

Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból

SCHEURING Noémi, DANIS Ildikó, KAROLINY Anna, SZABÓ László

ORGANIC AND NON-ORGANIC PERSPECTIVES IN FEEDING AND EATING DISORDERS UNDER THREE YEARS

A csecsemők és kisgyermekek optimális táplálása kritikus kérdés a szülők és a szakemberek számára. A táplálás kérdéseiben a mennyiségi és minőségi szempontokon túl a táplálkozási viselkedés megnyilvánulásai (a táplálás és a táplálék elfogadásának módja) is meghatározó tényezők. A 0–3 éves kisgyermekek egészséges szomatomentális fejlődésének fontos jellemzője az önálló táplálkozás kialakulása is.

A klinikai gyakorlatban gyakran okoz nehézséget a csecsemők és kisdetek hatékony kezelése táplálási zavarok esetén. A táplálkozással kapcsolatos problémás tünetek gyakran egyéb viselkedési zavarral együtt mutatkoznak. Háttérükben a funkcionális okokat is szükséges figyelembe vennünk. A kórformák komplexitása miatt az orvosi kompetencián túlmutató eszközök alkalmazása és társszakmák bevonása is szükségessé válik.

Diagnosztikus rendszerként hazánkban a BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) és a DSM-V (Statistical Manual of Mental Disorders) besorolás használatos, melyek a kora gyermekkori táplálkozási zavarok besorolására és az oki háttérük feltérképezésére nem nyújtanak kellő támpontokat. Komplex diagnosztikus rendszerként emelhető ki az angolszász kultúrában honos DC:0–3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Zero to Three) klasszifikációs rendszer.

Közleményünkben a táplálási zavarok 0–36 hónapos korban előforduló hat olyan típusát mutatjuk be a DC:0–3R osztályozási skála (1) szerint, melyeknél a szervi és nem szervi eredet is részletezésre kerül. Közleményünkben a kora gyermekkori táplálkozási zavarok komplex, pszichoszomatikus értelmezése és kezelése mellett érvelünk.

Providing optimal nutrition to infants and toddlers is a critical issue for both parents and experts. Besides the quality and quantity of food, indications of feeding behaviour such as feeding method and acceptance by the child are also crucial when determining feeding issues. The development of self-feeding is a significant part of the healthy somatomentality development of a toddler between the age of 0–3 years.

Efficient treatment of infants and toddlers with feeding disorders is often challenging in clinical practice. These symptoms frequently appear together with additional behavioural disorders, therefore functional reasons have to be taken into consideration in such cases. Due to the complexity of manifestations, applying tools beyond medical competence and involvement of special related professions are necessary.

The general diagnostic systems of BNO-10 (International Classification of Diseases) and DSM-V (Statistical Manual of Mental Disorders) which are also applied in our country cannot be used appropriately for clear classification of early childhood feeding disorders and for examination of their backgrounds. DC:0–3R (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood-Zero to Three), generally used in Anglo-Saxon countries, can be considered as a complex diagnostic system.

Using the DC:0–3R classification system (1), we will present six types of feeding disorders affecting children between the age of 0–36 months in which organic and functional origins have been examined as well. In our article we argue for the complex, psychosomatic interpretation and treatments of early childhood feeding disorders.

a táplálkozás autonóm belső szabályozása, táplálkozási viselkedés, szülő-gyermek interakció

autonomous internal regulation of feeding, feeding behaviour, parent-infant interactions

dr. SCHEURING Noémi (levelező szerző/correspondent), dr. KAROLINY Anna, dr. SZABÓ László: Heim Pál Gyermekkorház, Gyermek Bel- és Tüdőgyógyászati Osztály/Heim Pál Hospital, Department of Internal Medicine; H-1089 Budapest, Üllői út 86. G épület. E-mail: nosch@heimpalkorhaz.hu
dr. DANIS Ildikó: Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet, Budapest; Bright Future Kft., Göd/Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest; Bright Future Ltd.; Göd
dr. SZABÓ László: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Családgondozási Módszertani Tanszék/Semmelweis University, Department of Family Care; Budapest

Érkezett: 2016. április 28.

Elfogadva: 2016. június 7.

Acsecsemők és kisgyermekek optimális táplálása kritikus kérdés a szülők és a szakemberek számára. A táplálás kérdéseiben a mennyiségi és minőségi szempontokon túl a táplálkozási viselkedés megnyilvánulásai (a táplálás és a táplálék elfogadásának módja) is meghatározó tényezők (2). A táplálkozási problémák előfordulási gyakorisága körülbelül 25% egészséges fejlődésű gyermekeknél. Ez az arány eléri a 80%-ot is az atipikus, meglassúbbodott fejlődést mutató gyerekek esetében. A kisgyermekek 1–2%-a mutat komoly táplálási nehezítettséggel együtt járó súlyos szomatikus fejlődési elmaradást is (3).

A klinikai gyakorlatban gyakran nehézségekbe ütközik a táplálási zavarokkal jelentkező csecsemők/kisgyermekek és szüleik problémáinak diagnosztikája és terápiás kezelése. Diagnosztikus rendszerként hazánkban a BNO-10 (*Betegségek Nemzetközi Osztályozása*) és a DSM-V (*Statistical Manual of Mental Disorders*) besorolás használatos, melyek a kora gyermekkori táplálkozási zavarok besorolására és az oki hátterük feltérképezésére nem nyújtanak kellő támogatást. Komplex diagnosztikus rendszerként emelhető ki az angol-szász kultúrákban honos DC:0–3R (*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood- Zero to Three*) klasszifikációs rendszer (4, 5).

Közleményünkben a táplálási zavarok 0–36 hónapos korban leggyakrabban előforduló hat típusát mutatjuk be (6), melyeknél az organikus és nem organikus eredet is részletezésre kerül. A diagnosztikai kritériumokat a DC:0-3R klasszifikációs rendszer foglalja magában (1, 7).

A táplálási zavarok okai és kivizsgálása orvosi szempontok szerint

A gyermekgyógyászati klinikai gyakorlatban általában a szomatikus fejlődési elmaradással járó

állapotok kerülnek fókuszba, melyek differenciáldiagnosztikai beosztását a *Failure to Thrive: An update* (8) alapján szerkesztett táblázatban mutatjuk be (1. táblázat).

Az inadekvát bevitel hátterében különféle okok állhatnak. Szoptatási nehézség alakulhat ki az anya és/vagy az újszülött részéről is. Az anyák szoptatási nehézségei a szoptatás technikájával kapcsolatosan, az anyatej mennyiségében, illetve pszichés gondok miatt mutatkozhatnak, míg a csecsemőt anatómiai fejlődési rendellenességek (ajak- és szájpadhasadék), orál-motoros funkciók zavara, illetve neurológiai kórállapotok hátráltathatják. A bevitel nem csak mennyiségben, minőségben is eltérhet az ideálistól: gyakori hiba az életkornak nem megfelelő formula bevétele. Ennek oka sajnos gyakran a szociális helyzettel magyarázható: már ebben az életkorban számolnunk kell a csecsemő (és az édesanya) éhezésével is.

A megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyagbevitel mellett is előfordulhat, hogy a csecsemő fejlődése elmarad az elvárttól. Ilyenkor keresnünk kell azokat az okokat, melyek a nem megfelelő hasznosulás hátterében állhatnak. A differenciáldiagnosztikai gondolkodásunkban sorra kell vennünk a malabszorpcióhoz vezető kórállapotokat (táplálékallergia, coeliakia stb.), az anyagcsere-betegségeket, a különféle anatómiai rendellenességeket.

A fejlődés megtorpanásának hátterében az eddigiek mellett állhatnak excesszív energiaszükséglettel járó kórállapotok: krónikus infekció, tüdőbetegségek (például mucoviscidosis), szívbetegség, daganatos megbetegedés. A megnövekedett kalóriaszükséglet bevétele csecsemő- és kisdedkorban alkalmanként nehézségekbe ütközik.

A fenti, organikus okok miatt kialakult fejlődésbeli elmaradás kezelésében fontos szerepet játszik a mesterséges táplálás, speciális tápszerek és eszközök használatával. Ebben az életkorban nehezen valósítható meg a forszírozott bevitel, mely gyakran ellenállást is kiválthat a csecsemő/

1. táblázat. Fejlődésbeli elmaradáshoz vezető főbb kórállapotok

Elégtelen bevitel	Nem megfelelő hasznosulás	Excesszív energiaszükséglet
szoptatási nehézség az anya és/vagy a csecsemő miatt	malabszorpció	krónikus infekció
anatómiai nehézség (például szájpadhasadék)	anyagcsere-betegségek	krónikus tüdőbetegség (például mucoviscidosis)
szociális probléma (például éhezés)	táplálékallergia	szívbetegség
refluxbetegség, pylorus stenosis	fejlődési rendellenesség (atrézia, malformáció)	malignus megbetegedések
nem megfelelő minőségű tápszer/étel bevétele		pajzsmirigybetegség

kisdéd részéről, tovább súlyosbítva a fennálló kórképet.

Problémafelvetés

A fentiek mellett figyelemreméltóak azok az állapotok is, amelyek esetében a súlygyarapodás zavara mögött – akár organikus okot nélkülözve – a táplálkozási viselkedés zavarai állnak fent. Természetesen a viselkedésszabályozási problémák nem feltétlenül járnak együtt vontatott súlygyarapodással. Ezekről az esetekről a magyar orvosi szakirodalom még kevéssé beszél.

A táplálási zavarok DC:0-3R-ban rögzített komplex diagnosztikai szempontok szerinti beosztásában hat altípus kap helyet, köztük a közismertebb súlygyarapodás csökkenésével járó organikus FTT (Failure To Thrive) és nem organikus NOFTT (Non Organic Failure To Thrive) zavarok is. A hat típusból négy megjelenése életkori specificitást mutat, melyet az *Irene Chatoor* elemzése alapján szerkesztett ábránkon mutatunk be (3), (1. ábra).

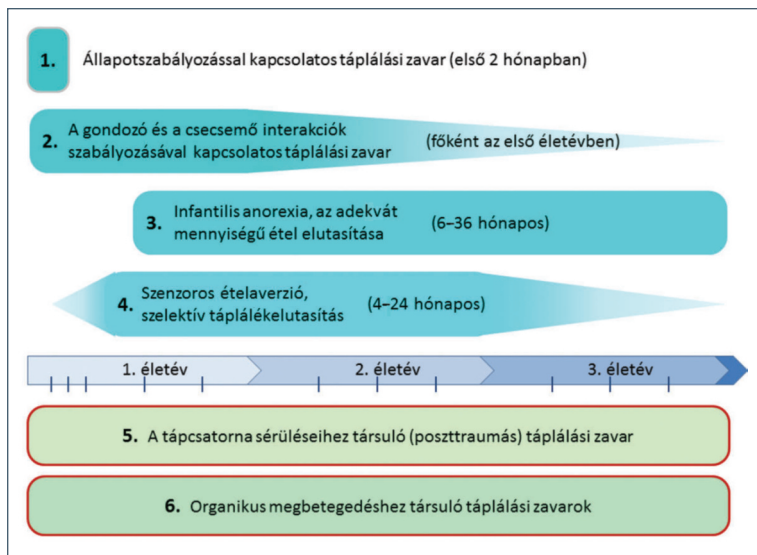
Az életkori specificitás hátterében az önálló táplálkozás kialakulásának folyamatára és szakaszaira jellemző fejlődépszichológiai tényezők állnak. A folyamatosan alakuló táplálkozási viselkedés az érzelmi és viselkedésszabályozás fejlődésének jelentős megjelenési formája. A zavarok klasszifikációjának bemutatása előtt erről a fejlődési folyamatról ejtenénk néhány szót.

Az autonóm táplálkozás kialakulásának folyamata 36 hónapos korig (3)

Az autonóm táplálkozásszabályozás kialakulásának spontán folyamata három jelentősebb szinten megy keresztül.

1. *Állapotszabályozás:* A csecsemő első két hónapjának legfontosabb kihívása az alvás és az ébrenlét, valamint az éhség- és jóllakottságérzet ciklikus szerveződésének fejlődési folyamata. A csecsemő éhségjelzéseinek (legfőképpen nyüggökös, sírás) hatékony olvasása mellett a gyermek megfelelő (se nem alul-, se nem felülaktívált) éberségi szintjének megállapítása segíti a szülőt a sikeres táplálásban, mivel az etetések idején a csecsemő számára a nyugodt ébrenléti állapot fenntartása optimális.

2. *Diádikus egymásra hangolódás (reciprocitás):* A 2–6 hónapos korú csecsemő társas aktivitása nő, a szülő-csecsemő kapcsolat és interakciók megjelenési formái gazdagodnak. Az éhség és jóllakottság állapotának jelzései egyre inkább



1. ábra. A táplálási/ táplálkozási zavarok beosztása a DC:0-3R klasszifikációs rendszer szerint (3)

érthetővé válnak a szülő számára, az etetést egyre inkább a csecsemővel együtt kölcsönösen szabályozzák. A reflexes éhségjelzések helyett az éhséggel-jóllakottsággal kapcsolatos intencionális kommunikáció jelenik meg a gyermeknél. A megzavart (félreértelmezett, félresiklott) interakciós folyamatok hatásainak egyik fő színtere lehet a táplálási és táplálkozási viselkedés zavarainak megjelenése.

3. *Átmenet az önálló táplálkozás szabályozása felé:* A hat hónapos és hároméves kor közötti időszakra jellemző a szeparáció-individualizáció folyamata. A gyermek fizikailag és érzelmileg is egyre függetlenebbé válik, autonómiára törekszik. A gyermek táplálási szükségleteinek jelzései és érzelmi megnyilvánulásai, valamint ezek szülői értelmezése, illetve a szülő reakciói alapvető jelentőségűek a gyermek önállósági törekvéseinek, és a szülői akarat érvényesítésének harcában. A táplálási zavarok gyakoribbak, ha a harmonikus egymásra hangolódás csorbát szenved (például a szülő rendszeresen félreértelmezi a gyermek jelzéseit, vagy azok ellenére cselekszik). Máskor a szülő nem képes elfogadni a gyermek autonómiatörekvéseit, és ezek az interakciós minták tartóssá válnak. Ennek a folyamatnak fontos kísérője az éhség-jóllakottság belső (fiziológias) vs. külső (társas hatásokon alapuló) szabályozásának kialakulása.

A táplálkozási viselkedés zavarai

Organikus megbetegedés esetén – főként a kóros tünetek megjelenésének kezdeti időszakában – a

csecsemő/kisgyermek állapotváltozása miatt a szülő-gyermek közötti interakciós folyamat zavarttá válhat. Mivel a táplálás kölcsönös folyamat kettőjük között, a szülőnek fel kell ismerni és figyelembe kell venni a gyermeke jelzéseit, akinek pedig megfelelő étkezési aktivitással és önszabályozó képességgel kell rendelkeznie az étkezési folyamat optimális létrejöttéhez.

Betegség esetén a gyermek részéről fennálló elutasító magatartás káros következményt okozhat a szülő-gyermek közötti táplálási interakciós folyamatban. Az organikus eltéréshez funkcionális problémák is társulhatnak, melyek a klinikai tüneteket színesítik (9).

A kisgyermek biológiai és mentális adottságai, a szülők pszichés állapota – például depresszióra való hajlam, szorongás –, környezeti stresszorok, szociális helyzet mind befolyásoló tényezők lehetnek a táplálási-táplálkozási viselkedési szabályozás alakulásában (10–14).

Az etetés/evés a szülő és kisgyermek közötti interakciós folyamat során valósul meg, aminek a megfigyelésére a nemzetközi szakirodalomban már több mérőeszköz áll rendelkezésre. Néhány példa:

- *Nursing Child Assessment Feeding Scale (NCAFS)* (15–17),
- *The Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS)* (18–20),
- *The Child Food Neophobia Scale (CFNS)* (19, 21).

A következőkben bemutatjuk a csecsemő- és kisgyermekkor táplálási zavarok hat altípusát a DC:0–3R diagnosztikus rendszerben (1, 2, 22).

Összefoglalóan elmondható, hogy a kórképek kivizsgálása és kezelése teammunkát igényel, gasztroenterológus, pszichológus, pszichiáter, dietetikus, gyógytornász és egyéb társszakmák képviselőinek összehangolt tevékenységével.

Állapotszabályozással kapcsolatos táplálási zavar

A születést követő első néhány hónap kihívása, hogy a csecsemő alkalmazkodjon a méhen kívüli világ feltételeihez, kialakuljon az alvás-ébrenlét és az éhség-jóllakottság ritmusa. A táplálás sikere a nyugodt éber állapotok megtalálásán múlik. Az adaptációs folyamatok késlekedése vagy akadályai miatt gyakori, hogy ez a nyugodt éber állapot nem érhető el, a csecsemő vagy nagyon aluszékony, vagy túl feszült és felhangolt. A szülő rendszeresen, alkalmanként elégtelen mennyiségű szopási/táplálási mennyiségről számol be. Jellemző tünet lehet a törzs hátrafeszülése, bukás, hányás, csuklás, köpködés, köhögés, melyet

alkalmanként légzészavar és/vagy bőrszínváltozás is kísérhet. A súlygyarapodás lehet normális, vagy akár vontatott is (2). Gyakran társul hozzá egyéb regulációs zavar, például excesszív sírás (23) és/vagy alvászavar (24–26) formájában.

E zavar azonos a korábban kólikának nevezett tünetegyüttessel. A csecsemőkor hasfájás klinikai képét mutató esetekben a GOR szerepe valószínűsíthető, mely nyeléssel járó fájdalmat válthat ki, ezért sírással, a táplálás elutasításával és alvászavarral is együtt járhat (27). Gastrointestinalis háttér nélkül a csecsemőkor nyugtalanság és sírás is vezethet a kólika jellegzetes tüneteihez (sok levegőnyelés miatt hasfájás), de e két folyamatot funkcionálisan el kell különíteni egymástól.

Az állapotszabályozás problémáiból adódó tünetegyüttes megjelenésében a csecsemő saját viselkedési állapotainak jellemzői, a szülő mentális állapota, valamint a perinatalis események (10, 12–14) is befolyásoló tényezők lehetnek. A táplálás kölcsönös szabályozási folyamata zavart szenvedhet ezeknél az eseteknél, melyben a gyermek és a szülő kölcsönösen gyötrelmesen érezheti magát.

A gondozó és a csecsemő közötti társas interakciók szabályozásával kapcsolatos táplálási zavar

Többnyire az első életévben jelentkeznek azok a táplálási problémák, amelyek a szülő-csecsemő interakciók kölcsönös szabályozási zavarainak tulajdoníthatók (9, 11, 14). Komolyabb vagy akár banális betegség okán történt gyermekorvosi vizsgálat vagy a csecsemő egészséges védőnői gondozása alkalmával is felfigyelhetünk a jelenségre. Jellemzői közül kiemelendő a vontatott, vagy csökkent súlygyarapodás.

A 2–6 hónapos csecsemők fokozatosan képesé válnak a gondozóikkal való olyan interakciós viselkedésformákra – szemkontaktus felvétele, hangjelzések adása, mosoly, kezek kinyújtása, testtartás és testtónus szabályozása, kis- és nagymozgások használata –, melyekkel a saját táplálkozásuk szabályozásához járulnak hozzá (lásd közös reguláció a gondozóval).

E táplálási zavar esetén feltűnő, hogy a csecsemők nem rendelkeznek ezeknek a készségeknek az életkoruknak megfelelő készletével, a gondozóknak is nehézséget okoz a ráhangolódás, emiatt gyakoriak a diszharmonikus interakciók. Gyakran megfigyelhető a csecsemő érdektelensége, a fizikális vizsgálatánál pedig nem ritka a generalizált izomhipotónia, illetve izomeloszlási zavar. Táplálás közben jellemző a test ernyedtsé-

ge vagy épp feszessége, miközben a fej megtartása láthatóan nehéz, a lábak olykor ollózó mozgásokat végeznek. Gyakori a fej elfordítása, eltekintés, kifordulás, kifeszülés, sírás stb. A táplálás közben nem jön létre egy közös egymásra hangolódás, kapcsolódás szülő és csecsemője között.

Az anyákban gyakran nem tudatosul, vagy elhárításra kerül gyermekük táplálási és súlygyarapodási problémája. Gyakran frusztráltak, és a nyugodt, élvezetes evés hangulatának biztosítására kevésbé képesek, főként a gondozási tevékenységre teszik a hangsúlyt.

A probléma hátterében nem áll organikus megbetegedés vagy pervazív fejlődési zavar.

Infantilis anorexia (csecsemőkori étvágytalanság)

Jellemzően a 6–36 hónapos kor között jelentkezik az a tünetegyüttes, amely esetében a csecsemő/kisgyermek rendszeresen visszautasítja a táplálást, és nem tanúsít érdeklődést az ételek iránt. Az etetési helyzetekből kiszabadul – elfordul, kezeivel-lábaival csapkod, elmászik, elfut.

A szülők rendszerint akkor keresik fel a problémával az orvost, amikor ez már a súlygyarapodás csökkenésével is együtt jár. A kórképhez gyakran alvászavar is társul (7). A táplálás elutasítása többnyire a kanállal való etetésről az önálló étkezésre való átállás idejéhez köthető. A táplálékbevitel mennyiségben és összetételben is elmarad a kornak megfelelő értéktől, mely hiányállapotok kialakulásához is vezethet. A súlygyarapodás csökkenése egy 2–6 hónapos periódus alatt két major percentilgörbével alacsonyabb értéket mutat. A testméretek az átlagosnál kisebbek, a gyerekek alacsonyak és soványak, de a fejkörfogat a kornak megfelelő értéket mutatja. Az anyák gyakran beszámolnak arról, hogy gyermekük etetésével a születést követő első néhány hónapban is probléma volt. A külső zavaró hatásokra különösen érzékenyen reagáltak, félbehagyták az evést egy enyhébb zaj hallatán is, és nem akarták folytatni. Az etetési nehézség megjelenése nem hozható összefüggésbe organikus megbetegedéssel, és/vagy a száj-garatot, gyomor-bél rendszert érintő traumikus élménnyel.

Ezek a gyerekek általában aktívak, szeretnek játszani, érdeklődők, csak az étel iránt nem mutatnak kíváncsiságot, és éhséget sem jeleznek. A szülők az elfogadható mennyiségek elfogadásához a legváltozatosabb megoldásokat is bevetik – játék, tévénézés, meseolvasás, éjszakai etetés stb. –, miközben türelmük felőrölődik az

ismételt elutasítások során. Feltételezhetően temperamentumbeli tulajdonságok adják az alapját a betegség kialakulásának, amelyre az idegrendszeri érzékenység, túlaktivitás, érzelmi irritabilitás, és nehezebb megnyugtathatóság jellemző (20, 28). A gyermek érzékenyebb a külső ingerekre, kevésbé figyel a belső testi érzetekre, és nem képes regisztrálni és elkülöníteni az éhség-jóllakottság belső érzéseit.

A táplálékbevitelt, következésképpen a szomatikus fejlődés kimenetelét is alapjaiban befolyásolja a gyermek és szülő között zajló táplálási-táplálkozási interakciós folyamat. A szülő a többszörösen ismétlődő sikertelenség miatt egyre elkeseredettebbé és frusztráltabbá válik, amellyel összefüggésben a gyerek ellenállása fokozódik.

Szenzoros ételaverzió, szelektív táplálékkelutasítás

A táplálék és a táplálás elutasításának egy speciális típusánál, a csecsemők/kisgyermekek bizonyos fajta étel iránt undort éreznek. A kellemetlen ételek elutasításának kinyilvánítása széles skálán mozog: grimaszolás, az étel kiköpése, öklendezés vagy hányás. A kórkép kezdete egy új, más jellegű étel bevezetéséhez köthető, amely kellemetlen a gyerek számára (például az egyik fajta tápszert elfogadja, a másikat nem, ami eltérő ízű).

A szülők elmondása szerint egyes esetekben már az első élethetekre is jellemző volt a küzdelmes etetés, máskor csak a kisded időszakban jelentkezik ez a probléma. Egyes tanulmányok szerint 4 és 24 hónapos kor között figyelnek fel rá leggyakrabban. Mások kimutatták, hogy az új ételek iránti érdeklődés szempontjából a kisdedkor évei kritikusak (3). Az undor kiváltásában akár az íz, illat, szín, hőmérséklet vagy a tapintás is meghatározó tényező lehet. Az étel állaga, textúrája is fontos szempont, a folyékony, pépes, darabos jelleg is probléma lehet adott esetben. Az elutasítás folyamatosan fennáll, mely gyakran kivétel a hasonló színű, megjelenésű és illatú ételekre is, az averzió generalizálódik. A gyerek a szokatlan táplálékot nem kóstolja meg, ugyanakkor a kedvenceit elfogadja. A súlyfejlődés rendszerint normálütemű, bár túlsúlyos esetek is előfordulnak (például jelentős szénhidrát-többlet miatt). Tekintettel az elfogyasztott ételek szűk spektrumára, táplálékkiegészítés nélkül (fehérje, vitaminok, vas, cink) hiányállapotok is felléphetnek. A tünetegyüttesnél esetenként egyéb irányban is megfigyelhető hiperszenzitivitás, például erős fény, vagy hang, bizonyos ruhaanyag, cipő,

vagy akár a saját kéz szennyezettsége is zavaró tényezőt jelenthet.

Előfordulhat megkésett beszédfejlődés is az orál-motoros funkciók éretlensége miatt (hiányzik a rágás), illetve a gyerekek egyre több szociális helyzetben szorongást élhetnek át. Gyermekorvosi szempontból hangsúlyozandó, hogy a táplálékelutasítás megjelenését nem előzi meg száj-garat területet ért traumás esemény, és a speciális ételek visszautasítása nincs kapcsolatban ételallergiával, vagy egyéb más orvosi problémával. A szelektív táplálékelutasítás hátterében nemzetközi kutatások alapján biológiai adottság áll: a nyelv ízlelőbimbóinak eltérő érzékenységet mutatta ki több kutatócsoport is ezekben az esetekben (3).

Amikor a kisgyermek kinyilvánítja heves ellenérzését a számára undort kiváltó ételek fogyasztásakor, a szülő nem érti, hogy miért is történik mindez. A gyermek és szülő közötti interakció olyan irányt vesz, amelyben egy elkeseredett küzdelem alakulhat ki a megfelelő mennyiségű és minőségű étel bevitele érdekében, illetve ellenében (28). A kétségbeesett szülőök gyakran keresik fel a gyermekorvost táplálási problémával, előfordulhat, hogy a diagnózis lehetősége már az anamnézis felvétele során felmerül.

A tápcsatorna sérüléseihez társuló (/poszttraumás) táplálási zavar

A száj-garat területét, illetve a gyomor-bél traktust érintő, traumatikus élményt (fuldoklás, nagy mennyiségű bukás, hányás, GOR, nasogastricus szonda beillesztése, orrszívás, erőltetett táplálás) követően is kialakulhat hosszan és folyamatosan fennálló táplálékelutasítás (14, 29). Jellemzői közé tartozik az akut kezdet, a táplálási probléma a traumatikus eseményt, illetve a traumát okozó beavatkozássorozatot követi.

A tünet életkortól függetlenül jelenik meg, gyermekkortól a felnőttkorig bármikor kialakulhat. Az ellenállás az étel, illetve a táplálás bizonyos formájához kapcsolódik. Ezek a kisgyermek elutasítják például a cumisüveget, de a kanállal való etetést nem (előfordul, hogy jellemzően ébrenlétben állnak ellen, de álomban megétethetőek cumisüvegből). Másik esetben a szilárd ételt tartják maguktól távol, de az üveges táplálást elfogadják, így a folyadékot, illetve a pépes ételt is. Az esetek egy részében a szájon át való táplálás egyik formáját sem tolerálják.

Oki háttérként feltételezhető, hogy a traumás eseményre emlékeztető helyzet kiválthat félel-

met, nyugtalanságot, melynek jeleit a kisgyermekek kimutatják. Esetenként már az etetéshez való készülődés, vagy az étel szájhoz való közeledése során feszültté válnak, és ellenálló magatartást tanúsítanak, vagy nem nyelik le a szájukba adott falatot, ételdarabot.

A gyermekorvost ez a tünetegyüttes több szempontból is érinti. Egyrészt a kisgyermek betegsége esetén, szükségessé válhat akár fájdalmas és kellemetlen beavatkozások végrehajtása is, amely elkerülhetetlen a diagnosztikai/terápiás folyamat során. Ezen beavatkozások alkalmával számolni kell esetenként táplálási zavar kialakulásával mint negatív következménnyel. Előre felkészülten eredményesebben lehet segítséget nyújtani a szülőnek a probléma kezelésében.

Amennyiben megoldható, a negatív élményt okozó eseményre a szülőt a kisgyermek jelenlétében javasolt részletes tájékoztatással felkészíteni, ugyanis már a kiscsecsemők is megértenek lényeges momentumokat a felnőttek közötti és a feléjük irányuló interakciók alapján. Másrészt, ha egy akut kezdetű táplálási elutasítás miatt jelentkezik a szülő, számba kell venni azokat a tényezőket is, amelyek kiválthatják és fenntarthatják ezt az állapotot. A terápia akár hosszú ideig is eltarthat, melynek során fő szempont a kisgyermek egészséges növekedésének és fejlődésének biztosítása.

Organikus megbetegedéshez társuló táplálási zavarok

Cardialis, pulmonalis, illetve gastrointestinalis megbetegedés talaján is kialakulhat táplálási probléma. Az etetés többnyire jól indul, a kisgyermek együttműködő, majd az idő előrehaladásával nyugtalanság jelentkezik nála. Többször meg is szakítja az evést, majd újrakezdi. A per os bevitel elégtelen.

Keringési, illetve légzésvisszavarral járó betegségek fáradékonyra tehetik a kisgyermeket, ezért nem képesek az élénk, erőteljes táplálkozásra. Gastrooesophagealis reflux esetén az erős fájdalmas sírás és hátrafeszülés jelzi a kellemetlen érzéseket.

Van olyan kisgyermek, aki nyugodtan viselkedik, de agitálttá válik, amikor folyamatosan kínálgatják a cumisüveggel. A kóros viselkedési állapot megjelenése életkortól független, és intenzitása is változhat a háttérben álló organikus tényezőtől függően. Egyes esetekben a medikális ok még nem is ad tünetet, de az etetések idején már megjelenik a megváltozott viselkedés, kezdő figyelemfelhívásként a kóros álla-

pot kialakulására. Az elégtelen mennyiségű tápanyagbevitel következtében a súlygyarapodás stagnál, majd csökken. Ezeknél a táplálkozási zavaroknál a szülő-gyermek interakciók során az anya aggodalmaskodó viselkedése jellemző (28).

Gyermekgyógyászati jelentőségét az adja, hogy az orvosi terápia feltétel ugyan a gyermek állapotának rendezéséhez, de a következményesen kialakult funkcionális táplálási problémára rendszerint nem képes megoldást nyújtani.

A táplálási-táplálkozási zavarok diagnosztikai alapját képezi a táplálási anamnézis és a szülő-csecsemő megfigyelés (30). A terápia során az organikus és funkcionális tényezőket is figyelembe kell venni, a társszakmák által összehangolva. A kezelés eredményessége validált mérőmódszerek ismételt alkalmazásával mérhető le.

Konkluzió

Közleményünkben bemutatott DC:0–3R szerinti besoroláson kívül más beosztásokról is beszámolnak a nemzetközi irodalomban, melyek a csecsemők/kisgyermekek által produkált tünetek és a diagnosztikai módszer alapján kerültek rendszerezésre (4, 5, 14, 31).

A gyermekgyógyászat szempontjából mindenképpen az a tényező emelendő ki, hogy a táplálási problémák kiindulásánál az esetek egy részében előfordul enyhébb-súlyosabb organikus eltérés, máskor nem igazolódik ilyen eredet. Előfordul olyan helyzet is, amikor csak a részletes anamnéziszfelvétel során derül fény korábbi,

étvágytalansággal is járó megbetegedés lezajlására, vagy a száj-garatot, gyomor-bél rendszert érintő traumára.

Amennyiben a kiváltó okok megszűnését követően is fennmarad a táplálkozáshoz köthető kóros tünet, vagy attól függetlenül alakul ki, organikus betegség klinikumát mutatva, pszichoszomatikus eredetről beszélünk. Kiemelhető jellemzője, hogy egyes megjelenési formái életkori specificitást mutatnak. A gyermekorvosi kompetencia nem tér ki ennek a kérdésnek a megoldására. Ettől függetlenül a szülők többnyire az orvoshoz mennek vissza a panaszuikkal.

A komplex probléma ellátása „táplálkozásterápiás team” összehangolt munkájával válhat sikeressé, melyben orvos, pszichológus, pszichoterapeuta, szülő-csecsemő konzulens, gyógypedagógus, gyógytornász és egyéb szakirányú fejlesztő szakemberek vesznek részt (7, 32). Jelenleg hazánkban erre nincs még kórházi gyakorlati protokoll, pedig mindennapi munkánk alapján növekvő igény merülne fel arra, hogy a pszichoszomatikus tüneteket mutató kisgyermeket szakellátásra irányítsuk. Az ellátás alapját képezi a kisgyermek és a szülő interakciójának megfigyelése és elemzése, mely speciális felkészültséget-szakképzést igényel (5, 4, 13, 14). Csecsemő- és kisgyermekkor táplálkozási zavarokkal több irányú megközelítéssel teameben foglalkozik már néhány osztály vagy intézmény (például Heim Pál Gyermekkorház, Bethesda Gyermekkorház, Korai Fejlesztő Központ).

A közeli jövőben kórházi teamek működés-módjával kapcsolatos protokoll és képzés interdiszciplináris kidolgozását tervezzük.

Irodalom

1. ZERO TO THREE. (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised (DC:0–3R). Washington, DC.
2. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrachi A, Levy A, Dalal Y, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2011;52(5):567-8.
3. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children. Washington: DC: ZERO TO THREE; 2009.
4. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh T. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disorder* 2010; 43:2:98-111.
5. Scheuring N, Papp E, Danis I, Németh T, Czinner A. A csecsemő- és kisgyermekkor regulációs zavarok háttere és diagnosztikai kérdései. *Gyermekorvos Továbbképzés* 2011;10(5):13-9.
6. Chatoor, I. Feeding disorders of infancy and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 2002;11:163-83.
7. Benoit D. Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. In: Zeanah CH (editor). Handbook of infant mental health (3rd ed.) New York: Guilford Press; 2009. p. 377-91.
8. Cole SZ, Lanham JS. Failure to Thrive: An Update Am Fam Physician 2011;83(7):829-34.
9. Scheer P, Dunitz-Scheer M, Schein A, Wilken M. DC:0-3 In pediatric liaison work with early eating behavior disorders. *Inf Mental Hlth J* 2003;24(4):428-36.
10. Scheuring, N, Danis, I, Németh, T, Papp, E, Czinner A. Az Egészséges utódokért projekt 2010-2011. A koragyermekkor regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat* 2012;63(6):320-5.
11. Hámori E. A kötődésemélet perspektívái A klasszikusoktól napjainkig. Budapest: Animula; 2015.
12. Danis I, Scheuring N, Papp E, Czinner A. Kiegészítő pszichometriai adatok a DS1K hangulati kérdőívhez. Egy kisgyermekes szülőket bevonó nagymintás kutatás tapasztalatai. *Neuropsychopharmacologia Hung* 2012;14(2):79-85.
13. Németh T. A koragyermekkor regulációs zavarok. *Gyermekgyógyászat* 2012;63(6):289.

14. Hédervári-Heller É (ed.). A szülő-csecsemő konzultáció és terápia. Budapest: Animula; 2008.
15. Bick J, Dozier M. The effectiveness of attachment-based intervention in promoting foster mother's sensitivity toward foster infants. *Inf Mental Hlth J* 2013;34(2):95-103.
16. Bigelow A, Power M, Gillis DE, Maclellan-Peters J, Alex M, McDonald C. Breastfeeding, skin-to-skin contact, and mother-infant interactions over infant's first three months. *Inf Mental Hlth J* 2014;35(1):51-62.
17. Weston DR, Thomas JM, Barnard KE, Wieder S, Clark R, Carter AS, et al. DC:0-3 Assessment protocol project: defining a comprehensive information set to support DC:0-3 diagnostic formulation. *Inf Mental Hlth J* 2003;24(4):410-27.
18. Crist W, McDonnell P, Beck M, Gillespie CT, Barrett P, Mathews J. Behavior at mealtimes and the young child with cystic fibrosis. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15(3):157-61.
19. Alridge VK, Dovey TM, Martin CI, Meyer C. Relative contributions of parent-perceived child characteristics to variation in child feeding behavior. *Inf Mental Hlth J* 2016;37(1):56-65.
20. Dovey TM, Martin CI. A quantitative psychometric evaluation of an intervention for poor dietary variety in children with a feeding problem of clinical significance. *Inf Mental Hlth J* 2012;33(2):148-62.
21. Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite* 1992;19(2):105-20.
22. Chatoor I, Ammaniti M. A classification of feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka P, Regier DA (eds.). Age and gender consideration in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V. Arlington VA: American Psychiatric Press; 2007. p. 227-42.
23. Danis I, Scheuring N, Papp E, Németh T, Szabó L. Excesszív sírás csecsemő- és kisgyermekkorban. *Védőnő* 2015;25(5):11-8.
24. Scheuring N, Danis I, Papp E, Németh T, Szabó L. Alvási szokások csecsemő- és kisgyermekkorban. *Gyermekgyógyászat* 2015a;66(2):108-13. (felkért másodközlés: *Védőnő* 2015;25(3):9-14.)
25. Scheuring N, Danis I, Papp E, Németh T, Szabó L. Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban I.: Éjszakai ébredések. *Gyermekgyógyászat* 2015b;66(3):149-53. (felkért másodközlés: *Védőnő* 2015;25(4):30-5.)
26. Scheuring N, Danis I, Papp E, Németh T, Szabó L. Alvási problémák csecsemő- és kisgyermekkorban II.: Altatási és elalvási nehézségek. *Gyermekgyógyászat* 2015c;66(4):208-14.
27. Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, Wallach M, Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child* 2004;89:908-12 .
28. Mares S, Newman L, Warren B (editors). Clinical skills in infant mental health. Australia: Acer Press; 2011.
29. Faugli A, Emblem R, Bjørnland R, Diseth TH. Mental health in infants with esophageal atresia. *Inf Mental Hlth J* 2009;30(1):40-56.
30. Cerniglia L, Cimino S, Ballarotto. Mother-child and father-child interaction with their 24-month-old children during feeding, considering paternal involvement and the child's temperament in a community sample. *Inf Mental Hlth J* 2012;35(5):473-81.
31. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal Y, Samuel Z, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2009;48:355-62.
32. Jordan B. Therapeutic play within infant-parent psychotherapy and the treatment of infant feeding disorders. *Inf Mental Hlth J* 2012;33(3):307-13.