden kaçabilmektedir (148).

Seyir

Tedavi edilmemiş reflü vakaları çocuk ve aile için sıkıntı yaratmaya devam eder. Shepherd ve arkadaşları reflü tanılı çocukların bebekliklerindeki ağır semptomlara rağmen 10 aylıkken %55 ve 18 aylıkken %81 semptomsuz olduklarını, fakat bazı vakaların dirençli olup cerrahiye kadar gittiğini söylemektedirler (144). Nelson ve arkadaşları reflü tanılı 6-12 ay arasındaki çocuklarının besin reddinin uzayan yeme vakitleri ve üzgün ebeveynlerle ilişkisinden bahsetmişlerdir (149). Ağlama, katlanma/gerilme ve besin reddi gibi belirtileri gören hekimin reflüyü aklına getirmesi gerekir. Chatoor reflünün verdiği acıdan dolayı travmatik yeme bozukluğu oluştuğunu da tarif etmiştir.

Etiyoloji / Sebepleri

Bebeklerde konuşma yeteneği olmamasına rağmen duyguları vücut diliyle ifade ederler ve bunu ağlayarak, vücudunu gererek ve besini reddederek yaparlar. Organik sebepler arasındaki reflüyü araştıran çalışmalar yapılmıştır. Cameron ve arkadaşları reflüyü monozigot ikizlerde heterozigot ikizlere göre daha yüksek bularak hastalığa genetik yatkınlığı ortaya koymuşlardır (150). Orenstein ve arkadaşları 9. koromozomda reflüye ait otozomal dominant gen de bulmuşlardır. Kalıtsal bir hastalık olmasına rağmen erken müdahalenin semptomlarda, aileye ve çocuğa oluşturdukları acıda çok büyük önemi vardır.

Ayırıcı tanı

Bu yeme bozukluğunu anlamının ve diğer bozukluklardan ayırt etmenin anahtar noktası mevcuttur. Beslenmeyi gözetlediğimizde bebek yemeyi sorunsuz başlatır ve acı veren bir tecrübeyle karşılaşınca kadar anne ve çocuk keyif veren karşılıklı bir ilişki oluştururlar. Fakat bu yeme bozukluğu olan çocuklar posttravmatik yeme bozukluğu de oluşturabilirler. Bu yeme bozukluğunun diğer ayırıcı tanıları infantil anoreksi ve duyusal besin reddi olarak da kabul edilmektedir.

Tedavi

Organik ve psikolojik faktörlerin bozukluğun şiddetinin üzerinde etkileri ortak olduğundan hastaya klinisyen, diyetisyen ve psikolog/psikiyatr içeren multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Altta yatan hastalığın tedavisi psikiyatrik destekle beraber yapılmakta ve bu desteğin öncesinde başlamalıdır.

Gözlem ya da video kayıt değerlendirmede çok önemlidir. Altta yatan hastalığın kontrol altına alınamadığı, yetersiz beslenen ve kilo alamayan hastalarda nazogastrik tüp veya gastrostomi ile besleme düşünülebilir. Hastalarda açlığı uyarmak ve oral yetilerin geliştirilmesi için tüplü beslenme aralıklı (3-4 saat aralıklar) oral beslenme öncesi kesilir. Beslenme çocuğun ne kadar yediğine bakılmayan stressiz bir ortamda olmalıdır. Oral-motor fonksiyonları gelişmemiş, kötü beslenmiş, kas tonusu zayıf olan çocuklarda oral fizyoterapi yapan, uygun besin seçimi yapan ve aileye besleme ve uygun pozisyon yöntemi öğreten mesleki terapist (fizyoterapist) desteği de gerekir.

2.5.7 Kompleks yeme bozuklukları ve komorbiditeler

Davranışsal yeme bozuklukları tek başına görüldükleri gibi bazen aşağıda anlatıldığı gibi aynı çocukta beraber de bulunabilmektedirler.

Komorbid durumlar

Değişik yeme bozuklukların aynı zamanda bir çocukta bulunması (örneğin: infantil anoreksi ve duyuşal besin reddi aynı çocukta bulunması).

Kompleks yeme bozuklukları

Değişik yeme bozuklukların bir çocuğun üzerine üst üste binmesidir. (örneğin: tıbbi soruna bağılı yeme bozukluğunun üzerine zamanla posttravmatik yeme bozukluğu eklenmesi). Bu tip bozuklukta bir çocuğun üzerine bazen **dört** bozukluk üst üste eklenebilmektedir.

2.5.8 Diğer yeme bozuklukları

Yukarıdaki bölümlerde anlatıldığı yeme bozuklukların dışında davranışsal semptomları olan başka yeme bozuklukları de bulunmaktadır fakat mesleki terapist (fizyoterapist) gibi diğer kliniklerin kapsama alanına girdiği için yukarda anlatılmamıştır. Bu yeme bozukluklara örnek olarak *nörolojik durumlarda* (örneğin: serebral palsi) veya *anatomik kusurlarda* (örneğin: yarık damak / dudak) karşılaşılan yeme bozukluklarıdır (2).



3. MATERİYAL VE METOT

Bu çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji ve Beslenme polikliniğine Ocak 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran , bebeklik ve çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı alan 100 olgu üzerine yapılmıştır. Hastalarının klinik verileri retrospektif olarak elde edilmiştir. Dosya taraması yöntemi ile epikrizlerden yararlanılarak alınan veriler önceden hazırlanmış araştırma formlarına işlenmiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri;

Çocuk Gastroenteroloji ve Beslenme polikliniğimize başvuran, bebeklik ve çocukluk çağı yeme bozukluğu tanılı takip edilen 18 yaş altı hastalar.

Çalışmaya alınmama kriterleri;

Anoreksia nervosa ve bulimia gibi bebeklik ve çocukluk çağı yeme bozukluğu dışında tanı almış 18 yaş altı hastalar.

Çalışmaya alınan hastalara ait demografik özellikleri, klinik özellikleri, tanıları hasta epikrizlerinden elde edildi. Veriler araştırma formlarına işlendi.

3.1. İstatistiksel İnceleme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirirken, istatistiksel analizler SPSS (Statistical package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılarak yapıldı (SPSS Inc. Chicago, IL). Sürekli değişkenler ortalama, (\pm) standart sapma, ortanca, minimum, maksimum kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edildi. Grup ortalamalarının kıyaslanmasında sayısal değişkenler için bağımlı değişkenler Wilcoxon bağımsız değişkenler için Kruskal-Wallis H testi, kategorik değişkenler için ki kare testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji ve Beslenme polikliniğine Ocak 2013 ve Aralık 2014 tarihleri arasında başvuran, bebeklik ve çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı alan 100 olgu üzerinde yapılmıştır.

Olgular Chatoor ve arkadaşları tarafından belirlenen kriterler temel alınarak tanımlanan yeme bozukluğuna göre sınıflandırılıp, tiplerine göre dağılımı 64 (%64) duyuşal besin reddi, 4(%4) infantile anoreksi, 4 (%4) posttravmatik yeme bozukluğu, 17 (%17) komorbid yeme bozukluğu (İA ve DBR aynı anda bulunması) ve 11 (%11) kompleks yeme bozukluğu şeklindeydi (Şekil 1). Tıbbi duruma ikincil yeme bozukluğu ve hemostatik yeme bozukluğu izole bulunmamalarına karşın kompleks bozuklukların içinde yer almışlardır. Bağlanma besleme bozukluğu ise hiç saptanmadı.

Şekil 1: Olguların yeme bozukluğuna göre sınıflandırılması

tanı	Sayı	Yüzde
Duyusal besin reddi	64	64,0
İnfantil anoreksi	4	4,0
Komorbid durumlar	17	17,0
Kompleks yeme bozukluğu	11	11,0
Posttravmatik yeme bozukluğu	4	4,0

Olguların cinsiyetine göre dağılımı 54 (%54) erkek ve 46 (%46) kız şeklindeydi. Erkeklerin ve kızların yeme bozukluklarının grubuna göre dağılımı şekil 2’de gösterilmektedir. Olguların yaş ortalaması 36,57 ±32,21 ay (Min:3 maks:184 median:27) olarak bulundu. Erkeklerin yaş ortalaması 35,06 ±31,39 ay ve kızların yaş ortalaması 37,76 ± 33,53 ay idi. Yeme bozukluklarının grubuna göre yaş ortalaması şekil 2’de gösterilmektedir.

Şekil 2: Olgulardaki yeme bozuklukları içinde cinsiyet ve yaş dağılımı

	Duyusal besin reddi	İnfanfil anoreks	Comorbid durumlar	Kompleks yeme bozukluğu	Posttravmatik yeme bozukluğu
Cinsiyet, erkek, n(%)	37 (58.7)	1(25)	8 (47.1)	5 (45.5)	3 (75)
Yaş (ay olarak) Median (min-maks)	27 (3 ; 151)	17 (13 ; 93)	27 (8 ; 184)	28 (8 ; 103)	22,5 (17 ; 27)

Olguların boy z skorları $-0,81 \pm 1,75$ ve kilo z skorları ise $-0,92 \pm 1,55$ olarak bulundu. Yeme bozukluklarının grublarındaki olguların kilo ve boy z skor istatistiksel değerleri şekil 3'te gösterilmektedir.

Şekil 3: Olguların boy ve kilo z skorları yeme bozukluklarına göre dağılımı (min-max-med).

	Duyusal besin reddi	İnfanfil anoreks	Comorbid durumlar	Kompleks yeme bozukluğu	Posttravmatik yeme bozukluğu
kilo	12,6 (4,1 ; 34,3)	9,65 (5,7 ; 26)	11,3 (7,8 ; 40)	12,7 (5,5 ; 24)	10,85 (8,4 ; 16)
kilo z score	-1,14 (-5,5 ; 2,6)	-1,255 (-5,0 ; 0,8)	-0,93 (-2,8 ; 2,0)	-0,69 (-3,8 ; 1,2)	-0,93 (-2,8 ; 2,2)
boy	90,25 (58 ; 145,9)	76,65 (66 ; 122)	84 (72 ; 148,8)	89,8 (63 ; 125)	81,2 (76,8 ; 91)
boy z score	-0,84 (-6,3 ; 2,9)	-1,995 (-4,0 ; 1,4)	-0,28 (-4,3 ; 2,5)	-0,7 (-3,0 ; 2,3)	-1,17 (-2,8 ; 1,4)

Hastaların kilo ve boy z skorları ve boya göre relatif tartıları bakılarak malnutrisiyon açısından değerlendirildiler. Z skoru -2 SDS altında olan 20 olgu malnutrisiyon olarak değerlendirildi. Ayrıca +2 SDS üzerinde olan 4 olgu da kilolu olarak değerlendirilerek gruplarda dağılımı şekil 4'te gösterildi.

Şekil 4: Olguların malnutrisiyon ve fazla kilolu olanların gruplardaki dağılımı

	Grupların Sayı Ve Yüzdesi	Duyusal besin reddi	İnfantil anoreksi	Comorbid durumlar	Kompleks yeme bozukluğu	Posttravmatik yeme bozukluğu
Kilo Z skoru > +2sds sayısı	4	4	0	0	0	0
Kilo Z skoru > +2sds yüzdesi	4,3%	6,8%	0%	0%	0%	0%
Kilo Z skoru < -2sds sayısı	20	5	3	6	4	2
Kilo Z skoru < -2sds yüzdesi	21,5%	8,50%	75,00%	37,50%	40,00%	50,00%

Toplanan olgularımızdan 37'sine deneyimli fizyoterapist tarafından oral motor disfonksiyon değerlendirilmiştir. OMD (oral motor disfonksiyonu) değerlendirilmesinde dahil edilen 37 hastanın 16'si (%43,2) kız, ortalama yaşı da 33,72 +/-30,24 ay (aralık: 8-144) idi. Toplamda 6 (%16,2) hastada OMD saptanmıştır. Değerlendirilen hastaların OMD pozitifliği saptanan olguların dağılımı şekil 5'te gösterilmektedir.

Şekil 5: Değerlendirilen hastalarda OMD pozitifliği saptanan olguların dağılımı

Tanı		Toplam Hasta sayısı	Duyusal besin reddi	İnfantil anoreks	Comorbid durumlar	Kompleks yeme bozukluğu	Posttravmatik yeme bozukluğu
omd	Hasta sayısı	37	22	5	7	2	1
	OMD pozitif	6	4	0	1	1	0
		16,2%	18,1%	0%	14,2%	50%	0%

Olguların yeme bozukluğu tipine göre dağılımında 64 (%64) olgu ile en fazla izole duyusal besin reddi bulunmaktadır. Bunların 37'si (58,7%) erkek ve 27'si (41,3%) kız olarak dağılım göstermekte idi. Duyusal besin reddinin yaş ortalaması 27 ay (aralık: 3-151) idi. Duyusal besin reddinin ortanca kilo Z skoru -1,14 (min= -5,54 ; max= +2,68) ve ortanca boy Z skoru -0,84 (min= -6,38 ; max=2,91). Kilo Z skoru -2 SDS altında olgu sayısı 5 (%8,5) olan duyusal besin reddi, toplam 20 olan -2 SDS altındaki vakların % 25'ini teşkil

etmektedirler. Kilo Z skoru +2 SDS üstündeki 4 (%6,8) olguya +2 SDS üstündeki vakaların tamamında (%100) duyuşal besin reddi vardı. OMD duyuşal besin reddi olanların 4'ünde (%18.1) saptandı ve bu sayı toplam OMD saptanan 6 olgunun %66,6'sını teşkil etmektedir.

Duyuşal besin reddi olarak tanımlanan 64 olguda davranışları incelediğimizde yemeği ağzında tutma 14 (%21,9) olguda , tükürme 13 (%20,3) olguda, ağız kapatma 13 (%20,3) olguda ve ağlama 15 (%23,4) olguda saptanmıştır. Yeni besinden korkması (neofobi) ise 24 olguda (%37,5) saptanmıştır. Besin özelliğinde (renk, koku, tad, sıcaklık, şekil, pürüzlü olması ve görünüm gibi özellikler) seçicilik bakıldığında 18'inde (%28,1) pürüze seçicilik, 16'sında (%25) kokuya seçicilik, 14'ünde (%21,9) yemeğin tadında seçicilik, 12'sinde şekilde seçicilik, 8'inde (%12,5) görünümünde seçicilik, 3'ünde (%4,7) sıcaklıkta seçicilik ve 2'sinde (%3,1) renkte seçicilik saptanmıştır. Besin grubunda (sıvı, püre ve katı) seçicilik bakıldığında sıvıda seçicilik 6 olguda (%9,4), pürede seçicilik 10 olguda (%15,6), katıda (et, meyve ve sebze ağırlıklı) seçicilik 34 olguda (%53,1) saptanmıştır.

Duyuşal besin reddi ile sınıflandırılan 64 olguda obsesif davranışlar (saç taramama, kuma ve çime basamama, banyodan korkma ve elleri sık yıkama gibi davranışlar) toplam 4 vakada (%6,3) saptanmıştır. Öğürme özelliği bakıldığında duyuşal besin reddi olan hastalarda sıvılarla 11 (%17,2) olguda, püre ile 17 (%26,6) olguda, katı ile 41 (%64,1) olguda öğürme saptanmasının yanında hiç öğürmesi olmayan 16 (%25) olgu saptanmıştır. Kusma özelliği bakıldığında duyuşal besin reddi olan hastalarda sıvılarla 16 (%25) olguda, pürelerle 19 (%29,7) olguda, katılarla 35 (%35) olguda kusma saptanmasının yanında hiç kusması olmayan 24 (%37,5) olgu saptanmıştır. Ailenin çocuğa yedirmek için ısrar etme, zorlama, rüşvet verme, oyunla ve televizyonla besleme gibi davranışlar 47 (%73) olguda saptanmıştır. Ailesel hikaye 25 (%39,1) olguda saptanmıştır.

Duyuşal besin reddi izole bulunduğu gibi aynı anda var olan 17 komorbid yeme bozukluğumuzun bir parçası olarak da infantil anoreksi ile beraber bulunmaktaydı. Aynı zamanda kompleks yeme bozuklukluğu olan 11 olgunun 8'inde DBR görmekteyiz.

Olguların yeme bozukluğu tipine göre dağılımında 4 (%4) olgu izole infantil anoreksi bulunmaktadır. Bunların 1'si (%25) erkek ve 3'ü (%75) kız olarak dağılım göstermektedir. İnfantil anoreksinin yaş ortalaması 17 ay (aralık: 13-93) idi. İnfantil anoreksinin ortanca kilo Z skoru -1,25 (min= -5,06 ; max= +0,82) ve ortanca boy Z skoru -1,99 (min= -4,08 ;

max=1,47). Kilo Z skoru -2 SDS altında olgu sayısı 3 (%75) olan infantil anoreksinin, toplam 20 olan -2 SDS altındaki tüm vakların % 15'ini teşkil etmektedirler. OMD değerlendirilen 5 infantil anoreksinin hiçbirinde OMD pozitif bulunmamıştır.

İnfanfil anoreksi olarak tanımlanan 4 olguda davranışları incelediğimizde 4'ü (%100) hiç açım dememekte, literatürün aksine 4 (%100) olguda da uyku bozukluğu bulunmamaktadır. Öğürme ve kusma ancak çok zorlama ile ortaya çıktığından istatistiksel olarak değerlendirilememiştir. Ailenin çocuğa yedirmek için ısrar etme, zorlama, rüşvet verme, oyunla ve televizyonla besleme gibi davranışlar 3 (%75) olguda saptanmıştır. Davranışlarını incelediğimizde infantil anoreksiye ait davranışlar (dış uyaranla dikkat bozulması, masadan kalkmak istemesi, oyuna fazla meraklı olması, yaramaz, sürekli meşgul, anneye bağımlı olması gibi davranışlar) infantil anoreksi tanılı olguların 3'ünde (%75) saptandı. Yemekleri dökme ve kaşık fırlatma gibi aksi davranışlar yalnız 1 (%25) olguda saptandı. Ailesel hikaye yalnız 1 (%25) olguda saptanmıştır. Tedavi olarak ebeveyn eğitimi (besleme kılavuzu ve mola yöntemi gibi eğitim türü) dışında infantil anoreksi olan olguların 1'inde (%25) siproheptadin (sipraktin) adında iştah açıcı etkili sistemik antihistaminik ilaç kullanımına başvuruldu.

İnfanfil anoreksi izole bulunduğu gibi aynı anda var olan 17 komorbid yeme bozukluğumuzun bir parçası olarak da duyuşal besin reddi ile beraber bulunmaktaydı. Aynı zamanda kompleks yeme bozukluğu olan 11 olgunun 5'inde DBR görmekteyiz.

Toplamda 17 (%17) olguda komorbid yeme bozukluğu bulunmaktaydı. Bunların 8'i (%47,1) erkek ve 9'u (%52,9) kız olarak dağılım göstermekte idi. Yaş ortalaması 27 ay (aralık: 8-184) idi. Ortanca kilo Z skoru -0,93 (min= -2,86 ; max= +2,09) ve ortanca boy Z skoru -0,28 (min= -4,31 ; max=2,53) saptandı. Malnutrisyon sayılan olgu sayısı 6 (%37,5) olan komorbid yeme bozukluğunun, toplam 20 malnutrisiyon olgusunun % 30'unu teşkil etmektedirler. Kilo Z skoru +2 SDS üstünde olgu yoktu. OMD değerlendirilen 7 olgunun 1'ünde (%14,2) pozitif olarak bulunmuştur. Bu da toplam bulunan 6 OMD pozitif olgunun % 16,6'sını teşkil etmektedir.

Toplamda 11 (%11) olguda kompleks yeme bozukluğu vardı. Kompleks yeme bozukluğu olan 11 hastalı grubun içinde 2 olguda hemostatik bağı yeme bozukluğu, 8 olguda genelde uzun süre kuvöz hayatında nazogastrikli beslenmeden kaynaklanan posttravmatik

yeme bozukluğu, 11 olguda tıbbi duruma (burada ana tıbbi sorun prematürite ve reflüdür, iki kalp ameliyatı ve bir kanser vakası mevcuttur) sekonder yeme bozukluğu, 5 olguda (üçü komorbidite parçası) infantil anoreksi, 4 olguda (üçü komorbidite parçası) duyuusal besin reddi ve 3 olguda komorbid yeme bozukluğu tanımı yapılmıştır (Şekil 6).

Şekil 6: Kompleks yeme bozukluğunun kendi içerisinde sınıflandırılması

	Regulasyon bozukluğu	Komorbid bozukluk	Duyusal redd	İnfantil anoreksi	Posttravmatik bozukluk	Tıbbi bozukluk
1.	+		+			+ (Reflü)
2.	+		+			+ (Reflü)
3.		+	+	+	+ (NG) (Küvöz)	+ (ASD,VSD op)
4.					+ (NG) (Küvöz)	+ (Barter, PM)
5.		+	+	+	+ (NG) (Küvöz)	+ (PM)
6.				+	+ (NG)	+ (Ewing)
7.			+			+ (Reflü)
8.			+		+ (NG) (Küvöz)	+ (PDA op)
9.			+		+ (NG) (Küvöz)	+ (PM)
10.				+	+ (NG) (Küvöz)	+ (PM)
11.		+	+	+	+ (NG) (Küvöz)	+ (PM)

Kompleks yeme bozukluğun 5'i (%45,5) erkek ve 6'sı (%54,5) kız olarak dağılım göstermektedir. Kompleks yeme bozukluğun yaş ortalaması 28 ay (aralık: 8-103) idi. Kompleks yeme bozukluğun ortanca kilo Z skoru -0,69 (min= -3,8 ; max= +1,29) ve ortanca boy Z skoru -0,7 (min= -3,03 ; max=2,34). Kilo Z skoru -2 SDS altındaki (malnutrisyon) olgu sayısı 4 (%40) olan kompleks yeme bozukluğunun, toplam 20 bulunan malnutrisiyonlu hastaların % 20'ünü teşkil etmektedirler. Kompleks yeme bozukluğunun kilo Z skoru +2 SDS üstünde olgusu yoktur. OMD değerlendirilen 2 olgunun 1'ünde (%50) pozitif olarak

bulunmuştur. Bu da toplam bulunan 6 OMD pozitif olgunun % 16,6'sını teşkil etmektedir. Kompleks yeme bozukluğunun özellikleri içinde barındırdığı bozuklukların özelliklerinden oluşmaktadır.

Olguların içerisinde bağlanma besleme bozukluğu izole saptanmamasına rağmen, kompleks yeme bozukluğu olan 11 olgunun 2'sinde bağlanma besleme bozukluğu görmekteyiz. Bu iki olguda ayrıca duyuşal besin reddi ve reflüye bağı (tıbbi duruma sekonder) yeme bozukluğu da mevcut bulunmakla beraber içerdikleri özellikler de iç içedir.

Olguların içerisinde tıbbi duruma sekonder kaynaklanan yeme bozukluğu izole saptanmamasına rağmen, 11 kompleks yeme bozukluklarının 11'inde kompleks bozukluğunun bir komponenti olarak görmekteyiz. Ana neden prematürite ve reflü olan tıbbi durumun yanında olgularda iki kalp hastalığı (PDA,VSD,ASD) olgusu de mevcuttur. Bir adet olgumuz da Ewing sarkomudur. Reflülerde normalde %5 nazogastrik ihtiyacı doğmasına rağmen bizim olgularda reflüde nazogastrik ihtiyacı olmamakta ve böylece posttravmatik yeme bozukluğu gelişmemektedir. Fakat Ewing sarkomu olan olgu kullandığı kemoterapiden dolayı beslenmesi için bir yıl nazogastrik kullanmak zorunda kalmıştır ve onun akabinde posttravmatik yeme bozukluğu gelişmiştir. Olgularımızda prematüriteden ve küvez hayatında geçirdikleri uzun süreden dolayı nazogastrik gereksinimi müteakibinde posttravmatik yeme bozukluğu gelişmiştir. Posttravmatik yeme bozukluğu gelişen prematüre olguların birinde fluoksetin (prozac) adında antidepresan kullanımına kadar gidildi ve bu kompleks yeme bozukluğu olgusu 3 ay sonra tedavi edilmiş oldu. Aslında OMD değerlendirilen kompleks yeme bozukluğu olguların içinde OMD pozitif sonuçlanan olgu posttravmatik yeme bozukluğu gelişen nazogastrikli beslenen prematür hastadır. Çocukların huzursuz davranıp yemekleri redetme 8 (%72,7) olguda saptandı. Ebeveynlerinin de ısrarlı davranışları ve kandırmaları 9 (%81,8) olguda saptandı. Ailesel hikaye 5 (%45) olguda saptandı.

Olguların yeme bozukluğu tipine göre dağılımında 4 (%4) olguda izole posttravmatik yeme bozukluğu bulunmaktadır. Bunların 3'ü (%75) erkek ve 1'i (%25) kız olarak dağılım göstermektedir. Posttravmatik yeme bozukluğunun yaş ortalaması 22,5 ay (aralık: 17-27) idi. Posttravmatik yeme bozukluğunun ortanca kilo Z skoru -0,93 (min= -2,88 ; max= +2,24) ve ortanca boy Z skoru -1,17 (min= -2,81 ; max=1,41). Malnutrisyonlu olgu sayısı 2 (%50) olan posttravmatik yeme bozukluğunun, toplam 20 olan malnutrisyon hasta sayısının % 10'ini

teşkil etmektedirler. OMD değerlendirilen izole posttravmatik yeme bozukluğunda OMD pozitifliği bulunmamıştır.

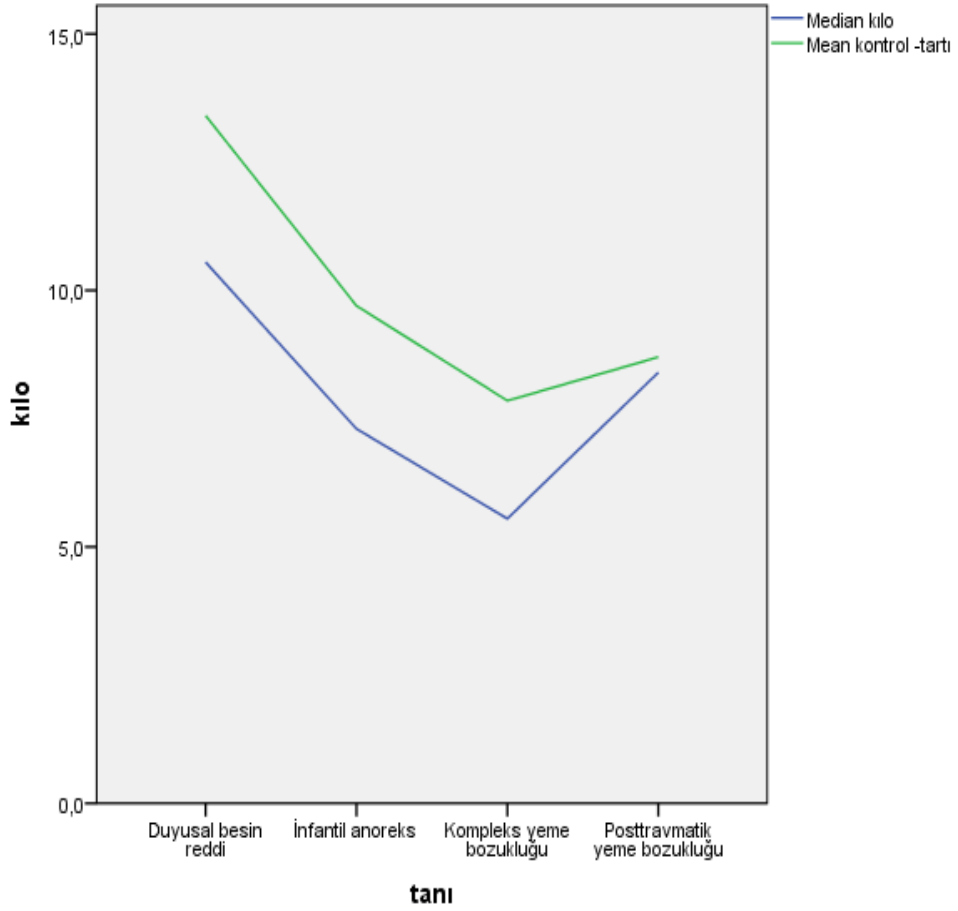
Posttravmatik yeme bozukluğu ile değerlendirdiğimiz hastalarda travma sebebi olarak meyve yerken boğazda takılma sonrası boğulma geçirme, kabuklu yemişin boğazda takılma sonrası boğulma geçirme, tonsillektomi ameliyatı geçirme, pnömoni ile hastane yatışında beslenmek için nazogastrik takılma olayları görmekteyiz. Bu hastalar travma sonrası su dahi ağızlarına almamakta idiler. Hastalar serviste yatırılıp multidisipliner (psikiyatri dahil) yaklaşım yapılmıştır. Psikoterapik yaklaşımları yetersiz olan olgulara ilaçlı tedavi yapıldı. Kabuklu yemiş hikayesi olan hasta lorazepam (ativan) adında 3 günlük anksiyolitik kullanım sonrası oral alımı başlayıp 5. gün taburcu edilmiş. Tonsillektomi hikayesi olan hastaya lorazepam verilmesine rağmen klinikte düzelmeye görülmeyince fluoksetin (prozac) adında antidepresan tedaviye geçildikten sonra 5. günde hasta tedavi ile taburcu edilmiştir. Pnömoni ile hastane yatışında nazogastrik sondalı beslenme sonrası posttravmatik yeme bozukluğu gelişen hastanın da fluoksetin (prozac) adında antidepresan tedavisinden 3 hafta sonrasında durumda düzelmeye olup tedavi ile taburculuk yaşanmış. Şeftali meyve yeme sonrası boğulma hikayesi gelişen ve yeme bozukluğu yaşayan hasta da yatışında fluoksetin (prozac) adında antidepresan başlanıp 5 gün sonra tedavi ile taburcu edilmiştir.

Posttravmatik yeme bozukluğu ile değerlendirdiğimiz hastaların özelliklerini gördüğümüzde hepsinde (%100) bir travma yaratan olay (boğulma, vakumlu cerrahi, entübasyon ve nazogastrik sonda gibi etkenler) mevcuttur. Olguların 3'ünde (%75) her türlü yemeği (katı, püre ve sıvı dahil) ret oluşumu ve yemeğe karşı direnme veya ağızlarına alıp tükürmeleri görmekteyiz. Bu olgularda ailelerin durumdan ilk başta bihaber olmalarından kaynaklanan bir ısrar ve yalvarma durumu hastaların 3'ünde (%75) mevcuttur.

Olguların içerisinde posttravmatik yeme bozukluğu izole bir şekilde yalnız 4 (%4) hastada saptanmasına rağmen, 11 kompleks yeme bozukluğunun 8'inde posttravmatik yeme bozukluğunu görmekteyiz. Bu olgularda hastalara yapılan uzun süreli nazogastrikli beslenmeler travma sebebi olarak görülmektedir. Anlatıldığı gibi kompleks olguların içerisindeki NG travması gelişen hastanın birinde de fluoksetin (prozac) adında antidepresan kullanımına başvurulup başarılı bir tedavi görülmüştür.

İncelenen 100 olguda gastroenteroloji polikliniğine ilk başvurularında hastanın yapılan ilk değerlendirme sonrasında ebeveynlerde eğitim verilmiş, diyetisyene ve psikoloğa yönlendirme yapılmış. Bu hastalar tekrar 3 aylık sürece kontrole çağırılmış. Kontrole gelen sayı 23 (%23) ile sınırlı kalmış olmasına rağmen kliniklerinde görülen düzelmelerin yanında yapılan kontrol tartılarda kilo alımı da mevcut görülmüş (Şekil 7).

Şekil 7: Olgularda kontrol tartıların değerlendirilmesi



5. TARTIŞMA

Beslenme, özellikle hayatın ilk yılında çocuk ve ebeveyni (bakıcısı) arasındaki en önemli etkileşimlerden biridir (1). Beslenme doğal bir süreçtir (2). Fizyolojik şartlar altında sağlıklı çocukların beslenmeleri stressiz bir ortamda 20-30 dakikada sürmeli ve tekrar açlık hissi oluşabilmesi açısından öğünler arasında en azından 2-3 saat bırakılmalıdır. Böylece açlık tokluk hisleri gelişir ve beslenmenin normal ritmi kurulur (3).

Beslenme, çocuğun erken gelişiminde olduğu gibi, ileriki dönemde bilişsel gelişimi ve davranış gelişimiyle bağlantılı olduğundan, yeme bozuklukların tanınması anlaşılması ve tedavi edilmesi çok önemlidir (2).

Bu çalışmada gastroenteroloji ve beslenme polikliniğine başvuran, bebeklik ve çocukluk çağı yeme bozukluğu tanısı alan olgular, Chatoor ve arkadaşları tarafından belirlenen kriterler temel alınarak sınıflandırılıp, her grubun genel demografik özellikleri ve klinik epidemiyolojik tanımlayıcı özellikleri ve gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilen olguların cinsiyetine göre dağılımı 54 (%54) erkek ve 46 (%46) kız şeklindeydi. Yeme bozukluklarının dağılımı 64 (%64) duyuşal besin reddi, 4 (%4) infantil anoreksi, 4 (%4) posttravmatik yeme bozukluğu, 17 (%17) komorbid yeme bozukluğu (İA ve DBR aynı anda bulunması) ve 11 (%11) kompleks yeme bozukluğu şeklindeydi. Duyusal besin reddi 64 (%64) olgu ile en fazla saptanan yeme bozukluğudur. Yapılan çalışmalar da bunu desteklemektedir (2,4). En küçük olgumuz 3 aylık duyuşal besin reddi ve en büyük olgumuz 184 aylık komorbid bozukluğu olan hastamızıdır.

Kilo Z skoru ve boy Z skoru en düşük bozukluk çalışmalarda desteklendiği gibi infantil anoreksi yeme bozukluğunda bulundu. Ayrıca literatürde yazdığı gibi, duyuşal besin reddinde hastaların sadece düşük veya normal kilolu değil bazen fazla kilolu olabileceğini bizim çalışmamız da desteklemektedir. Çalışmamızda fazla kilolu bulunan hastaların hepsi duyuşal besin reddi bozukluğuna aitti (2).

Hastalarada OMD değerlendirilmesine de bakıldı. OMD pozitifliği özellikle duyuşal besin reddi ile alakalı görünmekteydi. OMD pozitifliği olan 6 olgudan 4'ünde duyuşal besin reddi 1'inde komorbid yeme bozukluğu 1'inde de kompleks bozukluk saptanmıştı. İzole

posttravmatik yeme bozukluklarında veya kompleks yeme bozukluğu olan olgularda görülen reflü ve özofajit gibi tıbbi durum sonrası gelişebilen posttravmatik yeme bozukluğunda OMD pozitifliği beklememekteyiz fakat preterm ve SGA'larda entubasyon veya nazogastrik gibi travmalara uğrayan çocuklarda oluşan posttravmatik yeme bozukluğunda OMD pozitifliği bulunabilmektedir (2,151).

Kompleks olgularda prematüre olan, kalp hastalığı ve ameliyatı olan ve Ewing sarkomu olan olgularda ilk tedavileri NG kullanımıyla olmuştur. Sonra bu NG sekonder gelişen posttravmatik yeme bozuklukları psikoterapik yaklaşımları ile yapılmıştır. Bu kompleks vakaların birinde psikoterapik yaklaşımları yetersiz olunca ilaçlı (lorazepam) tedaviye başvurulmuştur.

Posttravmatik olgularda yatış, beslenme ve hidrasyon sağlama açısından i.v. girişim ve ilaç uygulanması (lorazepam, fluoksetin) yapılmıştır. Literatürde de bu tedavileri destekleyici benzer olgular bulunmaktadır (141,142,152).

Neofobi (yeni besinden korkma) duyuşal besin reddinde saptandı. Yine de literatüre uyumlu, besin grubuna ve özelliğine karşı seçicilik da duyuşal besin reddinde bulundu (2,37,114).

Çocuklarda çime basmama ve saç taramama gibi obsesif özellikler yine yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak duyuşal besin reddi olan çocuklarda görüldü (115).

Ailede ebeveyn ve kardeş hikayesi (kalıtsal zemin) duyuşal besin reddinde, infantil anorekside ve kompleks yeme bozukluklarında (reflüye bağılı sekonder yeme bozukluğu olan olgularda da dahil) saptandı (2,122,123,150).

Uyku bozuklukları literatürün aksine yalnız duyuşal besin reddinde ve komorbid bozukluklarda görüldü. İnfantil anoreksi gibi diğer yeme bozukluklarında hiç saptanmadı (103,110,111).

6. SONUÇLAR

Sonuç olarak Çocuk Gastroenteroloji Polikliniğine yeme bozukluğu ile getirilen hastaların demografik ve klinik özellikleri dış merkezlerde yapılan çalışmalarla uygundur.

Süt çocuklarında 4 aylıktan itibaren ek gıdalara geçiş döneminde dil itme refleksi kaybolmaya başlar, kaşıkla ve daha yoğun gıdalar verilmeye başlanır ve zamanla katı gıdalara geçilir. Süt çocukluğu ve oyun çağı döneminde dudakların kullanımı, dil hareketlerinin gelişmesi, çiğneme kaslarının aktif bir şekilde kullanımı ile özellikle katı gıdalar parçalanıp yutulabilir hale getirilir. Oral motor fonksiyonlar ve yutma işlevlerinin koordine bir şekilde işlemesi normal beslenme için gereklidir. Zamanında saptanamaz ve gerekli yaklaşımlar yapılmaz ise OMD pozitifliği olan çocuklarda yeme bozukluğu düzelmesinde gecikme yaşanır.

Çalışmamızda bazı sınırlamalar mevcuttu. Birincisi retrospektif yapıldığı için hastaların ulaşabileceğimiz geniş data bilgisi yoktu. İkincisi ebeveynleriyle alakalı bilgi kısıtlılığı mevcuttu. Üçüncüsü çalışılan olgu sayısı az idi.

Sınırlamalara rağmen çalışmamız çocuklardaki yeme bozuklukların demografik ve klinik tanımlarında katkı yapmıştır. OMD tanımlanması ve tedavisi, posttravmatik yeme bozukluğunun psikolojik ve ilaçlı tedavisi anlatıldı.

Gelecekte yeme bozukluklarında daha standardize bir tanımlama için çalışılabilir. Ebeveynlerin beslenme ile alakalı bilgisi ve davranışlarının çocuklardaki yeme bozukluklarına etkisi araştırılabilir.

Beslenme, çocuğun erken gelişiminde olduğu gibi, ileri dönemlerde bilişsel gelişiminde ve davranış gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Yeme bozukluğu ve nutrisyonel sorunların düzelmesinde gecikme olduğunda, büyüme geriliği, özellikle okul çağında psikolojik ve sosyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle yeme bozukluğu tanısı alan tüm çocuklar aileleriyle beraber herbir gruba yönelik özel olan tedavisi almalıdırlar.

Yeme bozukluklarının klinisyen, diyetisyen, psikolog/psikiyatrist, fizyoterapist ve/veya konuşma terapistinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından değerlendirilmesi ve yönetilmesi gereklidir.

7. KAYNAKÇA

1. Rybak A. *Organic and Nonorganic Feeding Disorders*. Ann Nutr Metab. 2015;66 Suppl 5:16-22. doi: 10.1159/000381373.
2. Chatoor I: *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children*. Washington, Zero to Three, 2009.
3. Birch LL, Fisher JO: *Development of eating behaviors among children and adolescents*. Pediatrics 1998; 101: 539–549.
4. Orün E, Erdil Z, Cetinkaya S, Tufan N, Yalçın SS. *Problematic eating behavior in Turkish children aged 12-72 months: characteristics of mothers and children*. Cent Eur J Public Health. 2012 Dec;20(4):257-61.
5. Bryant-Waugh RJ, Piepenstock EHC. *Childhood disorders: feeding and related disorders of infancy or early childhood*. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M, editors. Psychiatry. 3rd ed. (2 volume set: volumes 1 and 2). New York: John Wiley & Sons; 2008. p. 830-46.
6. Shore B, Piazza C. *Pediatric feeding disorders*. In: Konarski EA, Favell JE, Favell JE, editors. Manual for the assessment and treatment of the behavior disorder of people with mental retardation. New York: Guilford; 1997. p. 65-89.
7. Kerwin ME. *Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems*. Journal of Pediatric Psychology 1999;24:193-214.
8. Shields B, Wacogne I, Wright CM: *Weight faltering and failure to thrive in infancy and early childhood*. BMJ 2012; 345:e5931.
9. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B: *Early feeding problems in a normal population*. Int J Eat Disord 1991; 10: 395–405.
10. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. *Feeding Problems in Healthy Young Children: Prevalence, Related Factors and Feeding Practices*. Pediatric Reports. 2013;5(2):38-42. doi:10.4081/pr.2013.e10.

11. Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD. *Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42:76-84.
12. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. *A practical approach to classifying and managing feeding difficulties.* Pediatrics. 2015 Feb;135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014 1630.
13. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. *Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food.* J Am Diet Assoc. 2004; 104(1 suppl 1):s57-s64.
14. Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF. *How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth?* Pediatrics. 2007;120(4).
15. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. *Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters.* J Pediatr. 2004;144(3):363-367
16. Aldridge VK, Dovey TM, Martin CI, Meyer C: *Identifying clinically relevant feeding problems and disorders.* J Child Health Care 2010; 14: 261-270.
17. Babbitt R.L, Hoch T.A, Coe D.A. Behavioral feeding disorders. In: Tuchman D.N, Walter R, editors. *Pediatric feeding and swallowing disorders: Pathophysiology diagnosis, and treatment.* San Diego, CA: Singular Publishers; 1994. pp. 77-95.
18. Lifschitz CH. *Feeding Problems in Infants and Children.* Curr Treat Options Gastroenterol. 2001 Oct;4(5):451-457.
19. Sullivan PB, Lambert B, Rose M, et al. *Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study.* Dev Med Child Neurol 2000;42:674-80.
20. Williams PG, Dalrymple N, Neal J. *Eating habits of children with autism.* Pediatr Nurs 2000;26:259-64.

21. Reilly S, Skuse D, Poblete X. *Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: a community survey*. J Pediatr 1996;129:877-82.
22. Schädler G, Süß-Burghart H, Toschke AM, von Voss H, von Kries R: *Feeding disorders in ex-prematures: causes – response to therapy – long term outcome*. Eur J Pediatr 2007; 166: 803 808.
23. Manikam R, Perman JA. *Pediatric feeding disorders*. J Clin Gastroenterol. 2000 Jan;30(1): 34 46.
24. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association, 2013.
25. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, et al. *Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal*. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011;52: 563-8.
26. Williams KE, Riegel K, Kerwin ML. *Feeding disorder of infancy or early childhood: how often is it seen in feeding programs?* Child Health Care. 2009;38(2):123-36.
27. Coulthard H, Harris G, Emmett P. *Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age*. Matern Child Nutr. 2009;5(1):75–85.
28. Shim JE, Kim J, Mathai RA; STRONG Kids Research Team. *Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children*. J Am Diet Assoc. 2011;111(9): 1363–1368.
29. Disantis KI, Collins BN, Fisher JO, Davey A. *Do infants fed directly from the breast have improved appetite regulation and slower growth during early childhood compared with infants fed from a bottle?* Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8:89–100.
30. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I: *Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood*. Int J Eat Disord 2012; 45: 272–280.

31. *International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization. 10th revision, Fifth edition.* Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2016.
32. Kreipe RE, Palomaki A. *Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder.* *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14(4):421-431.
33. Davies WH, Satter E, Berlin KS, et al. *Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder.* *J Fam Psychol.* 2006;20(3):409–417.
34. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, Mc-Connell K, Rudolph C: *Classifying complex pediatric feeding disorders.* *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 143–147.
35. Vaquero-Sosa E, Francisco-González L, Bodas- Pinedo A, Urbasos-Garzón C, Ruiz-de-León-San-Juan A: *Oropharyngeal dysphagia, an underestimated disorder in pediatrics.* *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107: 113–115.
36. Prasse JE, Kikano GE: *An overview of pediatric dysphagia.* *Clin Pediatr (Phila)* 2009; 48:247–251.
37. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. *Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review.* *Appetite.* 2008;50(2–3):181–193.
38. Chatoor I. *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment.* *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002; 11(2):163–183.
39. Kedesky JH, Budd KS. *Childhood Feeding Disorders: Biobehavioral Assessment and Intervention.* Baltimore, MD: Paul Brookes Publishing Company; 1998.
40. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. *Development of the children's eating behavior questionnaire.* *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(7):963–970.
41. Manikam R, Perman JA. *Ped. feeding disorders.* *J Clin Gastroenterol.* 2000; 30(1):34–46.
42. Saarilehto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Simell O. *Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters.* *J Pediatr.* 2004;144(3):363–367.

43. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, et al. *Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;52(5): 563–568.
44. Arvedson JC: *Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches*. Dev Disabil Res Rev 2008; 14: 118–127.
45. Schädler G, Süß-Burghart H, Toschke AM, von Voss H, von Kries R: *Feeding disorders in ex-prematures: causes – response to therapy – long term outcome*. Eur J Pediatr 2007;166: 803–808.
46. Sullivan PB: *Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities*. Dev Disabil Res Rev 2008; 14: 128–136.
47. Evans S, Alroqaiba N, Daly A, Neville C, Davies P, Macdonald A: *Feeding difficulties in children with inherited metabolic disorders: a pilot study*. J Hum Nutr Diet 2012; 25: 209–216.
48. Noimark L, Cox HE: *Nutritional problems related to food allergy in childhood*. Pediatr Allergy Immunol 2008; 19: 188–195.
49. Singendonk MMJ, Rommel N, Omari TI, Benninga MA, van Wijk MP: *Upper gastrointestinal motility: prenatal development and problems in infancy*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2014; 11: 545–555.
50. Abadie V, Couly G: *Congenital feeding and swallowing disorders*. Handb Clin Neurol 2013; 113: 1539–1549.
51. Liacouras CA, Piccoli DA. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition: The Requisites*. Philadelphia, PA: Saunders/ Churchill/Mosby; 2008.
52. Abadie V, Couly G: *Congenital feeding and swallowing disorders*. Handb Clin Neurol 2013; 113: 1539–1549.
53. Rudolph CD, Link DT. *Feeding disorders in infants and children*. Pediatr Clin North Am. 2002;49(1):97–112, vi.

54. Hubbard KL, Anderson SE, Curtin C, Must A, Bandini LG: *A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children*. J Acad Nutr Diet 2014; 114: 1981–1987.
55. Esparó G, Canals J, Jané C, Ballespí S, Viñas F, Domènech E. *Feeding problems in nursery children: prevalence and psychosocial factors*. Acta Paediatr. 2004; 93(5):663–668.
56. Dahl M, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society. I. *Categories and clinical signs*. Acta Paediatr Scand. 1986;75(3):370–379.
57. Benjasuwantep B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. *Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices*. Pediatr Rep. 2013;5(2):38–42.
58. Scheeringa, M., Anders, T., Boris, N., Carter, A., Chatoor, I., Egger, H., et al. (2003). *Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 1504–1512.
59. Chatoor, I.(2002). *Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 11, 163-183.
60. Chatoor, I., &Ammaniti, M. (2007). *A classification of feeding disorders of infancy and early childhood* In W. E. Narrow, M. B. First, P Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in py Sirovat chiatric diagnosis: A research agenda for DSM V pp. 227-242*). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
61. Narrow, W. E., First, M. B., Sirovatka, P, & Regier, D.A (Eds.). (2007). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis:A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
62. Chatoor, I., Dickson, L, Schaefer, S., & Egan, J. (1985). *A developmental classification of feeding disorders associated with failure Diagnosis and treatment*. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Research and clinical practice (pp. 235-258)*. New York: Plenum.

63. Miller- Loncar, C., Bigsby, R., High, P., Wallach, M., & Lester, B. (2004). *Infant colic and feeding difficulties*. Archives of Disease in Childhood, 89, 908-912.
64. Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., Jr., & Detwil, A. C. (1954). *Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic*. Pediatrics, 14, 421-435.
65. Lindberg, L., Bohlin, G., & Hagekull, B. (1991). *Early feeding problems in a normal population*. The International Journal of Eating Disorders, 10, 395-405.
66. Canivet, C., Jakobsson, I., & Hagander, B. (2000). *Infantile colic. Follow-up at four years of age: Still more "emotional."* Acta Paediatrica, 89, 13-17.
67. Zwart, P., Vellema-Goud, M. G. A., & Brand, P. L. P. (2007). *Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants*. Acta Paediatrica, 96, 401-405.
68. Roberts, D. M., Ostapchuk, M., & O'Brien, J. G. (2004). *Infantile colic*. American Family Physician, 70, 735-740.
69. McKenzie, S. (1991). *Troublesome crying in infants: Effects of advice to reduce stimulation*. Archives of Disease in Childhood, 66, 1416-1420.
70. Oates, R. K. (1984). *Non-organic failure to thrive*. Australian Paediatric Journal, 20, 95-100.
- 71)-Chapin, H. D. (1915). *Are institutions for infants necessary?* The Journal of the American Medical Association, 64, 1-3.
72. Spitz, R. (1945). *Hospitalism, an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. The Psychoanalytic Study of the Child, 1, 53-74.
73. Bakwin, H. (1949). *Emotional deprivation in infants*. Journal of Pediatrics, 35, 512-521.
74. Coleman, R. W., & Provence, S. (1957). *Environmental retardation (hospitalism) in infants living in families*. Pediatrics, 19, 285-292.

75. Gordon, A. H., & Jameson, J. C. (1979). *Infant-mother attachment in patients with nonorganic failure to thrive syndrome*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 18, 251-259.
76. Valenzuela, M. (1990). *Attachment in chronically underweight young children*. *Child Development*, 61, 1984-1996.
77. Ward, M. J., Kessler, D. B., & Altman, S. C. (1993). *Infant-mother attachment in children with failure to thrive*. *Infant Mental Health Journal*, 14, 208-220.
78. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: Author.
79. Chatoor, I. (2002). *Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 163-183.
80. Bullard, D.M., Glaser, H.H., Heagarty, M. C., & Pivchik, E.C. (1967). *Failure to thrive in the neglected child*. *American Journal of Orthopschiatry*, 37, 680-690.
81. Leonard, M. F., Rhymes, J. P., & Soinit, A. J. (1966). *Failure to thrive in infants: A family problem*. *American Journal of Diseases of Children*, 111,600-612.
82. Rosenn, D. W., Loeb, L. S., & M. B. (1980). *Differentiation of organic from non-organic failure to thrive syndrome in infancy*. *Pediatrics*, 66, 698-704.
83. Evans, S. L, Reinhart, J. B., & Succop, R. A. (1972). *Failure to thrive: A study of 45 children and their families*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 440-457.
84. Fischhoff, J., Whitten, C. F, & Petit, M. G. (1971). *A psychiatric study of mothers of infants with growth failure secondary to maternal deprivation*. *The Journal of Pediatrics*, 79(2), 209-215.
85. Drotar, D., Eckerle, D., Satola, J., Pallotta, J., & Wyatt, B. (1990). *Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: A case comparison study*. *Child Abuse & Neglect*, 14,41-51 .

86. Benoit, D., Zeanah, C. H., & Barton, M.L. (1989). *Maternal attachment disturbances in failure to thrive*. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 185-202.
87. Chatoor, I., Getson, P., Menville, E., Brasseaux, C., & O'Donnell, R. (1997). *A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life*. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 76-91.
88. Sturm, L., & Drotar, D. (1989). *Prediction of weight for height following intervention in three-year-old children with early histories of nonorganic failure to thrive*. *Child Abuse & Neglect*, 13, 19-28.
89. Mackner, L. M., Starr, R. H., & Black, M. M. (1997). *The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning*. *Child Abuse & Neglect*, 21, 691-700.
90. Kerr, M. A., Black, M. M., & Krishnakumar, A. (2000). *Failure-to-thrive, maltreatment and the behavior and development of 6-year-old children from low-income, urban families: A cumulative risk model*. *Child Abuse & Neglect*, 24, 587-598.
91. Altemeier, W. A., O'Connor, S. M., Sherrod, K.B., & Vietze, P. M. (1985). *Prospective study of antecedents for nonorganic failure to thrive*. *The journal of Pediatrics*, 106(3), 360-365.
92. Bithoney, W. G., & Newberger E. H. (1987). *Child and family attributes of failure-to-thrive*. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8(1), 32-36.
93. Black, M. M., Dubowitz, H., Hutcheson, J., Berenson-Howard, J., & Starr, R. H., Jr. (1995). *A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive*. *Pediatrics*, 95, 807-814.
94. Schmitt, B. D. & Mauro, R. D. (1989). *Nonorganic failure to thrive: An outpatient approach*. *Child Abuse & Neglect*, 13, 235-248.
95. Fraiberg, S., Anderson, E., & Shapiro, U. (1975). *Ghosts in the nursery*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 14, 387-421.

96. McDonough, S. C. (2004). *Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship*. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 79-96). New York Guilford.
97. Chatoor, I., & Egan, J. (1983). *Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: A separation disorder*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27,294-301.
98. Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., & O'Donnell, R. (1988). *Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 535-540.
99. Waterlow, J. C., Buzina, R., Keller, W., Lan, J. M., Nichaman, M. Z., & Tanner, J. M. (1977). *The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years*. *Bulletin of the World Health Organization*, 55, 489-498.
100. Dahl, M., Rydell, M., & Sundelin, C. (1994). *Children with early refusal to eat: Follow-up during primary school*. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 83, 54-58.
101. Marchi, M., & Cohen, P. (1990). *Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112-111.
102. Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh, B. T. (2001). *Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 1434-1440.
103. Lucarelli, L., Cimino, S., Petrocchi, M., & Ammaniti, M. (2007, October). *Infantile anorexia: A longitudinal study on maternal and child psychopathology*. Abstract presented at Eating Disorders Research Society, Pittsburgh, PA.
104. Ammaniti, M., Cimino, S., Lucarelli, L., Speranza, A.M., & Vismara, L. (2004). *Infantile anorexia and the child caregiver relationship: An empirical study on attachment patterns*. *Funzione Gamma Journal*, 14, 1-19.

105. Chatoor, I., Ganiban, J., Hirsch, R., Borman-Spurrell, E., & Mrazek, D. (2000). *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39,743-751.
106. Ammaniti, M., Ambruzzi, A. M., Lucarelli, L, Cimino S., & D'Olimpio, F (2004). *Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: Clinical assessment and research implications*. *Journal of the American College Nutrition*, 23(3), 259-271.
107. Chatoor, I., Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N., & Harmon, R. (1998). *Attachment an feeding problems: A reexamination of non-organic failure to thrive and attachment insecurity*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 1217-1224.
108. Chatoor, I., Surles, J., Ganiban, J., Beker, L., McWade Paez, L., & Kerzner, B. (2004). *Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia*. *Pediatrics*, 113, e440-e447.
109. Lucarelli, L., Ambruzzi, A. M., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Finistrella, V. (2003). *Feeding disorders in infancy: An empirical study on mother-infant interactions*. *Minerva Pediatrica*, 55, 243-259.
110. Chatoor, I., Hirsch, R., & Persinger, M. (1997). *Facilitating internal regulation of eating: A treatment model for infantile anorexia*. *Infants and Young Children*, 9, 12-22.
111. Monaghan, M., Lewin, D., Hahn A., Ganiban, J., Morar, V., Brinkmeier, L., & Chatoor, I. (2007). *Sleep characteristics of toddlers with infantile anorexia*. *Sleep*, 30, A97.
112. Chatoor, I., Ganiban, J., Surles, J., & Doussard-Roosevelt, J. (2004). *Physiological regulation in infantile anorexia: A pilot study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1019-1025.
113. Halmi, K. A., Eckert, E., LaDu, T. J., & Cohen, J. (1986). *Anorexia nervosa. Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline*. *Archives of General Psychiatry*, 43,177-181.
114. Dovey, T.M., Staples, P.A., Gibson, E.L., & Halford, J. C. (2007). *Food neophobia and 'picky/fussy' eating: A review*. *Appetite*, 50(2-3), 181-193.

115. Timimi, S., Douglas, J., & Tsiftopoulou, K. (1997). *Selective eaters: A retrospective case note study*. *Child Care, Health, and Development*, 23(3), 265-278.
116. Rydell, A.M., Dahl, M., & Sundelin, C. (1995). *Characteristics of school children who are choosy eaters*. *The Journal of Genetic Psychology* 156(2), 217-229.
117. Jacobi, C., Agras, W. S., Bryson, S., & Hammer, L. D. (2003). *Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 76-84.
118. Smith, A.M., Roux, S., Naidoo, N. T., & Venter, D. J. (2005). *Food choices of tactile defensive children*. *Nutrition*, 21(1), 14-19.
119. Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A., & Barr, S.I. (2004) *Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregiver's decisions about offering a new food*. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(Suppl. 1), S57-S64.
120. Skinner, J. D., Carruth, B. R., Bounds, W., & Ziegler, P.J. (2002). *Children's food preferences: A longitudinal analysis*. *Journal of the American Dietetic Association* 102, 1638-1647.
121. Birch, L.L., Zimmerman, S., & Hind, H. (1980). *The influence of social-affective context on preschool children's food preferences*. *Child Development*, 51, 856-861.
122. Duffy, V. B., & Bartoshuk, L M. (2000). *Food acceptance and genetic variation in taste*. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 647-655.
123. Kim, U., Jorgenson E., Coon, H., Leppert, M., Risch, N., & Drayna, D. (2003). *Positional cloning of the human quantitative trait locus underlying taste sensitivity to phenylthiocarbamide*. *Science*, 299,1221-1225.
124. Essick, G. K., Chopra, A., Guest, S., & McGlone, F. (2003). *Lingual tactile acuity, taste perception, and the density and diameter of fungiform papillae in female subjects*. *Physiology & Behavior* 80, 289-302.
125. Cooke, L. J, Haworth, C. M., & Wardle, J. (2007) *Genetic and environmental influences on children's food neophobia*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86, 428-433.

126. Knaapila, A., Tuorila, H., Silventoinen, K., Keskitalo, K., Kallela, M., Wessman, M., et al. (2007). *Food neophobia shows heritable variation in humans*. *Physiology & Behavior*, 91, 573-578.
127. Sullivan, S.A., & Birch, L. L. (1994). *Infant dietary experience and acceptance of solid foods*. *Pediatrics*, 93(2), 271-277.
128. Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). *Restricting access to a palatable food affects children's behavioral response, food selection, and intake*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272.
129. Schafe, G. E., & Bernstein, I. L. (1996). *Taste aversion learning*. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The psychology of eating* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
130. Mattes, R. D. (1991). *Learned food aversions: A family study*. *Physiology and Behavior* 50, 499-504.
131. Chatoor, I. (1991). *Eating and nutritional disorders of infancy and early childhood*. In J. Wiener (Ed), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 351-361). Washington, DC: American Psychiatric Press.
132. Chatoor I., Ganiban, J., Harrison, J., & Hirsch, R. (2001). *Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy*. *Journal of the American Academy and Adolescent Psychiatry* 40, 595-602.
133. De Lucas- Taracena, M. T., & Montanes- Rada, F. (2006). *Swallowing phobia: Symptoms, diagnosis, and treatment*. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 34, 309-316.
134. Liebowitz, M. R. (1987). *Globus hystericus and panic attacks*. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 390-391.
135. Kaplan, P. R., & Evans, I. M. (1978). *A case of functional dysphagia treated on the model of fear*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 9, 71-72.

136. Dellert, S. F., Hyams, J. S., Treem, W. R., & Geertsma, M. A. (1993). *Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy*. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 17(1), 66-71.
137. Benoit, D., Wang, E. E., & Zlotkin, S. H. (2000). *Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood. A randomized controlled trial*. *The Journal of Pediatrics*, 137 498-503.
138. Linscheid, T. R. (2006). *Behavioral treatments for pediatric feeding disorders*. *Behavior Modification* 30(1), 6-23.
139. Cook, C. M., Linscheid, T.R., Rasnake, I.K., & Lukens, C. T. (2000, April). *Long term followup of pediatric patients treated for feeding problems*. Paper presented at the North Coast Regional Conference, Society of Pediatric Psychology, Cleveland, OH.
140. Duniz, M., Scheer, P. J., Trojovský, A., Kaschnitz, W., Kvas, E., & Macari, S. (1996). *Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 93-100.
141. Banerjee, S. P., Bhandari, R. P., & Rosenberg, D. R. (2005). *Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood*. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 123-127.
142. Celik, G., Diler, R. S., Tahiroglu, A. Y., & Avci, A. (2007). *Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in two-year-old twins*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 17, 233-236.
143. Homer, C., & Ludwig, S. (1981). *Categorization of etiology of failure to thrive*. *American journal of Diseases of Children*, 135, 848-851.
144. Shepherd, R. W., Wren, J., Evans, S., Lander, M., & Ong, T. H. (1987). *Gastroesophageal reflux in children: Clinical profile, course and outcome with active therapy in 126 cases*. *Clinical Pediatrics*, 26(2), 55-60.
145. Carr, M. M., Nguyen, A., Nagy, M., Poje, C, Pizzuto, M., & Brodsky, L. (2000). *Clinical presentation as a guide to the identification of GERD in children*. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54, 27-32.

146. Heine, R. G., Jordan, B., Lubitz, L., Meehan, M., & Catto-Smith, A. G. (2006). *Clinical predictors of pathological gastro-oesophageal reflux in infants with persistent distress*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 134-139.
147. Mathisen, B., Worrall, L., Masel, J., Wall, C., & Shepherd, R.W. (1999). *Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: A controlled study*. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 35, 163-169.
148. Chatoor, I., Paez, L., Harrison, J., Surles, J., Beker, L., Simenson, R., & Hirsch, R. (2003, October). *The reliability of diagnostic criteria for feeding disorders*. Abstract in *Scientific Proceedings of the 50th Anniversary Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 156). Miami Beach, FL.
149. Nelson, S. P., Chen, E. H., Syniar, G. M., & Christoffel, K. K. (1998). *One-year follow-up of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy*. *Pediatrics*, 102(6), e67.
150. Cameron, A.J., Lagergren, Henriksson, C., Nyren, O., Locke, G. R, 3rd, & Pedersen, N.L.(2002). *Gastroesophageal reflux disease in monozygotic and dizygotic twins*. *Gastroenterology*, 122, 55-59.
151. Gokce S, Tanrıverdi M, Cermik BB et al. *Oral Motor Dysfunction in Children With Feeding Disorder*. *Dysphagia* 2014; 29: 412. (Poster presentation 04). DOI 10.1007/s00455-014-9537-6.
152. Kardas M, Cermik BB et al. *Lorazepam in the Treatment of Posttraumatic Feeding Disorder*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. June 2014, Vol. 24, No. 5: 296-297.