**Wybiórczość pokarmowa u dzieci**

**Zburzenia odżywiania – to różne utrwalone formy nieprawidłowych zachowań związanych z czynnością jedzenia. Diagnostyka tych problematycznych zachowań wciąż wywołuje niejasności i rodzi utrudnienia zwłaszcza w grupie najmłodszych dzieci.**



W obu głównych klasyfikacjach chorób, czyli ICD-11 i DSM-V brak jest spójności. Brakuje w nich takich jednostek, jak: ortoreksja, diabulimia, neofobia żywieniowa, pregoreksja i innych. Skutkiem tego w Polsce diagnozuje się jedynie trzy schorzenia: *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* i zaburzenia odżywiania bliżej niesklasyfikowane (EDNOS). Dzieci i młodzież demonstrują jednak szersze spektrum zaburzeń odżywiania mających wpływ na ich funkcjonowanie, ale też na kondycję całej rodziny.

**Zaburzenia żywienia i odżywiania – kryteria diagnostyczne**

Najnowsza klasyfikacja chorób ICD-11 proponuje wyodrębnienie następujących typów zaburzeń:

1. jadłowstręt psychiczny,
2. bulimia,
3. zaburzenie z napadami objadania się,
4. zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów,
5. pica,
6. zaburzenie ulewania i przeżuwania pokarmu,
7. zespół wymiotów cyklicznych.

W klasyfikacji DSM-V można odnaleźć następujące jednostki nozologiczne:

1. jadłowstręt psychiczny;
2. bulimia psychiczna;
3. zaburzenia z napadami objadania się;
4. pica;
5. zaburzenia przeżuwania;
6. zaburzenia z unikaniem/ograniczaniem przyjmowania pokarmu;
7. inne określone zaburzenie karmienia lub odżywiania się:
   1. atypowy jadłowstręt psychiczny,
   2. bulimia psychiczna,
   3. napadowe objadanie się,
   4. zespół przeczyszczania,
   5. syndrom jedzenia nocnego;
8. inne nieokreślone zaburzenia karmienia lub odżywiania się.

Możliwe jest tu również wyodrębnienie takich problemów żywieniowych, jak: otyłość, ortoreksja, a także chorób współwystępujących z nieprawidłowym łaknieniem i nawykami żywieniowymi, w postaci zaburzeń nastroju z jadłowstrętem lub zwiększonym łaknieniem, schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych z dziwacznymi nawykami żywieniowymi, zaburzeń z objawami somatycznymi – zaburzeń łaknienia. Diagnozy w zakresie zaburzeń karmienia i odżywiania się dokonuje lekarz, choć inni specjaliści mogą obserwować nieprawidłowe zachowania żywieniowe.

**Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3R (*Diagnostic Classification of Mental Health And Development Disorders Of Infancy and Early Childhood - Revised Edition*)**

Badanie i określenie preferencji żywieniowych dzieci, orzeczenie o nieprawidłowościach w temacie jedzenia jest niezmiernie skomplikowane. Pomocna staje się klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa DC:0-3R, która została wydana w odpowiedzi na potrzebę ujęcia problemów rozwojowych i problemów zdrowia psychicznego pojawiających się w pierwszych czterech latach życia dziecka. Ujmuje ona:

1. zaburzenia karmienia związane z regulacją stanów,
2. zaburzenia karmienia związane z wzajemnością w relacji opiekun – dziecko,
3. anoreksja niemowlęca,
4. sensoryczna awersja do pokarmu,
5. zaburzenia karmienia związane z towarzyszącym mu problemem zdrowotnym,
6. zaburzenia karmienia związane z obrażeniami przewodu pokarmowego.

**Zespół Aspergera a zaburzenia odżywiania**

Hipoteza autorstwa C. Gillberga wskazała na konieczność rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego jako zaburzenia ze spektrum autyzmu, gdyż osoby z powyższą nieprawidłowością przejawiają zachowania z bieguna autyzmu, takie jak trudności w kontaktach społecznych, zachowania stereotypowe, obniżony poziom koherencji centralnej, sztywność poznawczą, trudności w procesach dotyczących teorii umysłu. Dalsze badania wskazały, że cechy neuropsychologiczne i niektóre zachowania są wspólne dla osób z jadłowstrętem psychicznym i zespołem Aspergera, a co więcej, stawiają wartość prognostyczną dla leczenia jadłowstrętu. Elementem wspólnym w obrębie objawów są zaburzenia poznania społecznego, które przejawiają się w rozumieniu emocji, prawidłowej percepcji smutku, radości i wstrętu, mniejszej ich świadomości, a także deficytami w procesach teorii umysłu i empatii. Odkryto, że obie grupy mają skłonność do przewagi analizy nad syntezą, skupiania się na szczegółach, trudności z dostrzeżeniem całości obrazu, sztywności myślenia, małej elastyczności zachowania. Uznając, że oba zespoły łączy deficyt poznania społecznego, które jest powiązane z działaniem układu hormonalnego, a w szczególności peptydów prospołecznych – oksytocyny i wazopresyny, wskazano na zasadność łącznego rozpatrywania tych stanów (Kasperek-Zimowska B., Zimowski J., Biernacka K., Kucharska K., Rybakowski F., 2015).

**Wybiórczość pokarmowa**

Rodzice sygnalizują różnorodne trudności związane z karmieniem i żywieniem dzieci. Mogą one demonstrować się z różną siłą i w różnym momencie rozwoju. Obserwuje się dzieci z trudnościami podczas karmienia piersią, podczas wprowadzania pokarmów stałych, spożywania posiłków. Bywają dzieci, które nadmiernie ulewają, mają inne dolegliwości ze strony układu pokarmowego, takie jak: biegunka, zaparcia. Poważnym utrudnieniem jest niechęć dziecka do spożywania grudek w pokarmie, produktów spożywczych składających się z dwóch konsystencji, na przykład jogurt z kawałkami owoców. Część dzieci dławi się, krztusi cząstkami jedzenia, inne unikają spożywania produktów w danym kolorze, na przykład czerwonych lub żółtych. Są dzieci, które preferują wyłącznie miękkie dania, z kolei jest też grupa dzieci, które wolą twarde przekąski. Istnieje grupa dzieci, która je jedynie wybrane produkty, nie z uwagi na konsystencję, ale na kształt – zdarzają się przypadki, gdy spożywane są wyłącznie okrągłe dania. Rozliczną kategorię stanowią dzieci jedzące wybrane pokarmy, zwłaszcza z grupy zawierających gluten, cukier. Są to osoby, których posiłki są monotonne, mało zróżnicowane. Podając szczegółowy jadłospis dziecka podczas wywiadu z terapeutą, rodzice najczęściej podkreślają, że to będzie krótka lista i to taka sama zarówno w przypadku śniadania, jak i obiadu oraz kolacji. Dane uzyskane z wielu wywiadów z rodzicami wskazują, że niejednokrotnie dzieci dążą do spożywania przetartych zup, naleśników, placków, parówek, frytek, ziemniaków, kotletów drobiowych, serków homogenizowanych, czekoladowych, słodyczy, przetartych lub pokrojonych w cząstki jabłek.

Tak uboga dieta wywołuje nie tylko trudności w funkcjonowaniu rodziny, organizacji dania, utrudnia wyjazdy, spotkania towarzyskie, ogranicza możliwości spędzania wolnego czasu, wyklucza dzieci z wielu atrakcji, takich jak: obozy, kolonie, naraża na komentarze rówieśników, a co ważne – ujemnie wpływa na rozwój mowy oraz stan zdrowia. Jedzenie pełni funkcję społeczną, dlatego też rozszerzanie diety stanowi warunek konieczny rozwoju dziecka – rozwoju psychospołecznego i psychofizycznego.

**Analiza stanu zdrowia dziecka i jego preferencje żywieniowe**

Wielospecjalistyczne podejście do problemów z żywieniem wymaga zwrócenia uwagi na różne aspekty rozwoju dziecka, by w oparciu o indywidualny program terapeutyczny wspomóc dziecko i jego rodzinę.

Trudności z jedzeniem, przebywaniem w jednym miejscu, koordynacją ruchową, potrzebą ciągłego ruchu, umiejętnością posługiwania się sztućcami, skłonnością do dokarmiania dziecka przez rodziców, nieprawidłową postawą ciała podczas posiłków (na przykład kołysanie się na krześle, podpieranie głowy ręką, spadanie z krzesła) może być uzasadnione nieprawidłowym tonusem mięśniowym, a co za tym idzie – koniecznością ruchu w celu zbudowania stabilizacji tułowia. Przekłada się to również na operowanie sztućcami, estetykę posiłków, czas ich trwania. Powyższe nieprawidłowości mogą rzutować na niechęć dziecka do jedzenia oraz wpływać na postawę rodziców związaną z utrudnieniami z karmieniem dziecka.

Pogłębiona diagnostyka medyczna niejednokrotnie uwidacznia istnienie niedojrzałości układu pokarmowego, refluksu żołądkowo-przełykowego. Niezmiernie rzadko przyczyną są poważne choroby układu pokarmowego, ale z uwagi na ich ryzyko konieczne bywa specjalistyczne badanie. Wiele dzieci demonstrujących niechęć do spożywania posiłków ma diagnozowaną alergię lub nietolerancję pokarmową. Przyczyną mogą być również niedobory witaminowe, w tym niedobór witaminy A, witamin z grupy B, niedobór cynku.

**Procesy przetwarzania sensorycznego i ich wpływ na dietę dziecka**

Obejmując wsparciem dziecko z wybiórczością pokarmową, koniecznie trzeba poznać jego potrzeby w obrębie nie tylko zmysłu smaku i węchu, ale też czucia. Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3R wskazuje, że sensoryczna awersja do pokarmu ma cztery elementy składowe. Charakterystyczną cechą awersji do pokarmu o podłożu sensorycznym jest to, iż odmowa jedzenia pojawia się przy wprowadzaniu nowych pokarmów, ale dziecko bez trudności je posiłki, które lubi. Dziecko konsekwentnie odmawia jedzenia konkretnych pokarmów o określonym smaku, konsystencji i/lub zapachu. Chętnie je posiłki, które lubi. Odmowa jedzenia skutkuje specyficznymi niedoborami pokarmowymi lub opóźnieniem w rozwoju ruchowym aparatu mowy.

Szczegółowa obserwacja dziecka pozwala odkryć, czy unikanie spożywania określonych produktów jest powiązane z ryzkiem pobrudzenia dłoni, a może twarzy, czy może dotyczy nadwrażliwości w obrębie jamy ustnej. Objawiać się to może niechęcią do pobrudzenia rąk, nasilonym odruchem wymiotnym po włożeniu pokarmu do ust. Niektóre dzieci nie tolerują materiału, z jakiego wykonana jest łyżeczka, inne unikają grudek, chrząstek, zwłóknień w jedzeniu. Część dzieci nadmiernie wyczuwa zapach detergentów, którymi zostały umyte naczynia, innym przeszkadzają perfumy, płyn do płukania tkanin, który jest wyczuwalny od opiekuna. Niektóre osoby zniechęca sam zapach pokarmu, widok. Na uwagę zasługuje również poznanie funkcjonowania słuchowego dziecka, bowiem niektóre osoby posiadające nadreaktywny zmysł słuchu są zniechęcone odgłosami wydawanymi podczas ogryzania, żucia pokarmów. Podreaktywność zmysłów bazowych może dawać obraz dziecka, które przyjmuje zbyt duże cząstki jedzenia, dławi się nimi, spożywa posiłki nieestetycznie, brudząc siebie i najbliższe otoczenie. Dziecko może wówczas nie zdawać sobie sprawy z wypływającej śliny, resztek jedzenia na twarzy. Zdarza się wówczas skłonność do spożywania niejadalnych produktów zamiast pokarmów. Ponadto zaburzeniu może ulec uczucie głodu i sytości, co może prowadzić do odwodnienia i innych poważnych trudności z masą ciała.

**Strategie radzenia sobie z wybiórczością pokarmową**

Po dokonaniu pełnej diagnozy preferencji żywieniowych dziecka, stanu zdrowia, poziomu rozwoju procesów przetwarzania sensorycznego możliwe jest wspieranie dziecka i opiekunów w kwestii żywienia. Konieczne bywa przypomnienie, że posiłek powinien stanowić ważną część dnia, okazję do wspólnego bytowania rodziny, powinien dawać radość z możliwości jedzenia i wspólnego przebywania przy stole. Konieczne jest celebrowanie posiłków. Ważne, aby wyrobić we wszystkich domownikach poczucie zadowolenia ze spożywania jedzenia. Atmosfera w rodzinie, w której pojawia się dziecko z wybiórczością pokarmową, jest na ogół dość napięta i skoncentrowana nadmiernie na pewnych aspektach żywienia. Ważne jest odwrócenie tej sytuacji. Korzystne jest przekonanie członków rodziny do wspólnego robienia zakupów, ich rozpakowywania, planowania i przygotowywania różnorodnych dań, zapraszania bliskich i przyjaciół do wspólnego stołu. Dziecko nie powinno być nakłaniane do jedzenia tych pokarmów, ważne, aby brało udział w ich organizowaniu. Umożliwi to oswajanie się z różnorodnymi bodźcami związanymi z przygotowywaniem jedzenia. Kolejną istotną sprawą jest organizacja miejsca posiłków. Dziecko ze wzmożoną potrzebą ruchu powinno siedzieć na krześle cechującym się dobrym poziomem stabilności oraz wysokości. Wskazane może być zastosowanie podnóżka, na przykład z klocków do jogi, niemowlęcej podstawki do łazienki. Innym dzieciom powinna pomóc taśma Thera Band przywiązana do przednich nóg krzesła, żeby mogło swobodnie poruszać o nią nogami. Dziecko mające skłonność do spadania z krzesła może siedzieć na dysku sensorycznym. Z kolei osobie mającej skłonność do wylewania, zrzucania talerza pomoże mata antypoślizgowa pod naczyniem, ciężki kubek, obciążone sztućce. Ważne, aby stół jadalny ulokować z dala od kosza ze śmieciami, brudnymi pieluchami. Wskazane jest wyłączenie telewizora. Ulubiona muzyka może sprzyjać radosnej atmosferze podczas posiłku. Istotne jest odwracanie uwagi dziecka od konieczności próbowania nowych dań. Możliwe jest wzbudzanie zainteresowania dziecka jedzeniem poprzez tworzenie zabawnych kompozycji z jedzenia, na przykład owocowej twarzy, tulipanów z pomidorów i twarożku. Pomocne może być zachęcanie dziecka do wąchania olejków eterycznych kilkakrotnie w ciągu dnia. Stosowane tu powinny być również naturalne zapachy produktów spożywczych. Dzieciom ze skłonnością do brudzenia się może pomóc znajdujące się obok lusterko do korygowania swojej czystości za pomocą nawilżanych chusteczek. Niezmiernie istotne są również oddziaływania na zmysł dotyku niwelujące cechy obronności dotykowej, czyli różnorodne masaże ciała. Konieczne może być ustalenie z dzieckiem kontraktu na ustalenie konieczności próbowania dziennie jednej łyżeczki nowego pokarmu. Wzmocnienia pozytywne, nagrody, chwalenie, dostrzeganie wysiłków dziecka mogą zachęcić je do współdziałania w rozszerzaniu diety. Ważne, aby autentycznie zachwycić się staraniami dziecka, poinformować o swej radości wszystkich wokół, aby dziecko czuło się współodpowiedzialne i ważne. Wiele dzieci z radością tworzy własne menu, czyli książkę z obrazkami dań, które lubi. Takie własne menu można przygotować na wyjazd do cioci, nocowanie u przyjaciela, aby dorośli mogli przygotować posiłki, które dziecko lubi i dzięki temu nikt nie był narażony na stres związany z gotowaniem dla niejadka. Niezmiernie istotna jest atmosfera spokoju i bliskości oraz zrozumienia dziecka i jego sytuacji. Dysfunkcje integracji sensorycznej bywają poważnym dyskomfortem dla dziecka, dlatego ważna jest wspierająca rola dorosłych w rozszerzaniu diety dziecka, aby mogło ono funkcjonować na maksymalnym poziomie swoich możliwości.

**Podsumowanie**

Dziecko z wybiórczością pokarmową wymaga wielospecjalistycznego podejścia, analizy sytuacji rodzinnej, stanu zdrowia dziecka. Zadbanie o wszystkie aspekty może wspomóc rozwój kompetencji dziecka związanych z żywieniem. Proces terapeutyczny winien więc opierać się na podejściu biomedycznym, rozwijaniu procesów przetwarzania sensorycznego, a czasami włączeniu technik behawioralnych przy jednoczesnym oddziaływaniu na całą rodzinę. Awersje tego typu mogą poważnie wpływać na funkcjonowanie ludzi, nawet gdy stają się dorośli. Dorośli, posiadając wgląd w siebie oraz wiedzę i doświadczenie życiowe, mogą przeprowadzić analizę swoich potrzeb, dokonać zmian czy dostosować się. Dziecko, które unika spożywania pokarmów, samo naraża się na dyskomfort, ale swoimi potrzebami wywoływać może również dezorganizację życia rodzinny, powodować utrudnienia w życiu przedszkolnym lub szkolnym, ograniczać własne możliwości rozwoju.

**Literatura:**

1. Biel L., *Integracja Sensoryczna. Skuteczne strategie w terapii dzieci i nastolatków*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
2. Gaebel W., Zielasek J., Reed G. M., *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*, "Psychiatr. Pol." 51(2), 2017, 169–195; <https://doi.org/10.12740/PP/69660>, z dn. 01.07.2108
3. Kasperek-Zimowska B., Zimowski J., Biernacka K., Kucharska K., Rybakowski F., *Zaburzenia procesów społecznego poznania w zespole Aspergera i jadłowstręcie psychicznym. W poszukiwaniu endofenotypów społecznego poznania*, "Psychiatr. ONLINE FIRST" Nr 23, 30 July 2015; <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/33485> z 01.07.2018 r.
4. *Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3R*, Oficyna Wydawnicza Fundament S.C., Warszawa 2007.

Przygotowała: Barbara Zabielska