

POREMEĆAJI UZIMANJA HRANE I HRANJENJA U RANOM DJETINJSTVU

INGE VLAŠIĆ-CICVARIĆ¹, ZRINKA KOROTAJ-ROŽMANIĆ¹, RAJNA KNEŽ², MLADEN PERŠIĆ³

Problemi s hranjenjem u ranoj dječjoj dobi svojom učestalošću i povezanošću s kasnijim razvojem dugotrajnih poremećaja hranjenja i poremećaja u ponašanju djeteta, te negativnim utjecanjem na interakcije u obitelji svakako zaslužuju pažnju kliničara. Nalazi novijih istraživanja dokazuju da postojeće dijagnostičke klasifikacije ovih poremećaja nisu dostatne za kliničku praksu i da se različiti oblici odbijanja hrane iskazuju različitim poremećajima hranjenja. U ovom članku prikazani su dijagnostički kriteriji za tri subtipa poremećaja hranjenja: infantilnu anoreksiju, selektivnu averziju prema hrani i posttraumatski poremećaj hranjenja s ciljem da, sukladno nalazima istraživanja, istaknemo odrednice koje razgraničavaju ove poremećaje hranjenja od manje teških oblika maladaptivnog ponašanja kod hranjenja. Uz kratki prikaz općih preporuka tretmana poremećaja hranjenja naglašeno je da preliminarne studije ukazuju da ova tri poremećaja hranjenja zahtijevaju i posebne pristupe u liječenju što otvara potrebu za daljnja istraživanja evaluacije uspješnosti tretmana.

Deskriptori: POREMEĆAJI HRANJENJA, RANA DJEČJA DOB, DIJAGNOSTIČKA KLASIFIKACIJA

Problem poremećaja hranjenja u dječjoj dobi davno je prepoznat i već desetljećima pa i stoljećima privlači pažnju ne samo kliničara nego i istraživača. Usprkos tome i danas nailazimo na neusuglašenost u terminologiji, nedovoljno definiranoj klasifikaciji i nerazjašnjenosti etiologiji. Stoga ne čudi ni isticanje imperativa za daljnja istraživanja kojim tek treba dokazati uspješnost preporučenih tretmana. Cilj ovog članka je prikaz novijih gledišta na dijagnostičku klasifikaciju poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi i važnosti pravilne dijagnostike za izbor primjerenog oblika tretmana ovih poremećaja.

Problemi s hranjenjem u ranoj dječjoj dobi svojom učestalošću i povezanošću s kasnijim razvojem dugotrajnih poreme-

ćaja hranjenja i poremećaja u ponašanju djeteta, te negativnim utjecanjem na interakcije u obitelji svakako zaslužuju pažnju kliničara. Nalazi istraživanja pokazuju da 25% djece normalnog razvoja i čak do 80% djece s teškoćama u razvoju težeg stupnja iskazuju probleme s hranjenjem (1-4). Ovi poremećaji obilježeni su dugotrajnošću i pokazuju sklonost ka kronicitetu, a poznat je i njihov potencijal nepovoljnog djelovanja na tjelesni i kognitivni razvoj djeteta (5-8).

Rani problemi s hranjenjem povezani su s kasnijim poremećajima u ponašanju, anksioznim poremećajima i poremećajima hranjenja u adolescenciji (9-11). Uzimanje hrane i hranjenje djeteta aktivnost je koja se odvija u interakciji djeteta i majke čime značajno utječe na emocionalni razvoj djeteta. Zadovoljavajuće iskustvo povezano s uzimanjem hrane i hranjenjem jedna je od elementarnih potreba novorođenčeta i dojenčeta. Kvaliteta odnosa roditelja i djeteta ometena je kod poremećaja hranjenja (12, 13). Provedena istraživanja pokazuju da su djetetovi poremećaji hranjenja povezani s nizom različitih aspekata mentalnog zdravlja majke, ali smjer uzročno-posljedične povezanosti još je nepotpuno razjašnjen (13-17).

Iako profesionalni interes za istraživanja poremećaja uzimanja hrane djeteta ima dugu povijest, dijagnostička kategorija "Poremećaji hranjenja u dojenačkoj i dječjoj dobi" po prvi puta je tek 1994. godine uvrštena u klasifikaciju psihičkih poremećaja u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM IV) Američkog psihijatrijskog udruženja. DSM IV u kategoriju poremećaja uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu svrstava uz Piku i Poremećaj s ruminacijom i Poremećaj hranjenja u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu (18). Dijagnostički kriteriji za Poremećaj hranjenja u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu nisu detaljno razrađeni, a glase:

- smetnje uzimanja hrane ispoljavaju se stalnim neadekvatnim uzimanjem hrane uz značajan izostanak dobivanja na težini ili značajan gubitak težine tijekom najmanje mjesec dana;
- smetnje ne nastaju zbog nekog gastrointestinalnog ili drugog općeg zdravstvenog stanja (npr. gastroezofagealni refluks);

¹Zavod za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju

²Klinika za psihijatriju

³Klinika za pedijatriju
Klinički bolnički centar Rijeka

Adresa za dopisivanje:
Mr. spec. Inge Vlašić-Cicvarić, klinički psiholog
Zavod za kliničku zdravstvenu i organizacijsku psihologiju
KBC Rijeka
51000 Rijeka, Istarska 43
E-mail: inge_v_c@yahoo.com

- smetnje nisu bolje opisane kao neki drugi duševni poremećaj (npr. poremećaj s ruminacijom) ili time što hrana nije dostupna;
- početak poremećaja prije dobi od 6 godina. (18).

Kako je vidljivo u navedenim dijagnostičkim kriterijima mašti na volju prepušteno je što se sve smatra neadekvatnim uzimanjem hrane i na koje se sve načine iskazuje. Osim toga postavljene kriteriji isključuju skupinu djece koja ispoljavaju probleme kod hranjenja, ali imaju primjeren prirast na tjelesnoj težini (TT) uz različite prehranbene nedostatke (proteina, vitamina, minerala). Dakle, potrebno je reći da iako je uključivanje Poremećaja hranjenja dojenačke i dječje dobi u DSM IV bio važan korak u prepoznavanju ozbiljnosti prirode ovih poremećaja, zadani dijagnostički kriteriji ostavljaju i nadalje ovaj problem nedovoljno definiranim i razjašnjenim što rezultira konfuzijom glede prirode i pojavnosti poremećaja hranjenja. To je vjerojatni razlog što se i dalje u suvremenoj psihološkoj literaturi susrećemo s preobiljem nazivlja kao: poremećaj uzimanja hrane, poremećaj hranjenja, emocionalni poremećaj s izbjegavanjem hrane, odbijanje hrane, fobija od hrane, neofobija, odvratnost prema hrani, djeca slabog apetita, problematični u jelu, izbirljivost u hrani itd. kojim autori nastoje opisati dijagnostička obilježja izrazite heterogenosti problema hranjenja u dječjoj dobi (1, 19, 20).

Dodatak konfuziji u nazivlju stvara se time što se u pedijatrijskoj literaturi najčešće i nadalje susrećemo s terminom nenapredovanje na TT. Nenapredovanje na TT dijeli se u 2 glavne skupine: organsko i neorgansko nenapredovanje na TT. One se razlikuju po prisutnosti ili odsutnosti organske bolesti kao uzroka tog stanja (1, 3, 20-22). 1897. godine pedijatar Holt, prvi je liječnik koji je upozoravao na neorgansko nenapredovanje na TT i psihičke razloge koji leže iza odbijanja hrane i hranjenja (21). Po današnjim shvaćanjima čini se da je bio u pravu jer većina djece, koja neprimjereno napreduju na TT, nema podležući dijagnozu organske bolesti, nego se njihovo stanje smatra rezultatom poremećaja uzima-

nja hrane nastalog međudjelovanjem niza psihosocijalnih čimbenika. No, nije opravdano korištenje termina "Poremećaji hranjenja" i "Nenapredovanje na TT" kao sinonima. Tome u prilog navodi se više razloga. Sva djeca s poremećajima hranjenja ne pokazuju nenapredovanje na TT, niti sva djeca s nenapredovanjem na TT ispoljavaju probleme s hranjenjem. Nenapredovanje na TT je posljedica do koje dovodi odbijanje hrane i hranjenja, a koje se najčešće javlja u složenoj međugri fizioloških, kao i čimbenika okoline i ponašanja. U većini slučajeva uzrok poremećaju hranjenja je multikauzalan (1, 19, 20, 23).

Međutim, odbijanje hrane je ključni simptom nekoliko različitih poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi (20). Prikazat ćemo klasifikaciju poremećaja hranjenja koju predlažu Chatoor i suradnici jer nam se temeljem našeg kliničkog iskustva čini vrlo primjenjivom u praksi. Pošavši od vodećeg simptoma odbijanja hrane, a nastojeći uvesti red u sveopću zbrku u području dijagnostike poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi ovi autori opisuju tri bazična tipa poremećaja koji se prezentiraju nepredvidljivim odbijanjem hrane s zaostajanjem u rastu, odbijanjem specifičnih vrsta hrane i odbijanjem hrane temeljenim na strahu. Ističu da svaki od ta tri subtipa predstavljaju kvalitativno različit poremećaj hranjenja. Neophodno ih je razlikovati zbog njihove etiološke različitosti, specifičnosti kliničke slike i tipične dobi u kojoj se pojavljuju, na osnovi čega zahtijevaju i različite pristupe u tretmanu (20).

Nepredvidljivo odbijanje hrane - infantilna anoreksija

Djeca s nepredvidljivim odbijanjem hrane ekstremno su nedosljedna u prihvaćanju hrane i dnevnom kalorijskom unosu. Roditelji navode da pokoji obrok dijete uzme bez ikakvih problema, ali mnogo češće nakon par zalogaja odbija dalje jesti. Odbijanje hrane započinje u dobi od 6 mjeseci do 3 godine, najčešće između 9 i 18 mjeseci za vrijeme prelaska na hranjenje žlicom i uvođenja samostalnog hranjenja. Dijete ne dobiva primjereno na težini. Krivulja rasta ne prati

standarde. Od roditelja se dobivaju podaci da je čak i u prvim mjesecima života dijete pokazivalo veći interes za gledanje uokolo nego za hranjenje, uzimalo male količine mlijeka i zahtijevalo česta hranjenja. Mnogi roditelji se tuže da dijete ne pokazuje glad i da je više zainteresirano za istraživanje i igru nego za jelo.

Oko prve godine, kada većina djece počinje pokazivati interes za aktivno sudjelovanje u hranjenju i samostalno hranjenje, ova djeca nakon svega par zalogaja odbijaju jelo čvrstim stiskanjem usta, izbacuju zalogaj, odguruju i bacaju pribor za jelo, pokušavaju izaći iz stolice za hranjenje, odlaze od stola. Roditelji postaju izrazito zabrinuti zbog djetetova slabog uzimanja hrane i rasta. Kako raste njihova zabrinutost češće pokušavaju nahraniti dijete, nude mu različite vrste hrane, ubacuju mu hranu usta "na prevanu" dok je zabavljeno nekom drugom aktivnošću, hrane ga dok spava, zastrašuju ili hrane "na silu". Nijedna od ovih metoda ne pokazuje se uspješnom na dulje vrijeme i djetetovo uzimanje hrane i napredovanje u tjelesnom rastu se ne poboljšava. Roditelji postaju frustrirani, anksiozni, iscrpljuju se fokusiranjem cjelokupne svakodnevne aktivnosti i brige oko djeteta na hranjenje (20, 22, 24).

Takvo ekstremno odbijanje hrane koje rezultira zaostajanjem u rastu potrebno je dijagnosticirati infantilnom anoreksijom. Chatoor i Egan su ovaj tip odbijanja hrane povezali sa separacijskim poremećajem jer se javlja u doba razvoja autonomnosti (22). Temeljem nalaza kasnijih istraživanja imenuju ga infantilnom anoreksijom, zaključujući da se odbijanje hrane pojavljuje zbog osjećaja nedostatka apetita uzrokovanog intenzivnim emocionalnim uzbuđenjem djeteta (24, 25). Dijagnostički kriteriji za infantilnu anoreksiju su:

- odbijanje uzimanja primjerenih količina hrane u trajanju od najmanje 1 mjesec;
- javljanje odbijanja hrane događa se u razdoblju prelaska na hranjenje žlicom i na samostalno hranjenje, uobičajeno na uzrastu između 6 mjeseci i 3 godine;

- dijete ne izražava glad, pokazuje nedostatak interesa za hranu, ali iskazuje interes za istraživanje hrane i/ili interakcije s njom preko roditelja;
- pokazuje značajne simptome zaostataka u rastu;
- odbijanje hrane ne javlja se nakon nekog traumatskog događaja;
- odbijanje hrane nije povezano s podležecom bolešću (20, 24, 25).

Selektivno odbijanje hrane - senzorna averzija prema hrani

Selektivno odbijanje hrane mala djeca iskazuju dosljednim odbijanjem uzimanja hrane specifičnog okusa, mirisa ili konzistencije. Ovakva senzorna averzija prema određenoj hrani često postaje vidljiva kada se uvođe u prehranu različite nove vrste namirnica novih okusa i konzistencije. Nije rijetka pojava, a javlja se različitim intenzitetom. Neka djeca odbijaju samo nekoliko vrsta hrane i roditelji tada ponudu prilagode bez ikakvih poteškoća. Druga djeca mogu odbijati većinu hrane i roditelj zbog velike zabrinutosti opetovanim neuspješnim pokušajima nastoji nahraniti dijete što dovodi do perzistiranja konflikata i obostrane frustracije za vrijeme obroka. Averzivne reakcije djeteta iskazuju se od grimasiranja i stiskanja usta do ispljuvavanja zalogaja ili povraćanja. Nakon inicijalne averzivne reakcije dijete obično odbija jesti tu vrstu hrane. Neka djeca generaliziraju odbijanje s jedne vrste hrane na sve druge koje su izgledom ili mirisom slične (npr. odbija jesti sve zeleno). Ako se odbijanje proširi na cijelu skupinu namirnica (npr. meso, povrće ili voće) takva selekcija u prehrani može dovesti do nutritivnog deficita (proteina, vitamina, cinka, željeza, itd.) (10, 11, 20, 26, 27).

Ako dijete odbija hranu koju treba žvakati može zaostati u oralno-motornom razvoju (20, 28). Dijagnoza poremećaja hranjenja djeteta postavlja se ako je prisutan nutritivski deficit i/ili oralno-motorno zaostajanje, a kod starije djece ukoliko selektivnost prehrane dovodi do socijalne anksioznosti i djetetova izbjegavanja socijalnih situacija u kojima se jede u društvu (20). Kod djece koja iska-

zuju senzornu averziju prema hrani česta je hipersenzitivnost i u drugim senzoričkim područjima. Često se saznaje da dijete postaje uznemireno ako treba hodati po travi ili pijesku, ne voli obući čarape, smetaju ga neke vrste tkanine, ne podnosi etikete na odjeći. Mnoga djeca pojačano su osjetljiva i na mirise i zvukove (20). Dijagnostički kriteriji za senzornu averziju prema hrani:

- odbijanje uzimanja hrane specifičnog okusa, teksture i/ili mirisa;
- pojava odbijanja hrane tijekom upoznavanja nove vrste hrane;
- jede bez poteškoće hranu koju preferira;
- ima specifične nutritivne deficite i/ili oralno-motoričko zaostajanje (20).

Genetska predispozicija kao i navike hranjenja u socijalnom okruženju mogu biti podležući čimbenici u javljanju i težini djetetova selektivnog odbijanja hrane (29, 30).

Odbijanje hrane zasnovano na strahu - posttraumatski poremećaj hranjenja

Odbijanje hrane temeljeno na strahu javlja se kod djece koja postaju uplašena tijekom hranjenja i koja dosljedno odbijaju hranu određene konzistencije (kruta, kašasta, tekuća) u svim obrocima a u najtežim slučajevima odbijaju jesti uopće. Ovaj tip poremećaja hranjenja se pojavljuje nakon epizode davljenja ili težeg zagrcavanja. Također može slijediti nakon medicinskih intervencija kao npr. intubacija, uvođenje nazogastrične sonde, orofaringealna sukcija. Ovisno o načinu hranjenja koji je dijete asociiralo s traumatskim događajem neka djeca odbiju krutu hranu ali nastavljaju piti ili obratno. Pribor za jelo (boca, tanjur i žlica) koji dijete podsjeća na traumatski događaj može kod njega uzrokovati jaku uznemirenost, manifestan strah. Opiru se hranjenju plačem, izvijanjem tijela, zatvaranjem usta. Ako im se zalogaj stavi u usta odbijaju žvakati i gutati. Pokušaju ispljunuti hranu, povraćaju ili sprema hranu u usta da bi je ispljunuli kasnije. Strah od uzimanja hrane izgleda potpuno zasjeni svjesnost osjećaja gladi

i djece koja odbijaju svu hranu, tekuću i krutu, zahtijevaju akutnu intervenciju da se prevenira dehidracija i izgladnjelost (20, 31). Dijagnostički kriteriji za posttraumatski poremećaj hranjenja:

- Odbijanje hrane slijedi nakon traumatskog događaja ili traumatskih intervencija u orofaringealnom području i gastrointestinalnom traktu (davljenje, teže povraćanje, uvođenje nazogastrične ili endotrahealne sonde, sukcija).
- Dosljedno odbijanje hranjenja manifestira se na jedan od sljedećih načina:
 - odbija piti iz boce, ali prihvaća jesti na žlicu (iako odbija bocu dok je budno, može piti u snu);
 - odbija krutu hranu, ali prihvaća hranjenje na bocu;
 - odbija bilo kakvo hranjenje na usta.
- Situacije i predmeti koji dijete podsjećaju na traumatski događaj uzrokuju očiglednu uznemirenost djeteta:
 - izrazito se uznemiri kada ga se stavi u poziciju za hranjenje;
 - pokazuje intenzivan otpor kada vidi bocu, pribor za jelo, hranu;
 - izrazito se odupire gutanju hrane stavljene u usta.
- Odbijanje hrane ima akutne ili dugoročne posljedice na djetetovu ishranjenost (20, 31).

Nalazi novijih istraživanja dokazuju da se različiti oblici odbijanja hrane iskazuju različitim poremećajima hranjenja. Prikazali smo dijagnostičke kriterije za tri subtipa poremećaja hranjenja s ciljem da sukladno nalazima istraživanja istaknemo odrednice koje razgraničavaju ove poremećaje hranjenja od manje teških oblika maladaptivnog ponašanja kod hranjenja (20). Empirijski dokazi podupiru ideju različite etiologije ovih poremećaja. Infantilna anoreksija je izgleda vođena djetetovim slabim apetitom i teškim temperamentom, kao i roditeljevim poteškoćama u uspostavljanju

primjerenih granica djetetovom ponašanjom tijekom hranjenja (20, 24). Senzorna averzija prema hrani je izgleda povezana sa djetetovom osjetljivošću na okuse, strukturu (gustoću) hrane i/ili na miris i strahom prema unošenju hrane za koju dijete pretpostavlja odvratnost (10, 20, 26, 27). Posttraumatski poremećaj hranjenja slijedi nakon traumatskih događaja vezanih za orofaringealno područje i obilježeni su djetetovim strahom prema uzimanju hrane i pića koju je povezalo s traumatskim doživljajem (20, 31, 32).

Svaki se od ovih poremećaja hranjenja može promatrati duž spektra težine i što je naglašeno poremećaj hranjenja se razmatra samo ako djetetove poteškoće sa hranjenjem dovode do općeg usporavanja rasta, specifičnih nutritivnih deficita ili prijetnje djetetovu zdravstvenom stanju (20, 24, 26, 32). Dijagnostička procjena djece s poremećajima hranjenja neizostavno podrazumijeva interdisciplinarni pristup. Dijagnostički tim u optimalnim uvjetima uključuje liječnika (pedijatar - gastroenterolog, dječji psihijatar), psihologa, dijetetičara, medicinsku sestru, a po potrebi i socijalnog radnika i defektologa (1, 3). Primarni ciljevi procjene su isključivanje organske bolesti kao uzroka problema s uzimanjem hrane i hranjenjem, određivanje djetetova aktualnog zdravstvenog stanja, identifikacija oralno-motornih problema. Paralelno je potrebno provesti procjenu psihomotornog razvoja djeteta njegove emocionalne i socijalne zrelosti, kao i zrelost ponašanja u području hranjenja usporediti s ostalim aspektima razvoja. Heteroanamnestičkim podacima i opservacijom interakcije roditelja i djeteta treba otkriti ponašanja koja mogu utjecati na javljanje ili održavanje poremećaja hranjenja (1, 3, 4, 8).

Tretman poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi

Preliminarne studije ukazuju da ova tri poremećaja hranjenja zahtijevaju različite pristupe u liječenju (1, 20, 33). Dijagnostičko razgraničenje poremećaja hranjenja koji se prezentiraju odbijanjem hrane na infantilnu anoreksiju, senzornu averziju prema hrani i posttraumatski poremećaj hranjenja je prva stepenica

koju je nužno napraviti. Potrebna su daljnja istraživanja da se ispita koji su pristupi u tretmanu najučinkovitiji za pojedine tipove poremećaja hranjenja (20).

Jednom kada su organska stanja isključena ili primjereno liječena korisno je započeti psihološki tretman. U literaturi nalazimo opise različitih pristupa i tehnika bihevioralnih tretmana poremećaja hranjenja, no često se citira Kerwin-ov (1999.) zaključak da "empirijski poduprti tretmani za teške poremećaje hranjenja postoje, a sad je vrijeme da se zapitamo za koga su primjenjivi, kada i zašto". Stoga možemo reći da i nadalje ostaje otvorena potreba istraživanja koja će pokazati koji poremećaj hranjenja najbolje reagira na određeni tretman (20, 21, 34, 35).

Općenito rečeno danas se smatra da dobar dio problema hranjenja odražava problematiku poremećaja roditeljstva, bez obzira sagledavamo li je u pojedinom slučaju kao uzrok ili kao posljedicu djetetova poremećaja hranjenja. Poznato je da psihološki postupci u liječenju poremećaja uzimanja hrane i hranjenja u ranoj dječjoj dobi paralelno trebaju biti usmjerena u dva pravca: prema djetetu i prema roditeljima (21, 34-36).

Za svako dijete individualno dizajniran tretman oblikovan u timskom pristupu liječnika, psihologa, dijetetičara i roditelja potrebno je dosljedno provoditi. Kod tretmana infantilne anoreksije raspored hranjenja se oblikuje s ciljem da se omogući djetetov doživljaj osjeta gladi i sitosti (20, 24, 25). Osnova tretmana senzorne averzije prema hrani je poticaj i održavanje interesa djeteta prema novim vrstama hrane (20, 26, 27).

Tretman posttraumatskog poremećaja hranjenja usmjeren je na pružanje pomoći djetetu da nadvlada strah i dopusti uzimanje hrane u usta, te žvakanje i gutanje zalogaja (20, 31-33). Roditelju usmjeren tretman provodi se individualnim savjetovanjem o podležućim problemima odnosa roditelj-dijete i edukaciji roditelja o prehranbenim potrebama djeteta kao i načinima hranjenja. Postupci usmjereni spram roditelja uključuju slijedeće:

- edukacija o prehranbenim potrebama djeteta i pravilnoj prehrani;
- poduka o vještinama hranjenja djeteta;
- terapija usmjerena na poboljšanje odnosa majka-dijete, "učenje umijeća roditeljstva";
- obiteljska terapija - poboljšanje interakcija u obitelji i obiteljskog sklada (20, 21, 34-36).

U ovom smo članku prikazali pregled današnjih gledišta na dijagnostičku klasifikaciju poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi. Učestalost kojom se poremećaji hranjenja javljaju u najranijem djetinjstvu u pedijatrijske ordinacije dovodi mnogobrojnu djecu s emocionalno iscrpljenim roditeljima na rubu nemoći i neznanja u daljnjem suočavanju s problemom kako nahraniti svoje dijete. Prema našim iskustvima u svakodnevnoj kliničkoj praksi preporučeni dijagnostički kriteriji mogli bi biti korisna vodilja u pravovremenoj detekciji poremećaja hranjenja u ranoj dječjoj dobi i savjetovanju roditelja. Rano otkrivanje i rana intervencija imperativ je kliničke prakse.

LITERATURA

1. Udall JN. Infant Feeding: Initiation, Problems, Approaches. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2007; 37: 374-99.
2. Manikam B, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2000; 30: 34-46.
3. O'Brien S, Repp AC, Williams GE, Christophersen R. Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification* 1991; 15: 394.
4. Bentovim A. The clinical approach to feeding disorders of childhood. *Journal of Psychosomatic Research* 1970; 14: 267-76.
5. Dahl M, Rydell AM, Sundelin C. Childrens with early refusal to eat: Follow-up during primary school. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1994; 83: 54-8.
6. Dahl M, Sundelin C. Feeding problems in an affluent society: Follow up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1992; 81: 575-9.
7. Grantham-McGregor SM, Walker SP, Chang S. Nutritional deficiencies and later behavioural development. *Proceedings of the Nutrition Society* 2000; 59: 47-54.

8. Skuse D. Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 69: 604-8.
9. Ong SH, Wickramaratne, Tang M, Weissman MM. Early childhood sleep and eating problems as predictors of adolescent and adult mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* 2006; 96: 1-8.
10. Timimi S, Douglas J, Tsiftisopoulou K. Selective eaters: A retrospective case note study. *Child: Care, Health and Development*, 1997; 23: 265-78.
11. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 112-7.
12. Blissett J, Meyer C, Haycraft E. Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors* 2007; 8: 311-8.
13. Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder. Role of family environment. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 210-5.
14. Farrow C, Blissett J. Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obesity Research* 2005; 13: 1999-2005.
15. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: A selective review of literature. *Eating behaviours* 2004; 5: 103-15.
16. Coulthard H, Harris G. Early food refusal: The role of maternal mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2003; 21: 335-45.
17. Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: A community study. *Psychological Medicine* 2000; 30: 69-77.
18. Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 4. izd. Međunarodna verzija, Jastrebarsko: Naklada Slap, 1996; 97-102.
19. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems in infants and toddlers. *Can Fam Physician* 2006; 52: 1247-51.
20. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice* 2003; 10: 138-46.
21. Olson RA, Mullins LL, Gillman JB, Chaney JM. *The Sourcebook of Pediatric Psychology*. Massachusetts: Allyn and Bacon, 1994; 26-41.
22. Chatoor I, Egan J. Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: A separation disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1983; 22: 294-301.
23. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders *JPGN* 1998; 27: 143-7.
24. Chatoor I. Infantile anoreksia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 1989; 17: 43-64.
25. Chatoor I, Egan J, Getson P, Menvielle E, O'Donnell R. Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 1988; 27: 535-40.
26. Nicholls D, Christie D, Randall L, Lask B. Selective Eating: Symptom Disorder or Normal Variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2001; 6: 257.
27. Chatoor I, Hamburger E, Fullard R, Rivera Y. A survey of picky eating and pica behaviours in toddlers. *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 10: 50.
28. Reilly AM, Skuse DH, Wolke D, Stevenson J. Oral-motor disfunction of children who fail to thrive: Organic or non-organic? *Developmental Medical Child Neurology* 1999; 41: 115-22.
29. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parenteral eating problems and children's feeding behavior: A selective review of the literature. *Eating Behaviors* 2004; 5: 103-15.
30. Fernandez-Aranda F, Krug I, Granero R, Ramon J, Badia A, Gimenez L, Solano R, Collier D, Karwautz A, Treasure J. Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite* 2007; 49: 476-85.
31. Chatoor I, Conley C, Dickinson L. Food refusal after an incident of choking: A posttraumatic eating disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988; 27: 105-10.
32. Chatoor I, Ganiban J, Harrison J, Hirsch R. The observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 595-602.
33. Benoit D, Coolbear J. Post-traumatic feeding disorders in infancy: Behaviors predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19: 409-21.
34. Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. 2nd ed. New York: Bruner Mazel, 1997.
35. Babbitt RL, Hoch TA, Coe MA, Cataldo MF, Kelly KJ, Stackhouse C. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994; 15: 278-91.
36. Minde K, Minde R. *Infant Psychiatry*. Sage publications, 1989.

Summary

FEEDING DISORDERS IN INFANCY AND CHILDHOOD

I. Vlašić-Cicvarić, Z. Korotaj-Rožmanić, R. Knez, M. Peršić

Feeding problems are common in infancy and early childhood and are associated with behavioral problems, anxiety disorders and eating disorders during later childhood and adolescence, as well as with negative impact on family functioning. Because of high prevalence of feeding disorders pediatricians have many opportunities to be in contacts with these problems. They must have knowledge about diagnostic and counseling procedures in this field to be able to handle them. Diagnostic classification which is in use today, do not describe good enough, range of existing feeding problems, for clinical practice propose. Recent findings show us that various ways of food refusal represents different subtypes of feeding disorders. In this paper, on the base of recent literature, we present a new approach in diagnostic classification which defines criteria for infantile anorexia, sensory food aversion and posttraumatic feeding. We have also tried to describe same general method of treatment. Recent researches point out that each type of disorder acquires special approach in treatment and there is a need for further investigations.

Descriptors: FEEDING DISORDERS, INFANCY, CHILDHOOD, DIAGNOSTIC CLASSIFICATION