

## Bölüm 23

# PİSİKOLOJİK AÇIDAN NORMAL VE OTİSTİK ÇOCUKLARDA BESLENME BOZUKLUĞU

*Fatih BAL - İstanbul Gelişim Üniversitesi*

## GİRİŞ

Beslenme bozukluğu normal ve otistik çocuklarda olmakla birlikte tüm yaş gruplarında ve tüm toplumlarda rastlanabilen sıklıkla psikolojik ve gelişimsel nedenlerden kaynaklanabilen bir durumdur. Besleme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yeme davranışları bozukluklarıdır (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Beslenme, çocuğun gelişimi ve sağlığı için ihtiyaç duyduğu besin maddelerini kılınmasıdır. Yeterli ve doğru beslenme sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında etken olmaktadır. Ülkemizde, ulusal ve bölgesel düzeyde yaşanan yetersiz beslenmeyle ilgili sağlık sorunlarının başlıcaları; 0--6 yaş grubu çocuklarda enerji ve besin öğelerinin yetersiz kalmasından kaynaklanan klinik durumlar, kansızlık, D vitaminin eksikliğine bağlı olarak kasların gevşek ve güçsüz olması; okul çağı çocuklarda ve gençlerde isezayıflık, şişmanlık, anemi, iyot yetersizliğinden kaynaklanan rahatsızlıklar, vitamin yetersizlikleri ve diş çürükleridir (Küçükali, 2006).

## AMAÇ

Bu bölümünde beslenme bozukluğunun nedenleri, tanısı, tedavi yaklaşımları normal ve otistik çocuklara yönelik çalışmaların teorik ve uygulamalı yaklaşımları amaç olarak konu edilmiştir. Ülkemizde sık karşılaşılan yetersiz beslenme ile ilgili sorunlar; 0 ile 6 yaş arasındaki çocuklarda protein enerji Çocuğun okul önce dönemde edindiği yeme davranışlarının doğru olmama-

sı ileride yaşayabileceği beslenme problemlerinin temelini oluşturabilmektedir. İyi ve doğru beslenme alışkanlığı çocukların bedensel, duygusal ve sosyal gelişiminde önem taşımaktadır. Yetersiz beslenme sorunun çocuklarda önlenmesinde en önemli faktör aile kadar eğitimidir. Bunun için okullarda beslenme konusunun 3-5 yaşından itibaren eğitim olarak verilmesi gerekmektedir (Küçükali, 2006).

## YÖNTEM

Bu çalışma normal ve otistik çocuklarda beslenme konusu ile ilgili yapılmış teorik ve uygulamalı çalışmaların betimsel çalışmalardan elde edilerek oluşturulmuştur. Derleme çalışmaları bir konu hakkında yapılmış çalışmaların bir araya getirilerek genişlemesine yapılmış çalışmaların tümüdür.

### Veri toplama araçları

Bu çalışma normal ve otistik çocuklarda beslenme konusu ile ilgili yapılmış teorik ve uygulamalı çalışmalardan elde edilmiş bilgilerden oluşturulmuştur. Bu çalışma elde edilmiş kaynaklardan altı ay gibi bir süreçte oluşturulmuştur.

### Beslenme Bozukluğunun Psikolojik Nedenleri

Beslenme bozukluğuna sebebi ile ilgili psikolojik faktörlere bakıldığında yaygın olarak, kilo ve dış görünüş ile dalga geçme, zayıf olma ile ilgili sosyal baskılar hem kız hem erkek çocuklarda yeme davranışlarında bozulmaya neden olabilmektedir. Kilo kaybı sorununda uzmanın dikkatini çeken unsurlara bakıldığında; haddinden fazla egzersiz yapmak, bilinçli olarak ya da hatalı beslenmeden kaynaklı yediklerini kusma, düzgün beslenmeyerek gereğinden az yeme, kusursuz olma kaygısı ile beden görünümüne çok kafa yormaktır. Çocuklarda bu tür davranışlar gelişim bozukluğuna neden olabilmekte, boy uzaması durabilmektedir. Çocuklar özellikle kilo konusunda ailelerinin eleştirilerinden etkilenmektedir. Çocuklarda beslenme bozukluğunun oluşmasında kaygı, depresyon, bağlanma ve sosyalleşmede yaşanan (annebabaları ile sınır sorunu yaşamaları gibi) sorunlar etken olabilmektedir. Çocuklar ailelerini uzak gördüğü için ya da iletişiminde sorun yaşadığı için yeme bozukluğu yaşayabilmektedir. Anoksia Nervosa'lı çocukların genel yaşantılarına bakıldığında; anne babasının boşanmış olması ya da kumar veyaalkol bağımlısı olması, ailesinde ölüm veya ruhsal problemler olmaktadır. Diğer sık görülen sebepler ise; aile ile iletişim problemi, duyguların bastırılması, kusursuz görünme isteği ile diyet yapmadır.

Vücut Kitle İndeks'inin yüksek olması çocuklarda yeme bozukluğu oluşmasında en önemli psikolojik etmenlerden biridir. Ayrıca sosyal çevrenin dayattığı beden algısı ile yakından ilişkilidir. Aile içerisinde yeme bozukluğu olması çocuk açısından da riski vardır.

Yeme bozukluğu olan kişilerde özgüven sorunu yaygın olarak görülmektedir (Sönmez, 2017).

DSM (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sistemi) çocuklarda yeme bozukluklarını üç sınıfa ayırmıştır:

**1. Bebeklerde ve Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu:**Çocukların çoğu bu beslenme bozukluğu sınıfına girmektedir. Bu bozukluk ölçütlerini karşılaması için çocuğun yeterince yemek yemiyor olma ile kendini gösteren kilo alamama ya da kilo kaybının olduğu bir beslenme probleminin olması gerekmektedir. Problemin en az bir aydır var olması ve eşlik eden bir gastrointestinal ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olmaması gerekmektedir. Bu kategori, bebekler ve küçük çocuklar için oluşturulmuştur, dolayısıyla semptomların altı yaşından önce başlaması gerekir. Eskiden organik olmayan büyüme gelişme başarısızlığı olarak adlandırılan vakalara bu tanı verilmektedir, ancak diğer beslenme problemlerine deörneğin Jason vakasında anlatılan problemler tanı verilebilir.Hastaneye yapılan pediatrik başvuruların yaklaşık beşte biri bebeğin yeterince kilo alamadığı durumlar içindir ve bu problemlerin yaklaşık yarısının organik etiyojisi yoktur. Bu tür bir problem diğer tüm açılardan sağlıklı bir çocukta görülebilir veya gelişme gerilikleri ya da uyku-uyanma bozuklukları gibi nörodüzenleyici bozuklukları ile beraber görülebilir.

**2. Ruminasyon Bozukluğu:**Ruminasyon Bozukluğu olağan bir işlevsellik döneminden sonra, en az bir ay süreli olarak, yiyeceklerin yinelenen redürjasyonu ve yeniden çiğnemesi olarak tanımlanır. Ancak bu bozukluk, eşlik eden bir tıbbi duruma bağlı değildir. Bu bozukluk bir Yeme Bozukluğu gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Semptomlar sadece MentalRetardasyon ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağırdır. Hastalığın başlangıcı genellikle çocuklar üçüncü ve on ikinci ayları arasındayken olur ve bu hastalık erkeklerde kızlara göre daha fazla görülür. Ruminasyon Bozukluğu nadir görülmektedir ancak kilo kaybı, yavaş büyüme ve yetersiz beslenmeye yol açtığından endişe yaratmaktadır ve dikkat çekmektedir.

**3. Pica:**Pica'da çocuklar en az bir ay süreyle yenilebilir olmayan maddeleri sürekli yerler. Küçük çocuklarda bu maddeler genellikle boya, alçı, ip saç ve giysidir. Bu bozukluk genellikle bebeklikte başlar ve şiddeti küçük çocukluk döneminde azalır. Ancak bu bozukluk bazı çocuklarda ergenlik döneminin başlarına kadar devam edebilir. Pica, Yaygın Gelişim Bozukluğu ve MentalRetardasyon ile de ilgili bir özelliktir. Dolayısıyla, bu yeme davranışı sadece bu bozukluklardan birinin gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa bile, ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek derecede ağırdır. Bu yeme davranışı kültürel açıdan onaylanan bir uygulamanın parçası ise pica tanısı verilmez.Pica'nın yaygınlığı bilinmemektedir, ancak okul öncesi çocuklarında gerçekte olduğundan az teşhis edildiği düşünülmektedir. Pica tanılı çocukların dikkatli tıbbi değerlendirmelerinin yapılması gerekir, çünkü beslenme yetersizliği ya da zehirlenme gibi tıbbi rahatsızlıklara yol açabilirler.

## Tanı ile İlgili Sorunlar

Hem bizim hem de başkalarının klinik deneyimi bugünkü sınıflandırma sisteminin küçük çocuklardaki beslenme bozukluğunun karmaşıklığını açıklamaya yeterli olmadığını göstermiştir. Örneğin bebeklerde ve küçük çocuklarda beslenme bozukluğu kategorisinde farklı etiyojoloji ve sunumların olduğu vakalar olabilir. Ayrıca, bazı beslenme problemi vakalarını bugünkü sisteme göre sınıflandırmak da zordur.

Biz açıkça posttravmatik kaynaklı birçok beslenme problemi vakası da gördük. Bu vakalar olumsuz deneyimlerin olduğu tıbbi müdahaleler, tıkanma, nefesin kesilmesi gibi yaşantıların ardından oluşmaktadır. Örneğin son zamanlarda yemek yemeyi reddeden 4 yaşındaki bir kız çocuğunun bu problemi sert bir şekeri ebeveynlerinin söylediğinin aksi şekilde yemeye çalışıp şekerin boğazında kalıp nefesini tıkaması ardından başlamıştı. Bu beslenme bozukluğunun tedavisi çocuğun travmatik yaşantısına tepkilerini kısa süreli oyun terapisi ile işlemeyi içeriyordu. Ayrıca, çocuğa kademe kademe davranışsal ödüllere beraber katı yiyecekler veriliyor ve ebeveynlere de psikolojik destek sağlanıyordu.

Çocuklar yemek yeme becerilerinin geliştiği normal kritik periyotta yemek yeme ile ilgili yeterli deneyim yaşamadıkları durumlarda da beslenme bozukluğu geliştirebilirler. Genellikle bu yapılması gereken bazı tıbbi müdahalelerden dolayı olur. Örneğin son zamanlarda gördüğümüz beş yaşındaki bir kız çocuğu yeterli beslenmede; acıktığını ve susadığını ebeveynlerine haber vermekte güçlük çekiyordu. Bu kız çocuğunun ilk yaşlarında önemli bir tıbbi operasyon geçirdiğini ve üç yaşına kadar tüp ile beslendiğini öğrendik. Ailesi ona yemek yemesinde destek olsa bile beslenme ile ilgili problemleri devam etti.

Şu anki tanısal sınıflandırma sisteminde bulunmayan diğer bir beslenme bozukluğu ise patolojik aşırı beslenmedir. Nadir görüldüğü düşünülen bu bozukluk çocukların sağlık ve gelişimleri üzerinde ciddi sonuçlara yol açabilir.

## Otistik çocuklarda beslenme

Otizm erken çocukluk döneminde ortaya çıkan sosyal hayata adapte olmada yaşanan sorunlar, dil ve iletişim becerilerinde sorunlar ile birlikte çocuğun etkinliklerine ve hobilerine etki eden, yüksek kortikal işlevlerle bağlantılı davranış belirtileriyle tanımlanan ve yaygın gelişimsel bozukluklar içerisinde sınıflandırılan bir bozukluktur. Merkezi sinir sistemini etkileyen bir bozukluk olmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların sindirim sistemi sorunları, yeme problemleri ve tedavi amaçlı uygulanan eliminasyon diyetleri beslenmelerini etkilemektedir. Otizm spektrum bozukluğu çocuklar beslenme yetersizliği açısından risk altında olduğundan besin tüketim kayıtlarıyla takip edilmeli ve aileler eğitimlerle bilgilendirilmelidir.

Otizm yaşam boyu devam eden iletişim, dil, sosyal olma gibi birçok alanı etkisi altına alan bir bozukluktur. Duygusal ve sosyal ilişkilerde kısıtlılık, dilin gelişimin-

de gecikme ve tekrarlayıcı davranışlarla kendini belirten otizmin klinik belirtilerinin şiddeti kişiden kişiye göre şiddetliden hafife kadar değişiklik göstermektedir (Greenspan, 1992). Otizmin bu belirtilerini; takıntılı davranışlar, tekrarlayıcı davranışlar, sözel ve sözel olmayan iletişimde bozukluk, toplum içerisindeki sosyal ilişkilerde bozukluk, ilgisizlik şeklinde gruplar altında toplanabilmektedir (Korkmaz, 2000). Otizimli çocukların iletişim bozukluğu, sosyal etkinlik eksikliği yada sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar gibi temel davranışlar kısmen de olsa iyileşme sağlayabilmekle birlikte otizmin tedavisi konusunda net bir bulgu bulunmamaktadır (Warren, et al., 2011).

Otizimli çocukların beslenmesinde yağ asidi, multivitamin, mineral ve probiyotik takviyesi özel diyetlerin uygulanmasında kullanılan en fazla tercih edilen tedavi seçenekleridir. Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda yeme problemlerinin fazla olması besin seçiciliğinin oluşmasına neden olmakta ve besin ögesi yetersizliklerinin oluşmasına neden olmaktadır (Anderson, et al., 2010)

Bu çalışmada otizm spektrum bozukluğu olan çocukların beslenme durumlarını, sosyal, dil ve iletişim bozuklukları psikolojik açıdan irdelenecektir.

## 2. Otizm Spectrum Bozukluğu Tanımı

Otizmin 'autism' olarak ifade edilir ve kelime anlamı olarak kendine dönük anlamına gelmektedir (Gül, 2015). Otizm uygunsuz ve kısıtlı duygulanım, yakın arkadaşın olmaması, sosyal alanda yaşanan yetersizlik gibi belirtileriyle şizotipal kişilik bozukluğunda görülen sosyal sorunlarla örtüşmektedir. Her iki bozuklukta benzer belirtiler görülmesi ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır (Ünver, Öner ve Yurtbaşı, 2015).

Otizm, Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'nde, "erken çocukluk döneminde görülmeye başlayan, sosyal etkileşim ve iletişim bozukluğu ile ilgi ve etkinliklerin belirgin sınırlılığı gibi özelliklerle kendini gösteren yaygın gelişimsel bozukluk durumu" şeklinde ifade edilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 31.05.2006) Otizm spektrum bozukluğu, sosyal-iletişimsel alanında yetersizlik, sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar ile seyreden ve erken çocukluk çağına ortaya çıkan bir bozukluktur (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2016)

Sendromun ilk olarak 1943'te tanınmasından bu yana, otizmin kökenleri ve doğası üzerine tartışmalar gelişmiştir. Örneğin, bazı etkili teorisyenler, bir çocuğun hayatının ilk aylarında "kötü annelere" bağlı otizm olduğunu iddia etmişlerdir. Son kanıtlar, bu resmin radikal bir şekilde yanlış olduğunu göstermektedir. Otizm, belirli ve kendine özgü bir "bilişsel eksiklik" nedeniyle gelişir. Bu açık, belirli türden düşünceleri ve duyguları diğer insanlara bağlayamama, sosyal ilişki kurmada sorun yaşama ile sonuçlanmaktadır. Özellikle, erken çocukluk döneminde ciddi biçimde geri çekilebilen bireyler, beş yaşından itibaren sosyal davranışlarında sadece pasif veya tekolma eğilimindedir. İletişimdeki sorunlar hem sözel hem de sözel olmayan

davranışlarda ortaya çıkar. Çocuklar zihinsel yaşlarına uygun sözdizimi ve fonolojiyi öğrenirler ancak genellikle dilin diğer yönlerini öğrenmek için daha yavaştırılar. Otistik çocukların dilin pragmatik yönleri ile ilgili belirli sorunları vardır. Hem metaforları hem de normal dolaylı anlatım biçimlerini kullanmaları ve anlamaları açısından çok basittirler. (Morton, 1989).

Otizimli çocukların üç temel özelliği vardır (Frith, Morton&Leslie, 1991):

1. Sosyalleşmede, karşılıklı iletişim ve etkileşimlerin kalitesinde bozulma
2. İletişimde ortaya çıkan sorunlar (sözel, sözel olmayan iletişimin kazanılmasında gecikme ve iletişimin doğru kurulamaması)
3. Hayal gücünün farklı ya da yetersiz olmasından kaynaklı değerleri benimseyememe

Otizm spektrum bozukluğu genelde çocukluğun ilk üç yılında kendini göstermektedir. Bazı belirtileri; içe kapanıklık, dili öğrenememe, değişikliklere aşırı tepki, somut olmayan kavramları öğrenmede güçlük, konuşulanları algılayamama, zamanı algılayamama ve sosyal çevre ile iletişimde kopukluk veya sınırlılıklar olan gelişimsel bozukluktur (Özbey, 2005).DSM'ye (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sistemi) göre otizmin özellikleri; erken çocukluk döneminde ortaya çıkan sosyal iletişim ve etkileşimde yaşanan farklılıklar ve yetersizlikler, sınırlı ve tekrarlayan davranış kalıpları ile birlikte günlük yaşam işlevlerinde aksama görülen bir nörogelişimsel bozukluk olarak ifade edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Otizm, yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve yaşam boyu süren, sosyal ilişkiler, iletişim, davranış ve bilişsel gelişmede gecikme ve sapmayla giden nöropsikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir(Doğangün, 2008).Otizimli çocuklarda duyuusal bozukluk olarak motor planlama ve mantığını kullanarak sıralamada problemler görülebilmektedir (Kranowitz, 2014).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların özellikleri (Çolak,2016);

**1. Sosyal Etkileşimdeki Yetersizlikler:** Göz kontağı kurmada sorun yaşama, ilgi alanlarında farklılıklar, sosyal çevresindekilerinin yaptıklarına ilgi duymama, yaşitlarıyla iletişime girmede yetersiz kalma ve isteksizlik,kendi ile baş başa kalma isteği, çevresindeki bireylerin duygularını ve görüşlerini anlamada sorunlar, iletişim kurarken beden dilini kullanmada zorlanma, aileye bağlanmada sorun yaşama, hayal kurmada yetersizlikler.

**2. Dil ve İletişim Becerilerindeki Yetersizlikler:**Dil becerilerinde yetersizlik, tekrarlayıcı sözel ifadelerin kullanımı, Jest ve mimik gibi sözel olmayan beden dilini anlamada sınırlılık, iletişime sözel ve sözel olmayan şekilde geçmede sınırlılık.

**3. Takıntılı ve Sıradışı Davranış Örüntüleri:** Nesnelere eşyaları amaçları dışında kullanmak ve aşırı ilgilenmek (özellikle hareket eden nesnelere), takıntı haline getirmek. Herkesin ilgi duymadığı sıradışı konulara aşırı ilgi duymak ve konu ile ilgili ince ayrıntıları anımsamak. Sıradışı beden ve el hareketleri. Belli düzen ve rutinlere ilişkin aşırı ısrarcılık ve olan değişikliklere aşırı tepki göstermek. Kendine ve başkalarına zarar verici davranışlar göstermek. Yabancılarla, kalabalığa ve yeni durumlara karşı sosyal korkular, kaygılar veya saldırgan davranışlarda bulunmak. Görsel, dokunsal ya da işitsel uyarılara karşı aşırı hassasiyet göstermek. Uyku ve yemek problemlerinin olması.

### 3. Otizmin Epidemiyolojisi

Gelişimsel yetersizlikler, zihinsel ve / veya fiziksel bozukluklardan kaynaklanan çok çeşitli kronik hastalıklar grubudur. Gelişimsel engelli insanlar, dil, hareketlilik, öğrenme, kendi kendine yardım ve bağımsız yaşam gibi büyük yaşam aktiviteleriyle ilgili problemlere sahiptir. Gelişimsel engeller 22 yaşına kadar gelişim sırasında her zaman başlar ve genellikle kişinin yaşamı boyunca sürer. Otizm spektrum bozukluğu (ASD), önemli sosyal, iletişim ve davranış sorunlarına neden olabilen gelişimsel bir sakatlıktır (Autism Spectrum Disorder (ASD), <https://www.cdc.gov> ).

Otizm bir zamanlar nispeten nadir bir durum olarak kabul edilirken, son dönemlerdeki epidemiyolojik veriler bu algıyı kökten değiştirmiştir. Yaşlı anne babalara doğmak, erken doğum veya yüksek riskli yaşamak gibi sebepler önemli etkenlerdir (Fuentes, et.al., 2012). Otizmin görülme sıklığı günümüzde çok büyük bir hızla artmaktadır. 1985 yılında her 2500 çocuktan birine konan otizm tanısı, 2001 yılında 250, 2013 yılında ise 88 çocuğa konurken günümüzde her 68 çocuktan biri otizmliler olarak dünyaya geliyor. Otizmin erkek çocuklarında görülme riski ise kızlardan 4 kat daha fazla olduğu görülmektedir (<http://www.bilimgenc.tubitak.gov.tr>, 2015).

Hastalıktan Korunma Ve Önleme Merkezi'nin (CDC), 2014'te yaptığı araştırma sonuçları Amerika Birleşik Devletleri genelinde otizmde ulusal düzeyde, 59 çocuktan 1'i 2014 yılında 8 yaşına kadar otizm spektrum bozukluğu (ASD) tanısı almış, 2012'ye göre bu oran yüzde 15 artmıştır (Autism Speaks, 2014).

### 4. Otizmin Etiyolojisi

Hala otizm etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Otizme neden olabilecek faktörler;

- Genetik, prenatal, postnatal faktörler medikal hastalıklar
- Beyin hasarı veya beynin fonksiyon bozuklukları
- Nörobioyokimyasal bozukluklar
- Nörobiyolojik faktörler

- Nöroanatomik faktörler
- Emosyonel gelişim anomalileri
- Kognitif süreçler ile dil ve konuşma gelişimi bozukluğu olmaktadır (Şener ve Özkul, 2013).

Otizm spektrum bozukluğunun temelinde genetik faktörlerin etkili olduğunu ileri süren araştırmacıların görüşünü destekleyen otizmlili bireylerdeki genetik çalışmalarından, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla otizm görülme yüzdesinin belirgin olarak yüksek çıkması örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca otizmin, erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazla görülmesi, genetik faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir (Korkmaz, 2010)

Çocuklarda otizme neden olan genetik hastalıkları tespit etmedebağışıklık sistemi bozuklukları, sonradan oluşanhastalıklar, nöroanatomik bozuklukların olması, kanda ve vücut sıvılarında norokimyasal bozuklukların saptanması, elektrofizyolojik incelemelerde anormalliklerinin belirlenmesi, otizm ile epilepsi arasında bağ olması, nörolojik muayenede eksikliklere rastlanması, nöropsikolojik testlerde bozuklukların saptanması gibi yöntemler kullanılmaktadır (Özeren, 2013).

## 5. Otizme Neden Olan Faktörler

Otizme kesin olarak neyin neden olduğu hala tam olarak bilinmemektedir. Çünkü otistik davranışları tek bir nedene bağlamak mümkün değildir. Otizmlili kişilerin sadece %5-10'unda tıbbi bir neden bulunabilmektedir. Otistik bozukluk birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilir. Otizme neden olabilecek sorunlar, genetik etkenler, çevresel faktörler, psikolojik ve sosyo-psikolojik sebeplerin yanısıra hamilelik veya doğum esnasında beyinde oluşan bir hasar, ailenin ya da çocukların zehirli kimyasal maddelere maruz kalmış olmaları gibi birçok neden sıralanabilir.

### 5.1. Genetik Faktörler

Otizm etiyojisini aydınlatmaya yönelik yapılan son dönem araştırmalarda hastalığın oluşmasında genetik faktörlerin büyük rol oynadığını görülmüş ve beyin işlevleri, nörokimyasal, immünolojik etkenler ön plana çıkmış durumdadır (Şener ve Özkul, 2013).

Otizm birkaç farklı etiyojiden veya patolojik mekanizmaların birleşiminden kaynaklanır. Patojen ile birlikte immün fonksiyon bozukluğunun bazı otizm vakalarının gelişimine katkıda bulunan faktörler olabileceğini bilinmektedir. C4B genine ek olarak, kromozom 6 üzerindeki diğer genlerin de otizm ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Gelişmekte olan çocukta, genetik olarak belirlenmiş bağışıklık yetersizlikleri otizm riskini iki şekilde artırabilmektedir. Birinci olarak, patojen veya onun toksinleri beyne zarar verebilir. İkinci faktör ise patojen beyin işlevini engelleyen bir otoimmün



mekanizmayı tetikleyebilir. Annede immün yetmezlik bir patojenin uteroda kalmasına, fetal beynine doğrudan zarar vermesine veya fetal beyinde patojenez oluşturan maternal bir bağışıklık yanıtını tetiklemesine izin verebilir. (Burger & Warren, 1998).

## 5.2. Çevresel Faktörler

Otizmin genetik faktörlerin dışında çevresel faktörlerin de etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Öncelikle otizmlili tek yumurta ikizinin her zaman otizmlili olmaması, sonradan meydana gelen beyin hasarına ya da edinsel hastalıklara bağlı olarak otistik bulguların ortaya çıkması söz konusu olabilmektedir. Otizmlili çocukların gebeliklerinde ve doğumlarında komplikasyonlar olması, daha sık perinatal sorun, ilk bir ay içerisinde daha sık enfeksiyon, artmış anne/baba yaşı, tüm otizmlilerin 1/3'ünde görülen tamamen normal bir doğum ve gelişimi takiben 8 ay-2 yaş arası gerileme, bağışıklık sisteminde görülen bozukluklar, immünolojik bozukluklar ve minör fiziksel anomalilerin olması da çevresel etkenlerin olduğunu göstermektedir (Anderson, et al., 2010).

Son yapılan araştırmalarda, annenin gebeliğinin erken dönemlerinde tiroid hormon yetersizliğinin de otizme yol açtığı görülmektedir. Annenin hamilelik dönemindeki D vitamini yetersizliği, hamilelik döneminde kullanılan ilaçlar da çevresel nedenler arasında bulunmaktadır (Christensen, et al., 2013). Farklı çalışmalar otizmde %60 gibi yüksek bir oranının immünolojik bozukluklar olduğu göstermektedir. Bu immünolojik bozukluklar temelde genetik bir yatkınlığı göstermekle birlikte çevresel faktörlerin de etkili olduğu kanısını güçlendirmektedir. Otizmi olan ailelerde Tip-I diabet, erişkin romatoidartrit, hipotiroidi gibi otoimmün bozukluklara da rastlandığı belirlenmiştir (Comi, et al., 1999).

Otizmin ortaya çıkmasında diğer bir önemli faktör sorunlu gebelik olmaktadır. Anne adayının yaşının büyük olması, gebelikte ilaç kullanımı, viral enfeksiyon, kanama, travma, prematüre doğum gibi faktörler etkili olabilmektedir. Bu noktada yenidoğan bebeğin ağlamada gecikmesi, kalp atışlarına, rengine, solunumuna, hareketlerine ve uyarılara karşı verdiği tepkilerde anormallik olması, solunum durması, sarılık gibi sorunların otizmlili çocuklarda daha fazla yaşandığı tespit edilmiştir (Lord & Bailey, 2002).

## 5.3. Psikolojik ve Sosyo-psikolojik Faktörler

1950 ve 1960 yıllarında ortaya koyulan psikojenik teori otizmin, doğumdan sonra çevresel faktörler doğrultusunda meydana geldiğini savunmaktadır. Psikojenik teoriye göre otizm davranış şekillerinde görülen antisosyallik ve içe dönüklük hali, anne-baba tutumu ve duygusal sebeplerden ortaya çıktığı savunulmaktadır. Bu teoriye göre annenin çocuk ile olan ilişkisindeki sıcak olmayan ve reddeden davranış biçiminde olması sonucunda çocukta görülen geri çekilme otizmin nedeni olarak kabul

edilirken otizmlili çocuğu olan ebeveynler ve normal gelişim gösteren çocuğu olan ebeveynler ile ilgili yapılan araştırmalarda ailelerin ilgisiz, sıcak olmayan tutumu ve yetiştirme tarzı açısından otizmlili ve normal çocuklarda açıkça bir farkın görölmediği savunulmuştur (Darıca, Abidoğlu ve Gümüşçü, 2000).

## 6. Otizmlili Çocuklarda Görölren Davranış Problemleri

Otizmlili çocuklarda görölren duyuusal ve motor problemler, belirgin iletişim ve davranış problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Otizmlili çocuklarda görölren davranış problemlerinin başında öfke nöbetleri, saldırganlık, hiperaktivite gelmektedir.

**Öfke Nöbetleri:**Otizmlili olan çocuklarda saldırganlık, kendine zarar verici davranışlar, negativistik ve işbirliğine girmeyen tutum, insanlarla kendiliğinden ilişkiye girmeme, uygunsuz nesne ilişkileri, affektif labilite ve öfke nöbetleri, yineleyici davranışlar ve yerinde duramama gibi problemler ile karşılaşılmaktadır (Özdemir, v.d.,2009).Otistik çocuklar duygularını uygunsuz biçimde dile getirmektedirler. Nedeniz yere ağlayıp öfke nöbeti geçirebilirler. (Bodur ve Soysal, 2004).

Otizm tanısı alan çocuklarda öfke nöbetlerinin sık görölüdüğü bilinmektedir. Otizm tanısı almış hastalarda çeşitli şekillerde göröllebilen kendine zarar verme davranışları çoğu zaman aileleri için önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Kendine zarar verme ve agresif davranışlar gösteren hastalarda, psikolojik destek önem kazanmaktadır (Odabaşıoğlu, Genç ve Öztürk, 2009).

**Saldırganlık:**Genellikle aile yakınlarına ve kardeşlere vurma, sa çekme şekilindedir. Nadiren saldırganlığın boyutları tehlikeli bir hal alabilmektedir. aletlerle saldırma, boğaza sarılma gibi davranışlarla kendini gösterebilmekte, tekrarlayıcı hareketlerle karışabilmekte yada yakınlaşma ve ilgilenmenin bozuk ifadeleri olarak gelişebilmektedir. Saldırganlık sürekli hale gelirse mala ve cana yönelik olursa ilaç ile tedavi edilmesi gerekmektedir (Korkmaz, 2001).

**Hiperaktivite:**Birçok otizmlili çocukta hiperaktivite ile birlikte dikkat dağımlıklığı da göröllebilir. Hiperaktivite özellikle iki yaş civarındaki çocuklarda çok belirgindir. Bazı çocuklarda uzun süre devam eder ve başlıca sorunlardan biri olur. Aşırı aktif dönemleri zamanla hareketsiz etkinlik dönemleri izler. Bazen de sadece belli ortam ve durumlarda aşırı hareketlilik görölmektedir (Kılınç,2012).

## Otizimde Beslenme

Bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirmesi için gerekli olan ihtiyaçlarının başında beslenme gelmesinden dolayı beslenme problemlerinin giderilmesi, sağlıklı öğün davranışlarına sahip olunması ve ailelerin çocuklarına uygun besleme yöntemleri benimsemeleri otizmlili çocukların yaşam kalitesini arttırma önem arz etmektedir (Meral, 2017).

Otizimli çocuklar sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldıklarında otizimli çocukların duyusal özellikler açısından normal çocuklardan farklı oldukları görülmektedir. Bu farklılıklar daha çok duyma ve dokunma duyularında bulunmaktadır. Otizimli çocuklarda beslenme problemleri yaygın olup, çiğneme güçlüğü, besin seçiciliği, takıntılı yeme gibi davranışları oldukça fazla görülmektedir.

Otizimli çocukların bağırsak floralarının aşırı geçirgen olması ve beslenmede çok seçici olmaları sonucu, pek çok vitamin ve mineral eksikliği yaşadıkları bilinmektedir. Otizm etyolojisinde beslenmenin rol oynayabileceği ve semptomlarını hafifleterek tedavide etkin olabileceği görülmektedir. Buna yönelik beslenme desteği konusunda çeşitli tedavi yaklaşımları denenmektedir. Uygulanan bu tedavi yaklaşımları arasında Glutensiz-kazeinsiz Diyet, ketojenik diyet, Özel Karbonhidrat Diyeti yer almaktadır. Ayrıca vitamin mineral suplemanları, probiyotik, yağ asitleri takviyesi gibi yardımcı tedaviler de uygulanmaktadır (Önal ve Uçar, 2017).

## 8. Diyet Yaklaşımları

### 8.1. Besin Ögesi Yetersizlikleri

Kronik ishal veya kabızlık gibi sorunlar otizimli çocukların mide veya bağırsaklarında oluşabilen iltihaplar nedeniyle besin alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bunun sonucunda ihtiyaç duyulan besin öğelerini karşılamak amacıyla supleman alımı önerilmektedir (Adams & Holloway, 2004) Otizmde besin ögesi takviyesinde etkili olduğu düşünülen Yağ asidi, Multivitamin, Mineral ve Probiyotik takviyeleri önerilmektedir.

### 8.2. Yağ Asidi Takviyesi

Otizm tedavisinde omega-3 yağ asitleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Vancassel ve arkadaşları otizimli çocuklarla kontrol grubun serum omega-3 ve diğer çoklu doymamış yağ asitlerinin düzeylerini değerlendirmişlerdir. Otizimli çocukların plazma omega-3 yağ asit düzeylerinin kontrol grubundan %23 daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca plazma poliunsatüre yağ asitleri düzeyi de otizimli çocuklarda kontrol grubuna göre %20 daha düşük çıkmıştır (Vancassel, et al., 2001). Yapılan başka bir pilot çalışmada ise otizimli olan 18 çocuğa, 3 ay boyunca omega-3 yağ asidi takviyesi (omega-3 ve omega-6 40 mg 247 mg) verilmiştir. Dil becerileri başlangıçta ve 3 aylık deneme döneminden sonra ölçülmüş ve dil becerilerinde artış görülmüştür (Patrick & Salık, 2005). Benzer bir çift kör plasebo kontrollü yapılan bir çalışmada ise total 1,5 mg omega-3 yağ asitinin şiddetli öfke nöbetleri, saldırganlık veya kendine zarar verme gibi durumların eşlik ettiği otistik bozukluğu olan çocuklarda etkileri değerlendirilmiştir. Bu sadece 22 çocuk üzerinde yapılan küçük bir araştırma olmasına rağmen plaseboya kıyasla omega-3 ün avantajları görülmektedir (Amminger, Berger, Schafer, Klier, Friedrich, & Feucht, 2006)

### 8.3. Multivitamin Takviyesi

Otizimli bireylerin vitamin ve mineral seviyelerinin düşük olduğu bazı çalışmalar neticesinde belirlenmiştir. Bu eksikliğin kronik ishal/konstipasyon, gastrointestinal problemler veya diyet kısıtlamaları gibi nedenlerden kaynaklandığı ve immün sistem ile alakalı olduğu düşüncesine varılmıştır (Kawicka & Regulska, 2013). Ayrıca bu çocuklarda birçok metabolik sürecin, hem hücresel metilasyon hem de glutatyon aracılı antioksidan savunmanın eksik olduğu görülmektedir. Bu nedenle metionintransmetilasyon / transsülfürasyon metabolizmasında önemli bir kofaktör olan vitamin B12'nin metilasyonu ve antioksidan kapasitesini artıracığı düşünülmüştür. Otizmde görülen artmış oksidatif stres, tedavide C ve E vitamini gibi antioksidan vitaminlerin kullanımı da yaygınlaştırmıştır (Mazlum, 2012).

### 8.4. Mineral Takviyesi

Otizimli bireylerin çoğunda görülen aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve konsantrasyon güçlüğü plazma çinko ve bakır düzeylerindeki farklılıklarından kaynaklandığı görülmüştür (Yorbık, Olgun, Kırmızıgül ve Akman, 2004).

İnsan ve hayvan çalışmalarında çinko ve bakırın düzeylerindeki değişikliklerin davranış sorunlarına neden olabildiği gösterilmiştir. Karşı olma karşı gelme bozukluğu (KO-KGB) olan ve sağlıklı çocuklarda plazma çinko ve bakır düzeylerini karşılaştırıldığında KO-KGB olan çocukların plazma çinko düzeyleri düşük olduğu saptanmıştır (Yorbık, Olgun, & Kırmızıgül, 2004).

Bunun nedeni ise serumda bakır/çinko seviyelerinin artışı ve buna bağlı olarak bakır, çinko ve diğer metallerin düzenlenmesinde yer alan metallothioneinin proteinin artışı olarak görülmektedir. Ancak bu durumun otizimli çocuklarda disfonksiyona neden olabileceği görülmektedir (Önal ve Uçar, 2017).

Vitamin / mineral takviyelerinin otizimli çocuklar için en çok önerilen tedavi yaklaşımları olarak görülürken otizimli çocuklar için vitamin / mineral takviyeleri konusunda fazla tedavi çalışmasının yapılmadığı görülmektedir (Adams J. , 2015).

### 8.5. Probiyotik Takviyesi

Otizimli her üç çocuktan birinde beslenme anormallikleri, gastroözofajiyal reflü, karın ağrısı, diyare, konstipasyon gibi çeşitli gastrointestinal sorunlar görülmektedir. Bu sorunların çoğunluğu otizimli çocuklarda anormal davranışlar ve olumsuz sosyal etkileşimler ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Bu çocuklarda sıklıkla görülen anksiyete, şaşkınlık ve sosyal izolasyon, gastrointestinal şikayetleri geride bırakmaktadır. Konakladığı organizmanın sağlığına katkıda bulunan probiyotiklerin gut mikrobiyotasını değiştirerek sağlığı olumlu yönde etki sağladığı görülmektedir. Otizimli çocuklarda ise potansiyel zararlı etkileri olan bazı metabolitlerin düzeylerini değiştirerek,

problemlerin iyileşmesinde etkili olduğu tahmin edilmektedir. Probiyotik kullanımının yararı için ortaya atılan diğer bir hipotez, sağlıklı gut florasının gut-beyin bariyeri yoluyla beyin ve davranışlar üzerinde etkili olmasıdır. Ancak çalışmalardan elde edilen sonuçlar birbiriyle çelişmektedir. Otizmlı çocuklarda probiyotik kullanımı; gut mikrobiyotasını iyileştiren, inflamasyonu azaltan, epitelyal bariyer fonksiyonunu düzelten ve davranışsal semptomları iyileştiren terapötik bir yoldur (Navarro, Liu & Rhoads, 2016).

## 9. Özel Diyetler

### 9.1. Gluten veya Kazein'den Yoksun Diyet

Otistik çocuklar için en yaygın kullanılan diyet yaklaşımı glutensiz kazein içermeyen diyet olduğu görülmektedir. Gluten ve kazein duyarlılığının GİS semptomlarına yol açarken aynı zamanda bağırsak inflamasyonu ve artan sızıntılı bağırsak ile de ilişkili olduğu ve bir çoknörolojik belirtilere neden olduğu saptanmıştır. Gluten ve kazeinden yoksun diyetle, ailelere 60 gün veya daha uzun süreli gluten ve kazein içeren tüm besinler yasaklanmaktadır.

Çeşitli otizmlı çocukların anne babalarının bir arada oldukları ortamlarda gluten ve kazeinden yoksun diyetlerin genellikle GİS semptomları konuşma, sosyalleşme ve diğer otistik davranışlarda olumlu değişmelerin olduğu görülmektedir. Diyetinin otizm tedavisinde etkinliğini gösteren 2 tane kontrollü çalışma vardır ve her ikisinin de olumlu sonuçları olduğu görülmektedir (Weber & Newmark, 2007).

Knivsberg ve arkadaşlarının yaptığı araştırma, bir yıl gluten ve kazeinden yoksun diyet yapan otizmlı çocuklarda sosyal temasın arttığı, ritualistik davranışların azaldığı görülmüştür (Knivsberg, Reichelt, Høien, & Nodland, 2002).

Otizm belirtilerinin tedavisinde gluten ve kazeinden yoksun diyetinin etkinliği tartışılmaktadır. Çocukta diyetle birlikte akut davranış değişiklikleri görülüyorsa ve/veya tıp profesyonelleri tarafından gluten ve/veya kazein için besin intoleransı veya alerjisi teşhisi söz konusuysa uygulanmalıdır (Mulloy, Lang, Reilly, Sigafoos, Lancioni, & Rispoli, 2011).

### 9.2. Ketojenik Diyet

Ketojenik diyet, yüksek yağ, gelişim için yeterli miktarda protein ve düşük karbondhidrat içeren diyet anlamına gelmektedir. Uzun sürede açlığın etkilerini taklit eden diyet modelidir ve günlük enerji alımı %85-90 oranında azaltılmaktadır. Yağ, protein oranını 4:1 olarak önerilmektedir. Bebekler ve adölesanlar için 3:1, 2:1 gibi düşük oranlar önerilmektedir. Bu diyeti uygulayan çocuklara besin ögesi yetersizliğini engellemek için multivitamin, mineral ve Casuplementasyonu yapılmaktadır (Kossoff & Wang, 2013).

Tadının kötü olması, katı uygulama metodu, bir diyetisyen ve pediyatrist gözetiminin gerekliliği gibi nedenlerle ketojenik diyetin uygulanması ve uzun süre devam ettirilmesi güç bir diyet programıdır ( Hindistan Epilepsi Derneği Hindistan Epilepsi Tedavi Kılavuzu, 2010).

Epileptik nöbetlerin sayısını ve şiddetini azaltmada kullanılan ve terapötik bir yöntem olarak tanımlanan ketojenik diyet, zihinsel gelişim ve hiperaktivite için olumlu etki yaptığı görülmektedir. Uzun zincirli trigliserid diyeti olarak da bilinen klasik ketojenik diyetle yağ, enerji alımının büyük kısmını oluşturmakla birlikte vücut enerji kaynağı olarak yağı kullanmaya zorlanmaktadır.

Karbonhidratlar ciddi oranda kısıtlanırken protein alımı minimum düzeyde tutulmaktadır. Otistik davranışların, glikoz metabolizmasındaki bir bozukluktan kaynaklanabildiği ve bunun sonucunda azalannikotinamidadenindinükleotit veya nikotinamidinükleotit eksikliğine yol açtığı düşünülmektedir. Ketojenik diyet nikotinamidinükleotit'den tasarruf ederek mitokondriyal işlev sağladığı görülmektedir (Kossoff & Wang, 2013).

### 9.3. Özel Karbonhidrat Diyeti

İlk kez 1920'li yıllarda özel karbonhidrat diyeti geliştirilmiştir. Basit ve kompleks karbonhidratların malabsorbsiyonu göz önünde bulundurulmakta, buna bağlı olarak diyetle bulunan kompleks karbonhidratlara kısıtlama yapılırken basit karbonhidratlar tamamen çıkarılmaktadır. Özel karbonhidrat diyetinin, iritabl barsak sendromu, çölyak hastalığı ve otizm gibi çeşitli hastalıklarda olumlu etki yaptığı görülmektedir. Özel karbonhidrat diyeti, hasar görmüş bağırsak duvarlarını ve bakteri üremesini kontrol altına almak, bağırsak patojenlerinin beslendiği karbonhidrat türlerini kısıtlatmak ve böylece vücudun iç ekolojisini yani barsak florasını düzeltmeyi amaçlamaktadır. Bu diyet fermente besinlerin, özellikle ev yapımı yoğurtların ve probiyotiklerin kullanımını da teşvik etmektedir (Önal ve Uçar, 2017).

Otizm giderek artan tanı ve yüksek morbidite oranları açısından tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu hastalıkla ilişkili olarak tıbbi ve sosyal platformlarda farkındalığın artması olumlu bir gelişme olmakla birlikte henüz istenen düzeylere ulaşmamıştır.

OSB'li çocukların beslenme problemlerinin çözümüne yönelik müdahale teknikleri ve ilgili araştırmalar özetlenmeye çalışılmıştır. Otizmi tedavi edebilecek belirli bir diyet müdahalesinin olmadığı ancak bazı özel diyet uygulamalarının ve takviyelerin bazı bireylerde olumlu davranış değişiklikleri sağladığı bulunmuştur. OSB'li çocuklar beslenme yetersizlikleri açısından risk altındadırlar. OSB'li çocukların aileleri beslenme danışmanlıkları almalıdır. Çocuklar besin tüketimi, besin ögesi alımı ve yeme davranışları açısından sık sık değerlendirilmelidir. Besin seçiciliği, özel diyetler, tek yönlü beslenme gibi durumlarda ailelerle ve özel eğitimcilerle işbirliği yapılarak bu davranışlar düzeltilmeye çalışılmalıdır.

## DEĞERLENDİRME

Beslenme bozukluğu olan küçük çocukları değerlendirirken çok-disiplinli bir yaklaşım bizim için vazgeçilmezdir. Yeme ya da beslenme davranışının değerlendirilmesi karmaşık bir süreçtir ve birçok disiplin ile kesişir. Çoğu vakada, çocuk ve aile ruh sağlığı, pediatri, pediatrik gastrointestinal, beslenme ve uğraşı terapisinden uzmanlar tarafından görülürler. Pediatrik ve pediatrik gastrointestinal değerlendirme, semptomların çeşidine ve şiddetine bağlıdır, ancak genellikle baştan başa ve çok dikkatli yapılır. Ruh sağlığı uzmanının değerlendirmesi detaylı bir beslenme öyküsü, genel gelişimsel öykü, akli durum muayanesi ve ebeveynlerin kendi meslekleri ve semptomları ile ilgili bilgi almayı içerir.

### Tıbbi Değerlendirme

Beslenme bozukluğu tanısı yaparken, organik nedenleri varsa belirlemek ve baştan başa tıbbi değerlendirme yapmak çok önemlidir. Böyle bir değerlendirmenin amacı organik etiyolojiyi araştırmak ve çocuğun sağlığı için gerekli olabilecek tıbbi müdahale ile ilgili karar vermek için çocuğun sağlık durumunu değerlendirmektir. Eğer organik etiyoloji çocuğun problemini tümüyle açıklıyorsa, bir beslenme bozukluğu tanısı verilmez. Bu pediatrik değerlendirmeler genelde zordur ve kesin bir sonuca varmazlar. Hem organik hem de psikolojik etiyolojinin varlığı vakayı daha da karmaşıklatacaktır.

Gördüğümüz çoğu vakada, organik problemler de bulunmaktadır. Ancak bu problemler küçük problemlerdir ve beslenme probleminin şiddetini açıklamak için yeterli değildir. Böyle vakalarda bir Beslenme Bozukluğu tanısı verilir ve organik sorunlar tedavide dikkate alınır. Eğer şiddetli bir ebeveyn-çocuk ilişki probleminden şüpheleniliyorsa, Beslenme Bozukluğu tanısı hastanede yatan hasta servis bölümünün yardımıyla yapılır. Çocuk, ebeveynleri dışındaki kişilerin beslemesi ile kilo almaya başlarsa, bu durum Yeme Bozukluğu tanısını doğrular.

### Ruh Sağlığı Değerlendirmesi

Ruh sağlığı uzmanı çocuğun beslenme öyküsünü alırken doğumdan başlar ve anne sütüyle emzirme, biberonla beslenme ve katı yiyeceklerin verilmesine geçişe kadar bilgi alır. Ayrıca, çocuğun kendi başına yemek yemeyi öğrenmesi ve ebeveynlerin bu geçişlerdeki deneyimleri hakkında bilgi toplar. Beslenme öyküsünün alınması, probleme yol açan olası dinamiklerin belirlenmesi açısından çok önemlidir. Örneğin, Jason vakasında sorun, katı besinlere geçiş aşamasında başlamış ve Jason'un kendi kendine yemek yemeyi öğrenmesi gerektiğinde daha da şiddetlenmiştir. Bu vakada ayrışma ve özerklik (kendi kendini yönetme) meselelerinin temel bir rol oynadığını düşünüyorduk. Bu nedenle de tedavide bu konular üzerinde durduk.



Çocuğun ruhsal durumunu da, özellikle duyuş ve bilişsel açıdan, değerlendirebiliriz. Beslenme bozukluğu olan çocuklar çoğunlukla duygusal ve gelişimsel olarak regresif (gerileme) özellikler gösterirler. Ancak bu çocuklarda saldırganlık gibi diğer davranışsal problemler de görülebilir. Beslenme bozukluğu olan diğer çocukların problemleri beslenme ile ilgili olup, diğer alanlarda oldukça parlak ve yetkindirler.

Değerlendirmemizde, ebeveyn-çocuk ilişkisini hem bir yemek öğününde hem de başka zamanlarda gözlemleriz. Bazen, bu iletişimleri daha sonradan ebeveynlerin kendi davranışlarını görebilmeleri için, tedavide kullanılmak amacıyla videoya kaydederiz. Değerlendirme aşamasında, çocuğun ebeveyninden başka biri (örneğin, bir uzman ya da başka bir aile üyesi) tarafından beslenmesini gözlemlemek, çocuğun beslenme davranışları arasındaki farklılıkları görmek açısından faydalıdır. Ruh sağlığı uzmanı, diğer ebeveyn-çocuk etkileşimini de (örneğin, ebeveyn ve çocuğun birlikte oyun oynaması) gözlemler. Bu etkileşim beslenme anı dışındaki ebeveyn-çocuk ilişkileri hakkında bilgi verir ve aile dinamiklerinin belirlenmesine yardımcı olur.

Bir psikolog, çocuğun gelişimsel düzeyini belirlemek için çocuğa test de verebilir. Bir çocukta gelişme geriliği olduğu bilgisi, hem ebeveynlerin hem de tedavi ekibinin çocukla ilgili beklentilerini belirlemeye yardımcı olur. Bir beslenme uzmanı ise, aileye çocuğun kalori ihtiyacını ve beslenme şekillerini anlatır. Ayrıca, tedavi ekibine çocuğun tahmini gerçek kalori ihtiyacının ne olduğunu söyler. Aileden, bu sürece yardımcı olmak için, mümkün olduğunca, verilen besinlerin kaydını tutmaları istenir (Yalom ve Steiner, 2014).

### Yatan Hasta Değerlendirmesi

Bazı durumlarda, çok ağır beslenme bozukluğu olan çocukların değerlendirme ve tedavisini hastanede yatan hasta bölümünde yapmak gerekir. Çocuğu hastaneye yatırıp yatırmama kararı çocuğun tıbbi durumuna bağlıdır. Şayet ayaktan tedavi başarısızlıkla sonuçlanmışsa hastaneye yatış denenebilir. Çocuğun hastanede yatışının ilk birkaç gününde beslenme ile ilgili unsurlar ayrıntılı bir şekilde değerlendirilir. Hemşireler çocuğun aldığı gıdaları dikkatli bir şekilde kaydeder. Böylece hem biz, hem de beslenme uzmanı, çocuğun almış olduğu gıda hakkında doğru bilgiye sahip olur. Bazen ebeveyn çocuğun almış olduğu gıdayı olduğundan az ya da çok rapor edebilir ki böyle bir bilgi de tedavi planı için işe yaramayacak bir bilgidir. Psikiatri eğitimi almış hemşireler farklı ortamlardaki ebeveyn-çocuk ilişkisini gün boyu gözlemleyerek bize bilgi sağlayabilirler. Çocuğun serviste yattığı bu dönemde, pediatri uzmanları beslenme problemini daha da karmaşıklaştıran bir organik problem olup olmadığını değerlendirirler (Yalom ve Steiner, 2014).



## TEDAVİLER

Beslenme bozukluklarına tedavi yaklaşımımız, değerlendirme sürecindeki yaklaşımımız gibi, disiplinler arasıdır ve birçok farklı tedavi usulünü içerir. Böyle bir tedavinin başarılı olması için uzmanlar arasında yüksek derecede bir işbirliği ve iletişimin olması gerekir. Beslenme bozukluklarının tedavisi poliklinikte (ayakta tedavi) de serviste (yatan hasta tedavi ünitesi) de yapılabilir. Biz ayaktan tedavi yaklaşımının başlama açısından yavaş, ancak etkili ve çocuk ile ailesine daha az zarar verici olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca bu tedavi yaklaşımı daha az masraflı olduğu için sigorta firmaları tarafından karşılanma ihtimali daha büyüktür. Ancak tedavi açısından, her iki tedavi yaklaşımında da benzer teknikler kullanılmaktadır, sadece tedavinin yoğunluk derecesi açısından farklılık vardır (Yalom ve Steiner, 2014).

### Tedavi Sürecine Genel Bir Bakış

Beslenme bozukluğu olan bir çocukla ilgili ilk değerlendirmemizi tamamladıktan sonra, tedavi ekibi ile işbirliği içinde tedavi planını yapmaya başlarız. Bir ruh sağlığı müdahalesinin gerekli olduğuna karar verirse, ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde hem beslenme hem de beslenme dışındaki ortamlar içeriğinde çalışırız. Ayrıca, eğitim ve destek verme açısından ebeveynlerle birebir çalışma da başlatılır. Bu şekilde ebeveynlik tutumlarını etkileyen psikodinamik unsurları da inceleme şansı buluruz. Çocukla bireysel çalışmamız ise, genellikle, beslenme davranışını geliştirici davranışsal müdahaleleri ve çocuğun beslenme davranışı ile ilgili duygularını işleyebileceği oyun terapisini içerir. Ebeveynlere verilen beslenme eğitimi ve çocuktaki herhangi bir oral-motor problem ile ilgili uğraşı terapisi, tedavi ekibindeki diğer uzmanlar tarafından yerine getirilir.

Genellikle tedavinin ilk aşamalarında, katı besinler yerine, Pediasure ya da Ensure gibi büyümeyi ve gelişmeyi destekleyen sıvı gıda ürünleri kullanılır. Bunun amacı, daha önce yerleşmiş olan yemek yeme örüntülerini değiştirmek, onların yerine yeni örüntüler koyabilmektir. Daha da önemlisi, bu tür bir diyet dengeli bir beslenme sağladığı gibi, çocuğun kalori alımının denetlenmesini de kolaylaştırır. Zaman içinde, çocuğa kademeli olarak katı besinler verilmeye başlanır.

Beslenme konusunda ebeveyn-çocuk ilişkilerinin çok uyumsuz olduğunu fark edersek, o zaman ebeveynlerden tedavinin ilk aşamalarında çocuklarının beslenmesi işinden kendilerini çekmelerini isteyebiliriz. Hastane ortamında bu, hemşirelerin beslenme sorumluluğunu üstlenmeleri anlamına gelmektedir. Eğer çocuk ayaktan tedavi ediliyor ise o zaman bu sorumluluğu üstlenebilecek akrabalarından ya da diğer destek verebilecek kişilerden yardım isteriz. Tüm bu değişiklikleri seçmemizin birçok nedeni vardır. Her şeyden önce, çocuğun beslenme ile ilgili değişik bir deneyim yaşamasını sağlarız ve uyumsuz davranış örüntülerini değiştirmeye başlarız. Fikir itibarıyla, çocuk düzenli yemek öğünlerine ve yemek yeme ile ilgili destek verici

ve duyarlı etkileşimlere sahip olur. İkincisi, çocukta şiddetli bir kötü beslenme sözü konusu ise, bu şekilde daha önceden yerleşmiş olan örüntüleri daha hızlı bir şekilde değiştirebilir ve böylece tıbbi müdahalelere gerek kalmayabilir. Tıbbi müdahalelerin mutlaka gerekli olduğu durumlarda, çocukla beslenme konusunda yapılacak terapiyi yine de mümkün kılan bir tedavi programı uygularız. Son olarak, ebeveynlerin üzerinden çocuklarını beslenme sorumluluğu alındığı için, ebeveynlerin çocuklarının sağlığı hakkında duydukları kaygı hafifler ve terapinin başlaması mümkün kılınır. Tıbbi müdahalelerin gerekli olduğu durumlarda bazı ebeveynler savunmacı ve endişeli olabilirler. Ebeveynlerin, bu tedaviyi izlemek için, epey bir desteğe ihtiyaçları vardır. Bu ebeveynlere psikoeğitim, duygusal destek ve psikodinamik unsurların araştırılmasının birleşiminden oluşan bir program yararlı olmaktadır. Çocukta biraz gelişme görüldükten sonra ve ebeveynlerle daha iyi bir ittifak sağlandıktan sonra, ebeveynleri çocuklarını besleme sürecine yavaş yavaş sokarız. Önce ebeveynlerle beraber oturup, başka bir kişinin çocuklarını beslemesini gözlemleriz ve gözlemlerine olan tepkilerini konuşuruz. Ebeveynlerin genellikle başka bir insanın başarısı ile ilgili karmaşık duyguları vardır. Çocuklarındaki bu gelişmeden ötürü mutlu olsalar da, böyle bir başarıyı kendileri gösteremedikleri için üzülmüşler. Ayrıca, ebeveynlerle beraber oturup, çocuklarına yemek yedirdikleri bir anın video kaydını izleriz. Böylece kendi davranışlarını daha objektif bir şekilde görebilirler ve beslenme problemine kendi etkileri konusunda içgörü kazanırlar. Buna ek olarak, bu şekilde ebeveynlerin çocuklarını beslenme ile ilgili duyguları açığa çıkar. Ebeveynlerden, çocuklarını beslenme sorumluluğunu kademe kademe üzerlerine almalarını isteriz. Bu aşamada onlara antrenörlük yapar, uygun davranışlar konusunda onlara model oluruz. Okul öncesi çocuklarında, ebeveynlerin bazı yemek yeme davranışları hususunda çocuklarına daha fazla bağımsızlık vermeyi öğrenmeleri gerekmektedir (örneğin, çocuğun kendi başına yemek yemesi). Yine, bu çocuklarda, ebeveynlerin diğer konularda ise daha fazla destek vermeleri gerekmektedir (örneğin düzenli ve sistemli yemek öğünleri sunma). Ebeveynler, çocuklarının yemek yemesini idare etmede biraz başarı sağladıklarında, aile artık ayaktan tedavi için hazırdır (Yalom ve Steiner, 2014).

**İkili Terapi:** Ebeveyn-çocuk terapisi adı da verilen ikili terapi, beslenme bozuklukları tedavimizin hem ayaktan tedavi hem de yatarak tedavi koşullarında ana öğesidir. Bu terapide küçük çocuk ve ebeveynleriyle beraber çalışırız. Bu terapinin amacı uyumsuz ebeveyn-çocuk etkileşimlerini ortadan kaldırmak ve ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanma ilişkisini güçlendirmektir. Jason vakasında, Jason ve ebeveynleri arasındaki ilişkinin tamamı beslenme üzerine yoğunlaşmıştı. Aralarındaki ilişki çok gerilmişti. Gün geçtikçe birbirlerine daha çok kızmaya başlamışlardı. İkili terapinin ilk hedeflerinden biri, ebeveyn ve çocukların birbirleriyle farklı bir ilişki deneyimi yaşamalarını sağlamaktır. Bu nedenle seanslarımızı beslenme ya da yemek yedirme yerine oyun üzerine planlarız. Jason'un annesine, Jason ile daha olumlu bir ilişki kurması konusunda yardımcı oluruz. Okul öncesi çocukları, hem konuşarak hem de hareketleriyle iletişim kurarlar ve ebeveynler her ikisine dikkatlerini vermekte zorlanırlar. Örneğin, ebeveynler, çocuklarının açlık ya da tokluk ile ilgili verdikleri ipuç-

larını görmeyebilirler. Bu yüzden de, çocuklarının ihtiyaçlarına uygun olmayan şekilde karşılık verebilirler. İkili terapide, ebeveynlere çocuklarının verdikleri ipuçlarını anlamayı öğretiriz. Uygun şekilde karşılık vermeleri konusunda onlara antrenörlük yaparız. Gördüğümüz en çarpıcı örneklerden biri aşırı beslenme vakasıydı. Bu vakada çocuk yeterince yediğini ve doyunu belirtmek için, “hayır” derecesine kafasını sallamaya başlamıştı. Ancak, annesi bu açık sinyalleri bütünüyle görmezden geliyor ve ısrarla ağzına kaşık kaşık yemek veriyordu. Birkaç ısrardan sonra, çocuk sonunda pes ediyor ve annesini mutlu etmek için biraz daha yiyordu. Ancak bir sonraki lokmada yine aynı döngü başlıyordu. Tedavide anneye çocuğunun verdiği sinyalleri gözlemlemesi ve bunlara uygun şekilde karşılık vermeyi öğrettik. Çocuk doyunu ve yemek yemeyi kesmeye hazır olduğunu belirten sinyaller verdiğinde yiyeceği kaldırıp başka bir faaliyete geçildi. İkili terapi yaklaşımında, ebeveynlerle çocuklarının özerklik gelişimine yardım etme konusunda da çalışırız. Çocuklarına yemek yedirme konusunda güçlükle yaşayan ebeveynler, endişelenmeye meyilli olurlar. Bu da çocuklarının davranışlarını kontrol etmeye çalışmalarına yol açar. Ebeveynlerin aşırı kontrolcü tutumları, çocukta özerkliğini koruma için karşı gelme davranışının artmasına neden olur. Böylelikle beslenme bozukluğu daha da şiddetlenir. Ebeveynler ve çocukların ilişkileri daha da olumsuz ve zorlayıcı bir hal alır. Başka vakalarda ise çocuklar ebeveynlerinin kontrolcü tutumlarını pasif bir şekilde kabullenirler. İkili terapide, hedefimiz ebeveynin kendini geri çekmesine ve çocuğun beslenme ve diğer konularda yerinde bağımsızlığının gelişmesine imkan vermektir. Örneğin kendi kendine yemek yiyebilecek bir okul öncesi çocuğunun ebeveyni hala kaşık ile besliyorsa, ikili terapide ebeveyni çocuğunun beslenme becerilerinin gelişmesi ve gerekli bağımsızlığı kazanması konusunda teşvik ederiz ve gerekli davranışlar konusunda model olmaz. Jim vakasında, kaşığı Josan’a teslim etme, Jason’ın yemek yemesinde kısa sürede artışa neden oldu. Kontrol ile ilgili konular ebeveyn-çocuk ilişkisindeki diğer alanlarda da ele alınıp değerlendirilebilir (Yalom ve Steiner, 2014).

Sınır koyma ikili terapide çalışılabilecek konulardan biridir. Bazı ebeveynler, okul öncesi çocuklarına uygun sınırları koymayı beceremezler ve bu beslenme problemlerini şiddetlendirir. Örneğin, çocuk masada oturup yemek yemeyi reddedebilir ya da ebeveynler çocuğun kendilerine vurmasına izin verebilir. Bu tür bir problemde, ikili terapiyi ebeveynlere cezalandırıcı olmadan, sabit ve tutarlı sınır koyma konusunda model olmak için kullanırız.

## Ebeveynlerle Terapi

Çocuktan ayrı bir şekilde ebeveynlerle de ilerlemelerini desteklemek için çalışırız. Böyle bir çalışma her zaman için, ebeveynlere gelişimsel konular ve beslenme problemleri ile ilgili verilen bir eğitimi ve onlara çocuklarında eğer varsa beslenme problemine yol açan tıbbi problemleri anlamaya yardım etmeyi içerir. Ebeveynlerin, çocuklarının beslenme problemi ile ilgili kendi duygularını da kontrol etmede desteğe ihtiyaçları vardır. Örneğin, ebeveynler çocuklarının bu kadar çok sorun yaşamalarından ötürü kaygılı ya da öfkeli olabilirler ya da çocuklarının beslenmelerini gerek-

tiği gibi yerine getirememelerinden kendilerini yetersiz ve başarısız hissedebilirler. Çocuğun beslenme problemlerinin ebeveyn için ne anlam ifade ettiğini araştırmak çok önemlidir. Beslenme bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin çoğu kendi çocukluğundan kalma bağlanma problemleriyle uğraşmaktadır ve bu problemleri kendi çocuklarıyla yeniden tekrarlıyor olabilirler.

Jason'un annesi Jason'un problemlerinin iradi problemler olduğunu düşünüyor-du. Bu yüzden oğluna kızmış ve içerlemişti. Sonra ona cezalandırıcı bir biçimde zorla yemek yedirmeye başlamıştı. Daha sonra yardım ile çocuğuna yaptığı bu müdahale-nin aslında kendi öfkesini yansıttığını anladı. Daha ayrıntılı inceleme sonucu, çocuğu ile olan bu ilişkideki kontrol mücadelesinin aslında kendi ailesinden kalma sorunların daha aşırı versiyonları olduğunun farkına vardı. Daha ciddi psikopatolojileri olan ebeveynler için, bireysel terapi öneririz. Beslenme bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları ve depresyon yaygın olarak görülür. Evlilik çatışmasının beslenme sürecini etkilediği durumlarda ise, evlilik terapisini öneriyoruz. Örneğin bir anne, çok uzun süre işte çalıştığı ve çocuğu ile ilgili tüm sorumlulukları üzerine yüklediği için kocasına duyduğu öfkeyi çocuğuna yemek yedirirken çocuğuna yansıttığını fark etmişti. Evlilik terapisi bu çifte sorunlarını çocuk üzerinden ifade etmek yerine doğrudan çözüme konusunda yardımcı olabilir (Yalom ve Steiner, 2014).

## Çocukla Bireysel Terapi

Beslenme bozukluğu olan çocuklarla bireysel çalışmalarımızda pek çok farklı yaklaşım kullanırız. Davranışsal metotlar terapimizin her zaman bir parçasını oluşturur. Eğer çocuk karşı gelme şeklinde yemek yemeyi reddediyorsa, açık davranışsal beklentilerin olduğu ve yeterli gıda aldığı anda ve gerçek ödüllerin olduğu bir yaklaşım bu davranışını değiştirmesine yardım edebilir. Kullanmış olduğumuz iki amaçlı ödüllere birinde, çocuk bir öğünde belirlenmiş en az miktarda yemek yerse ebeveynleri ile özel bir oyun vakti elde ediyordu. Bu hem çocuğun düzelttiği davranışları için ödüllendirmesine hem de ebeveyn ve çocuk arasında olumlu ilişkiler geçmesine imkan verir. Okul öncesi çocuklara vereceğimiz ödüller hemen verilmeli ve somut ödüller olmalıdır ki çocuk istenilen davranış ile ödül arasında bağlantı kurabilsin. Yapışkanlı çıkartmalar uygun fiyatlı ve kullanımı kolaydır, ayrıca özellikle övgü dolu sözlerle verildiğinde çocuklar için çok değerli ödüllerdir.

Jason ve annesi için geliştirdiğimiz terapötik yapıda, Jason ve annesi her öğünün öncesinde ve sonrasında beraberce özel bir oyun vakti geçiriyorlardı. İlk başlarda yapışkanlı çıkartmalar kullanıldı. Jason, her lokmadan sonra bir çıkartma kazanıyordu. Zaman içerisinde, Jason ve annesinin oyununun olumlu yönleri, beslenme etkileşimlerinin de bir parçası haline gelmişti. Jason ve annesinin birbirleriyle ilişkileri daha olumlu ve şen olmaya başlamıştı. Jason her öğünde yediği yemek miktarını artırmıştı, ayrıca daha önce itici deneyimler yaşadığı öğün zamanlarından keyif almaya başladığı gözlenmekteydi.

Çocuğu yemekle oynamaya teşvik etmek de çocuk ile bireysel çalışmamızın bir parçasını oluşturur. Beslenme bozukluğu olan çocukların çoğu, normal gelişimin bir parçası olan yiyeceğin keşfini deneyimlememişlerdir. Bu nedenle, hastalarımızı yemeğin farklı yönlerini keşfetme konusunda ve tedavinin ilk aşamalarında sınırlandırma olmadan yemekle oynamaları konusunda cesaretlendiririz. Bu çocuğun yemek yemeyi daha olumlu bir deneyim olarak yaşamasını sağlar ve yemek yemeye başlamak olan bir sonraki aşamaya geçmesine yol açar.

Eğer beslenme problemi, itici bir olay yada uyarıcının yemek yeme ile eşlendiği bir klasik koşullanma tepkisi ise, *invivo* duyarısızlaştırma gibi davranışsal yaklaşımlar kullanılmalıdır. Bu teknikte, kaygı yaratıcı uyarıcı kademeli olarak verilir, bir yandan da kaygılı kontrol etmeye yarayan teknikler kullanılır. Yemek yemeyi oldukça itici bulan bir çocuğa yemek azar azar verilebilir, bir yandan da çocuğun kaygısıyla baş etmesine yardımcı olunabilir. Çocuğun yemekle oynaması ve ona dokunması teşvik edilebilir, bir yandan da kademe kademe yeni lokmalar verilebilir. Biz çoğunlukla, önce sıvı yiyeceklerle başlarız, sonra yumuşak yiyeceklere geçeriiz, daha sonra katı yiyecekler veririiz. Çocuk hazır oldukça, verilen miktarlar da kademeli olarak artırabilir.

**İlaçla Tedavi:** Çocuklukta görülen birçok bozukluğun tedavisinde psikotropik ilaçlar rol oynar. Beslenme ve yeme bozukluklarında bu ilaçların etkinliği konusunda eldeki bilgiler sürekli artmaktadır. Serotonin gerilim engelleyicilerinin (Prozac gibi) gelecekte önemli rolleri olabilir. Şimdilik, psikotropik ilaç tedavisi, anksiyete bozukluğu ya da depresyon gibi net bir ikinci tanının olduğu durumlarda kullanılmalıdır ki bu tür bozukluklar muhtemelen bu ilaçlara cevap vereceklerdir. Ancak bu tür durumlarda bile, ilaçla tedavinin bebeklerde ve küçük çocuklarda etkinliğini kanıtlayan çok az kanıt bulunmaktadır. Bu nedenle, psikotropik ilaç tedavisi beslenme bozukluğu olan küçük çocukların tedavisinde şu an için çok az rol oynamaktadır

**İlave Müdahaleler:** Ekibimizdeki diğer uzmanların müdahaleleri bizim gayretlerimizi tamamlayıcı niteliktedir. Beslenme uzmanı ebeveynlere çocuğun besin ihtiyacı ile ilgili sürekli eğitim verir. Bu çalışma bizim verdiğimiz eğitimle beraber uygulanabilir. Bireysel uğraşı terapisi, çocuğun farklı bir yemek yeme deneyimi yaşamasını sağlamaya yardımcı olmakta etkilidir. Uğraşı terapisi özellikle çocukta beslenmeyi güçleştiren oral-motor problemlerin ya da hassasiyetlerin olduğu durumlarda önemlidir. Böyle durumlarda uğraşı terapisti, oral hassasiyeti azaltmak ya da kas sisteminin daha normal çalışmasını tekrar sağlamak için yapılandırılmış müdahaleler yapabilir.

## VAKA YÖNETİMİ SORUNLARI

Beslenme Problemlerinde vaka yönetimi disiplinler arası bir ekip olarak çalışıldığından ve koordinasyon ihtiyacından dolayı karmaşık olabilir. Tedavi ekibindeki üyeler, ne yapılması gerektiği konusunda hemfikir değilseler, o zaman durum daha da karmaşık bir hal alabilir. Böyle durumlarda, ekibi bir araya getirip fikir birliği sağ-

lama görevi ruh sağlığı uzmanlarına düşer. Biz böyle durumlarda, tüm tedavi ekibi olarak konferans yapmanın çok faydalı olduğunu düşünmekteyiz (Yalom ve Steiner, 2014).

### Sağlık Hizmetleri Problemleri

Sağlık hizmeti finansmanını sağlayan kurumlar, çoğu zaman değerlendirme ve tedavi kararlarında rol oynar. Çok disiplinli değerlendirme, ruh sağlığı ve pediatri ile ilgili konularda ayrı ayrı izinler gerektirmektedir. Eğer ruh sağlığı hizmetleri, tıbbi konulardaki hizmetlerden sorumlu olan sigorta şirketinden farklı bir sigorta şirketine verilirse, o zaman tedavi ekibi ayrı sözleşme düzenlemeleri olan iki ayrı sigorta sistemi ile çalışmak durumunda kalabilir. Böyle durumlarda, pediatristlerle beraber çalışmaya, birbirleriyle yakın çalışabilen bir ekibin çok disiplinli bir değerlendirmesine gerek olduğunu anlatmak gerekmektedir.

Sigorta izinlerinin alınması, en çok yatarak tedavinin öne önerildiği durumlarda zordur, çünkü yatarak tedavi daha masraflıdır. Çocuğun hastaneye yatırılmadığı takdirde, karşı karşıya kalacağı riskler belgelendirilmelidir. Bu belgelemede, çocuğun kilosu ve dehidrasyon gibi tıbbi durumları göz önünde bulunduran pediatristler rol oynar. Çocuk için en iyi seçeneğin yatarak tedavi olduğuna inansak bile, bazen yatarak tedavinin masraflarını karşılayabilecek sigorta bulmakta zorlanabiliyoruz. Bu tür vakalarda, çocuğun güvenliğini garantileyen çok yakından bir takip ile ayaktan tedavi uygulamak durumunda kalabiliriz. Ayaktan tedaviye başlamadan önce tedavi başarı ve başarısızlığının ölçütlerini belirleriz ve bu ölçütler üzerinde çok disiplinli ekip üyelerinin hem fikir olmasını sağlarız. Bu ölçütler bir çizelgede sunulur ve sigorta vaka yöneticisine açıklanır. Bizim belirlediğimiz ölçütlere göre ayaktan tedavi başarısız olursa, bu bilgiler ile sigorta şirketinden yatarak tedavi talep ederiz (Yalom ve Steiner, 2014).

### Ev Dışında Bir Yere Yerleştirmeyi Düşünme

En zor sorunlar çocuğu evi dışında bir yere yerleştirme düşüncesi söz konusu olduğunda, ortaya çıkar. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin beslenme probleminin sebebi olduğu belirlenirse ve bu ilişkinin çocuğun sağlığını ve iyi halini tehlikeye attığı düşünülürse, istismar ve ihmal ihtimallerinin göz önüne alınması gerekir. Beslenme bozukluğu vakalarında uyumsuz ebeveynlik tutumları ile istismar ya da ihmal arasındaki sınır çok ince ve belirsizdir. Bazı hususlarda, değerlendirmemizi çocuk için var olan riskin derecesini ve ebeveynlerin tedaviden yararlanabilme imkanlarına dayanarak yaparız. Ebeveynin çocuğuna patolojik beslenme davranışları gösterdiğine ve çocuğun yakın zamanda zarar görme riski altında olduğuna karar verirse, o zaman var olan istismar ya da ihmali bölgedeki Çocuk Koruma Servisi'ne bildirme yükümlülüğümüz vardır. Daha sonra bu servisin görevlendirdiği vaka çalışanı ile beraber çocuk için en iyi sonucu hedefleriz. Bazen bu servis, tedavi için gönülsüz ebeveynleri yüreklendirmek ve bulunmakta zorluk çekilen kaynakları sağlamakta kullanılabilir. Son

zamanlarda gördüğümüz vakalardan birinde çocuk ebeveynlerinin tutarlı olmayan beslenme tutumlarından ötürü kilo alamıyordu. Bu vakada, Çocuk Koruma Servisi ile beraber çalışarak, ebeveyn eğitimi, ebeveyn için bireysel terapi ve çocuğun tıbbi takibini içeren bir tedavi programı oluşturduk. Çocuk Koruma Servisi çalışanı ebeveyni bu müdahaleye katılmaya mecbur eder. Diğer vakalarda, çocuğun tıbbi tehlikeyi atlatması için, çok kısa bir süre tıbbi bakım ünitesinde kalması ve gerekli kiloyu alması sağlanır. Bir yandan da, ebeveynler yoğun bir terapiyle çocuklarının dönüşüne hazırlanır. Ne yazık ki, böyle bir plan çocuk-ebeveyn arasındaki zaten güvensiz olan bağlanma ilişkisi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Ancak yine de böyle bir plan gereklidir. Daha da ağır vakalarda, tedavi başarısız olursa, çocuğun evinden tamamen alınması ve bakılmak üzere başka bir eve verilmesi, çocuk için en güvenli seçenektir. Çocuk Koruma Servisi ile beraber çalıştığımız durumlarda, bu servis çalışanı ile mümkün olduğunca yakın ilişkide oluruz ki, klinik değerlendirmelerimiz verilecek kararlara yansısın (Yalom ve Steiner, 2014).

## TARTIŞMA VE YORUM

Beslenme yaşamın devamı için insan yaşamının vazgeçilmez bir faktörüdür. Beslenme çocuklarda ve yetişkinlerde farklı bir etkiye sahiptir. Doğru beslenme planı uygulanmadığında çocuklarda yaşamı etkileyecek sorunlar yaratmaktadır. Beslenme bozukluklarının, büyüme ve gelişmeye kalıcı etkilerinden dolayı, çocuklara devamlı zarar verme potansiyelleri vardır. Ayrıca, küçük çocukluk döneminde beslenme bozukluğu olan kişilerin ergenlik döneminde yeme bozukluğu semptomları gösterdiklerine dair elde kanıtlar vardır. Bu kanıtlar bu çocukların bazılarının yiyecek ve yemek yeme ile ilgili ciddi problemler yaşamaya devam ettiklerini göstermektedir. Bu nedenle beslenme bozukluğu olan küçük çocukların tanı ve tedavisi çok önemlidir. Bu vakalar yönetim açısından karmaşık olsa da, genellikle tedaviye istenilen şekilde cevap verirler ve bu da hem çocuklar hem de aileleri için memnun edici sonuçlara yol açar.

Beslenme sadece normal çocuklarda değil aynı zamanda otistik çocuklarda da önemli bir etkiye sahiptir. Otizmlilerde çocukların beslenmesinde özel diyetlerin uygulanmasında en fazla tercih edilen etkili tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda yeme problemlerinin fazla olması besin seçiciliğinin oluşmasından kaynaklanmaktadır. Otizm spektrum bozukluğunun temelinde genetik faktörlerin etkili olmaktadır. Ayrıca otizmin, erkeklerde kızlara göre 3-4 kat daha fazla görülmesi, genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümünde beslenme bozukluğunun nedenleri, tanısı, tedavi yaklaşımları normal ve otistik çocuklara yönelik çalışmaların teorik ve uygulamalı yaklaşımları amaç olarak konu edilmiştir. Normal ve otistik çocuklarda beslenme problemlerinin çözümüne yönelik müdahale teknikleri ve ilgili araştırmalar özetlenmeye çalışılmıştır.



Otizm yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan sosyalleşme, dil, iletişim ve diğer birçok etkinlik ve ilgi alanını etkileyen, yüksek kortikal işlevlerle bağlantılı davranış belirtileriyle tanımlanan ve yaygın gelişimsel bozukluklar içerisinde sınıflandırılan bir bozukluktur. Merkezi sinir sistemini etkileyen bir bozukluk olarak kabul edilmekle birlikte bir genin değil birden fazla genin rolü olabileceğinden dolayı etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. OSB olan çocukların sindirim sistemi sorunları, yeme problemleri ve tedavi amaçlı uygulanan eliminasyon diyetleri beslenmelerini etkilemektedir. Otizm giderek artan tanı ve yüksek morbidite oranları açısından tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu hastalıkla ilişkili olarak tıbbi ve sosyal platformlarda farkındalığın artması olumlu bir gelişme olmakla birlikte henüz istenen düzeylere ulaşmamıştır.

OSB'li çocukların beslenme problemlerinin çözümüne yönelik müdahale teknikleri ve ilgili araştırmalar özetlenmeye çalışılmıştır. Otizmi tedavi edebilecek belirli bir diyet müdahalesinin olmadığı ancak bazı özel diyet uygulamalarının ve takviyelerin bazı bireylerde olumlu davranış değişiklikleri sağladığı bulunmuştur.

Normal ve OSB'li çocuklar beslenme yetersizlikleri açısından risk altındadırlar. normal ve OSB'li çocukların aileleri beslenme danışmanlıkları almalıdır. Birçok hastalığın nedeni stres ve stresin yol açtığı psikolojik sorunlardır. Aileler bu hususta klinik değerlendirilmeleri açısından psikolog ve terapistlerden yardım almalıdır. Çocuklar besin tüketimi, besin öğesi alımı ve yeme davranışları açısından sık sık değerlendirilmelidir. Besin seçiciliği, özel diyetler, tek yönlü beslenme gibi durumlarda ailelerle ve özel eğitimcilerle işbirliği yapılarak bu davranışlar düzeltilmeye çalışılmalıdır.

Beslenme hayatı önem taşıması nedeniyle besin değerlerinin alımında uzmanlar tarafından önerilen miktarda ve içerikte alınmalıdır. Bu hususta sağlık kuruluşlarının bu alanda hizmetlerinin genişletilmesi gerekmektedir. Özellikle otizm yanısı almış bireylerde beslenmesinin etkisi otizm üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Otizmlili bireylerde beslenmesinin tüm aşamalarının kontrolü yapıldıktan sonra alınmalıdır.

Son olarak beslenme bozukluğunun hem çevresel hem de psikolojik nedenleri alan yazımızda anlatılmıştır. Çocuklarda psikolojik sorunların terapist yardımıyla baş etme stratejileri aileler ve çocuklar için geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Adams, J. (2015). Vitamin/Mineral Supplements For Children And Adults With Autism. Vitamminer, 13-18.
- Adams, J.,& Holloway, C. (2004). Pilot Study Of A Moderate Dose Multivitamin/Mineral Supplement for Children Withautistic Spectrum Disorder. Thejournal of Alternativeand Complementary Medicine, 1033-1039.



- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Virginia: American Psychiatric Publishing.
- Amminger, G., Berger, G., Schafer, M., Klier, C., Friedrich, M., & Feucht, M. (2006). Omega-3 Fatty Acids Supplementation in Children with Autism: A Double Blind Randomized, Placebo Controlled Pilot Study. *Biological Psychiatry*, 551-553.
- Anderson, S., Bandini, L., Curtin, C., Cermak, S., Evans, W., Scamporrino, R., Et Al. (2010). Food selectivity in Children with Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Children. *The Journal of Pediatrics*, 259-264.
- Autism Speaks. (2014). Autism Prevalence. <https://www.autismspeaks.org>.
- Autism spectrum disorder (ASD). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov>.
- Bodur, Ş. Ve Soysal, Ş. (2004). Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. *Türk Tabipleri Birliği*, 13(10):394.
- Burger, R., & Warren, R. (1998). Possible Immune Genetic Basis for Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 137-141.
- Christensen, J., Gronborg, T., Sorensen, M., Schendel, D., Parner, E., & Pedersen, L. (2013). Prenatal Valproate Exposure and Risk Of Autism Spectrum Disorders and Childhood Autism. *Jama*, 1696-1703.
- Comi, A., Zimmerman, A., Frye, V., Law, P., & Peeden, J. (1999). Familial Clustering Of Autoimmune Disorders and Evaluation Of Medical Risk Factors In Autism. *Journal Of Child Neurology*, 1-388.
- Çolak, A. (2016). Otizm Spektrum Bozukluğunu Anlamak. Atilla Cavkaytar (Ed.), *Otizm Spektrum Bozuklukları Aile Bilgilendirme Rehberi içinde* (s. 9-21). Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Darıca, N., Abidoğlu, Ü., & Gümüşçü, Ş. (2000). *Otizm Ve Otistik Çocuklar*. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Doğangün, B. (2008). Özel Eğitim Gerektiren Psikiyatrik Durumlar. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62:157-174.
- Ekici, Ö. K. (2015). Dünyada Her 68 Çocuktan Birisi Otizmlili Doğuyor! <http://www.bilimgenc.tubitak.gov.tr>.
- Frith, U., Morton, J. & Leslie, A. M. (1991). The Cognitive Basis of a Biological Disorder: Autism. *Trends in Neurosciences Journal*, 14(10): 433-438.
- Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, Mercadante M. (2012). Autism spectrum disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Gül, S.O. (2015). Yetersizliği Olan Ve Normal Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Ailelerin Travma Sonrası Stres Belirti Ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12/32:221-245.

- Greenspan, S. (1992). Reconsidering The Diagnosis and Treatment of Very Young Children with Autistic Spectrum or Pervasive Developmental Disorders. *Zero to Three*, 1-9.
- Hindistan Epilepsi Derneği Hindistan Epilepsi Tedavi Kılavuzu. (2010). 117-132.
- Kawicka, A., & Regulska, B. (2013). How Nutritional Status, Diet and Dietary Supplements Can Affect Autism. A Review. *Roczpanstwzakhig*, 1-12.
- Kılınç, G. (2012). Otizme Eşlik Eden Durumlar. Sabri Nazlı (Ed.), *Otizm Dünyası*, 1(1):16-18.
- Çolak, A. (2016). Otizm Spektrum Bozukluğunu Anlamak. Atilla Cavkaytar (Ed.), *Otizm Spektrum Bozuklukları Aile Bilgilendirme Rehberi içinde* (s. 9-21). Ankara: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Knivsberg, A.-M., Reichelt, K.-L., Hoen, T., & Nodland, M. (2002). A Randomised, Controlled Study of Dietary Intervention in Autistic Syndromes. *Nutritional Neuroscience*, 251-261.
- Korkmaz, B. (2000). Yağmur Çocuklar, Otizm Nedir? İstanbul: Doğan Kitapçılık.
- Korkmaz, B. (2001). Otizm: Başlıca Davranış Sorunları Ve Pratik Yaklaşım. *Yeni Symposium*, 26-34.
- Korkmaz, B. (2010). Otizm: Klinik Ve Nörobiyolojik Özellikleri, Erken Tanı, Tedavi ve Bazı Güncel Gelişmeler. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 37-44.
- Kossoff, E., & Wang, H.-S. (2013). Dietary Therapies for Epilepsy. *Journal Of Biomedical Science*, 1-8.
- Küçükali, R. (2006). Çocuklarda Beslenme Bozuklukları Ve Beslenmenin Okul Çocuklarının Üzerindeki Etkileri. *Kkefd/Jokkef*. 14.
- Kranowitz, C. S. Çev. Şeker B. E. (2014). *Senkronize Olamayan Çocuk*. İstanbul: Pepino Yayıncılık.
- Lord C, Bailey A. (2002): *Autism Spectrum Disorders*. M. Rutter. E. Taylor (eds) in *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th edition. Oxford: Blackwell Publishing, 636- 663.
- Mazlum, B. (2012). Antioksidan Vitaminler ve Psikiyatride Kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 486-505.
- Meral, B. (2017). Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Beslenme Problemleri Ve Bilimsel Dayanaklı Davranışsal Müdahaleler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 493-508.
- Yalom, I.D Ve Steiner, H. (2014). *Okul Öncesi Çocukların Terapisi*. Prestij Yayınları.
- Morton, J. (1989). *The Origins of Autism: A Striking New Theory of Autism Suggests That The Disorder Arises From an in-Built Abnormality in a Child's Brain. As a Result, The Thoughts and Feelings of Other People Remain Mysterious. This is Why Autistic People Find Social in. NewScientist*, 9.
- Mulloy, A., Lang, R., Reilly, M., Sigafoos, J., Lancioni, G., & Rispoli, M. (2011). Addendum to "Gluten Free and Casein Free Diets in Treatment of Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review". *Research In Autism Spectrum Disorders*, 86-88.

- Navarro, F., Liu, Y., & Rhoads, J. (2016). Can Probiotics Benefit Children with Autism Spectrum Disorders? *World J Gastroenterol*, 10093-10102.
- Önal, S., & Uçar, A. (2017). Otizm Spektrum Bozukluğu Tedavisinde Beslenme Yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 179-194.
- Özbey, Ç. (2005). Otizm Ve Otistik Çocukların Eğitimi. İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Patrick, L., & Salık, R. (2005). Benefits Of Essential Fatty Acid Supplementation on Language and Learning Skills in Children with Autism and Asperger's Syndrome. *Autism-Asperger's Digest*, 36-37.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). Otizm Spektrum Bozukluğu. Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi, 1-25.
- T.C. Resmi Gazete. (31.05.2006). Milli Eğitim Bakanlığı. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, Sayı:26184.
- Vancassel, S., Durand, G., Barthilmy, C., Lejeune, B., Martineau, J., Guilloteau, D., Et Al. (2001). Plasma Fatty Acid Levels in Autistic Children Prostaglandin and Leukotrienes, And Essential Fatty Acids, 1-7.
- Warren, Z., Vanderweele, J., Stone, W., Bruzek, J., Nahmias, A., Foss-Feig, J. (2011). Therapies for Children with Autism Spectrum Disorders. *Comparative Effectiveness Review*, 26.
- Weber, W., & Newmark, S. (2007). Complementary and Alternative Medical Therapies for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism. *Pediatric Clinical North America*, 983-1006.
- Yorbık, Ö., Olgun, A. ve Kırmızıgül, P. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuklarda Plazma Çinko ve Bakır Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 80-84.
- Yorbık, Ö., Olgun, A., Kırmızıgül, P. ve Akman, Ş. (2004). Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğunda Plazma Çinko ve Bakır Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 276-281.
- Odabaşoğlu, G., Genç, Y. ve Öztürk, Ö. (2009). Otistik Hastalarda Kendine Zarar Verme Davranışında Naltrekson Tedavisi ve İki Olgu Sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19:431-435.
- Oyekcin, D.G. ve Şahin, E.M. (2011). Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1):29-35
- Özdemir, D.F., Karabacak, N.I., Akkaş, B., Akdemir, Ö., Ünal, F., Şenol, S. (2009). Otistik Bozukluğu Olan Çocuklarda Risperidon Tedavisinin Beyin Kan Akımı ile Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4): 346-356
- Özeren, G. S. (2013). Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) ve Hastalığa Kanıt Penceresinden Bakış. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2):57-63.
- Şener, E. F. ve Özkul Y. (2013). Otizmin Genetik Temelleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1): 86-92.

- Sönmez, A.Ö. (2017). Çocuklarda Ve Ergerlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3):301-316.
- Ünver, B., Öner, Ö. ve Yurtbaşı, P. (2015). Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1):65-70