

BebikoMed.pl poleca

# Biuletyn

Akademii Zdrowego Jelita

## Wyzwania żywieniowe u dzieci po 1. roku życia

Zjawisko zaburzeń żywieniowych u dzieci

opracowała  
dr. n. społ. **Ewa Winnicka**



W BIULETYNIE

Opisy  
przypadków  
klinicznych



## Autor

**dr n. społ. Ewa Winnicka**

Neurologopeda, oligofrenopedagog, terapeuta wczesnej interwencji. Pracuje w Klinice Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Specjalizuje się w diagnostyce oraz terapii zaburzeń karmienia i połykania. Jest członkiem Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) oraz Europejskiego Towarzystwa Zaburzeń Połykania (ESSD).

## Dotychczas w serii Biuletynów Akademii Zdrowego Jelita ukazały się:

### Rozwój i znaczenie mikrobioty jelitowej

oprac. dr n. o zdr. Aleksandra Pituch-Zdanowska

### Rozwój układu pokarmowego w okresie 1000 pierwszych dni

oprac. dr n. med. Marcin Dziekiewicz

### Niedojrzałość układu pokarmowego niemowlęcia

oprac. lek. Magdalena Pniewska i lek. Agnieszka Janiec

### Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: kolki i zaparcia

oprac. dr hab. n. med. Ewa Toporowska-Kowalska, prof. UM w Łodzi

### Dolegliwości ze strony układu pokarmowego: ulewania

oprac. dr n. med. Piotr Dziechciarz

### Mleko kobiece

oprac. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, prof. UM we Wrocławiu

### Żywienie dzieci po 1. roku życia w świetle najnowszych wyników badań

red. nauk. prof. dr hab. n. med. Piotr Socha

### Żywienie przed leczeniem: rola żywienia w postępowaniu w dolegliwościach trawiennych

oprac. prof. dr hab. n. med. Piotr Albrecht

Wszystkie opublikowane Biuletyny Akademii Zdrowego Jelita znajdują Państwo

w serwisie dla lekarzy **BebikoMed.pl** | Zapraszamy

# Biuletyn

## Akademii Zdrowego Jelita

---

### Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy!

Wielu rodziców napotyka problemy z karmieniem dzieci, które ukończyły 1. rok życia. Pocięchy unikają przyjmowania pokarmów lub je ograniczają. Zazwyczaj zachowania te nie mają przyczyn o charakterze organicznym. Rodzice nie rozumieją źródeł problemów i dlatego często wdrażają nieadekwatne postępowanie. Jego bezskuteczność może odcisnąć się na życiu rodzinnym, a nawet przyczynić się do upośledzenia stanu odżywienia dziecka. W tym obszarze wsparcie ze strony lekarza pediatry – zaufanego i znającego dziecko – ma nieocenioną wartość.

Oddajemy w Państwa ręce kompendium wiedzy o zaburzeniach żywieniowych. Zostało ono przygotowane z uwzględnieniem aktualnego piśmiennictwa i zilustrowane trzema analizami przypadków z praktyki autorki. Można się z niego dowiedzieć m.in. o roli czynników wrodzonych i środowiskowych, pod których wpływem kształtują się nawyki żywieniowe, a także o znaczeniu, jakie ma rozwój sensoryczny dziecka. W codziennej praktyce pomocne okaże się wygodne narzędzie wywiadu – do jego zebrania może posłużyć ankieta z zakresu trudności żywieniowych.

Seria Biuletynów Akademii Zdrowego Jelita dostarcza praktycznych wskazówek przygotowanych przez wybitnych ekspertów z dziedziny medycyny, pediatrii i żywienia. Jesteśmy przekonani, że lektura aktualnego numeru zaowocuje odpowiedziami na wiele pytań, jakie niesie ze sobą opieka nad małymi pacjentami.

*Zespół Akademii Zdrowego Jelita*

# Wyzwania żywieniowe u dzieci po 1. roku życia

## Zjawisko zaburzeń żywieniowych u dzieci

### DZIECKO NIE CHCE JEŚĆ – CO ZGŁASZAJĄ RODZICE, CO WIDZI LEKARZ?

Człowiek jako istota jest zaprogramowany w taki sposób, aby starać się przeżyć w każdych warunkach klimatycznych. Oznacza to, że niezależnie od tego, czy urodzi się na biegunie północnym, czy na pustyni w okolicy równika, zawsze umie znaleźć źródło pożywienia oraz dostosować potrzeby swojego organizmu do panujących warunków i możliwości zdobycia pożywienia. Stwierdzenie to może wydawać się oczywiste, biorąc pod uwagę ewolucyjne podejście do tematu odżywiania, jednak u rodziców, którzy borykają się z trudnościami w karmieniu dzieci, wiara w ewolucyjny mechanizm przetrwania może zostać zachwiana.

Aktualne wydanie „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5” (2013) trudności z karmieniem ujmuje jako kategorię diagnostyczną *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders* (ARFID),

czyli zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów [1]. Opis diagnostyczny uwzględnia takie zachowania, jak: niechęć do spożywania posiłków, brak zainteresowania jedzeniem, awersje sensoryczne do pokarmów, unikanie posiłków i przyjmowanie niewystarczających porcji jedzenia. Kryteria diagnostyczne zakładają utratę masy ciała lub brak przyrostów masy ciała właściwych dla wieku, przyjmowanie niewystarczających do prawidłowego rozwoju porcji jedzenia oraz konieczność wykorzystania suplementacji lub karmienia enteralnego, aby utrzymać właściwy stan odżywienia. **Wymienione wyżej zachowania należy odróżnić od zachowań będących efektem wpływów kulturowych, zachowań rozwojowych i problemów zdrowotnych wynikających z chorób somatycznych.**

#### TABELA 1.

Trudności z karmieniem dziecka zgłaszane przez rodziców i oczekiwania dotyczące zmiany tej sytuacji (opracowanie własne na podstawie [4, 5])

| Trudności  | Oczekiwania  |
|--|--|
| Brak prawidłowych przyrostów masy ciała                        | Zwiększenie objętości spożywanych posiłków             |
| Brak uczucia głodu   | Poprawa zachowania związanego z jedzeniem              |
| Przetrzymywanie pokarmów w jamie ustnej i niechęć do połykania | Zwiększenie chęci dotykania i poznawania jedzenia      |
| Wymioty związane z jedzeniem                                   | Zmiana tekstury pokarmów                               |
| Krztuszenie się podczas karmienia                              | Zwiększenie samodzielności podczas spożywania posiłków |
| Niechęć do połykania jedzenia                                  | Zwiększenie różnorodności spożywanych posiłków         |

„Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa DC: 0–3” [2] wśród zaburzeń zachowania związanego z karmieniem wyróżnia trudności regulacyjne, problemy związane z relacją rodzic/opiekun–dziecko, anoreksję niemowlęcą, sensoryczną awersję do pokarmów, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego oraz zaburzenia dotyczące innych układów i narządów. W stosunku do dwóch ostatnich jednostek ważne jest zastrzeżenie, że **objawy utrzymują się mimo wyleczenia zaburzeń strukturalnych lub organicznych**.

Z punktu widzenia lekarza ważne jest, co zgłaszają rodzice oraz w jaki sposób można rozwiązać ich problemy z karmieniem dziecka. 20–25% rodziców informuje lekarzy pierwszego kontaktu, że mają trudności z nakarmieniem dziecka, ale tylko w 1–5% przypadków występują trudności poważne [3], wymagające wielospecjalistycznego leczenia i długotrwałej terapii. Najczęściej problemy z karmieniem są efektem niezrozumienia źródła tych problemów i nieodpowiedniego w związku z tym postępowania.

W tabeli 1 zostały zaprezentowane najczęściej zgłaszane przez rodziców trudności z karmieniem dziecka i oczekiwania dotyczące zmiany tej sytuacji. Informacje zostały zebrane od rodziców dzieci zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w związku z problemami z żywieniem. Przeprowadzono analizę porównawczą, która pozwoliła ocenić, czy problemy zgłaszane przez rodziców dzieci z trudnościami w karmieniu są charakterystyczne tylko dla tej grupy, czy może są właściwe dla większości rodziców małych dzieci. Porównano dane z grupą kontrolną, czyli z informacjami uzyskanymi od rodziców dzieci z warszawskich publicznych placówek opiekuńczych. Wyniki po opracowaniu statystycznym pokazały, że zarówno pod względem trudności, jak i oczekiwań, a także w każdym z wymienionych aspektów występowały różnice istotne statystycznie [4]. Oznacza to, że trudności i oczekiwania zgłaszane przez rodziców dzieci „niejadków” są charakterystyczne dla ich sytuacji.

Obie przywołane powyżej propozycje klasyfikacyjne – zarówno DSM-V, jak i DC: 0–3 – zwracają uwagę na konieczność wykluczenia organicznych przyczyn źródła niechęci do jedzenia (ryc. 1). Porównanie oczekiwań i trudności zgłaszanych przez rodziców dzieci zdrowych (w tej grupie tylko trud-

ności z karmieniem były powodem hospitalizacji) z oczekiwaniami i trudnościami zgłaszanymi przez rodziców dzieci z problemami zdrowotnymi (w tej grupie trudności z karmieniem także były powodem hospitalizacji, ale dzieci miały również inne problemy organiczne, np. neurologiczne, kardiologiczne, oddechowe) wykazało, że nie było statystycznie istotnych różnic w zakresie trudności i oczekiwań w przypadku każdego z badanych aspektów [5]. To pozwala przypuszczać, że życie rodzin z dziećmi, u których określona choroba powoduje trudności w karmieniu, jest tak samo trudne, jak życie rodzin z tzw. zdrowymi niejadkami. Taki punkt widzenia potwierdza również badanie jakości życia rodzin z dziećmi mającymi problemy z jedzeniem; pokazuje ono, że jakość życia tych rodzin jest podobna jak w przypadku rodzin z dziećmi przewlekle chorymi [6].



**RYCINA 1.**

Organiczne przyczyny trudności w karmieniu dzieci (opracowanie własne na podstawie [7]).

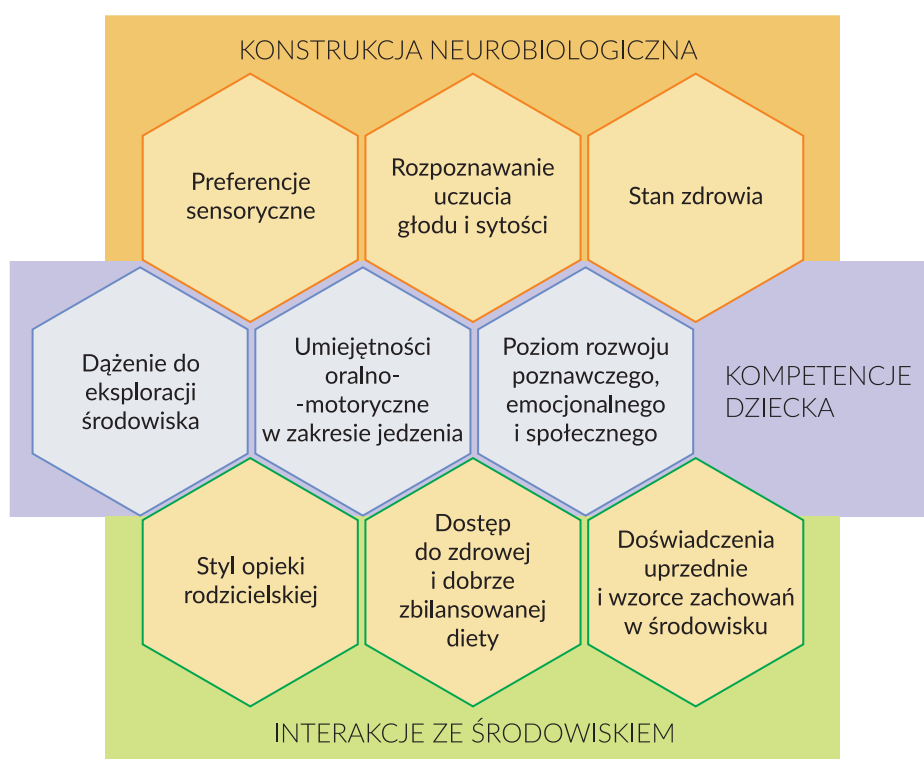
# DLACZEGO DZIECKO NIE CHCE JEŚĆ?

Kształtowanie zachowań związanych z karmieniem dzieci jest trudnym, wielodyscyplinarnym i wielowątkowym zagadnieniem. Na zachowania żywieniowe wpływają zarówno czynniki wrodzone, jak i środowiskowe. Na rycinie 2 przedstawiono trzy grupy takich czynników, a sposób prezentacji z wykorzystaniem motywu plastra miodu nie jest bez znaczenia. Każdy z czynników może pozostawać w interakcji z innym czynnikiem do tego stopnia, że czasem trudno jest określić, który z nich ma większe znaczenie dla kształtowania sytuacji związanej z karmieniem. Na zachowania żywieniowe dziecka wpływają predyspozycje wrodzone (konstrukcja neurobiologiczna), doświadczenia, których uczestnikiem jest dziecko (interakcje ze środowiskiem), oraz sposób korzystania przez dziecko z tych doświadczeń i wrodzone predyspozycje, czyli kompetencje dziecka w zakresie rozwijania umiejętności i zdobywania wiedzy o jedzeniu/karmieniu.

Odmowa jedzenia według klasyfikacji autorstwa Irene Chatoor może wystąpić w czterech sytuacjach:

1. Niekonsekwentna odmowa spożywania wszystkich typów pokarmu (co wiąże się z zachowaniem anorektycznym).
2. Wybiórcza odmowa spożywania określonego produktu lub grupy produktów (np. odmowa jedzenia warzyw lub mięsa).
3. Konsekwentna odmowa spożywania określonych typów i konsystencji pokarmów (np. odmowa jedzenia pokarmów stałych lub suchych).
4. Odmowa spożywania pokarmu na skutek pojawienia się stresu związanego z jedzeniem (np. z nakłanianiem do jedzenia lub po incydencie zakrztuszenia) [8].

W swojej klasyfikacji trudności z karmieniem Irene Chatoor [9] zwraca uwagę m.in. na awersję do jedzenia o podłożu sensorycznym. Dzieci w takich sytuacjach konsekwentnie odmawiają zjadania określonych pokarmów, a odmowa ta jest spowodowana ich smakiem, zapachem, teksturą, temperaturą i (lub) wyglądem. Czym innym jest odmowa spożycia określonego pokarmu jednego dnia



RYCINA 2.

Kształtowanie zachowań związanych z sytuacją karmienia (opracowanie własne).

i bezproblemowe spożywanie tego samego pokarmu nazajutrz. Spektrum reakcji na określony rodzaj pożywienia może być szerokie – od grymaszenia po odruchową reakcję wymiotną, wymioty, plucie jedzeniem itp. U niektórych dzieci awersje sensoryczne z czasem rozciągają się na całe grupy produktów, które wyglądają lub pachną podobnie. Rodzice relacjonują często, że dzieci nie chcą próbować nowych produktów i zazwyczaj jedzą dobrze, pod warunkiem że poda im się pokarm, który akceptują.

Z ewolucyjnego podejścia do zagadnień odżywiania wynika, że instynktownie kierujemy się sensorycznymi właściwościami pokarmu podczas dokonywania wyborów żywieniowych [10]. Produkty kwaśne lub gorzkie mogą być traktowane jako produkty o małej wartości odżywczej, gdyż smaki te kojarzymy z żywnością trującą lub zepsutą. Smak słodki oraz produkty zawierające duże ilości cukru i tłuszczu są utożsamiane z dużą wartością odżywczą ze względu na ich wysoką kaloryczność i obecność węglowodanów [11]. To może tłumaczyć, dlaczego dzieci wybiorą raczej produkty mączne, słodkie i frytki, unikając gorzkich brokułów i owoców o bardziej kwaśnym smaku.

Problem najczęściej obserwowany u „niejadków”, wynikający z zaburzeń integracji sensorycznej, stanowi nadwrażliwość sensoryczna. Dziecko z nadwrażliwością jednego ze zmysłów lub kilku zmysłów jednocześnie może mieć problemy ze spożywaniem pokarmów. Objawy nadmiernej reaktywności mogą pojawiać się w odpowiedzi na kilka bodźców lub na jeden bodziec. Dotyczą zapachu jedzenia, dotyku szorstkich materiałów, smaku lub konsystencji pokarmów (np. obecności w jedzeniu grudek lub stałej konsystencji wymagającej precyzyjnego rozdrobnienia). Jeśli informacja sensoryczna jest zbyt silna, powoduje to nieprzyjemne odczucia dla dziecka, nawet do tego stopnia, że dziecko zaczyna eliminować z diety określone grupy produktów spożywczych lub w ogóle unika sytuacji karmienia.

Prawidłowe funkcjonowanie regulacji sensorycznej odgrywa dużą rolę w wielu sferach życia. Służy ona za filtr, przez który ciało odbiera informacje ze świata i wykorzystuje je w procesie rozwoju. Dobrze działająca regulacja pozwala na zdoby-

wanie nowej wiedzy i nowych umiejętności, gdy zaś funkcjonuje źle, może zaburzać rozumienie świata, tworząc nieodpowiednie wzorce zachowania i niekorzystnie wpływając na rozwój umiejętności [12, 13]. Zaburzenie przetwarzania procesów integracji sensorycznej może nie tylko oddziaływać na wybór określonych produktów spożywczych, lecz także utrudniać cały proces karmienia [14]. Konsekwencją może być opóźnienie we wprowadzaniu nowych technik karmienia i zróżnicowanych konsystencji pokarmów [15–17]. Dzieci o obniżonym progu pobudliwości jamy ustnej spożywają znacznie mniej produktów nieprzetworzonych (owoców, warzyw), a ich rodzice odnotowują znacznie więcej „trudnych” zachowań podczas posiłków [14]. W tabeli 2 przedstawiono opisy zachowań dziecka, mogących wskazywać na zaburzenia integracji sensorycznej jako przyczynę trudności w karmieniu.

Sensoryczne aspekty spożywania pokarmów ujmowane jako przyczyny trudności pojawiają się również w opisach takich zachowań, jak **neofobia pokarmowa** (FN – *food neophobia*) i **jedzenie wybiórcze** (inaczej **wybiórczość/selektywność pokarmowa**; PE – *picky eating*) [19]. Neofobię pokarmową utożsamia się zazwyczaj z odmawianiem próbowania nowych pokarmów w związku z tym, że są nowe i nieznanne, a ich właściwości sensoryczne nie przypominają cech produktów dotychczas akceptowanych. Charakterystyczna jest postawa braku zainteresowania nowymi pokarmami w przypadku dominującej aktywności obronno-unikającej [20]. Osoby prezentujące zachowania neofobiczne zazwyczaj nie uzasadniają odmowy spróbowania pokarmu tym, że ma on jakieś konkretne cechy („Nie wiem, jakie to jest, bo tego nie znam”), lecz tym, że nie ma on cech pokarmów dotychczas akceptowanych. Osoby te nie chcą zmieniać swoich nawyków, ponieważ jest im z nimi dobrze.

Z kolei jedzenie wybiórcze polega na odmawianiu jedzenia określonych pokarmów dlatego, że mają one cechy nieakceptowalne dla danej osoby. Dzieci prezentujące takie zachowania wiedzą doskonale, co lubią, i potrafią określić właściwości pokarmów, których nie lubią („za słone”, „za gęste”, „zbyt twarde”) [21, 22]. Niestety najczęściej kierują się preferencją smaku słodkiego. Cechą charakterystycz-

**TABELA 2.**

Zachowania dziecka utrudniające karmienie i wynikające z zaburzenia procesów integracji sensorycznej (opracowanie własne na podstawie [19])

| Zmysł                                 | Zachowanie dziecka   |
|---------------------------------------|--|
| PROPRIOCEPCJA<br>(świadomość ciała)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zbyt mocny lub zbyt słaby nacisk szczęki i żuchwy podczas gryzienia</li> <li>- Zbyt mocne lub zbyt słabe trzymanie sztućców w dłoni</li> <li>- Osuwanie się na krzesło podczas posiłku, co utrudnia utrzymanie odpowiedniej pozycji podczas jedzenia</li> <li>- Problemy z ustaleniem relacji z przedmiotami lub osobami, co wymaga ciągłego potwierdzania doświadczeń (stukanie sztućcami, pukanie w szklankę itp.)</li> <li>- Problem z rozpoznaniem, jak duża siła mięśniowa jest potrzebna do danej aktywności (np. rozlewanie płynu lub zupy z łyżki, zanim kubek lub łyżka zostaną przybliżone do warg, „wsiorkbywanie” pokarmu zamiast umieszczenia go w jamie ustnej)</li> </ul>  |
| DOTYK<br>POWIERZCHNIOWY               | <p>Wysoki próg pobudzenia (niedowrażliwość)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nie czuje dotyku na twarzy, dopóki ten nie jest bardzo intensywny (np. pokarm wypływa z ust)</li> <li>- Połyka duże kawałki pokarmu bez rozgryzania lub rozgryzając niedokładnie</li> <li>- Nie czuje dotyku łyżeczki lub brzegu kubka na wargach</li> <li>- Skłonność do gryzienia własnej dłoni lub palców</li> <li>- Częstsze wkładanie przedmiotów do jamy ustnej w porównaniu z rówieśnikami</li> <li>- Trudności ze szczelnym domknięciem warg podczas ssania, picia z kubka i jedzenia łyżeczką</li> <li>- Trudności z utrzymaniem pokarmu w jamie ustnej</li> </ul> <p>Niski próg pobudzenia (nadwrażliwość)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nie lubi dotykać jedzenia</li> <li>- Domaga się wycierania rąk, twarzy i warg podczas jedzenia</li> <li>- Nie toleruje grudek w pokarmach, nie lubi pokarmów o zróżnicowanej strukturze</li> <li>- Toleruje pokarmy o zbliżonej temperaturze</li> <li>- Do gryzienia preferuje pokarmy suche, chrupiące lub w panierce</li> <li>- Nie dąży do samodzielnego jedzenia</li> <li>- Trudności z wprowadzeniem nowego rodzaju pokarmu, struktury lub nowej techniki karmienia</li> <li>- Reakcje wymiotne podczas posiłku</li> <li>- Trudności z karmieniem wynikające z bliskości ciała drugiej osoby (np. dziecko jest spokojniejsze podczas karmienia butelką, gdy leży w łóżeczku, niż gdy jest trzymane na rękach, lub łatwiej jest nakarmić je butelką niż piersią)</li> </ul> |
| UKŁAD<br>PRZEDSIONKOWY<br>(równowaga) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podczas posiłku dziecko może być skupione na tym, jak porusza się jego ciało lub na tym, aby się nie poruszało w przestrzeni, co znacznie utrudnia uzyskanie samodzielności w jedzeniu (np. buja się na krzesło lub zastyga nieruchomo)</li> <li>- Koncentracja podczas posiłku może być również zakłócona przez niepewność grawitacyjną odczuwaną przez dziecko (np. boi się, że spadnie z krzesła i woli jeść, siedząc na kolanach opiekuna, lub kładzie głowę na stole)</li> </ul>   |
| SMAK                                  | <p>Wysoki próg pobudzenia (niedowrażliwość)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preferencje pokarmów ostrych, o wyrazistym smaku i bardzo ciepłych</li> <li>- Preferencje w kierunku pokarmów ostrych, o wyrazistym smaku i chłodnych</li> <li>- Lizanie i smakowanie przedmiotów z otoczenia (np. ściany)</li> <li>- Trudności z wprowadzeniem wody do picia w związku z tym, że ma smak raczej neutralny</li> </ul> <p>Niski próg pobudzenia (nadwrażliwość)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trudności z wprowadzeniem pokarmów o nowym smaku</li> <li>- Preferencje do spożywania pokarmów o zbliżonym smaku</li> <li>- Reakcje wymiotne podczas posiłku</li> </ul>   |
| ZAPACH                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reakcje dyskomfortu w związku z zapachem powstającym podczas gotowania lub pochodzącym z przygotowanego posiłku</li> <li>- Reakcje wymiotne w związku z zapachami</li> </ul>  |
| WZROK                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unikanie pokarmów o określonym kolorze</li> <li>- Spożywanie pokarmów tylko w wybranym kolorze (np. białych)</li> <li>- Tolerowanie pokarmów o jednolitym kolorze i unikanie pokarmów łączonych (np. makaronu z sosem lub ziemniaków ze śladami po burakach)</li> </ul>   |
| SŁUCH                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trudności z koncentracją podczas jedzenia w związku z obecnością rozpraszających bodźców słuchowych</li> </ul>  |



ną jest to, że można je nakłonić do spróbowania i poznania nowego pokarmu, ale i tak wybierają te pokarmy, które są np. słodkie, co często identyfikuje się jako grymaszenie podczas jedzenia. Podsumowu-

jąc: **dziecko z neofobią pokarmową nie je określonych produktów dlatego, że nie wie, jakie one są, a dziecko wybiórczością pokarmową nie je określonych produktów dlatego, że wie, jakie one są.**

## JAK DOŚWIADCZENIA WPŁYWAJĄ NA ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE DZIECKA?

Pytania dotyczące preferencji żywieniowych uwzględniających właściwości sensoryczne pokarmów skupiają się obecnie wokół dylematu: co ma większe znaczenie w ustalaniu tych preferencji – uwarunkowania genetyczne czy uwarunkowania środowiskowe? [23, 24]. Czy dziecko w swoich preferencjach będzie się kierowało tym, czego o jedzeniu nauczą je rodzice i czego samo się nauczy, czy raczej tym, co ma „zaprogramowane” w konstrukcji neurobiologicznej? [25]. Biorąc pod uwagę całokształt doświadczeń dziecka dotyczących jedzenia, można stwierdzić, że:

- **czynniki genetyczne** wiążą się głównie z konstrukcją neurobiologiczną (m.in. wrażliwością sensoryczną) i dojrzałością procesów autoregulacji (regulacji głodu/sytości oraz pobudzenia/hamowania),
- **czynniki środowiskowe** koncentrują się wokół relacji dziecka z opiekunami (szczególnie podczas karmienia), emocji towarzyszących jedzeniu oraz możliwości poznawania jedzenia, jakie stwarzamy dziecku.

W praktyce trudno jest rozdzielić jedne czynniki od drugich, gdyż wzajemnie się warunkują. Dzieci z obronnością dotykową mają gorszy apetyt, odmawiają spożywania pokarmów ze względu na ich teksturę, konsystencję, zapach lub temperaturę [26, 27], zatem trudniej jest im doświadczać kontaktu z jedzeniem w warunkach środowiskowych. Z kolei dzieci, które nie dotykają produktów o zróżnicowanych teksturach, gorzej jedzą i mają mniejszy apetyt [28, 29]. Również większa lękliwość związana z nadwrażliwością sensoryczną może powodować nasilenie selektywności pokarmowej [30, 31]. W skrajnych przypadkach dieta akceptowana przez dziecko może być bardzo

restrykcyjna, źle zbilansowana lub ograniczona do zaledwie kilku produktów. Może również dochodzić do takich zachowań, które polegają na spożywaniu produktów tylko jednej firmy i tylko w opakowaniu firmowym. Reakcje takie są charakterystyczne dla dzieci z bardzo nasiloną selektywnością i wrażliwością sensoryczną, pozwalającą im odróżnić np. serek waniliowy jednej firmy od serka drugiej firmy mimo zamiany opakowań firmowych. Taki poziom wrażliwości jest często spotykany wśród dzieci autystycznych.

Z rozwojowego punktu widzenia jedzenie wybiórcze (tzw. fizjologiczna neofobia pokarmowa) jest charakterystyczne dla dzieci w 18.–24. miesiącu życia i związane z osiągnięciem kolejnych etapów rozwoju emocjonalno-społecznego. Jako zjawisko fizjologiczne pojawia się dlatego, że dziecko zaczyna funkcjonować w sposób mniej zależny od opiekunów i kieruje się własnymi preferencjami w dokonywaniu wyborów, m.in. smakowych. Z tego względu bardzo ważne jest, aby wcześniej, tj. przed ukończeniem 1. roku życia, czyli przed pojawieniem się fizjologicznej „niezależności smakowej”, dziecko miało już ukształtowaną tolerancję wszystkich smaków, a nie tylko słodkiego.

Badania przeprowadzone w grupie 1921 rodzin mających bliźniaki wykazały, że neofobia pokarmowa oraz grymaszenie przy jedzeniu silnie ze sobą korelują i że na zachowanie się dzieci podczas jedzenia wpływają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe [27]. Można zatem przyjąć, że **dysfunkcje genetyczne przyczyniające się do trudności w karmieniu dziecka można modyfikować i wyrównywać przez odpowiednie oddziaływanie środowiskowe.**

Doświadczenia sensoryczne dotyczące przechodzenia od wrażeń jednorodnych do wrażeń zróżnicowanych, zbierane przez dziecko w okresie, który ma podstawowe znaczenie w kształtowaniu preferencji żywieniowych, przedstawiono na rycinie 3. Kluczowym elementem, który wpływa na płynne integrowanie zróżnicowanych doświadczeń, jest systematyczność i dostępność tych doświadczeń. Dowodzą tego m.in. wyniki badań, które pokazują, że dopiero 10–15-krotne spróbowanie jakiegoś pokarmu daje szansę na zaakceptowanie nowego smaku [32].

Postępowanie profilaktyczne, mające na celu rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych, zmniejszenie nasilenia fizjologicznej neofobii pokarmowej oraz zniwelowanie grymaszenia podczas posiłków, powinno być oparte na jasnych zasadach postępowania i systematycznym podawaniu zdrowych, pożądaných w diecie dziecka produktów oraz otoczone prawidłowym kontekstem emocjonalnym, wynikającym z odpowiedzialnego i spokojnego zachowania opiekunów podczas karmienia.

Reakcje dzieci sprawiających trudności w karmieniu polegają głównie na odmawianiu jedzenia, spożywaniu zbyt małych ilości lub – w późniejszym okresie – na jedzeniu selektywnym, tj. ograniczonym do kilku produktów. Istotną rolę w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych odgrywa wiedza rodziców/opiekunów i profesjonalistów zajmujących się zdrowiem i rozwojem dziecka. Powinni oni kierować się dewizą, że najlepszą profilaktyką jest zróżnicowana i dobrze zbilansowana dieta. A w jakim punkcie jesteśmy?



### **RYCINA 3.**

Rozwój sensoryczny w zakresie poznawania jedzenia (opracowanie własne).

Wszelkiernej ocenie sposobu żywienia dzieci w odniesieniu do obowiązujących norm i wytycznych (a także do badania populacyjnego zrealizowanego w latach 2010, 2011) służyła Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesiąca życia – badanie ogólnopolskie. Przedsięwzięcie funkcjonuje w piśmiennictwie pod akronimem PITNUTS 2016 (od: Polish Infant and Toddler Nutritional Study) [33]. Projektem kierowała prof. nadzw. dr hab. n. med. Halina Weker z Zakładu Żywienia Instytutu Matki i Dziecka, współpracę i konsultację naukową zapewniła prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska (ponadto zespół tworzyli mgr Agnieszka Bzikowska, lek. Hanna Dyląg, dr n. med. Witold Klemarczyk, dr n. med. Grażyna Rowicka, mgr Małgorzata Strucińska, mgr Agnieszka Riahi i mgr Małgorzata Więch – z Zakładu Żywienia Instytutu Matki i Dziecka; mgr Marta Barańska – z Zakładu Wczesnej Interwencji Psychologicznej Instytutu Matki i Dziecka; prof. dr hab. med. Piotr Socha i mgr Anna Świąder-Leśniak – z Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” oraz prof. nadzw. dr hab. n. o zdr. Joanna Mazur – z Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka).

Zebrało dane o 447 niemowlętach (5.–12. mż.) i 612 małych dzieciach (13.–36. mż.) na drodze wywiadów z rodzicami, z wykorzystaniem ankiety i dzienniczka dietetycznego.

Stan odżywienia dzieci w 1.–3. rż. w populacji z roku 2016 okazał się korzystniejszy niż w po-

pulacji z lat 2010, 2011 (na podstawie znormalizowanego wskaźnika stosunku masy ciała do jego długości/wysokości) [34]. Wzrósł odsetek dzieci o prawidłowej masie ciała (o 6,5 punktu procentowego) i zmniejszyły się odsetki dzieci z niedoborem masy ciała (o 7,4 p.p.) oraz z otyłością (o 2,7 p.p. – prawie o połowę). Nie zmienił się jednak znacząco odsetek dzieci z nadmierną masą ciała lub podwyższonym ryzykiem wystąpienia tego problemu.

Odnosnie do sposobu żywienia stwierdzono, że dzieci z badanej populacji spożywają w ciągu dnia co najmniej 5 posiłków (w tym połowa otrzymuje posiłek przed snem oraz płyny w nocy), w większości podjadają między posiłkami, a udział w ich diecie mają tzw. pokarmy z rodzinnego stołu – udział ich rośnie z wiekiem dziecka i jednoczesnym zmniejszeniem częstości korzystania z żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci.

Wykazano niewystarczającą podaż warzyw i owoców, mleka i produktów mlecznych oraz ryb. Wyniki średniego spożycia energii i poszczególnych składników odżywczych w świetle obowiązujących norm ujawniły niedobór w diecie witaminy D i wapnia – składników niezbędnych do prawidłowego wzrostu i rozwoju układu kostnego, nadmierne spożycie cukrów prostych, niewskazane dosalanie posiłków, a także niewystarczającą podaż LC-PUFA i potasu oraz – już słabiej wyrażony – deficyt dotyczący tłuszczu, witaminy E oraz błonnika.

**TABELA 3.**

Porównanie najważniejszych wyników badania *Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13–36 miesięcy w Polsce* (2010, 2011) i badania z roku 2016 [33, 34]

|   | lata 2010, 2011 | rok 2016 |
|---|-----------------|----------|
| nieprawidłowy stan odżywienia   | rok 2016        | 32,2%    |
| odsetek dzieci z nieprawidłowo zwiększoną masą ciała lub zwiększonym ryzykiem tego problemu | 27,5%           | 28,4%    |
| przekąszanie między posiłkami   | 88,5%           | 75%      |
| nadmierne spożycie cukru  | 80%             | –        |
| niedobór w diecie witaminy D  | 80%             | 94%      |
| niedobór w diecie wapnia  | 80%             | 42%      |
| nadmierne spożycie soli   | 80%             | 83%      |
| zbyt małe spożycie warzyw   | 100%            | 88%      |
| zbyt małe spożycie mleka i produktów mlecznych  | 79%             | 88%      |

Badacze zajmujący się problemem wybiórczości pokarmowej i marudzenia podczas posiłków przeprowadzili w ostatnim czasie kilka bardzo interesujących eksperymentów, które wykazały, że sensoryczne poznawanie produktów, organizowane w sposób systematyczny i ukierunkowane na określanie zmysłowych wrażeń wywoływanych przez pokarmy (dzieci w wieku przedszkolnym i planowe zajęcia edukacyjne), prowadzi do zwiększenia liczby zachowań polegających na próbowaniu nowych pokarmów [35, 36]. Kolejne badania potwierdziły, że lepsze efekty osiąga się w sytuacji, gdy dzieci mają możliwość poznawania produktów i pokarmów rękami oraz innymi zmysłami w porównaniu ze stosowaniem obrazków przedstawiających jedzenie [37]. Jednak samo dotykanie nie przynosi oczekiwanych rezultatów, jeśli rodzice dziecka nie jedzą tych produktów, które były przedmiotem wielozmysłowego poznania [20].

Wspomniany już wcześniej kontekst emocjonalny dotyczący posiłków jest bardzo ważnym czynnikiem, który może utrwalać lub niweczyć trud kształtowania prawidłowych nawyków żywieniowych. Idealna jest sytuacja, gdy dziecko dostaje zdrowe i zróżnicowane posiłki o stałych porach i samo może decydować, ile zje. **Taki model jest możliwy przy zastosowaniu tzw. responsywnego stylu opieki rodzicielskiej.** Cechy tego stylu oraz trzech pozostałych, które prawdopodobnie nie będą wpływały korzystnie na emocjonalny klimat posiłków, przedstawiono na rycinie 4.



**RYCINA 4.**  
Style opieki rodzicielskiej (opracowanie własne na podstawie [3]).



**RYCINA 5.**  
Utrwalanie nieprawidłowego zachowania podczas posiłków (opracowanie własne).

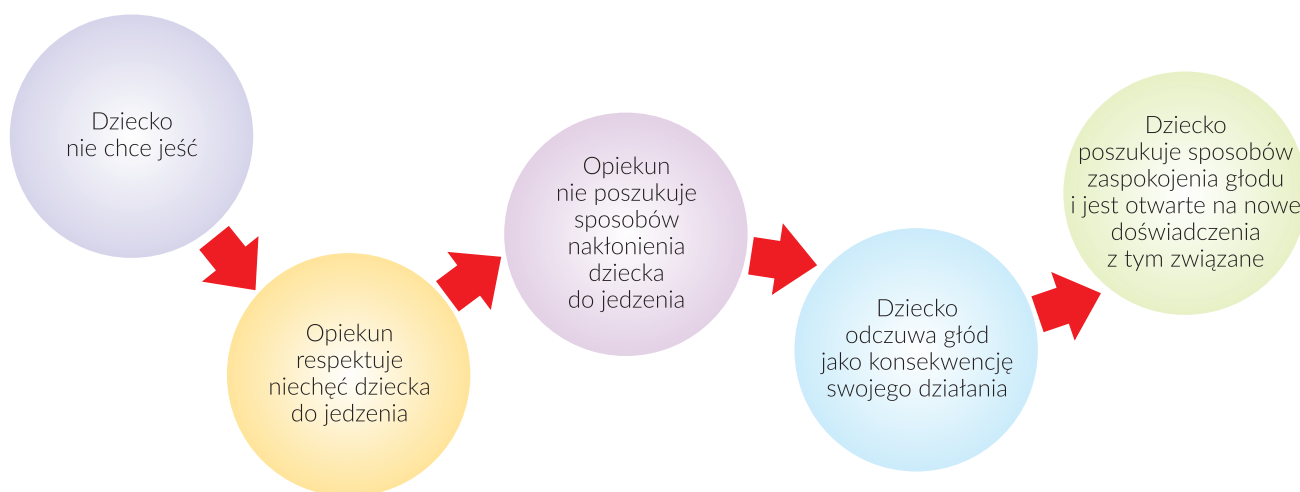
Brak zrozumienia potrzeb dziecka i specyfiki jego funkcjonowania może prowadzić do utrwalenia nieprawidłowych zachowań dotyczących spożycia posiłków. Stosowanie zabiegów, które w zamyśle rodziców/opiekunów powinny pomóc w rozwiązaniu problemów z karmieniem, bez rozumienia ich wpływu na zachowanie dziecka zazwyczaj pogłębia te problemy (ryc. 5).

Emocjonalne problemy wokół konfliktu dotyczącego karmienia dziecka z czasem mogą prowadzić do destrukcji systemu rodzinnego i zachwiać poczuciem kompetencji rodzicielskich [38]. Z badań przeprowadzonych na grupach matek i dzieci do 3. rż. wynika, że w grupie matek i dzieci z zaburzeniami karmienia indywidualne cechy matki i dziecka oraz relacji między nimi są inne niż w grupie matek i dzieci bez zaburzeń karmienia. W grupie matek i dzieci z zaburzeniami karmienia

stwierdzono więcej problemów behawioralnych związanych z kontrolującą postawą matki [39, 40]. Zauważalnie były:

- dysfunkcyjne postawy żywieniowe i wrogość względem dzieci – dotyczyły matek,
- dolegliwości somatyczne i zachowania agresywne – dotyczyły dzieci,
- lęk i depresja – dotyczyły zarówno matek, jak i dzieci [41].

Często dopiero zmiana zachowania opiekunów dziecka pozwala rozwiązać trudną sytuację i sprawia, że dziecko zaczyna interesować się jedzeniem. Zmiana stylu opieki rodzicielskiej z nieprawidłowego (np. nadmiernie kontrolującego) na responsywny daje dziecku możliwość zinterpretowania uczucia głodu i tym samym szansę na adekwatne zachowanie i właściwy stosunek do jedzenia oparty na odczuwaniu głodu i sytości (ryc. 6).



#### RYCINA 6.

Zapobieganie utrwalaniu niechęci dziecka do jedzenia (opracowanie własne).

## JAK MOŻNA POMÓC W PRZYPADKU WYSTĘPOWANIA TRUDNOŚCI?

Jako społeczeństwo jesteśmy świadomi, że dzieci bywają „niejadkami”, co nie oznacza, że wszystkie powinny być objęte specjalistyczną opieką medyczną w tym zakresie. Interpretacja problemu może być łatwiejsza, jeśli przy zbieraniu wywiadu uwzględnimy informacje z wielu obszarów (ryc. 7). Zdarza się, że dopiero dogłębna analiza trudności związanych z karmieniem pozwala określić kierunki terapii i skierować dziecko z rodzicami

do odpowiedniego specjalisty. Przypadki bardzo utrwalonego nieprawidłowego zachowania, przebiegające z niedoborem masy ciała oraz ze znacznym niepokojem podczas karmienia, w większości wymagają interwencji zespołu specjalistów (ryc. 8). W skład zespołu wchodzi: dietetyk, lekarz, psycholog i logopeda, a opcjonalnie – fizjoterapeuta, pedagog i terapeuta integracji sensorycznej.



### RYCINA 7.

Identyfikacja trudności z karmieniem (opracowanie własne).

| LEKARZ   | DIETETYK  | PSYCHOLOG  | LOGOPEDA  |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Wykluczenie organicznych przyczyn niechęci do jedzenia</li> <li>Określenie stanu zdrowia i podstawowych parametrów odżywienia</li> <li>Czuwanie nad stanem zdrowia dziecka podczas terapii zaburzeń karmienia (monitorowanie stanu nawodnienia oraz zawartości glukozy w razie potrzeby)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Jakościowa i ilościowa analiza diety</li> <li>Określenie stanu odżywienia w stosunku do zapotrzebowania</li> <li>Sprecyzowanie planu żywienia dziecka i zasad komponowania posiłków</li> <li>Wdrożenie specjalistycznej diety, kiedy sytuacja tego wymaga</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analiza sytuacji wychowawczej, określenie stylu opieki rodzicielskiej</li> <li>Określenie czynników utrudniających prawidłowe relacje podczas karmienia</li> <li>Identyfikacja lęków i niepokojów rodzica</li> <li>Określenie stopnia rozwoju poznawczego dziecka</li> <li>Psychoedukacja rodziców</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Analiza umiejętności i kompetencji dziecka dotyczących pobierania pokarmu (sprawność funkcji)</li> <li>Dobór konsystencji i struktury pokarmów oraz akcesoriów do karmienia zgodnie z kompetencjami dziecka</li> <li>Analiza sytuacji karmienia pod względem preferencji i ograniczeń sensorycznych</li> </ul> |

### RYCINA 8.

Zadania członków zespołu do spraw zaburzeń karmienia.

Często jest tak, że dopóki nie zostaną wprowadzone reguły karmienia, trudno jest określić, co leży u podłoża trudności zgłaszanych przez rodziców. Zestaw „złoty zasad karmienia” zaprezentowano

na rycinie 9. Ankieta ułatwiająca wstępne rozpoznanie trudności z karmieniem dziecka znajduje się na końcu biuletynu.

## Złote zasady karmienia

|     |   |
|-----|---|
| 1.  | Nie karmić w nocy   |
| 2.  | Nie karmić przez sen  |
| 3.  | Stosować stałe pory karmienia   |
| 4.  | Nie karmić częściej niż co 3 godziny  |
| 5.  | Nie zabawiać dziecka podczas karmienia  |
| 6.  | Nie stosować przekąsek między posiłkami   |
| 7.  | Rodzic decyduje o tym, co dziecko dostaje na posiłek  |
| 8.  | Między posiłkami podawać jedynie wodę lub niesłodzoną herbatę   |
| 9.  | Pozwolić dziecku nie jeść, jeśli nie jest zainteresowane pobieraniem pokarmu  |
| 10. | Dziecko ma być szczęśliwe, jedząc. Karmienie to przyjemność dla dziecka i dla rodzica   |
| 11. | Posiłek nie powinien trwać dłużej niż 20 minut, chyba że dziecko nie jest zainteresowane jedzeniem – wtedy kończymy posiłek wcześniej |

### RYCINA 9.

Najczęściej stosowane zalecenia podczas terapii zaburzeń karmienia – według programu wdrożonego w Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee (opracowanie własne na podstawie [42]).

# Opis przypadków klinicznych

## PRZYPADEK 1

### Opis

Na konsultację zgłosili się rodzice 22-miesięcznej dziewczynki w celu rozwiązania problemów związanych z karmieniem dziecka. Z wywiadu uzyskano informację o prawidłowym przebiegu ciąży. Poród odbył się w wyniku cięcia cesarskiego ze wskazań matczynek. W okresie poporodowym nie było problemu z przystawieniem do piersi. Rozszerzanie diety przebiegało według kalendarza rozwojowego. Po ukończeniu 1. rż. dziewczynka była karmiona piersią, łyżeczką oraz butelką ze

smoczkiem (pojona herbatą). Niewielkie ilości pokarmów stałych potrafiła jeść ręką, ale dotyczyło to przede wszystkim suchych przekąsek typu biszkopty i ciastka. W diecie dziecka znajdowały się głównie posiłki płynne, półpłynne i gniecione widelcem. Rodzice stwierdzili, że nie mieli problemów z wprowadzaniem nowych pokarmów, jednak na pytania „Dlaczego córka, mając prawie 2 lata, nie je kanapek?” i „Dlaczego nie pije z otwartego kubka?” nie umieli odpowiedzieć.

Według rodziców problemy rozpoczęły się mniej więcej po ukończeniu 13. mż. Dziewczynka zaczęła stopniowo ograniczać różnorodność spożywanych produktów. Początkowo dziecko marudziło podczas jedzenia obiadu i często przerywało posiłek. W celu poprawy sytuacji rodzice i opiekunka zaczęły zabawiać dziecko podczas posiłków, tłumacząc sobie problemy „zwykłym grymaszeniem” małego dziecka. Początkowo uzyskano poprawę zachowania dziecka i w opinii opiekunów karmienie przebiegało w sposób satysfakcjonujący. Po pewnym czasie zaczęła się jednak problem

z zasiadaniem do posiłków, głównie obiadów. Dziecko nie chciało jeść określonych pokarmów, plućo i wypychało pokarm językiem z jamy ustnej. W takiej sytuacji po niezjedzonym posiłku dziewczynka otrzymywała inny pokarm, najczęściej akceptowane przez nią produkty o słodkim smaku, np. budyń, serek waniliowy i biszkopty. W efekcie w 22. mż. dziecko jadło głównie pokarmy słodkie, płynne i półpłynne. Nie otrzymywało do gryzienia pokarmów stałych pełnowartościowych, nie jadło samodzielnie, piło samodzielnie jedynie z butelki ze smoczką, w której znajdowała się słodzona herbata.

## Omówienie postępowania

Na uwagę zasługuje kilka aspektów przytoczonej historii żywienia małej walczącej bohaterki:

1. Powód, dla którego dziecko zaczęło odmawiać posiłków o smaku innym niż słodki.
2. Czas pojawienia się pierwszych symptomów, które zapowiadały późniejsze nasilenie trudności.
3. Postawa rodziców, którzy starali się rozwiązać problem zgodnie z kulturowym przeświadczeniem.
4. Przyczyny opóźnienia w nabyciu umiejętności samodzielnego jedzenia, a właściwie braku dążenia do samodzielnego jedzenia u prawie 2-letniego dziecka.

### Powód odmowy

Analiza historii karmienia pokazała, że we wczesnym okresie, tj. w 1. rż., dziewczynka nie prezentowała zachowania wskazującego na brak tolerancji pokarmów innych niż słodkie, chętnie jadła pokarmy o zróżnicowanym smaku i nie marudziła podczas posiłków. To pozwala przypuszczać, że powodem późniejszych trudności nie była nadwrażliwość sensoryczna, lecz fizjologiczna neofobia pokarmowa. Dodatkowo zgadza się wiek, w którym rozwojowo występuje to zjawisko. Na uwagę zasługuje jednak to, że w 1. rż. dziecko otrzymywało do gryzienia tylko słodkie przekąski, co spowodowało, że wielozmysłowe poznawanie pokarmów (dotykanie, gniesienie w dłoniach, rozcieranie i rozgniatanie kawałków przy użyciu dłoni, gryzienie), które miało przygotować do samodzielnego jedzenia, zostało ograniczone tylko do

smaku słodkiego. W ten sposób została utrwalona preferencja smaku słodkiego.

W miarę rozwoju, gdy dziewczynka zaczęła nabywać więcej kompetencji w zakresie interakcji z otoczeniem i gdy pojawiły się zachowania z kręgu neofobii rozwojowej, zaczęła wymuszać na rodzicach określone działania. Doprowadziło to do tego, że dziecko jadło tylko słodkie pokarmy.

Analizując zachowanie rodziców, należy wskazać na ich nieprawidłowe postępowanie, które zamiast rozwiązać problem doprowadziło do jego pogłębienia.

### Czas pojawienia się symptomów

W 1. rż. dzieci powinny mieć możliwość poznawania dłońmi produktów o zróżnicowanej konsystencji, smaku, zapachu i teksturze. W ten sposób uczą się i przyzwyczajają do rozpoznawania pokarmów jako właściwych i dobrych dla nich samych. Należy pamiętać o zasadzie, że dzieci jedzą to, co znają. Jeśli chcemy przejść łagodnie przez okres fizjologicznej neofobii pokarmowej, powinniśmy zadbać o to, aby w 1. rż., kiedy występuje największa podatność mózgu na uczenie się nowych rzeczy, dziecko zdobyło jak największą wiedzę na temat tego, jak pachnie, smakuje i jak wygląda jedzenie zarówno w momencie podania, jak i po manualnej „obróbce” przez małego odkrywcę świata.

### Postawa rodziców

Zabawianie dziecka podczas jedzenia oraz wyłączenie go w karmieniu spowodowało, że dziecko



jadło nieświadomie (uczucie głodu kojarzyło z obejrzeniem bajki, a nie z pełnym talerzem) i nie zbierało doświadczeń sensorycznych związanych z jedzeniem, a zatem nie dostawało możliwości rozwijania wiedzy i umiejętności dotyczących zaspokajania głodu. Dodatkowo podążanie za preferencjami dziecka i podawanie słodkich pokarmów, gdy dziecko nie zjadło obiadu, spowodowało, że została utrwalona niechęć do spożywania obiadu. Takie sytuacje należy rozpatrywać w kategorii dawania słodkiej nagrody za odmowę zjedzenia obiadu, a jak wiemy, nagrody utrwalają zachowanie.

## Przyczyny opóźnienia

Podążanie rodziców za preferencjami dziecka oraz ich obawa, że dziecko będzie głodne, jeśli nie zje, uczyniło z nich zakładników takiej sytuacji. Zamiast ustalać granice dotyczące jedzenia, czyli decydować, kiedy i co dziecko dostaje do jedzenia, oraz rozwijać jego umiejętność samodzielnego jedzenia, skupili się na tym, co zrobić, żeby dziecko nie było głodne. W ten sposób zahamowali również rozwojowe dążenie dziecka do samodzielnego zaspokajania głodu i rozwijania potrzebnych do tego kompetencji. Dziewczynka, mając prawie 2 lata, nie gryzła nigdy pełnowartościowych posiłków i nie umiała pić z otwartego kubka. Podczas zabawiania łatwiej jest nakarmić dziecko łyżeczką i napoić z butelki ze smoczką niż nauczyć je gryzienia kanapki i kontrolowania ruchów ręki oraz warg podczas pojenia z otwartego kubka.

## Podsumowanie

Zachowania dziecka i rodziców przedstawione w omawianym przypadku są bardzo częste i charakterystyczne: rodzice ulegają preferencjom dziecka i utrwalają nieprawidłowości typowe dla rozwojowej neofobii żywieniowej w przekonaniu, że dziecko nie powinno odczuwać głodu i jeśli nie chce jeść, to należy je w tym czasie zabawić w celu odwrócenia jego uwagi od jedzenia. Czy można było zrobić coś, co pozwoliłoby wcześniej nie dopuścić do takiego rozwoju sytuacji i przeciwdziałać utrwalaniu się objawów neofobii pokarmowej?

Oto kilka rad:

1. W 1. rż. dziecko powinno mieć doświadczenia polegające na samodzielnym poznawaniu ręką pokarmów o zróżnicowanej konsystencji, strukturze, smaku i zapachu – nawet gdyby oznaczało to małą efektywność jedzenia.
2. Rodzice powinni dać dziecku możliwość odmawiania zjedzenia posiłku i nie panikować, jeśli dziecko będzie głodne – świadomie i z pełną

konsekwencją powinni dać dziecku odczuć głód jako konsekwencję niezjedzenia posiłków.

3. Niezjedzone posiłki nie powinny być zastępowane innymi pokarmami, gdyż w ten sposób utrwała się mechanizm odmawiania.
4. Nie należy ograniczać dążeń dziecka do samodzielnego jedzenia, ponieważ rozwija ono umiejętności i zainteresowanie jedzeniem.
5. Nie należy zabawiać dziecka podczas posiłków, gdyż wtedy je nieświadomie, nie rejestruje doświadczeń sensorycznych związanych z poznawaniem pokarmów i nie kojarzy uczucia głodu z sytuacją jedzenia.
6. Jeśli dziecko deklaruje, że czegoś nie lubi, nie rezygnujemy z podawania tego pokarmu, gdyż systematyczne jego proponowanie może zmniejszyć niepokój przed „nowym” pokarmem i stwarza szansę zapoznania się z nim – dopiero po 10–15-krotnym spróbowaniu i odrzuceniu nowego pokarmu można stwierdzić, że dziecko go nie lubi.

## PRZYPADEK 2

### Opis

Na konsultację zgłosili się rodzice z chłopcem w wieku 2 lat i 10 miesięcy. Dziecko było urodzone o czasie w wyniku cięcia cesarskiego. Trudności z karmieniem występowały od urodzenia. Problem polegał na tym, że chłopiec nie chciał jeść i nie umiał gryźć stałych pokarmów. Wywiad ukierunkowany na analizę historii karmienia ujawnił, że we wczesnym okresie niemowlęcym z powodu trudności w karmieniu dziecko było karmione strzykawką, a następnie butelką ze smoczką. W 5. mż. niepokój dziecka i marudzenie podczas posiłków sprawiły, że wprowadzono karmienie przez sen butelką oraz próby karmienia łyżeczką

w okresach aktywności dziecka. Po 2 miesiącach rodzice podjęli próbę wprowadzenia pokarmów stałych i z grudkami. Szybko z tego zrezygnowali, ponieważ chłopiec reagował wymiotami na takie pokarmy. W konsekwencji w 3. rż. dziecko było karmione wyłącznie pokarmami miksowanymi i nie jadło samodzielnie. Podczas posiłków było intensywnie zabawiane, więc jadło nieświadomie i nie było zainteresowane dotykiem jedzenia ani poznawaniem nowych pokarmów. Jediną adekwatną do wieku umiejętnością, jaką nabył chłopiec, było picie z otwartego z kubka.

### Omówienie postępowania

Chłopiec trafił pod opiekę zespołu do spraw zaburzeń karmienia; w skład zespołu wchodził dietetyk, psycholog, logopeda i lekarz. Wspólnie ustalono, że problemy z karmieniem koncentrują się wokół:

1. Braku umiejętności gryzienia.
2. Nadwrażliwości oralno-sensorycznej.
3. Nieprawidłowych doświadczeń związanych z wcześniejszym karmieniem (braku świadomości głodu, karmienia nieświadomego, nakłaniania do jedzenia).
4. Braku zainteresowania jedzeniem i niesamodzielności podczas jedzenia.

Analizując dane z wywiadu, ustalono, że **pierwotną przyczyną trudności w karmieniu była nadwrażliwość sensoryczna**, natomiast pozostałe problemy są pochodną nadwrażliwości i dotychczasowych działań rodziców podejmowanych w celu nakarmienia dziecka.

Początkowo działania zespołu do spraw zaburzeń karmienia ograniczały się do jednodniowych hospitalizacji, podczas których udzielano wskazówek dotyczących postępowania w domu. Terapia przebiegała w dwóch kierunkach:

1. Złagodzenie objawów nadwrażliwości sensorycznej do stopnia umożliwiającego rozpoczęcie nauki gryzienia oraz rozbudzenie zainteresowa-

nia poznawaniem pokarmów za pośrednictwem poszczególnych zmysłów.

2. Zmniejszenie liczby nieprawidłowych zachowań ze strony rodziców i dziecka podczas karmienia, tj. uzyskanie karmienia świadomego, samodzielnego, bez nakłaniania do jedzenia, na podstawie stałego planu posiłków (każdego dnia o tej samej porze) i zgodnie z zasadą, że rodzice decydują o tym, co i o której godzinie dziecko otrzymuje do zjedzenia, natomiast dziecko samo decyduje, czy zje dany posiłek i ile zje. Między posiłkami proponowanie wody bez ograniczeń.

Zalecenia formułowane po jednodniowych hospitalizacjach chłopca przedstawiono w tabeli 3.

Po 10 miesiącach od zgłoszenia się dziecka na pierwszą konsultację przyszedł czas na hospitalizację dłuższą niż jednodniowa. Miała za cel wprowadzenie do diety pokarmów wymagających gryzienia. Ustalono plan posiłków obejmujący wyłącznie pokarmy, które wymagają gryzienia. Między posiłkami chłopiec otrzymywał wodę do picia bez ograniczeń. Jednocześnie codziennie podczas posiłków był prowadzony trening umiejętności gryzienia pod opieką logopedy. Pozostałe posiłki przebiegały w podobny sposób, z tym że trening prowadził ojciec zamiast logopedy.

**TABELA 3.**

Zalecenia po jednodniowych hospitalizacjach i efekty realizacji tych zaleceń

|             | Zalecenia  | Efekty działań  |
|-------------|--|---|
| 1 czerwca   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie terapii integracji sensorycznej w miejscu zamieszkania</li> <li>2. Wprowadzenie ustalonego schematu karmień bez namawiania do jedzenia</li> <li>3. Posiłki mają się odbywać bez zabawiania i bez odwracania uwagi od karmienia – dziecko musi wiedzieć, że je, i być skoncentrowane na karmieniu</li> </ol>                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chłopiec zaczął dotykać jedzenia rękami, ale nadal niechętnie</li> <li>2. Chłopiec nie był już nakłaniany do jedzenia, jadł 4 posiłki dziennie o stałych porach i zjadał tyle, ile chciał</li> <li>3. Chłopiec nadal nie jadł samodzielnie i domagał się karmienia</li> </ol> |
| 2 listopada | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angażowanie dziecka do przygotowania posiłku</li> <li>2. Rezygnacja z wyręczania podczas karmienia</li> <li>3. Ćwiczenia oralne zalecone przez logopedę</li> <li>4. Proponowanie produktów do gryzienia</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chłopiec zaczął jeść zupełnie samodzielnie</li> <li>2. Chłopiec nie odczuwał już frustracji podczas dotykania jedzenia</li> </ol>   |
| 3 lutego    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eksploracja dłońmi pokarmów o różnym smaku, zapachu, kolorze, konsystencji, codzienne zabawy polegające na rozgniataniu, rozrywaniu, mieszaniu i gniecieniu pokarmów dłońmi</li> <li>2. Ćwiczenia oralno-motoryczne przygotowujące do gryzienia</li> <li>3. Decyzja o podjęciu terapii w ramach oddziału (ustalenie terminu hospitalizacji)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. U chłopca pojawiła się ciekawość poznawcza dotycząca pokarmów</li> <li>2. Pokarmy nadal były miksowane</li> <li>3. Chłopiec chętnie pił wodę</li> </ol>   |

Przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu chłopiec odmawiał treningu z wykorzystaniem jedzenia, natomiast chętnie ćwiczył z wykorzystaniem gryzaków. W trzecim dniu pojawiła się chęć i umiejętność gryzienia kruchych i suchych pokarmów, co było jednym z elementów ćwiczeń, oraz umiejętność zagryzania zębów na bananie zawiniętym w gazę. Tego dnia chłopiec był już gotowy do podjęcia ćwiczeń mających na celu gryzienie skórki od chleba. Udało mu się pogryźć 7 cm skórki, ale nadal odmawiał udziału w posiłkach i pił tylko wodę. Czwartego dnia zjadł na śniadanie całą kanapkę (pierwszy w życiu posiłek wymagający gryzienia), ale nadal konsekwentnie odmawiał jedzenia innych posiłków. Piątego dnia otrzymał

wraz z ojcem zalecenie udania się do szpitalnego bufetu w celu samodzielnego wybrania produktów na obiad. W tym dniu na śniadanie zjadł dwie kanapki, a na obiad kotlet z piersi kurczaka. Po powrocie z bufetu z radością opowiadał, co jadł, i już planował, co będzie jadł następnego dnia.

Motoryka gryzienia była jeszcze niedoskonała (słaba siła mięśniowa) i cechował ją przesadnie duży zakres ruchów żuchwy, ale była na tyle funkcjonalna, że dziecko mogło jeść stałe pokarmy. Po dwóch miesiącach od wypisu ze szpitala na wizycie kontrolnej rodzice nie zgłaszali już problemów z karmieniem dziecka.

## Podsumowanie

Zaburzenia integracji sensorycznej bardzo często manifestują się w 1. rz., powodując trudności z karmieniem dziecka. Ich przebieg i nasilenie objawów mogą być różne. U jednych dzieci mogą się prze-

jawiać niepokojem podczas karmienia już w pierwszych miesiącach życia, natomiast u innych będą utrudniać rozwój gryzienia lub wprowadzenie do diety pokarmów uzupełniających. Część

dzieci może reagować ogólną niechęcią do jedzenia, co w konsekwencji prowadzi do unikania sytuacji karmienia.

W omawianym przykładzie problemy pojawiły się bardzo wcześnie. Nie zostały odpowiednio wcześniej zinterpretowane przez specjalistów, co spowodowało ich utrwalenie, zablokowanie rozwoju funkcji pobierania pokarmów oraz nasilenie trudnych zachowań związanych z karmieniem.

Okres 10 miesięcy przed hospitalizacją został wykorzystany na przygotowanie dziecka pod względem sensorycznym do poznawania nowych pokarmów oraz świadomej akceptacji wrażeń smakowych, zapachowych, wzrokowych i dotykowych związanych z pobieraniem pokarmu – zarówno na poziomie dłoni i dotykania jedzenia, jak i wewnątrz jamy ustnej. Z kolei sama hospitalizacja z terapią zaburzeń karmienia była konieczna ze względu na bardzo silnie utrwalony u rodziców lęk przed sytuacją, w której dziecko odmawia jedzenia.

Na oddziale chłopiec przebywał pod opieką ojca. Logopeda uczył chłopca i jego opiekuna poszczególnych umiejętności niezbędnych do budowania

motoryki gryzienia, a także odpowiadał za dobór struktury, twardości i sprężystości pokarmów oferowanych w codziennej diecie. Psycholog rozmawiał z ojcem na temat trudności wychowawczych i wspólnie analizowali emocje towarzyszące karmieniu. Dietetyk był odpowiedzialny za jakościowe i ilościowe komponowanie oferowanych posiłków (mimo założenia, że przez pierwsze dni chłopiec na pewno będzie odmawiał jedzenia). Z kolei lekarz monitorował stan nawodnienia i objawy, które mogłyby świadczyć o spadku zawartości glukozy w wyniku odmowy jedzenia, a w razie konieczności był gotowy podjąć działania adekwatne do stanu dziecka (np. zlecić podanie bolusa z glukozą lub wlewu kroplowego).

Omawiany przykład nie jest przypadkiem jednostkowym, ale także nie jest standardowy. Z jednej strony pokazuje, jak wiele różnych działań należy podjąć w celu wyprowadzenia dziecka i jego rodziny z trudności towarzyszących karmieniu od urodzenia, a z drugiej – do jakiego stanu może doprowadzić brak wczesnego rozpoznania zaburzeń integracji sensorycznej oraz kulturowe przyzwolenie na karmienie nieświadome (przez sen, strzykawką lub z odwróceniem uwagi dziecka od jedzenia zabawą).

## PRZYPADEK 3

### Opis

W poradni zaburzeń karmienia pojawili się rodzice z 4-letnim chłopcem. Powodem wizyty był niedobór masy ciała i wzrostu u dziecka. Analiza danych na siatkach centylogowych pozwoliła ustalić, że stopniowe spowolnienie przyrostu tych parametrów nastąpiło mniej więcej od 4. mż. Wcześniej wykluczono już celiakię jako ewentualny powód takiego stanu. Analiza schematu karmienia wykazała, że chłopiec jest karmiony bardzo często – praktycznie co godzinę proponowano mu jedzenie, a między posiłkami dostawał do picia słodzone napoje. Jeśli odmówił zjedzenia jakiegoś posiłku, to za chwilę otrzymywał posiłek alternatywny. Pogłębiono wywiad, aby wyjaśnić źródła takiej sytuacji, i ustalono, że około 4. mż. w celu uzyskania przyrostów masy ciała wprowadzono karmienie przez sen, które

trwało do 18. mż. Trudności z karmieniem nasiliły się od czasu wprowadzenia pokarmów uzupełniających. Dziecko wymiotowało podczas prób karmienia go nowymi daniami, szczególnie z grudkami. Po incydencie wymiotów było dokarmiane ze względu na lęk matki przed utratą masy ciała przez dziecko. Chłopca zmuszano do jedzenia, nigdy nie zgłaszał, że jest głodny, nigdy nie wykazywał zainteresowania jedzeniem innych osób. Wręcz przeciwnie – reagował niepokojem w sytuacji, gdy w jego obecności jadły inne osoby. W rezultacie jadł bardzo niewiele i koncentrował się głównie na odmawianiu jedzenia. Posiłki udawało się mu podawać jedynie podczas oglądania bajek. Nie jadł samodzielnie.

Problemy z karmieniem dziecka powodują, że rodzice na własną rękę szukają sposobów ich rozwiązania, co często prowadzi do chwilowej poprawy, ale w dłuższej perspektywie jeszcze bardziej zaburza zachowania towarzyszące sytuacji karmienia. W omawianym przypadku zespół specjalistów zajmujących się zaburzeniami karmienia ustalił, że w pierwszej kolejności należy uporządkować zachowania rodziców i dziecka oraz poprawić organizację posiłków. Zalecenia były następujące:

1. Wprowadzenie stałych godzin posiłków, takich samych każdego dnia, nie częściej niż co 3,5–4 godziny.
2. Rezygnacja z podjadania między posiłkami i proponowania przekąsek.
3. Pojenie wodą niegazowaną między posiłkami bez ograniczeń.
4. Rezygnacja z odwracania uwagi podczas posiłku – dziecko ma być skoncentrowane na jedzeniu.
5. Respektowanie niechęci dziecka do jedzenia – dziecko samo decyduje, ile zje podczas posiłku.
6. Wstanie od stołu i utrata zainteresowania jedzeniem przez dziecko oznacza koniec posiłku.
7. Dziecko nie decyduje o tym, co dostaje na talerzu.

Z takimi zaleceniami rodzice wrócili do domu. Niestety po 2 miesiącach sytuacja nadal wyglądała tak samo, więc zdecydowano o wprowadzeniu wyżej wymienionych zaleceń w warunkach hospitalizacji. Przez pierwszy tydzień chłopiec kon-

sekwentnie odmawiał jedzenia i picia, jadł bardzo niewiele, co wymagało podaży wlewów kroplowych oraz dożylnych bolusów z glukozą. W tym tygodniu dziecko przebywało pod opieką matki, było bardzo marudne, niechętnie do współpracy i coraz częściej wrogo usposobione wobec matki. Z kolei matka często płakała i ulegała synowi w wielu sytuacjach niezwiązanych z jedzeniem. Ewidentnie nie radziła sobie pod względem wychowawczym i nie umiała stawiać synowi rozsądnych granic.

W trakcie weekendu, po propozycji ze strony zespołu do spraw zaburzeń karmienia, nastąpiła zmiana opiekuna i opiekę nad synem na dalszy czas terapii przejął ojciec. Od tego momentu zmieniło się zachowanie chłopca. Stał się bardziej aktywny, przestał wymuszać zainteresowanie i zaczął próbować pokarmy w niewielkich ilościach. Stopniowo, w ciągu kilku kolejnych dni, zmniejszał się jego lęk przed jedzeniem i chłopiec zaczął rozszerzać swój jadłospis o nie lubiane do tej pory produkty. Zaczął zgłaszać, że jest głodny. Nie domagał się karmienia i jadł samodzielnie. Wykazywał większe zainteresowanie jedzeniem oraz łatwiej wchodził w interakcje z innymi osobami. Ze szpitala został wypisany po 2 tygodniach, gdy jego dieta pokrywała zapotrzebowanie kaloryczne i zawierała produkty ze wszystkich grup. Nie był to jeszcze szeroki repertuar produktów, ale na ich podstawie można było prawidłowo zbilansować jadłospis.

## Podsumowanie

Prezentowany przypadek charakteryzuje obecność silnego zaburzenia zachowania związanego z karmieniem oraz traumatyczne tło doświadczeń. Karmienie przez sen, karmienie strzykawką i zmuszanie do jedzenia, choć wynikają z troski i lęku przed utratą masy ciała lub walki o każdy dodatkowy gram czy kilogram, zawsze noszą znamiona nakłaniania do czynności jedzenia wbrew woli osoby karmionej. W takiej sytuacji często mamy do czynienia z nasileniem odmowy ze strony dziecka oraz z rozwojem nieprawidłowych wzorców zachowania, zarówno u dziecka, jak i u osób karmiących dziecko. Po pewnym czasie rodzice nie

wyobrażają już sobie karmienia bez „obowiązkowej” dozy nakłaniania do jedzenia. Z kolei dziecko w związku z zabiegami rodziców nigdy nie musiało się upominać o jedzenie i nie miało okazji nauczyć się rozpoznawania uczucia głodu i sytości jako konsekwencji świadomie zjedzonego posiłku. W ten sposób powstaje koło samonapędzających się działań – rodzic stara się nakarmić dziecko za wszelką cenę, a dziecko stara się uniknąć nakarmienia, również za wszelką cenę.

Powyższa sytuacja mogła zostać rozwiązana tylko w jeden sposób – trzeba było ją przerwać, zaleca-

jąc zupełnie inny schemat zachowania. W nowym postępowaniu dziecko miało możliwość decydowania o tym, czy i ile zje, zatem nie musiało koncentrować się na odmawianiu jedzenia. Opiekunom należało zabrać możliwość nakłaniania dziecka do jedzenia i przenieść ich sprawczość na decydowanie o tym, co i kiedy dziecko dostaje do zjedzenia, według zaleceń żywieniowych adekwatnych do wieku dziecka.

W większości przypadków takie postępowanie jest skutecznie i nie wymaga dalszych interwencji. Dziecko zaczyna rozumieć, że jeśli nie będzie dążyć do uzyskania uczucia sytości, to będzie odczuwać dyskomfort spowodowany głodem. Rodzice zaczynają sobie uświadamiać, że jasne stawianie granic w wychowaniu dziecka powinno dotyczyć również karmienia, a dotychczasowe postępowanie było efektem błędnego postrzegania roli dorosłych w karmieniu dziecka.

Omawiany przypadek stanowi także ilustrację innego problemu, z którym można się często spotkać podczas terapii zaburzeń karmienia. Jest to zjawisko odrzucania zaleceń jako niezgodnych z dotychczasowym sposobem postępowania i dotychczasowym rozumieniem roli osoby dorosłej

w karmieniu dziecka. Utarte schematy postępowania są często tak głęboko zakorzenione w psychice dorosłego człowieka, że ich zmiana jest zwykle bardzo trudna, jeśli nie niemożliwa. Z tego powodu zalecenia przedstawione na pierwszej konsultacji nie zostały wprowadzone w życie w warunkach domowych. Z kolei sama hospitalizacja ujawniła, że lepsze predyspozycje i umiejętności wychowawcze w zakresie stawiania granic w omawianym przypadku miał ojciec dziecka. Matka prezentowała postawę nadopiekuńczą i uległą wobec dziecka. Prawdopodobnie także stabilność emocjonalna ojca pozwoliła chłopcu poczuć się bardziej bezpiecznie, co przełożyło się na wzrost jego zainteresowania otoczeniem i zwiększyło wiarę we własne kompetencje. Charakterystyczne było to, że ojciec w kontaktach z synem nie koncentrował się wyłącznie na jedzeniu, lecz wspierał go w innych inicjatywach. Szanował decyzję dziecka dotyczącą odmowy zjedzenia posiłku, ale także spokojnie tłumaczył mu, jakie są konsekwencje odmowy jedzenia i że głód mija po spożyciu posiłku. Pokazywał własnym zachowaniem, że jedzenie jest przyjemnym doświadczeniem. Były to cechy responsywnego stylu sprawowania opieki rodzicielskiej.

## ANKIETA PRZESIEWOWA DOTYCZĄCA TRUDNOŚCI W KARMIENIU DZIECI POWYŻEJ 1. RŻ.

| Lp. | Pytania kierowane do opiekuna dziecka  | Odpowiedzi | Interpretacja odpowiedzi uzyskanej od opiekuna dziecka   |
|-----|--|------------|--|
| 1   | Czy dziecko lubi jeść?   | Tak   Nie  | <i>Jeżeli dziecko nie lubi być karmione, jest wskazana wnikliwa analiza przyczyn tego problemu</i>   |
| 2   | Czy karmienie odbywa się częściej niż co 3 godziny? Czy posiłki są oferowane częściej? | Tak   Nie  | <i>Większość dzieci po 1. rż. jest karmionych co 3–4 godziny. Konieczność częstszego karmienia może sygnalizować zaburzenia karmienia i wymaga dokładniejszej analizy problemu.</i>  |
| 3   | Czy dziecko sygnalizuje uczucie głodu?   | Tak   Nie  | <i>Jeżeli dziecko nie sygnalizuje, że jest głodne, może to wskazywać na zaburzenia karmienia. Często marudzenie interpretuje się jako sygnał głodu – jeśli dziecko jest na wyższym poziomie komunikacji, nie można tego interpretować jako sygnału głodu i jest wskazana wnikliwa analiza problemu</i> |
| 4   | Czy dziecko zjada wystarczającą ilość pokarmu?   | Tak   Nie  | <i>Po 1. rż. większość dzieci zjada 5 lub 6 posiłków na dobę, a po 2. rż. zjada 5 posiłków (3 główne, 2 przekąskowe). Jeżeli dziecko nie zjada wystarczającej ilości pokarmu, zjada małe porcje bądź zjada 1 lub 2 posiłki na dobę, jest wskazana wnikliwa analiza problemu.</i>                       |

| Lp. | Pytania kierowane do opiekuna dziecka  | Odpowiedzi                      | Interpretacja odpowiedzi uzyskanej od opiekuna dziecka  |
|-----|--|---------------------------------|---|
| 5   | Jak długo trwa pojedynczy posiłek dziecka?   | < 5 min<br>5–20 min<br>> 20 min | Zarówno karmienie krótsze niż 5 min, jak i trwające powyżej 20 min wymaga dokładnej analizy sposobu karmienia.  |
| 6   | Czy dziecko wymaga dodatkowych zabiegów mających na celu pomoc w karmieniu?  | Tak   Nie                       | Stosowanie dodatkowych zabiegów (zabawianie podczas karmienia lub oglądanie bajek) w celu zachęcenia dziecko do jedzenia wskazuje na zaburzenia karmienia i wymaga wnikliwej analizy.   |
| 7   | Czy dziecko sygnalizuje uczucie sytości?   | Tak   Nie                       | Dzieci sygnalizują uczucie pełności przez odwracanie głowy, odpychanie łyżeczki, wstanie od stołu lub werbalną informację. Brak oznak sytości może wskazywać na zaburzenia karmienia i wymaga wnikliwej analizy.  |
| 8   | Czy dziecko prawidłowo przybiera na wadze?   | Tak   Nie                       | Brak przyrostu masy ciała wymaga wnikliwej analizy.   |
| 9   | Czy dziecko siedzi podczas jedzenia?   | Tak   Nie                       | Dziecko podczas karmienia powinno siedzieć wygodnie na krzeselku. Nieprawidłowe jest karmienie dziecka podczas zabawy, w pozycji stojącej lub na huśtawce.  |
| 10  | Czy rodzic/opiekun lubi czas związany z karmieniem dziecka?  | Tak   Nie                       | Niechęć rodzica do karmienia dziecka może świadczyć o trudnościach w karmieniu i wymaga dokładniejszej analizy.   |
| 11  | Czy dziecko wkładało przedmioty do jamy ustnej w okresie niemowlęcym?<br>Czy mycie zębów sprawia mu trudność?  | Tak   Nie                       | Dzieci, które nie wkładały przedmiotów do jamy ustnej, dzieci, u których obserwuje się krztuszenie, nasilony odruch wymiotny podczas wkładania przedmiotów do jamy ustnej i które unikają mycia zębów, mogą mieć trudności z wprowadzeniem do diety pokarmów stałych. Wymagają konsultacji logopedycznej. |
| 12  | Czy dziecko zjada pokarmy o różnych smakach?   | Tak   Nie                       | Jeżeli dziecko nie zjada pokarmów o różnych smakach i niechętnie próbuje nowych smaków, jest wskazana wnikliwa analiza problemu.  |
| 13  | Czy dziecko zjada posiłki o różnej konsystencji?   | Tak   Nie                       | Jeżeli dziecko nie zjada pokarmów o różnych konsystencjach, zwłaszcza jeżeli występują odruchy wymiotne przy próbie podaży pokarmów o danej konsystencji (purée, grudki, pokarmy stałe), jest wskazana wnikliwa analiza problemu i konsultacja logopedy.  |
| 14  | Czy dziecko jest karmione w nocy?  | Tak   Nie                       | Dzieci w tym wieku nie powinny jeść w nocy.   |
| 15  | Czy dziecko dotyka rękami jedzenia?  | Tak   Nie                       | Niechęć do dotykania jedzenia rękami może wskazywać na nadwrażliwość sensoryczną i być przyczyną zaburzeń karmienia.  |
| 16  | Czy dziecko je posiłki przy rodzinnym stole i o takiej samej konsystencji i strukturze jak inni domownicy?   | Tak   Nie                       | Półtoraroczne i starsze dziecko powinno jeść już większość pokarmów oraz spożywać posiłki wraz z innymi domownikami.  |
| 17  | Czy dziecko potrafi pić z kubka?   | Tak   Nie                       | Większość dzieci powyżej 1. rż. potrafi już samodzielnie pić z kubka.   |
| 18  | Czy dziecko dąży do samodzielnego karmienia?   | Tak   Nie                       | Większość dzieci powyżej 1. rż. czerpie dużą przyjemność z samodzielnego jedzenia. Mogą one wymagać dokarmiania przez osobę dorosłą, ale nie powinny unikać samodzielnego jedzenia.   |
| 19  | Czy u dziecka podczas karmienia obserwuje się któreś z poniższych zjawisk: niepokój podczas dotykania twarzy, trudności z połykaniem, odmowa jedzenia, krztuszenie się, kaszel, odbijania, wymioty, głośny, chrapliwy oddech, sinienie, męczenie się przy karmieniu, zasypianie przed zakończeniem karmienia, odpychanie od siebie jedzenia, zasłanianie dłońmi ust, wpadanie w gniew? | Tak   Nie                       | Zaznaczenie którejkolwiek pozycji wskazuje na konieczność skorzystania z konsultacji logopedy (różnicowania z dysfagią), psychologa (diagnostyki w kierunku zaburzeń zachowania) lub gastroenterologa dziecięcego (diagnostyki w kierunku organicznych przyczyn trudności z karmieniem).                  |

## PIŚMIENICTWO

1. *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders - DSM-5*. The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association, 2013.
2. *Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood - Revised Edition DC: 0-3*. Zero to Three: National Center for Infants Toddlers and Families, 1994.
3. Kerzner B., Milano K., MacLean W. i wsp. *A practical approach to classifying and managing feeding difficulties*. *Pediatrics* 2015; 135: 344-353. doi: 10.1542/peds.2014-1630.
4. Kowalska K., Winnicka E., Socha P. i wsp. *Problems and expectations of parents towards children with feeding disorders*. Materiały z Kongresu ESPGHAN, 2018.
5. Winnicka E., Kowalska K., Matuszczyk M. i wsp. *Characteristic of feeding disorders in groups of healthy children and with medical problems*. Materiały z Kongresu ESPGHAN, 2017.
6. Krom H., Veer L.S., Otten M.A. i wsp. *Health related quality of life in children (0-7 years old) with avoidant restrictive food disorder*. Materiały z Kongresu ESPGHAN, 2017.
7. Rybak A. *Organic and nonorganic feeding disorders*. *Ann. Nutr. Metab.* 2015; 66 suppl. 5: 16-22. doi: 10.1159/000381373.
8. Chatoor I. *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment*. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2002; 11 (2): 163-183.
9. Chatoor I. *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infant, toddlers and young children*. Zero to Three, 2009.
10. Pliner P., Pelchat M.L. *Neophobia in humans and the special status of foods of animal origin*. *Appetite* 1991; 16 (3): 215-218.
11. Rentz-Polster H. *Zrozumieć dzieci. Jak kształtuje nasze dzieci ewolucja*. Media Rodzina, Poznań 2012.
12. Mass V.F. *Integracja sensoryczna a neuro nauka - od narodzin do starości*. Fundacja Innowacja, Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa 2007.
13. Maas V.F. *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
14. Marshall J., Hill R.J., Ware R.S. i wsp. *Clinical characteristic of 2 groups of children with feeding difficulties*. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2016; 62 (1): 161-168. doi: 10.1097/MPG.0000000000000914.
15. Werthman J., Jansen A., Hawermans R. i wsp. *Bits and pieces. Food texture influences food acceptance in young children*. *Appetite* 2015; 84: 181-187. doi: 10.1016/j.appet.2014.09.025.
16. Morris S.E., Klein M.D. *Pre-feeding skills. A comprehensive resource for mealtime development*. Second edition. Therapy Skill Builders, 2000.
17. Reilly S.M., Scuse D.H., Wolke D., Stevenson J. *Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: organic or non-organic?* *Dev. Med. Child Neurol.* 1999; 41 (2): 115-122.
18. Ernsperger L., Stigen-Hanson T. *Finicky eaters. What to do when kids won't eat*. Future Horizons, 2005.
19. Taylor C.M., Wernimont S.M., Northstone K., Emmett P.M. *Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes*. *Appetite* 2015; 95: 349-359. doi: 10.1016/j.appet.2015.07.026.
20. Coulthard H., Takker D. *Enjoyment of tactile play in preschool children is associated with food neophobia*. *Appetite* 2015; 115 (7): 1134-1140. doi: 10.1016/j.jand.2015.02.020.
21. van der Horst K., Deming D.M., Lesniasukas R. i wsp. *Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake*. *Appetite* 2016; 103: 286-293. doi: 10.1016/j.appet.2016.04.027.
22. Kauer J., Pelchat M.L., Rozin P., Zickgraf H.F. *Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates*. *Appetite* 2015; 90: 219-228. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.001.
23. Cooke L.J., Haworth C.M., Wardle J. *Genetic and environmental influences on children's food neophobia*. *Am. J. Clin. Nutr.* 2007; 86: 428-433. doi: 10.1093/ajcn/86.2.428.
24. de Krom M., Bauer F., Collier D. i wsp. *Genetic variation and effects on human eating behavior*. *Annu. Rev. Nutr.* 2009; 29: 283-304. doi: 10.1146/annurev-nutr-080508-141124.
25. Wardle J., Cooke L. *Genetic and environmental determinants of children's food preferences*. 2008; 99, suppl. 1: S15-S21. doi: 10.1017/S000711450889246X.
26. Gibson E.L., Cooke L. *Understanding Food Fussiness and Its Implications for Food Choice, Health, Weight and Interventions in Young Children: The Impact of Professor Jane Wardle*. *Curr. Obes. Rep.* 2017; 6 (1): 46-56. doi: 10.1007/s13679-017-0248-9.
27. Smith A. M., Herle M., Fildes A. i wsp. *Food fussiness and food neophobia share a common etiology in early childhood*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2017; 58: 189-196. doi: 10.1111/jcpp.12647.
28. Nederkorn C., Jansen A., Havermans R.C. *Feel your food. The influence of tactile sensitivity on picky eating in children*. *Appetite* 2015; 84: 7-10. doi: 10.1016/j.appet.2014.09.014.
29. Nederkorn C., Theißen J., Tummers M., Roefs A. *Taste the feeling or feel the tasting: Tactile exposure to food texture promotes food acceptance*. *Appetite* 2018; 120: 297-301. doi: 10.1016/j.appet.2017.09.010.
30. Farrow C.V., Coulthard H. *Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children*. *Appetite* 2012; 58 (3): 842-846. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.017.
31. Coulthard H., Sahota S. *Food neophobia and enjoyment of tactile play: Associations between preschool children and their parent*. *Appetite* 2016; 97: 155-159. doi: 10.1016/j.appet.2015.11.028.
32. Birch L., Marlin D. *I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences*. *Appetite* 1982; 3 (4): 353-360.
33. Weker H., Barańska M., Riahi A., Socha P. *Raport z badania Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku od 5 do 36 miesiąca życia - badanie ogólnopolskie 2016 rok*. PITNUTS 2016. <http://fundacjanutricia.pl/2017/03/wyniki-najnowsze-badania-kompleksowa-ocena-sposobu-zywienia-dzieci-w-wieku-od-5-do-36-miesiaca-zycia-badanie-ogolnopolskie-2016-rok/>, dostęp 30.06.2018 r.
34. Weker H., Barańska M. *Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13-36 miesięcy w Polsce. Wyniki badań 2010-2011*. <http://fundacjanutricia.pl/archiwum/badania-naukowe/zywienie-dzieci-w-wieku-13-36-miesiacy/>, dostęp 30.06.2018 r.
35. Dazeley P., Houston-Price C. *Exposure to foods' non-taste sensory properties. A nursery intervention to increase children's willingness to try fruit and vegetables*. *Appetite* 2015; 84: 1-6. doi: 10.1016/j.appet.2014.08.040.
36. Coulthard H., Sealy A., *Play with your food! Sensory play is associated with tasting of fruits and vegetables in preschool children*. *Appetite* 2017; 113: 84-90. doi: 10.1016/j.appet.2017.02.003.
37. Coulthard H., Ahmed S. *Non-taste exposure techniques to increase fruit and vegetable acceptance in children: effects of task and stimulus type*. *Food Qual. Prefer.* 2017; 61: 50-54. doi: 10.1016/j.foodqual.2017.04.012.
38. Thoyre S.M. *Mothers' ideas about their role in feeding their high-risk infants*. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2000; 29 (6): 613-624.
39. Forcada-Guex M., Pierrehumbert, B., Borghini A. i wsp. *Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months*. *Pediatrics* 2006; 118: 107-114. doi: 10.1542/peds.2005-1145.
40. Sadeh-Sharvit S., Levy-Shiff R., Arnow K.D., Lock J.D. *The interactions of mothers with eating disorders with their toddlers: identifying broader risk factors*. *Attach. Hum. Dev.* 2016; 18 (4): 418-428. doi: 10.1080/14616734.2016.1164201.
41. Ammaniti M., Ambrozzi A.M., Lucarelli L. i wsp. *Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications*. *J. Am. Coll. Nutr.* 2004; 23 (3): 259-271.
42. *Clinical Nutrition Handbook for Healthcare Professionals*. <https://chw.org/medical-care/clinical-nutrition/nutritionhandbook/cnh>, dostęp 30.06.2018 r.







© Copyright by PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2018

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części publikacji bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.



Wydawca: Damian Strzeszewski

Redaktor prowadzący: Agnieszka Janowska

Redakcja merytoryczna: Barbara Kowalska

Producent: Anna Bączkowska

Specjalista ds. Kluczowych Klientów: Monika Gramek (monika.gramek@pwn.pl)

Projekt okładki i wnętrza oraz opracowanie rycin: Lidia Michalak-Mirońska

Zdjęcie na okładce: Kolekcja Essentials/iStock

Wydanie I

Warszawa 2018

ISBN 978-83-200-5625-9

PZWL Wydawnictwo Lekarskie

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 695-43-21

www.pzwl.pl

Biuro Reklamy i Sprzedaży B2B

PZWL Wydawnictwo Lekarskie

e-mail: reklama@pzwl.pl



Skład i łamanie: Lidia Michalak-Mirońska

Druk i oprawa:

PZWL Wydawnictwo Lekarskie nie ponosi odpowiedzialności za treść materiału zamieszczonego na stronie okładkowej IV.

Materiał przeznaczony dla pracowników służby zdrowia