

Yeme Reddi Olan Çocukların Annelerinde Kişilik Bozuklukları, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ve Aile İşlevleri

Dr. Gülşen ÜNLÜ¹, Dr. Şahbal ARAS², Dr. Taner GÜVENİR³, Dr. Benal BÜYÜKGEBİZ⁴, Dr. Özlem BEKEM⁵

ÖZET

Amaç: Yazında erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının annelerdeki ruhsal bozukluklarla ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada yeme reddi yakınması ile kliniğe getirilen çocukların annelerinde kişilik bozuklukları sıklığının, depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanması ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya yeme reddi yakınmasıyla kliniğe başvuran 1-6 yaşları arasında 30 çocuk ve annesi alınmıştır. Beslenme sorunu olmayan 30 çocuk ve annesi kontrol grubunu oluşturmuştur. Çocukların annelerine Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği ve SCID-II Kişilik Envanteri uygulanmış, anneler SCID II görüşmesi ile kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yeme reddi olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, algıladıkları aile işlevlerinin de daha sağlıklı olduğu saptanmıştır. Annede kişilik bozukluğunun varlığı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Sonuç: Bulgular, yeme reddinin sadece çocuk ya da annenin özellikleriyle değil, tüm ailenin işlevleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Beslenme sorunları olan çocukların değerlendirme ve tedavisinde tüm aileyi kapsayan bir yaklaşım yararlıdır.

Anahtar Sözcükler: Yeme reddi, aile işlevleri, annede ruhsal sorunlar

SUMMARY: Family Functioning, Personality Disorders, and Depressive and Anxiety Symptoms in the Mothers of Children with Food Refusal

Objective: A review of the literature reveals that feeding problems during early childhood can be related to maternal psychiatric disorders. We aimed to evaluate the personality disorders, levels of depression and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal in addition to family functioning.

Method: Thirty children aged between 1 and 6 years admitted to the clinic for food refusal and their mothers were included in the study. The control group consisted of 30 healthy children and their mothers. The Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory, McMaster Family Assessment Device and Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders were performed in mothers, and the presence of any personality disorders was evaluated with the SCID-II Interview.

Results: The depression and anxiety scores of the mothers of patients were higher than those of the controls. Perceived family functioning by mothers of patients was more problematic than that of the controls. Rates of maternal personality disorders were not significantly different between the two groups.

Conclusion: Food refusal is not only related to characteristics of the child or his/her mother, but also to problems in family functioning. An integrative approach which evaluates the whole family is helpful to assess and treat children with food refusal.

Key Words: Food refusal, family functioning, maternal psychopathology

¹Uzm., 82. Yıl Devlet Hastanesi, Aydın. ²Yrd. Doç., DEÜ Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İzmir. ³Yrd. Doç., DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İzmir. ⁴Prof., Yeditepe Ü Tıp Fak., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma BD., İstanbul. ⁵Uzm., DEÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD., Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma BD., İzmir. Yrd. Doç., Şahbal Aras, E-posta: sahbal.aras@deu.edu.tr
Yrd. Doç., Taner Güvenir, E-posta: tanerguvenir@hotmail.com

GİRİŞ

Bebek ve küçük çocukların %15-35'inde beslenme sorunlarının olduğu bildirilmektedir. En sık görülen beslenme güçlükleri yetersiz yeme, bazı besin tiplerini reddetme, yemek zamanında uygunsuz davranışlar ve garip yeme alışkanlıklarıdır (Chatoor 2000). Çoğu çocukta beslenme sorunları hafif ve geçici olsa da bazı çocuklarda süreklilik gösterebilir (Munson 1996). Hem oldukça sık görülmesi, hem de çocukta fiziksel ve zihinsel gelişme geriliği (Raynor ve Rudolf 1996, Puckering ve ark. 1995, Wilensky ve ark. 1996) ve çeşitli davranış sorunları (Dahl ve Sundelin 1992, Dahl 1987, Lindberg ve ark. 1994) ile bağlantısından dolayı, erken çocukluk dönemindeki beslenme sorunlarının tanı ve tedavisi önem taşımaktadır.

Beslenme bozuklukları fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin katkısıyla ortaya çıkan biyopsikososyal sorunlardır (Satter 1986). Bu bozuklukların etiyolojisine yönelik araştırmalarda, sıklıkla ailenin sosyodemografik özellikleri, ebeveynlerdeki psikiyatrik bozukluk ve belirtiler, çocuğun huy özellikleri, anne-çocuk etkileşimi ve bağlanma gibi konular değerlendirilmektedir.

Bebek ve küçük çocuklar besin ihtiyaçlarının karşılanması açısından bakım verenlere bağımlıdır (Stein ve Barnes 2002). Ebeveynler çocuklarının beslenme davranışlarının şekillenmesinde önemli rol oynarlar. Ebeveynler tutarlı beslenme rutinleri sağlayarak, uygun tür ve miktarda yiyecek sunarak, çocuğun ne kadar yiyeceğini belirlemesine izin vererek ve gerektiğinde davranışsal sınırlar koyarak, çocuklarının içsel olarak düzenlenen kendi kendine beslenmeye geçişine yardımcı olabilirler. Bu basamaklarda yaşanan aksaklıklar beslenme sorunlarının ortaya çıkışına zemin hazırlayabilir (Tebor 2000). Yeme, ebeveyn-çocuk ilişkisinin ve duygusal durumun duyarlı bir göstergesidir (Satter 1986). Beslenme hem çocuk, hem de ebeveyn için haz ve memnuniyet verici bir aktivite olabileceği gibi, stres kaynağı da olabilir. Çocuk ve ebeveyn birbirlerinin beklentilerini karşılayamadığında beslenme ilişkisi haz verici olmaktan çıkar, gergin ve çatışmalı hale gelir (Stein ve Barnes 2002).

Katı gıdalara geçişle birlikte, ebeveynin tutumları çocuğun beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Özellikle sert disiplin içeren uygulamalar sonucunda çocuğun üzülmeye ve sinirlenmeye, yeme miktarını etkileyebilir. Yeme so-

runları olan çocuğun ebeveyni beslenme sırasında yeme için zorlar veya tehdit ederse bir kısırdöngü oluşur. Hekimler de çocuğun daha fazla beslenmesini önerdiğinde ya da çocuğun yememesi konusunda ebeveyni suçladığında kısırdöngü daha da şiddetlenebilir. Çocuğun beslenme sorunları dolayısıyla yeterlilik duyguları zarar gören ebeveynlerin kaygılı hale gelmeleri daha sert ve denetleyici tutumlara yol açabilir (Black 1999). Yazın gözden geçirildiğinde, beslenme bozukluklarında anne-çocuk etkileşimindeki sorunların ortaya konduğu birçok araştırma olduğu görülmektedir (Puckering ve ark. 1995, Chatoor ve ark. 1998, Sanders ve ark. 1993, Feldman ve ark. 2004, Polan ve ark. 1991b, Heffer 1989). Beslenme sorunu olan çocukların annelerinin çocuklarıyla etkileşim sırasında daha duyarsız, daha az esnek, girici, aşırı uyarıcı, daha az şefkatli ve daha az kabul edici oldukları, çocuklarının işaretlerini alamadıkları, zorlayarak besledikleri, daha fazla fiziksel ceza uyguladıkları, daha düşmanca ve öfkeli duygular gösterdikleri belirtilmektedir (Black 1999, Wolke ve ark. 1990, Chatoor ve ark. 1988, Crittenden 1987, Hutcheson ve ark. 1993, Black ve ark. 1995, Monk 1997). Beslenme sırasında anne-çocuk etkileşimini inceleyen bir araştırmada, beslenme bozukluğu olan çocuklarda anksiyete/depresyon, bedensel yakınmalar ve saldırgan davranışlar, annelerinde ise anksiyete, depresyon, düşmanca tepkiler ve uygunsuz beslenme tutumları fazla bulunmuştur (Ammaniti ve ark. 2004). Beslenme bozukluğu olan çocukların annelerinin çocuklarıyla genel etkileşimleri sırasında daha az dokunma davranışı gösterdikleri, çocuklarının da annelerinden uzak durma eğiliminde oldukları bildirilmektedir. Anne bebek ilişkisindeki yakınlığın düzenlenmesinde genel bir güçlüğü işaret eden bu bulgunun annede depresyon, azalmış dokunma davranışları, çocukta geri çekilme ve yeme sorunları şeklindeki bir süreç ile ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (Feldman ve ark. 2004). Beslenme bozukluğunun ister nedeni, ister sonucu olsun, hastalığın gidişinde büyük ölçüde etkili görünen bu tutumlarla ilişkili olan annenin ruhsal özelliklerinin ve ailesel özelliklerin araştırılması tedavi girişimlerinin planlanmasında önemlidir.

Duniz ve arkadaşları (1996), fiziksel nedene bağlanamayan büyüme gelişme geriliği olan çocukların ebeveynlerinin %70'inde ilk başvuru sırasında DSM-III-R'ye göre bir Eksen-I tanısı olduğunu, çocuk ve ebeveynlerin bir yıl süreyle tedavisinin ardından bu oranın %12'ye geriledi-

TABLO 1. Annelerin Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE ve SKE) ve Aile Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları.

	Olgu (n=30) ort ± ss	Kontrol (n=30) ort ± ss	t	p
BDE	14.67±7.11	6.53±6.23	4.712	<0.001
DKE	38.80±11.51	34.10±8.98	1.762	AD
SKE	48.23±8.58	40.97±7.46	3.500	<0.005
ADÖ-PRÇ	2.20±0.70	1.60±0.53	3.714	<0.001
ADÖ-İLT	2.12±0.63	1.45±0.35	5.079	<0.001
ADÖ-ROL	2.20±0.54	1.77±0.42	3.429	<0.005
ADÖ-DTV	2.07±0.68	1.34±0.39	5.051	<0.001
ADÖ-GİG	2.24±0.48	1.88±0.35	3.329	<0.005
ADÖ-DVK	2.06±0.39	1.74±0.35	3.310	<0.005
ADÖ-GNİ	2.02±0.53	1.31±0.31	6.201	<0.001

t: t testi

ort ± ss : Ortalama ± Standart Sapma

AD: Anlamlı Değil, ADÖ-PRÇ: Aile Değerlendirme Ölçeği Problem Çözme, ADÖ-İLT: Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim, ADÖ-ROL: Aile Değerlendirme Ölçeği Roller, ADÖ-DTV: Aile Değerlendirme Ölçeği Duygusal Tepki Verebilme, ADÖ-GİG: Aile Değerlendirme Ölçeği Gereken İlgiyi Gösterme, ADÖ-DVK: Aile Değerlendirme Ölçeği Davranış Kontrolü, ADÖ-GNİ: Aile Değerlendirme Ölçeği Genel İşlevler.

ğini belirlemişlerdir. Polan ve arkadaşları (199-1a), büyüme geriliği olan çocukların annelerinde duygudurum ve kişilik bozukluklarının, büyüme geriliği olmayan çocukların annelerine göre daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Raynor ve Rudolf (1996) da bu annelerin %19'unda ciddi anksiyete ve %8.5'inde klinik depresyon belirtileri olduğunu ortaya koymuşlardır. Büyüme geriliği olan çocukların annelerinde anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kenis 1980). Büyüme geriliği olan çocukların annelerini depresif olarak bulan çalışmalar da vardır (Hufton ve Oates 1977, Gorman ve Leifer 1993). Yemek seçme yakınmasıyla gelen çocukların 1/3'ünün anne ve/veya babalarında depresyon öyküsü saptanmış, ebeveyndeki depresyonun önemli bir etiyolojik etken olabileceği ileri sürülmüştür (Timimi ve ark. 1997). Beslenme sorunları olan çocukların annelerinin, başka davranış sorunları olan ve sağlıklı çocukların anneleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada ise duygudurum bozuklukları açısından fark saptanmazken, bu annelerde geçmiş ve şimdiki yeme bozukluğu tanısının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir (Whelan ve Cooper 2000). Bununla birlikte, bu çocukların annelerinde daha fazla ruhsal hastalık saptamayan

araştırmalar da bulunmaktadır (Wilensky ve ark. 1996, Benoit ve ark. 1989).

Büyüme geriliği olan çocukların aile ortamları araştırıldığında; yoksulluk (Raynor ve Rudolf 1996), şiddet, istismar (Crittenden 1987) ve aile içi sorunlu ilişkilerin (Drotar ve Eckerle 1989) daha sık olduğu bulunmuştur. Annelerin algıladıkları aile desteğinin daha az olduğu ve evlilik ilişkilerinin daha az hoşnut edici olduğu belirtilmektedir (Benoit ve ark. 1989). Ergen ve erişkin yeme bozukluğu hastalarında aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu bildiren araştırmalar olmasına karşın (McDermott ve ark. 2002, Erol ve ark. 2002, Friedman ve ark. 1997), erken çocukluk dönemi beslenme sorunlarında aile işlevlerini ele alan araştırmalar eksiktir.

Ülkemizde okul öncesi dönem beslenme sorunları ile ilgili yazın araştırıldığında, daha çok olgu sunumu ve gözden geçirme şeklinde yayınlara ulaşılabilmiştir. Bu alandaki araştırma verilerinin yetersizliğinden dolayı, beslenme sorunları konusundaki bilgiler daha çok dış kaynaklıdır. Çocuğun iştahlı ve gürbüz oluşunun sağlık göstergesi sayılabildiği ve zayıf görünmesinin ise, özellikle annelerde endişeye yol açabildiği ülkemizde, beslenme

sorunlarının önemli bir kültürel boyutu olabilir. Ülkemizde beslenme sorunları olan çocukların ebeveyn özelliklerinin araştırılması, koruyucu önlemler ve tedaviye yönelik uygulamalar açısından da önem taşımaktadır. Yazın gözden geçirildiğinde bebek ve küçük çocuklardaki beslenme sorunlarının birçok farklı başlık altında incelendiği ve tanımlamada farklı tanı ölçütlerinin kullanıldığı dikkati çekmektedir. Bu konuda fikir birliği olmadığına gösteren tanımlamadaki farklılıklar, bu alandaki araştırmalar için bir kısıtlılık oluşturmaktadır (Kerwin ve Berkowitz 1996, Lindberg ve ark. 1996). Bu nedenle çalışmamızda bir 'bozukluk' yerine 'belirti'ye sahip olan çocukların değerlendirilmesi planlanmıştır. Yeme reddi ile getirilen çocukların annelerinde kişilik bozuklukları sıklığının, depresyon ve anksiyete belirtilerinin saptanması ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmanın olgu grubunu, Aralık 2002 – Kasım 2003 arasındaki bir yıllık sürede yeme reddi nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı'na getirilen çocuklar, kontrol grubunu ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi örneklemi temsil ettiği düşünülen bir Sağlık Ocağı'na kayıtlı, beslenme sorunu tanımlanmayan ve olgu grubuyla yaş, cinsiyet ve ailenin sosyoekonomik düzeyler açısından eşleştirilmiş çocuklar oluşturmaktadır.

Çocuk ve annelerin olgu ve kontrol gruplarına alınma ölçütleri

1. Olgu grubu için en az bir aydır süren, tüm besinleri veya sadece bazı türdeki yiyecekleri içeren yeme reddinin olması.
2. Kontrol grubu için herhangi bir beslenme sorunu, gastrointestinal bozukluk ve süregelen tıbbi hastalık yakınmasının olmaması.
3. Çocuğun yaşının, beslenme sorunlarının en sık görülme yaşı olan 1-6 yaş arasında olması.
4. Çocukta büyümeyi etkileyebilecek ya da beslenme sırasında ağrı veya rahatsızlığa yol açabilecek tıbbi hastalığın olmaması.
5. Çocukta yaygın gelişimsel bozukluğun olmaması.

6. Annenin 18 yaşın üzerinde ve eğitim düzeyinin ilköğretim ve üzerinde olması.

7. Araştırma sürecinde annelerin klinik görüşme sürecine uyumunu, gerçeği değerlendirme yetisini ve görüşmelerin güvenilirliğini bozabilecek tanı konmuş ruhsal veya bedensel bir hastalığının olmaması.

8. Gerekli bilgilendirmeden sonra annelerden araştırmaya katılma konusunda onay alınmış olması.

Olgu grubunun oluşturulması aşamasında; 1 çocuk annenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 2 çocuk da araştırma başladıktan sonra devam etmeme nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu için aranan çocuklardan biri annenin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve 5 çocuk da annenin planlanan randevuya gelmemesi nedeniyle araştırmaya alınmamıştır. Sonuç olarak, yeme reddi olan 30 çocuk ve beslenme sorunu olmayan 30 çocuk araştırmaya alınmıştır.

Olgu ve kontrol grubundaki tüm çocuklar, bir çocuk psikiyatristi tarafından klinik görüşme ile beslenme sorunlarına ilişkin ve yaygın gelişimsel bozuklukların ayırt edilmesine yönelik olarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde okul öncesi dönem için uygulanabilen, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir klinik görüşme aracı olmadığından, değerlendirme DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılmıştır.

Tüm çocukların boy ve vücut ağırlığı ölçümleri yapılarak beden kitle indeksleri, % boy standartları ve boya göre ağırlık oranları belirlenmiştir. Beden kitle indeksi, vücut bileşimini en iyi yansıtan indeks olarak kabul edilir. Vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesiyle elde edilir. % Boy standardı çocuğun boyunun, aynı yaş ve cinsiyetteki çocukların ortalama boy uzunluğuna oranıdır. Boya göre ağırlık oranı ise çocuğun vücut ağırlığının, aynı çocuğun boy uzunluğuna uyan vücut ağırlığına oranıdır. % Boy standardının %95'in altında olması kronik malnütrisyonu ve Boya göre ağırlık oranının %90'ın altında olması ise akut malnütrisyon olduğunu göstermektedir (Taskinen 2000).

Olgu ve kontrol grubundaki tüm çocuklar, tıbbi hastalıkların ayırt edilmesi amacıyla Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Beslenme ve Metabolizma polikliniğinde değerlendirilmiştir. Alınan ayrıntılı beslenme öyküsüne göre hiçbir çocukta yapısal anomali ya

da özefajit gibi beslenme sırasında ağrı veya rahatsızlığa yol açabilecek tıbbi hastalık düşünülmüştür. Öykü ve fizik muayene ile patolojik bulgu saptanmayan ve büyüme geriliği bulunmayan olgularda başka tetkik yapılmamıştır. Malnütrisyon saptananlarda ise bu açıdan gerekli laboratuvar incelemeleri yapılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda hiçbir çocukta yeme sorununa yol açabilecek tıbbi hastalık saptanmamıştır.

Çocuk ve ailenin sosyodemografik özelliklerini araştıran kişisel değerlendirme formu ebeveynlerden alınan bilgiler doğrultusunda bir araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Çocukların anneleri Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), SCID Kişilik Envanteri ve Aile Değerlendirme Ölçeği'ni (ADÖ) doldurmuştur. Ölçeklerin tamamlanmasının ardından, bir erişkin psikiyatri uzmanı tarafından annelerle SCID II görüşmesi yapılarak kişilik bozuklukları değerlendirilmiştir.

BDE, Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş ve Türkçe'ye Tegin tarafından 1980'de çevrilmiştir. Geçerlilik çalışması ise 1989'da Hisli tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüselsel belirtileri ölçen 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. En yüksek puan 63 olup, ölçeğin Türkçe için geçerlik güvenilirlik çalışmasında kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmektedir.

DSKE, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1977'de Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bireyin kendi kendine yanıtladığı bir ölçeklerdir. Her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır: 1. Durumluk Kaygı Envanteri: Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. 2. Sürekli Kaygı Envanteri: Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak genelde kendini nasıl hissettiğini belirler. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini, küçük puan ise düşük kaygı düzeyini belirtir (Öner ve Le Compte 1983).

SCID-II Kişilik Envanteri Spitzer ve Williams tarafından 1985'te geliştirilmiştir. Türkçe'ye çevirisi Soria ve arkadaşları (1990), geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları (1994) tarafından yapılmıştır. DSM-III-R sınıflandırma

sisteminde yer alan kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerine göre hazırlanmış 120 soruluk bir formdur. Formun doldurulmasından sonra, özellikle "evet" olarak yanıtlanan maddelerin değerlendirildiği yapılandırılmış görüşme uygulanır.

ADÖ Epstein tarafından 1983'te geliştirilmiş; Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Bulut tarafından 1990'da yapılmıştır. Toplam 60 madde içermektedir ve 7 alt ölçekten oluşur. 6 madde "problem çözme", 9 madde "iletişim", 11 madde "roller", 6 madde "duygusal tepki verebilme", 7 madde "gereken ilgiyi gösterme", 9 madde "davranış kontrolü" ve 12 madde "genel işlevler" alt ölçeklerini gösterir. Her madde 1 ile 4 arasında bir puan alır. Tüm maddelerde 1 puan sağlıklı cevabı, 4 puan ise sağlıklı cevap simgelemektedir. Her bir alt boyut için puan ortalaması alınır. 2'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğundan dolayı, teorik olarak 2'nin ayırt edici bir puan olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanması ve her bir alt ölçekten aldıkları puanların ortalamasının alınmasıyla aile puanları elde edilmektedir. Bununla birlikte, ailenin sadece bir bireyine, örneğin ergene (Prinstein ve ark. 2000) veya anneye (Swanston ve ark. 1997) ölçeğin uygulanması yoluyla algılanan aile işlevlerini değerlendiren çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışmamızda yeme reddi olan çocukların annelerinin algıladıkları aile işlevlerinin değerlendirilebilmesi için, ADÖ sadece annelere uygulanmıştır.

Toplanan verilerin analizleri SPSS for Windows 11.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesi amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır; anlamlılık, çapraz tablolarda beklenen değerlerden en az biri 5'in altında olduğunda Fisher kesin ki-kare testi ve diğerlerinde Yates süreklilik düzeltmesi göz önüne alınarak değerlendirilmiştir. Olgu ve kontrol grubunun sürekli değişkenleri t testleri ile karşılaştırılmıştır. Olgu grubunda çocuğunda malnütrisyon olan ve olmayan annelerin BDE, DSKE ve ADÖ puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Olgu grubundaki çocukların yaş ortalaması 42.4±17.6 ay, kontrol grubunda ise 41.3±15.4 ay-

dır. Her iki grupta 18 kız (% 60) ve 12 erkek (%40) çocuk vardır. İki grupta cinsiyet ve yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Annelerin yaş ortalaması olgu grubunda 32.6 ± 5.7 , kontrol grubunda 30.4 ± 3.3 olarak belirlenmiştir. Olgu grubundaki annelerin çocuğun doğumu sırasındaki yaş ortalamaları 29.0 ± 5.8 , kontrol grubundakilerin ise 27.1 ± 3.6 'dır. Annelerin çalışmaya katılım ve doğum sırasındaki yaş ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmamasına karşın, olgu grubundaki annelerin (24.4 ± 5.5), kontrol grubundakilere göre (21.9 ± 3.0) anlamlı olarak daha geç yaşta evlendikleri saptanmıştır ($p < 0.05$). Olgu grubunda 9 (%30.0) ve kontrol grubunda 11(%36.7) anne ilkokul veya ortaokul mezunu iken; olgu grubunda 21 (%70.0) anne ve kontrol grubunda 19 (%63.3) anne lise ve üzeri eğitim almıştır. Olgu ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyleri arasındaki farklılık anlamlı düzeyde değildir. Annelerin çalışıp çalışmaması, annelerde ruhsal hastalık öyküsü, ailedeki çocuk sayısı ve sosyoekonomik düzey açısından iki grup arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Çocuk ölümü açısından sorgulandıklarında, olgu grubundaki ailelerden 5'inde (%16.7) çalışmaya alınan çocuğun doğumundan önce ölen bir çocuklarının olduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubunda ise çocuk kaybı yoktur. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda; olgu ve kontrol grupları arasında ailede çocuk kaybı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.052$).

Olgu grubunda 1 (%3.3) ve kontrol grubunda 2 (%6.7) annede de ruhsal hastalık öyküsü mevcuttur. Olgu grubunda 1 annede tanı konmuş depresyon, kontrol grubunda ise 1 annede depresyon ve 1 annede de konversiyon bozukluğu öyküsü vardır. Annelerde ruhsal hastalık öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Annelere uygulanan Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. BDE puan ortalamaları olgu grubundaki annelerde, kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. BDE'de kesim noktası olarak kabul edilen 17'nin üzerinde puan alan annelerin sayısı olgu grubunda 11 (%36.7), kontrol grubunda 2 (%6.7)'dir. İki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). DKE puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken, olgu grubundaki annelerin SKE'den elde ettikleri puan or-

talamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. ADÖ'nün tüm alt ölçeklerinde olgu grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

SCID-II Kişilik Envanteri ile olgu grubundaki 1 annede Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu olduğu saptanmış, kontrol grubundaki annelerde kişilik bozukluğu belirlenmemiştir. Annede kişilik bozukluğunun varlığı açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çocukların beden kitle indekslerinin ortalaması olgu grubunda (15.0 ± 1.3) kontrol grubuna (16.9 ± 2.7) göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.005$). Boya göre ağırlık oranları ve % boy standartları açısından değerlendirildiğinde; çalışmaya alınan olgu grubundaki 17 (%56.7) çocuğun fiziksel gelişimi normal bulunmuştur. 13 çocukta (%43.3) ise akut ve/veya kronik malnütrisyon saptanmıştır. Olgu grubundaki anneler çocuğunda malnütrisyon olup olmamasına göre iki gruba ayrılıp karşılaştırılmıştır. BDE, DSKE ve ADÖ alt testlerinin puan ortalamaları açısından çocuğunda malnütrisyon olan anneler olmayanlardan anlamlı farklılık göstermemiştir.

Olgu grubunda 19 (%63.3), kontrol grubunda 18 (%60.0) çocuk, ailenin ilk çocuğudur. Olgu ve kontrol grubundaki çocuklar ilk veya sonradan doğan çocuk olarak ayrıldıktan sonra annelerinin BDE, DSKE ve ADÖ alt test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grupta da anlamlı farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada yeme reddi olan 30 çocuk ve annesi olgu grubunu ve herhangi bir beslenme sorunu tanımlanmayan ve yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş 30 çocuk ve annesi kontrol grubunu oluşturmuştur. Olgu grubundaki anne-babaların kontrol grubuna göre daha geç yaşta evlendikleri; çocuğun doğumu sırasında ise iki grubun yaşları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu iki bulgu, olgu grubundaki anne-babaların daha geç yaşta evlenerek, evlendikten kısa bir süre sonra çocuk sahibi olduklarını akla getirmektedir. Evlilik, eşler için yeni bir duruma uyum gerektiren bir dönemdir. Çocuk doğumu da ilişkide stres yaratan ve yeniden uyum gerektiren dönemler arasında belirtilmektedir (Kumbasar 1998). Bizim çalışmamızda olgu grubundaki ebe-

veynler açısından evliliğin erken dönemlerinde, henüz eş kimliği benimsenmeden ve evliliğe uyum gerçekleşmeden ebeveyn kimliğine bürünmenin, aile işlevlerini ve çocuğa uygun tutumlar sergilemeyi etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Benoit ve arkadaşları (1989), büyüme geriliği olan çocukların annelerinde sevilen birinin kaybı ile ilişkili çözülmemiş yas oranını %52 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda herhangi bir nedenle kaybedilen çocukların varlığı açısından aileler değerlendirildiğinde, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da anlamlılık düzeyine yakın bulunmuştur ($p=0.052$). Bu sonuç olgu sayısının az oluşundan etkilenmiş olabilir. 2003 yılında açıklanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ön raporunda 5 yaş altında bildirilen çocuk ölüm hızının %3.7 olduğu göz önüne alındığında olgu grubundaki %16.7 çocuk kaybının oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir (TNSA 2003). Çocuklarını kaybeden ebeveynler, ailelerinin güvenliği ile ilgili inançlarında ciddi değişimler yaşarlar. Yas tepkileri patolojik hal alarak geride kalan çocuklarına yönelik ebeveynlik becerilerini etkileyebilir (Black 2002). Çalışmamızda olgu grubundaki çocukların doğumundan önce gerçekleşen çocuk kaybına bağlı olarak annelerin yaşadıkları yas ve depresif belirtiler ebeveynlik yetilerini ve anne-çocuk ilişkisini etkilemiş olabilir.

Yazında beslenme sorunları olan çocukların annelerinde daha fazla ruhsal hastalık olup olmadığı tartışmalıdır. Bu çocukların annelerinde duygudurum (Raynor ve Rudolf 1996, Timimi ve ark. 1997, Gorman ve Leifer 1993, Polan ve ark. 1991a, Hufton ve Oates 1977), anksiyete (Raynor ve Rudolf 1996, Kenis 1980), kişilik (Polan ve ark. 1991a) ve yeme (Whelan ve Cooper 2000) bozukluklarının daha sık görüldüğünü belirten araştırmalar olduğu gibi, ruhsal hastalıklar açısından artmış yüklülük bulunmayan araştırmalar da mevcuttur (Wilensky ve ark. 1996, Benoit ve ark. 1989). Çalışmamızda annelerdeki tanı konmuş ruhsal hastalıklar açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Beslenme sorunları olan çocukların annelerinde depresyon ve depresif belirtilerin sık görüldüğü birçok araştırmacı tarafından ortaya konmuş ve ebeveyndeki depresyonun etiyolojide önemli olduğu ileri sürülmüştür (Raynor ve Rudolf 1996, Lindberg ve ark. 1994, Timimi ve ark. 1997, Gorman ve Leifer 1993, Polan ve ark. 1991a, Hufton

ve Oates 1977). Bununla birlikte, tüm bu araştırmalar kesitsel veya geriye dönük çalışmalar olduğundan, depresyonun beslenme sorununun nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu henüz açıklık kazanmamıştır. Çalışmamızda hem BDE puan ortalamaları, hem de BDE kesme puanının üzerinde puan alan anne sayısı açısından karşılaştırıldığında olgu grubundaki annelerin daha depresif oldukları görülmektedir. Olgu grubundaki annelerin depresif belirti düzeyleri, çocukta malnütrisyona olup olmamasına göre değerlendirildiğinde annelerin BDE puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgu, annedeki depresif belirtilerin çocuğun fiziksel gelişimindeki gerilikle ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Yeme reddi ve büyüme geriliği olan çocukların annelerinde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Raynor ve Rudolf 1996, Lindberg ve ark. 1994, Kenis 1980). Annedeki anksiyetenin, çocuğunun iletilerini anlamasına ve onu rahatlatıp sakinleştirerek başarılı bir şekilde beslemesine engel olabileceği ileri sürülmektedir (Chatoor ve ark. 1997). Çalışmamızda olgu grubundaki annelerin SKE puanlarının kontrol grubundan yüksek bulunması, annenin süreklilik gösteren anksiyetesinin yeme ilişkisine yansıdığı şeklinde yorumlanabilir. Malnütrisyona olan ve olmayan çocukların annelerinde SKE puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermemiş olması, annenin kaygı düzeyinin çocuğun yeme reddinin süre veya şiddeti ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Toplum örnekleminde kadınlarda kişilik bozukluklarının görülme sıklığı %6.4-12.6 arasında bildirilmektedir (Samuels ve ark. 1994, Jackson ve Burgess 2000, Torgerson ve ark. 2001). Çalışmamızda SCID-II Kişilik Envanteri ile olgu grubundaki 1 (%3.3) annede Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu olduğu saptanmış, kontrol grubundaki annelerde kişilik bozukluğu belirlenmemiştir. Bulunan oran yurtdışında genel toplumda bulunanlardan düşük olmakla birlikte, örneklemin küçüklüğü karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir.

Çalışmamızda annelere uygulanan ADÖ ailenin çeşitli alanlardaki işlevlerinin değerlendirilmesini sağlar. Çalışmamızda ADÖ genel işlevler alt ölçeği yeme reddi olan çocukların ailelerinde kontrolden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu annelerin tüm aile işlevlerini sağlıklı olarak algıladıklarını göstermektedir.

Yazında büyüme geriliği olan çocukların annelerinin sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğu, bunun da çocuğun beslenmesi ve bakımını etkileyerek bozukluğa katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Robinson ve ark. 2001). Çalışmamızda ADÖ problem çözme alt ölçeği puanının kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunması; yeme reddi olan çocukların ailelerinin yeme sorununu ele almada ve çözüm üretmede yetersiz kaldıklarını gösterebilir. Çalışmamızda yeme reddi olan çocukların ailelerinde ADÖ iletişim alt ölçek puanının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunması ise yeme reddinin ailedeki veya anne-çocuk ilişkisindeki iletişim sorunlarıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Karşılıklı iletişimdeki sorunlar, annenin çocuğunun istek veya gereksinimlerini anlamasını ve uygun yanıtlar vermesini güçleştirmiş olabilir. Yeme reddi olan çocukların ailelerinde ADÖ roller alt ölçek puanının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunması ise yeme reddinin ailedeki sağlıklı rol işlevlerinden kaynaklanan güçlüklerle ilişkisini göstermektedir.

ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeği aile üyelerinin her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözle ya da hareketle ifade edebilme yeteneğini, ailenin uyumunu ve aşırıya kaçmadan empati yapabilme becerisini değerlendirir (Bulut 1990). ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği aile bireylerinin birbirine gösterdikleri ilgi, bakım ve sevgiyi araştırır. ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği ise ailelerin davranışlara sınır koyma ve disiplin sağlama düzeyini belirler. Çalışmamızda yeme reddi olan çocukların ailelerinde duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü alt ölçek puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunması, bu alanlardaki güçlükleri yansıtmaktadır.

Çalışmamızda yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanmak yerine sadece tanı almış ruhsal

bozuklukların sorgulanmasıyla annedeki ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve aile işlevlerinin sadece anne tarafından değerlendirilmesi bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca, annelerde saptanan depresyon ve anksiyete belirtilerinin ve aile işlevlerinde saptanan bozuklukların anne-çocuk ilişkisine ne derecede yansıdığı da değerlendirilmemiştir. Anne-çocuk ilişkisinin yapılandırılmış tekniklerle değerlendirileceği bir çalışma, bizim kültürümüze özgü farklılıkları ortaya koyma açısından değerli olabilir.

Çalışmamızda, yeme reddi olan çocukların annelerinin daha fazla depresyon ve anksiyete belirtisi sergiledikleri ve anneler tarafından algılanan aile işlevlerinin de daha sağlıklı olduğu görülmüştür. Aile işlevleri ile ilgili saptanan bulgular çocuğun belirtilerinin, altta yatan aile çatışması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu çocuk ve annenin özelliklerinin yanı sıra aile işlevlerinin de değerlendirilmesinin önemini göstermektedir. Ülkemizde yeme reddi olan çocukların ne kadarının bir Çocuk Psikiyatrisi birimine ulaşabildiği bilinmemektedir. Olgu alımının sürdüğü bir yıllık dönem boyunca bir üniversite hastanesinde sadece 30 olguya ulaşılabilmiş olması, bu oranın oldukça düşük olduğunun göstergesidir. Bu çocuklar bir pediatri hekimine başvurduğunda çocuğun beslenme durumu ve fiziksel gelişimine yönelik önlemler alınabilse de sorunun psikososyal boyutu ile ilgili girişimler yetersiz kalabilmektedir. Bozukluğun ortaya çıkışı ve sürekliliğindeki ailesel etkenlerin önemi göz önüne alındığında, bunun büyük bir eksiklik olduğu ortaya çıkmaktadır. Konuyla ilgili sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinin ve ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmaların artmasının, çocukluk çağında görülen beslenme sorunlarının anlaşılmasında ve tedavisinde önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Ammaniti M, Ambuzzi AM, Lucarelli L ve ark. (2004) Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr* 23(3): 259-271.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-71.
- Benoit D, Zeanah CH, Barton ML (1989) Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Ment Health J*, 10(3): 185-202.
- Black MM, Dubowitz H, Hutcheson JJ ve ark. (1995) A randomized clinical trial of home intervention for children with

failure to thrive. *Pediatrics*, 95(6): 807-814.

Black MM (1999) Commentary: Feeding Problems: An Ecological perspective. *J Pediatr Psychology*, 24(3):217-219.

Black D (2002) Bereavement. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th Edition. Rutter M, Taylor E (Eds), Oxford. Blackwell Publishing, s. 299-308.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği Elkitabı. Ankara. Özgüzel Matbaası.

Chatoor I, Egan J, Getson P ve ark. (1988) Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27(5): 535-540.

Chatoor I, Getson P, Menvielle E ve ark. (1997) A feeding scale

for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Ment Health J*, 18(1): 76-91.

Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J ve ark. (1998) Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37(9): 959-967.

Chatoor I (2000) Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA (Ed). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. S.2704-2710.

Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S ve ark. (1994) SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(32): 26-29.

Crittenden PM (1987) Non-organic failure to thrive: deprivation or distortion. *Infant Ment Health J*, 8(1): 51-64.

Dahl M (1987) Early feeding problems in an affluent society. III. Follow-up at two years: natural course, health, behaviour and development. *Acta Paediatr Scand*, 76(6): 872-880.

Dahl M, Sundelin C (1992) Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatr*, 81(8): 575-579.

Drotar D, Eckerle D (1989) The family environment in nonorganic failure to thrive: a controlled study. *J Pediatr Psychiatry*, 14: 245-257.

Duniz M, Scheer PJ, Trojovský A ve ark. (1996) Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *Europ Child Adolesc Psychiatry*, 5(2): 93-100.

Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS (1983) The Mc Master Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*, 9(2): 171-80.

Erol A, Toprak G, Yazici F (2002) Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 13(1): 48-57.

Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O ve ark. (2004) Mother-Child Touch Patterns in Infant Feeding Disorders: Relation to Maternal, Child, and Environmental Factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(9): 1089-1097.

Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA ve ark. (1997) Family Functioning and Mental Illness: A Comparison of Psychiatric and Nonclinical Families. *Fam Proc*, 36(4): 357.

Gorman J, Leifer M, Grossman G (1993) Nonorganic failure to thrive: Maternal history and current maternal functioning. *J Clin Child Psychol*, 22(3): 327-336.

Heffer RW (1989) A behavior analytic model for nonorganic failure to thrive: observations of parent and child behavior during feeding interactions. *Yayınlanmamış tez çalışması*.

Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.

Hufton IW, Oates RK (1977) Nonorganic Failure To Thrive: A Long-Term Follow-up. *Pediatrics*, 59 (1): 73-77.

Hutcheson JJ, Black MM, Starr Jr RH (1993) Developmental differences in interactional characteristics of mothers and their children with failure to thrive. *J Pediatr Psychiatry*, 18: 453-466.

Jackson HJ, Burgess PM (2000) Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 35: 531-538.

Kenis DR (1980) A study of the personality characteristics of mothers of abused children and failure to thrive children. *Northwestern University, Yayınlanmamış tez çalışması*.

Kerwin ME, Berkowitz RI (1996) Feeding and eating disorders: Ingestive problems of infancy, childhood and adolescence. *School Psychol Rev*, 25: 316-328.

Kumbasar H (1998) İlişki sorunları. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Cilt

2. Güleş C, Köroğlu E (Eds), Ankara. Hekimler Yayın Birliği, s. 817-822.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B ve ark. (1994) Early food refusal: Infant and . *Infant Ment Health J*, 15(3): 262-277.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B ve ark. (1996) Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J*, 17: 334-347.

McDermott BM, Batik M, Roberts L ve ark. (2002) Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Austr New Zealand J Psychiatry*, 36(4): 509-514.

Monk CE (1997) Representational content and quality of mothers whose children are failing to thrive: A Rorschach study linking inner life with interpersonal behavior. *City University of New York, Yayınlanmamış tez çalışması*.

Munson LJ (1996) Parent-infant interaction during play and feeding for infants who are typically developing and for infants who have a feeding problem and a developmental delay. *Vanderbilt University, Yayınlanmamış tez çalışması*.

Öner N, Le Compte A (1983) Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.

Polan HJ, Kaplan MD, Kessler DB ve ark. (1991a) Psychopathology in mothers of children with failure to thrive. *Infant Ment Health J*, 12(1): 55-64.

Polan HJ, Leon A, Kaplan MD ve ark. (1991b) Disturbances of affect expression in failure-to-thrive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(6): 897-903.

Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A ve ark. (2000) Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol* 29(3): 392-405.

Puckering C, Pickles A, Skuse D ve ark. (1995) Mother-child interaction and the cognitive and behavioural development of four-year-old children with poor growth. *J Child Psychol Psychiatry*, 36(4): 573-595.

Robinson JR, Drotar D, Boutry M (2001) Problem-solving abilities among mothers of infants with failure to thrive. *J Pediatr Psychol*, 26(1): 21-32.

Raynor P, Rudolf MCJ (1996) What do we know about children who fail to thrive? *Child Care Health Dev*, 22(4): 241-250.

Samuels JF, Nestadt G, Romanosky AJ ve ark. (1994) DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry*, 151(7): 1055-1062.

Sanders MR, Patel RK, Le Grice B ve ark. (1993) Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychol*, 12(1): 64-73.

Satter EM (1986) Childhood eating disorders. *J Am Diet Assoc*, 86(3): 357-361.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H (1990) DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu. SCID-II kişilik bozuklukları formu. Bornova, Ege Üniversitesi Basımevi.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologist Press.

Spitzer RL, Williams J (1985) Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID II). New York Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Stein A, Barnes J (2002) Feeding and sleep disorders. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th Edition. Rutter M, Taylor E (Eds), Oxford. Blackwell Publishing, s. 754-775.

Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI ve ark. (1997) Sexually abused children 5 years after presentation: A case-control study. *Pediatrics* 100:600-608.

Taskinen M (2000) Skeletal muscle protein reserves in children with cancer. Nutritional and metabolic aspects from diagnosis to long term follow up. Medical Faculty of the University of Helsinki. 15 Ağustos 2005'te <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/taskinen/skeletal.pdf> adresinden indirildi.

Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel şemalar. Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Tebor SH (2000) The incidence and correlation of feeding problems in a normal population of toddlers. The George Washington University, Yayınlanmamış tez çalışması.

Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K (1997) Selective eaters: a retrospective case note study. Child Care Health Dev, 23(3): 265-278.

TNSA (2003) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - Ön rapor. 5 Mayıs 2004'te <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/haber/tnsa2003rapor.pdf> adresinden indirildi.

Torgerson S, Kringlen E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psych, 58(6): 590-596.

Whelan E, Cooper PJ (2000) The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. Psychol Med, 30(1): 69-77.

Wilensky DS, Ginsberg G, Altman M ve ark. (1996) A community based study of failure to thrive in Israel. Arch Dis Child, 75(2): 145-148.

Wolke D, Skuse D, Mathisen B (1990) Behavioral style in failure-to-thrive infants: a preliminary communication. J Pediatr Psychiatry, 15(2): 237-254.