

Behawioralna interwencja w przypadku wystąpienia skrajnej selekcji jedzenia

MONIKA ZIELIŃSKA

Institut Psychologii
Uniwersytet Gdański
Gdańsk

ANETA BAGIŃSKA

Centrum Diagnostyki i Terapii Zaburzeń Rozwojowych
Gdańsk

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie procedury postępowania oraz wyników badań jej skuteczności w przypadku dwojga dzieci przejawiających skrajną postać selekcji jedzenia, czyli odmowę jedzenia. Pierwsze dziecko – chłopiec lat 2 – był w chwili rozpoczęcia terapii karmiony wyłącznie pierśią i ważył 8200 gram (znacznie poniżej 3. centyla). Drugie dziecko – dziewczynka lat 3 – jadła tylko jogurty i okresowo jeden rodzaj zupy, jej masa ciała pozostawała na poziomie 3. centyla. W obu przypadkach interwencja behawioralna polegająca na zwiększeniu akceptacji jedzenia prowadziła do zwiększenia ilości spożywanych posiłków oraz przyrostu masy ciała.

Słowa kluczowe: odmowa jedzenia, selekcja jedzenia, stosowana analiza zachowania, terapia behawioralna

WPROWADZENIE

Zaburzenia związane ze spożywaniem pokarmów są jednym z najczęstszych problemów występujących w okresie dzieciństwa. Około 45% prawidłowo rozwijających się dzieci przejawia okresowo występujące trudności w zakresie spożywania posiłków (Ahearn i wsp., 2001; O'Brien i wsp., 1991). Większość takich problemów przemija i nie wpływa na

stan zdrowia dziecka. Jednak 5% wszystkich hospitalizowanych dzieci zostaje przyjętych do szpitala z powodu niewłaściwego przybierania masy ciała (gwałtownie zmniejszyła się lub ich masa ciała znajduje się poniżej 3. centyla od minimum 3 miesięcy) (Bithoney, Rathbun, 1983; Cupolii, Hallock, Barness, 1980).

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (*Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja...*, 1997) zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie (F98.2)¹ obejmują wszelkiego rodzaju problemy ze spożywaniem posiłku prowadzące do tego, że dziecko nie przybiera lub traci na wadze w ciągu ostatniego miesiąca. Topografia zaburzeń odżywiania może być bardzo różnorodna. Wyróżniamy tu selekcję i odmowę jedzenia, deficyty związane z samodzielnym spożywaniem posiłków, przyjmowanie niewłaściwej ilości jedzenia, niewłaściwe tempo jedzenia, zaburzenia zachowania występujące podczas jedzenia, ruminacje i wymiotowanie (Luiselli, 1989).

Problemy związane z jedzeniem mogą mieć podłoże organiczne, nieorganiczne i mieszane. Do podłoża organicznego możemy zaliczyć nieprawidłowe napięcie mięśniowe, atetozę², dystrofię mięśniową, rozszczepienie wargi i podniebienia, wady zgryzu, nieprawidłową budowę przewodu pokarmowego (np. zwężenie przełyku), alergie i nietolerancje pokarmowe, wrodzoną wadę serca, zespół złego wchłaniania, refluks żołądkowo-prze-

łykowy, dysfunkcje nerek, zaburzenia odporności, brak równowagi hormonalnej, celiakie (nieteroancja glutenu), choroby nowotworowe czy zespół krótkiego jelita (Sisson, Van Hasselt, 1989). Jednakowoż problemy organiczne stanowią rzadsze podłoże zaburzeń jedzenia. I tak np. w przebiegu „innych braków w porównaniu z oczekiwanym prawidłowym rozwojem fizjologicznym w zakresie przybierania masy ciała³” (ICD-10 R62.8) podłoże organiczne stanowi 28% przypadków, podłoże środowiskowe – 46%, a mieszane – 26% (Luiselli, 1989). Dwadzieścia procent wszelkich zaburzeń jedzenia ma swoje źródło wyłącznie w środowisku dziecka, np. w nieprawidłowej opiece (Sisson, Van Hasselt, 1989). Podczas karmienia dzieci mogą się nauczyć np. sposobów odmawiania jedzenia wyrażających się poprzez płacz, złość, wypluwanie czy przetrzymywanie jedzenia w ustach. Jeśli dziecko w sytuacji pokazania mu bodźca związanego z jedzeniem (np. łyżki) zacznie prezentować podane wyżej zachowania ucieczkowe, a rodzic wycofa się z sytuacji karmienia, to poprzez zastosowanie wzmocnienia negatywnego⁴ rodzic doprowadzi tym samym do nasilenia się takich zachowań w przyszłości. Jeśli podana sytuacja będzie się powtarzała, odmowa jedzenia stanie się typową reakcją dziecka na próbę karmienia (de Moor, Didden, Korzilius, 2007).

O selekcji jedzenia mówimy wtedy, gdy dziecko spożywa chętnie tylko pewne produkty (np. zjada tylko ciepłe ziemniaki). Dziecko może selekcionować jedzenie ze względu na smak, konsystencję, miejsce i osobę, która je karmi. Skrajna selekcja to odmowa jedzenia polegająca na tym, że dziecko nie je niczego lub spożywa ekstremalnie mało (np. pije tylko wodę)⁵. Ten rodzaj zaburzeń jedzenia może prowadzić w skrajnych przypadkach do śmierci z wycieńczenia (Luiselli, 1989; Sisson, Van Hasselt, 1989). Około 20–25% dzieci cierpi na selekcję/odmowę jedzenia (Unlü i wsp., 2007). U dzieci z przewlekłą selekcją jedzenia wprowadza się odżywianie drogą sztuczną zarówno do przewodu pokarmowego, jak i dożylnie (pozajelitowo) (Luiselli, 1989; de Moor, Didden, Korzilius, 2007). Alternatywą

dla tego rodzaju rozwiązania są behawioralne techniki redukcji takich zaburzeń zachowania. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele badań dokumentujących skuteczność tych technik (Luiselli, 1989; Gulotta i wsp., 2005; de Moor, Didden, Korzilius, 2007; O'Brien i wsp., 1991; Sisson, Van Hasselt, 1989).

Do behawioralnych procedur stosowanych w leczeniu zaburzeń tego zachowania zaliczamy hiperkorekcję (Duker, 1981), *time-out*⁶ (Riordan i wsp., 1980), użycie wzmocnień negatywnych, czyli procedury opartej na podpowiedzi fizycznej zwanej również „poruszaniem szczęką⁷” (*jaw prompting*) (Riordan i wsp., 1984), użycie różnorodnych wzmocnień pozytywnych po spożyciu przez dziecko wymaganego posiłku. Weryfikowano użycie wzmocnień w postaci podania ulubionego jedzenia i pochwały (Riordan i wsp., 1984) dostarczania dziecku wzmocnień sensorycznych⁸, jak kołysanie (Luiselli, Gleason, 1987) czy umożliwienie dziecku oddania się ulubionej aktywności (Linscheid i wsp., 1978). Wszystkie wymienione wyżej procedury wykorzystują mechanizm warunkowania sprawczego⁹.

Bazując na podanych wyżej danych wskazujących na to, że większość zaburzeń jedzenia występujących u dzieci to zachowania, których przyczyny tkwią w środowisku, należy przypuszczać, że zmieniając to środowisko, możliwe jest również ich oduczenie. Celem badania jest empiryczna weryfikacja hipotezy, że procedura stopniowej akceptacji jedzenia stworzona przez autorki skutecznie redukuje zaburzenia jedzenia. Istotne jest również wskazanie, że mechanizmem odpowiedzialnym za jej skuteczność jest warunkowanie sprawcze.

METODA

Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem metodologii stosowanej analizy zachowania. Analiza zachowania to nauka mająca na celu odkrywanie i zrozumienie wpływu zmiennych środowiskowych (bodźców poprzedzających i bezpośrednich konsekwencji) na zachowanie (Cooper, Heron, Heward, 2007). Stosowana

analiza zachowania zaś to dział analizy zachowania, który zajmuje się systematycznym stosowaniem procedur wyprowadzonych z praw rządzących zachowaniem w celu poprawienia społecznie istotnych zachowań oraz eksperymentalnym udowodnieniem, że te właśnie procedury były odpowiedzialne za zaistniałe zmiany (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010). Metodologia badań eksperymentalnych prowadzonych w nurcie analizy zachowania jest oparta na jednopodmiotowych schematach badawczych. Wynika to z tego, że zainteresowanie skupione jest na jednostce, a nie na uśrednionych danych grupowych. Z praktycznego punktu widzenia ważne jest, by podejmowane działania zmieniały znacząco zachowanie każdej jednostki pozostającej pod opieką terapeuty. Dlatego zachowanie jednostki przed interwencją stanowi punkt odniesienia względem tego samego zachowania po interwencji. Innymi słowy, każda badana jednostka jest zarówno grupą eksperymentalną, jak i kontrolną (Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002).

W niniejszej pracy została opisana procedura zastosowana w przypadku skrajnej selekcji jedzenia dwojga dzieci: 2-letniego chłopca ważącego przed rozpoczęciem terapii 8,2 kg (masa ciała istotnie poniżej 3. centyla) i 3-letniej dziewczynki ważącej przed rozpoczęciem terapii 12 kg (3. centyl masy ciała). W chwili rozpoczęcia terapii chłopiec (Antek G.) żywił się wyłącznie mlekiem z piersi matki, dziewczynka zaś (Sofia Z.) jadła tylko jogurty oraz okresowo jeden rodzaj przetartej zupy warzywnej. Piła tylko wodę.

Przypadek Antka G.

Antek pochodzi z rodziny pełnej. Jest to chłopiec urodzony o czasie z prawidłową urodzeniową masą ciała. W 3. dobie życia wystąpiła u niego żółtaczka, maksymalne stężenie bilirubiny to 20,8 mg/dl. W pierwszym tygodniu życia dziecko miało problemy z przyjmowaniem pokarmu, nie chciało ssać. Do 9. miesiąca prawidłowo przybierało na wadze. Matka dziecka wprowadzała do jadłospisu kolejne rodzaje posiłku zgodnie ze standardowym planem

żywienia. W 8. miesiącu życia dziecko zachorowało na drobną infekcję górnych dróg oddechowych i od tego czasu stopniowo zaczęło odmawiać jedzenia produktów innych niż mleko matki. Początkowo matka wiązała to z infekcją. W momencie ukończenia roku przez dziecko zacerpnęła porady lekarza rodzinnego, który zlecił przeprowadzenie ogólnego badania moczu oraz krwi. Wyniki badań były prawidłowe. Dziecko zaczęło profilaktycznie otrzymywać żelazo w celu zwiększenia apetytu. Matka podawała mu preparat doustnie strzykawką wbrew jego woli przez miesiąc, po czym zaprzestała podawania, nie widząc poprawy apetytu syna. W ciągu kolejnego roku matka odwiedziła jeszcze czterech innych lekarzy, którzy kontrolnie przeprowadzali badania krwi i moczu. Wyniki badań w ich ocenie były prawidłowe. Matka otrzymywała poradę radykalnego odstawienia dziecka od piersi poprzez pozostawienie go z ojcem na 3 dni – tak długo, aż syn poczuje głód.

W chwili rozpoczęcia terapii dziecko bało się głównie na siedząco, co w ocenie badających wynikało z braku siły na podjęcie intensywniejszych zabaw ruchowych. Matka dziecka pozostawała w skrajnym stresie. Obawiała się, że jeśli straci pokarm, jej syn zostanie pozbawiony jedyne źródła pożywienia, gdyż Antek nie pił i nie jadł niczego innego. Istotne jest, że matka poza odmową jedzenia przez syna nie zgłaszała żadnych innych problemów z dzieckiem.

Przypadek Sofii Z.

Sofia pochodzi z rodziny pełnej. Ma starszego brata. Matka dziewczynki jest Polką, a ojciec Włochem. Rodzina mieszka we Włoszech. Brat dziewczynki nigdy nie miał problemów z jedzeniem. Sofia urodziła się o czasie z prawidłową urodzeniową masą ciała. Do 8. miesiąca życia życia chciała jeść wyłącznie mleko z piersi matki. Po tym czasie matka powoli zaczęła wprowadzać nowe produkty. W opinii matki Sofia od początku z trudem akceptowała spożywanie nowych produktów. Była karmiona piersią 1,5 roku. Od 2. roku życia dziewczynka zaczęła stopniowo eliminować

z diety różne produkty. W wieku 2 lat i 4 miesięcy jadła już tylko jogurty dwóch firm i piła wyłącznie wodę. Kiedy dziewczynka miała 2,5 roku, zaczęły się u niej problemy z wypróżnianiem, pojawiły się zaparcia. Po zgłoszeniu problemu pediatrzy zostały wykonane badania określające funkcjonowanie tarczycy i wątroby, stężenie insuliny i żelaza oraz zlecono ogólne badanie krwi. Wykonano także konieczne analizy w celu wykluczenia celiakii. Dziewczynka przeszła ponadto badanie EEG i USG jamy brzusznej. Na podstawie tych badań lekarze wykluczyli organiczne podłoże problemu. Badania wykazały zbyt niskie stężenie żelaza, co lekarze uznali za skutek radykalnej diety dziewczynki, a nie jej przyczynę.

Z relacji matki wynika, że Sofię w wieku 3 lat karmiła wyłącznie ona. Sofia płakała, kiedy próbowali ją karmić inni członkowie rodziny. Matka karmiła ją również w nocy, około 4 nad ranem podawała córce jogurt. Sofia prezentowała ponadto bardzo specyficzne zachowanie – w trakcie wspólnych posiłków siedziała przy stole z rodziną i udawała, że je. Odrywała sobie na przykład kawałek pizzy, przykładała ją do ust, a następnie ruszała ustami tak, jakby ją gryzła i żuła.

Matka dziecka zgłaszała, że w jej ocenie córka ma problem z zaakceptowaniem każdej nowości w postaci nowego miejsca czy nowych ludzi. Według matki dziewczynka jest także nadmiernie do niej przywiązana, tzn. nie akceptuje żadnej próby rozstania się z matką.

PROCEDURA TERAPEUTYCZNA

Procedura leczenia odmowy jedzenia u dwojga opisanych dzieci została oparta na „niezabieraniu łyżki” (*nonremoval of the spoon*) i stopniowym przyzwyczajaniu dziecka do spożywania coraz to nowych posiłków. Dziecko stopniowo przyzwyczajane było również do coraz większej ilości pokarmu na łyżce. Metoda ta została nazwana przez badających procedurą stopniowej akceptacji jedzenia i jest ona modyfikacją własną procedury opisaną przez Kerwina i wsp. 1995 roku.

Podejście to rozpoczyna się od określenia, który poziom „prezentacji” jedzenia wywołuje u dziecka reakcje ucieczkowe typu płacz, krzyk lub słowny protest. Czy jest to oznajmienie „będziemy jeść”, czy może widok łyżeczki albo widok łyżeczki z jakimś konkretnym rodzajem pokarmu? Procedurę należy zacząć od poziomu, który jest najmniej awersyjny dla dziecka. Prezentuje się bodziec wywołujący najmniejsze reakcje ucieczkowe i zaczyna ich wygaszanie¹⁰. Krok po kroku procedura przebiega w następujący sposób: (1) Terapeuta mówi „będziemy jeść”. (2) Jeśli dziecko prezentuje zachowania ucieczkowe, należy poczekać, aż przestanie je prezentować przez 5 sekund i (3) wówczas wydać instrukcję ponownie. (4) W ten sam sposób postępuje się do momentu, kiedy dziecko przestanie prezentować zachowania ucieczkowe na dźwięk tej instrukcji. Jeśli przez trzy kolejne sesje dziecko nie zaprezentuje zachowań ucieczkowych, można wprowadzić kolejne kroki nauki spożywania posiłków. Będą to kolejno: (1) pokazanie dziecku pustej łyżeczki; (2) prezentacja łyżeczki w różnym stopniu zanurzonej w ulubionym pokarmie dziecka, przy czym stopień zanurzenia łyżeczki będzie zależał od liczby zachowań ucieczkowych prezentowanych przez dziecko na poszczególnych etapach wygaszania; (3) prezentacja łyżeczki z pokarmem jak najbardziej zbliżonym do pokarmów aktualnie spożywanych przez dziecko; (4) stopniowe prezentowanie pokarmów coraz bardziej różnych od pokarmu ulubionego przez dziecko na początku treningu. Bardzo istotne jest, żeby w trakcie całego treningu dziecko nigdy nie było karmione wbrew jego woli. Łyżeczka trzymana przez karmiącego nigdy nie może się znaleźć bliżej niż w odległości 5 cm od ust dziecka. To dziecko decyduje, kiedy zje znajdujące się na łyżeczce jedzenie. Na każdym etapie treningu pożądane zachowania dziecka polegające na spożywaniu nowych produktów muszą być wzmacniane pozytywnie poprzez wzmocnienia materialne¹¹ w postaci podania ulubionego jedzenia, picia lub zabawek oraz poprzez wzmocnienia społeczne¹². Dzieci cierpiące na skrajną selekcję jedzenia mają niewiele ulubionych pokarmów,

które mogą być wykorzystane w treningu, stosuje się więc atrakcyjne zabawki lub aktywności. Głównym celem terapii jest nauczenie dziecka spożywania różnorodnego pożywienia, ale także zbudowanie skojarzenia jedzenia z przyjemnością.

W przypadku terapii zaburzeń jedzenia istotne jest, aby rodzic dziecka był integralną częścią grupy terapeutycznej. Początkowo trening prowadzi terapeuta, a rodzic, obserwując go, uczy się, jak samodzielnie prowadzić terapię. Następnie pod okiem terapeuty trening prowadzi rodzic, który w końcu sam zaczyna prowadzić terapię.

INTERWENCJA TERAPEUTYCZNA

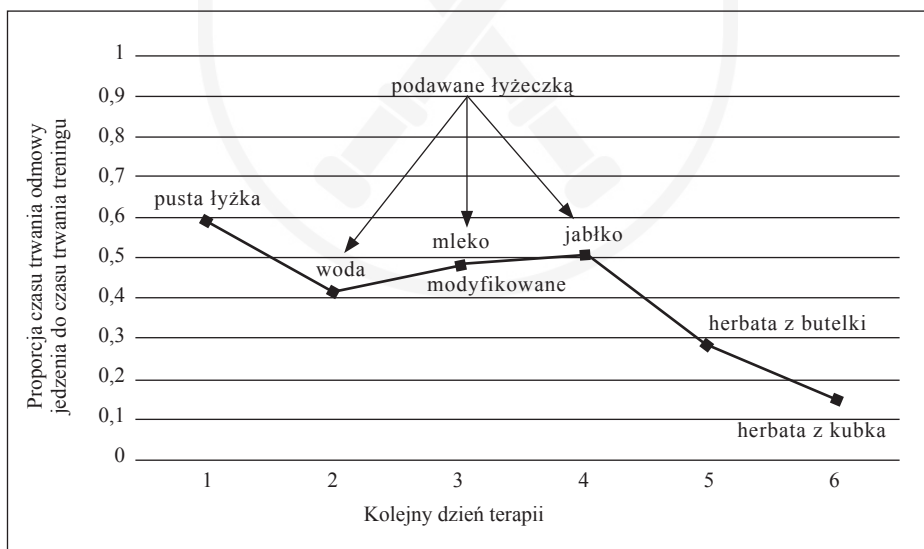
Przed rozpoczęciem interwencji powinny zostać zebrane podstawowe dane określające stopień nasilenia zaburzeń zachowania przed zastosowaniem procedury terapeutycznej. Porównanie tych danych z danymi uzyskanymi w trakcie terapii i po jej zakończeniu stanowi dobrą miarę skuteczności terapii (Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002). Z uwagi na to, że oba przypadki podlegały sytuacji

zagrożącej zdrowiu i życiu, do zastosowania procedury terapeutycznej należało przystąpić od razu. Choć cierpi na tym wartość metodologiczna badania, inne postępowanie byłoby w odczuciu badających skrajnie nieetyczne.

Wprowadzona została procedura stopniowej akceptacji jedzenia polegająca na prezentacji dzieciom jedzenia bardzo podobnego do spożywanego do tej pory i stopniowym wzbogacaniu diety o kolejne produkty. Należało dokładnie przeanalizować sposób spożywania posiłku przez dzieci, aby również w tym aspekcie uczyć je stopniowo akceptować nowe warunki.

Interwencja terapeutyczna – Antek

W przypadku Antka na uwagę zasługuje fakt, że selekcja dotyczyła zarówno smaku jedzenia, jak i sposobu jego podawania. Akceptację jedzenia rozpoczęto od prezentacji samej łyżki, następnie dotykania jej językiem przez dziecko i wkładania mu do ust. Później wprowadzono picie z butelki oraz z kubka. Dziecko jednocześnie uczone było jedzenia różnych produktów. Kolejno wprowadzone zostały: woda, mleko modyfikowane, deserek jabłkowy



Wykres 1. Czas trwania odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez terapeuta poza domem dziecka w proporcji do całkowitego czasu trwania sesji treningowej

dla niemowląt, herbatka dla niemowląt, pierwszy obiad ze słoika dla najmłodszych dzieci (dane z pierwszych 6 dni treningu).

Przez 6 dni terapia była prowadzona bezpośrednio pod kierunkiem terapeuty poza domem dziecka. W 3. dobie zajęcia zaczęła prowadzić matka dziecka. Pod kierunkiem terapeuty w 4. dobie matka zaczęła karmić dziecko sama, pozostając w stałym kontakcie z terapeutą, który w każdej chwili mógł jej przyjść z pomocą, jeśli tylko sytuacja by tego wymagała. W 8. dobie matka wraz z dzieckiem wrócili do domu, gdzie rozpoczęła samodzielne prowadzenie terapii.

Dane z treningu, w którym uczestniczył terapeuta, zostały przedstawione na wykresie 1. W przypadku Antka całkowity czas, który terapeuta spędził z dzieckiem i jego matką, wyniósł 26 godzin. W celu porównania danych z poszczególnych pomiarów czas trwania odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) został podzielony przez całkowity czas trwania treningu (wyrażony w minutach) w danym dniu.

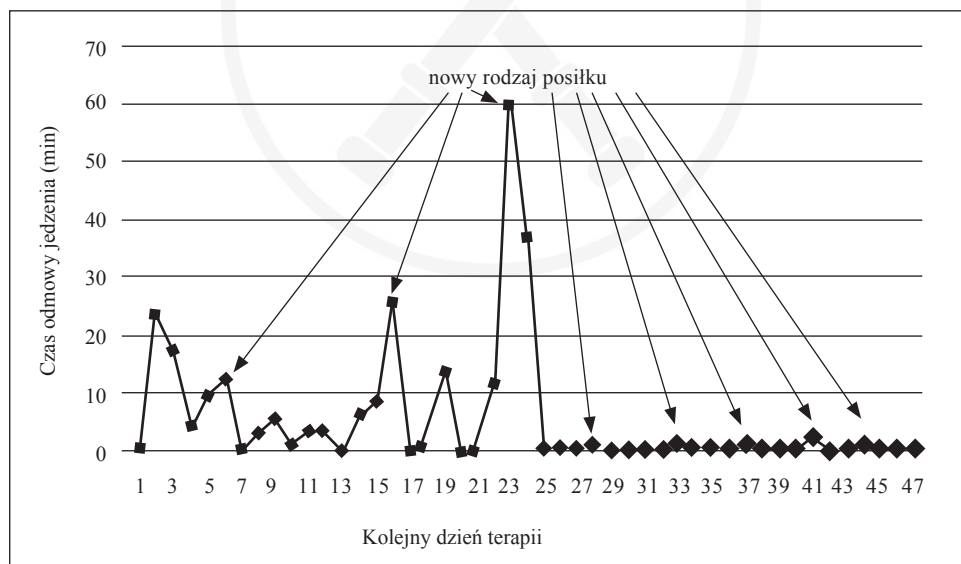
Po powrocie do domu matka dziecka kontynuowała trening i regularnie wysyłała dane zawierające czas odmowy spożywania posił-

ku do wglądu autorom badania. Na podstawie tych danych możliwe jest prześledzenie przebiegu treningu prowadzonego przez matkę dziecka. Na wykresie 2 został przedstawiony czas odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) w kolejnych dniach trwania treningu.

Wykresy 1 i 2 różnią się sposobem prezentacji danych. Jest to wynik tego, że matka dziecka po powrocie do domu stosowała procedurę terapeutyczną w każdej sytuacji karmienia dziecka, natomiast terapeuta stosował procedurę podczas określonego czasu, w którym przebiegała terapia.

Dyskusja wyników – Antek

W ciągu 8 tygodni od rozpoczęcia treningu dziecko przybrało 2,5 kg. Od tego momentu matka dziecka przestała zgłaszać problemy z karmieniem, gdyż dziecko konsumowało właściwe ilości pożywienia oraz napojów. Samo prosiło o jedzenie i spożywało je bez żadnych problemów. Bez protestu reagowało na nowe rodzaje posiłków. Matka dziecka przestała karmić syna piersią, pozostawiając tę formę kontaktu wyłącznie jako sposób na uspienie dziecka. Istotne jest jednak, że dziecko



Wykres 2. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez matkę w domu

zjadało tylko produkty przetarte. Stopniowe wprowadzenie innych konsystencji jedzenia wymagałoby specjalnego treningu. Do dnia pisania tego artykułu, czyli rok po rozpoczęciu treningu, zachowania polegające na odmowie jedzenia nie powróciły.

W treningu Antka największą trudność sprawił fakt, że początkowo niemożliwa była stopniowa zmiana sposobu karmienia i smaku pokarmu. Trudność polegała na tym, że nie sposób było przejść od karmienia piersią do karmienia łyżeczką. Jak pokazano na wykresie 1, wprowadzanie nawet bardzo różnych od siebie potraw (np. woda i jabłko) nie wpływało znacząco na wydłużenie czasu trwania odmowy. W przypadku Antka istotny był sposób podawania pokarmu, a nie jego smak. Dziecko protestowało przeciw pokarmowi podawanemu łyżeczką, a smak potraw nie wpływał na jego zachowanie.

Po powrocie dziecka do domu trzykrotnie zaobserwowano wzrost czasu protestu (wykres 2) po podaniu nowych pokarmów. Konsekwentne stosowanie procedury terapeutycznej przez matkę chłopca każdorazowo szybko doprowadzało do ponownego zminimalizowania czasu trwania protestów. Należy także zwrócić uwagę na fakt, że po dłuższym okresie trwania procedury dalsze wielokrotne podawanie nowych pokarmów nie wpływało już negatywnie na zachowanie Antka. Od czasu do czasu widoczny był także wzrost czasu protestu pojawiający się niezależnie od podawania nowych pokarmów. Można go zakwalifikować jako typowy przykład eksplozji związanej z wygaszaniem¹³.

Interwencja terapeutyczna – Sofia

W przypadku Sofii, według danych z wywiadu z matką, selekcja dotyczyła smaku jedzenia oraz tego, kto karmi dziecko. W związku z tym, że trening początkowo musi prowadzić terapeuta, leczenie rozpoczęto od karmienia dziewczynki jej ulubionymi jogurtami. Sytuacja ta nie okazała się problemem. Sofia zjadała ulubione potrawy od dwóch nowych osób (autorów niniejszego artykułu) bez żadnego oporu. Dziecko było więc uczone jedynie akcepta-

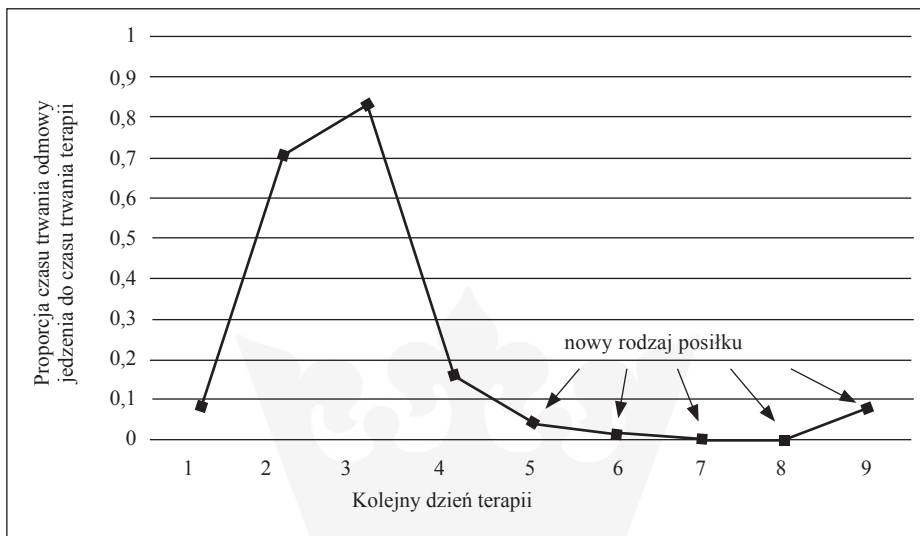
cji nowych rodzajów potraw. Kolejno zostały wprowadzone następujące pokarmy: pierwszy obiad dla niemowląt, zupa warzywna, nowy rodzaj jogurtu, nowy rodzaj zupy warzywnej, nowy rodzaj obiadku dla tej samej grupy wiekowej, deser ze słoika dla najmłodszych dzieci (dane z pierwszych 9 dni treningu).

Przez 9 dni terapia prowadzona była bezpośrednio pod kierunkiem terapeuty poza domem dziecka. W 4. dobie trening zaczęła prowadzić matka dziecka pod kierunkiem terapeuty. W 5. dobie matka zaczęła karmić dziecko sama, pozostając w stałym kontakcie z terapeutą, który mógł w każdej chwili przyjść jej z pomocą, jeśli sytuacja by tego wymagała. Począwszy od 5. dnia, terapeuta codziennie wprowadzał pewną zmianę w pokarmach podawanych dziecku, np. zmieniana była firma produkująca jogurt lub zmieniano smak podawanego jogurtu. W 10. dobie matka powróciła z dzieckiem do domu, by prowadzić dalszą terapię samodzielnie.

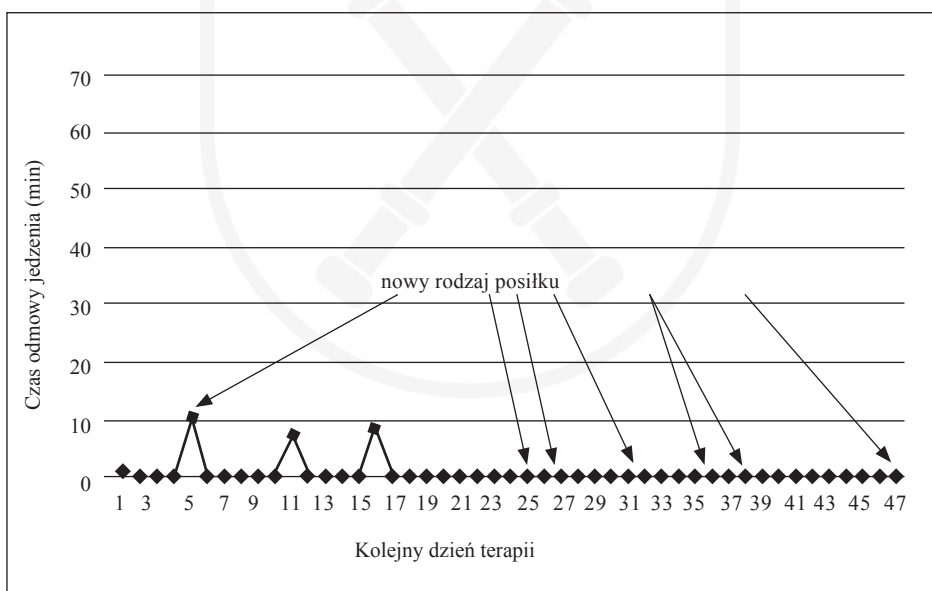
Dane z treningu, w którym uczestniczył terapeuta, zostały przedstawione na wykresie 3. W przypadku Sofii całkowity czas, który terapeuta spędził z dzieckiem i jego matką, wyniósł 35,5 godziny. Podobnie jak w przypadku Antka, aby możliwe było porównanie danych z poszczególnych pomiarów, czas trwania odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) został podzielony przez całkowity czas trwania treningu (wyrażony w minutach) w danym dniu.

Po powrocie do domu matka dziecka kontynuowała trening i regularnie wysyłała dane zawierające czas odmowy spożywania posiłku do wglądu autorom niniejszego artykułu. Na podstawie tych danych możliwe jest prześledzenie przebiegu treningu prowadzonego przez matkę dziecka. Na wykresie 4 przedstawiono czas odmowy jedzenia (wyrażony w minutach) w kolejnych dniach treningu.

Analogicznie do przypadku Antka wykresy 3 i 4 różnią się sposobem prezentacji danych. Także w tym przypadku autorzy otrzymywali informację wyłącznie o sumarycznym czasie odmowy jedzenia w danym dniu, bez pomiaru czasu trwania wszystkich czynności związanych z karmieniem.



Wykres 3. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez terapeutę poza domem dziecka



Wykres 4. Czas odmowy jedzenia w kolejnych dniach terapii prowadzonej przez matkę w domu

Dyskusja wyników – Sofia

Jak widać na wykresie 4, Sofia nie protestowała podczas karmienia. Już w 5. dniu treningu prowadzonego przez terapeutę protest właściwie przestał występować (wykres 3). Co istotne, w sytuacji treningu przeprowadzonego przez samą matkę dziewczynka w zasadzie nie odmawiała spożywania proponowanych jej potraw. Sofia jedynie „krzywiła się” przy wprowadzaniu nowych potraw i stan ten utrzymywał się do końca 11. tygodnia terapii prowadzonej przez matkę. Poprzez „krzywienie się” należy rozumieć nienaturalny grymas twarzy, który miałby dawać do zrozumienia, że dany produkt dziecku nie smakuje. Czasami, znacznie rzadziej niż „krzywienie się”, pojawiał się odruch wymiotny. Sofia spożywała tylko przetarte produkty przeznaczone dla dzieci do 12. miesiąca życia. Po 18 tygodniach od rozpoczęcia treningu został wprowadzony kolejny program związany z nauką gryzienia. Do dnia pisania tego artykułu, czyli 8 miesięcy po rozpoczęciu treningu, zachowania polegające na odmowie jedzenia nie powróciły.

Zastanawiające jest to, co wydarzyło się w pierwszych czterech dniach terapii prowadzonej poza domem (wykres 3), mianowicie długość trwania oporu rosła, mimo że nie wprowadzono żadnego nowego posiłku. Rzeczywiście przez pierwsze 3 dni treningu terapeuta spotkał się wyłącznie z oporem niezwiązanym z pokarmem, a związanym ze spożywaniem posiłku w czasie wyznaczonym przez terapeutę. Dziewczynka odmawiała jakiegokolwiek formy współpracy. Nie chciała nawet siedzieć na krzeselku. Zanim rozpoczęto terapię, matka w obawie o zdrowie dziewczynki dawała jej jedzenie zawsze, gdy córka chciała, i nigdy nie narzucała dziecku pór jedzenia. Zaproponowana zmiana sposobu i momentu karmienia była zatem znaczna i mogła się przyczynić do zaobserwowanego wzrostu czasu trwania oporu. Nie można także wykluczyć wystąpienia początkowej eksplozji związanej z wygaszaniem zachowań unikowych.

WNIOSKI

Problem Antka był poważniejszy niż problem Sofii. Chłopiec jadł i pił mniej rodzajów produktów i w mniejszej ilości, a jego organizm był bardziej wycieńczony. Nauczenie go akceptowania jedzenia zajęło miesiąc codziennej pracy podczas każdego posiłku. W przypadku Sofii można stwierdzić, że właściwie w 5. dniu problem przestał występować. Jednak w obu przypadkach procedura oparta na warunkowaniu sprawczym, polegająca na wygaszaniu ucieczkowych reakcji związanych z niejedzeniem, i wzmacnianiu pozytywnym zachowań, polegających na jedzeniu, okazała się skuteczna. Wydaje się, że wynik ten jest potwierdzeniem wniosku dotyczącego etiologii problemu, z którym borykali się rodzice opisanych dzieci. Można przypuszczać, że w przypadku tych dwojga dzieci bardzo poważny problem odmowy spożywania posiłków został ukształtowany przez ich opiekunów na drodze warunkowania sprawczego. Wzmacniali oni zachowania dzieci polegające na odmowie jedzenia zarówno pozytywnie (dając dziecku tylko preferowane przez niego posiłki), jak i negatywnie (kiedy dzieci protestowały, nie otrzymywały niechcianych przez siebie potraw).

Jednoznaczne wnioskowanie, że za zredukowanie zaburzeń zachowania odpowiada zastosowanie opisanej procedury terapeutycznej, jest nieco utrudnione, co stanowi pewne ograniczenie dla generalizacji uzyskanych wyników. Z uwagi na stan zdrowia dzieci konieczne było rozpoczęcie terapii natychmiast, co uniemożliwiło zebranie danych początkowych, które mogłyby posłużyć do dokładnego porównania częstości występowania odmowy jedzenia przed terapią i po niej. Z etycznego punktu widzenia niemożliwe było również czasowe wycofywanie terapii w celu określenia, czy problem powróci bez prowadzenia działań terapeutycznych (por. Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002). Przerwanie terapii byłoby bowiem niebezpieczne dla dzieci. Istotne jest jednak, że oboje dzieci w długim okresie od zakończenia terapii

nie prezentują problemu, z którym zgłosiły się do terapeuty, i od ponad 9 miesięcy nie mają problemu z jedzeniem.

Problem niejedzenia u dzieci jest tak poważnym i często spotykanym problemem rozwojowym, że istotne wydawało się przedstawienie metody, która najprawdopodobniej odpowiada za uzyskaną poprawę. Zapoznanie czytelników z tym rodzajem postępowania może się stać podstawą do przeprowadzenia dalszych badań z jego wykorzystaniem, a tym samym – do podjęcia próby replikacji uzyskanych wyników. Dalsze badania powinny zostać ukierunkowane na tworzenie procedur eksperymentalnych umożliwiających wyciągnięcie bardziej jednoznacznych wnio-

sków dotyczących zależności przyczynowo-skutkowych wprowadzanej interwencji i zmian w zachowaniu. Niezależnie jednak od korzyści naukowych dalsze wykorzystywanie zaprezentowanej procedury terapeutycznej opartej na wygaszaniu zachowań niepożądanych (różne formy odmowy jedzenia) i wzmacnianiu pozytywnym (pochwały, dostęp do ulubionych aktywności itp.) zachowań pożądanых (spożywanie różnorodnych posiłków) w ocenie autorów przyczyni się do poprawy stanu zdrowia i jakości życia wielu dzieci cierpiących z powodu selektywnego odmawiania jedzenia. Dopiero gdy tak się stanie, cel artykułu zostanie w pełni zrealizowany.

PRZYPISY

¹ Należy podkreślić, że jednostka zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie (wg ICD-10 F98.2) nie obejmuje zaburzeń odżywiania (wg ICD-10 F50), do których zaliczamy m.in. anoreksję czy bulimie. Obie jednostki mają podobną nazwę i stąd najprawdopodobniej ich częste utożsamianie z sobą.

² Atetozja – zaburzenie neurologiczne polegające na występowaniu niezależnych od woli, nierytmicznych, powolnych ruchów zlokalizowanych w okolicach głowy, rąk i nóg. Największe ich natężenie dotyczy dystalnych części ciała i występuje w obrębie palców (Degnan, 2009).

³ Inne braki w porównaniu z oczekiwanym prawidłowym rozwojem fizjologicznym w zakresie przybierania masy ciała (*failure to thrive*) – w ICD-10 R62.8 – jednostka opisująca dzieci, które nieprawidłowo przybierają na wadze, co może oznaczać, że nagle straciły na wadze lub że ich masa utrzymuje się poniżej 3. centyla masy ciała minimum 56 dni u dzieci poniżej 5. miesiąca życia lub ponad 90 dni u dzieci powyżej 5. miesiąca życia (O'Brien i wsp., 1991).

⁴ Wzmocnienie negatywne – każdy bodziec, zdarzenie lub sytuacja, których zakończenie następuje natychmiast po zachowaniu i powoduje wzrost prawdopodobieństwa pojawienia się danego zachowania w przyszłości (Malott, Whaley, Malott, 1993).

⁵ Dokładna różnica między selekcją a odmową jedzenia nie została przedstawiona w literaturze przedmiotu. Wiadomo, że skrajna postać selekcji jedzenia to jej odmowa. Niestety, nie określono w sposób oczywisty granicy, to znaczy że nie jest jasne, spożycia ilu produktów dziecko musi odmówić, aby można to było zakwalifikować jako odmowę jedzenia (Southall, Clarissa, 2010).

⁶ *Time-out* – procedura służąca zmniejszeniu częstości zachowania, bazująca na karze negatywnej, gdyż polega na czasowym ograniczeniu dziecku dostępu do wzmocnień (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

⁷ Poruszanie szczęką (*jaw prompting*) – procedura polegająca na tym, że terapeuta podaje dziecku jedzenie, trzymając jednocześnie brodę dziecka za pomocą kciuka i palca wskazującego. Terapeuta przestaje dotykać brody dziecka w momencie, kiedy zaczyna ono rzuć lub połykać pokarm (Gimpel, Holland, 2003).

⁸ Wzmocnienie sensoryczne – jeden z rodzajów konsekwencji reakcji, której wartość wzmacniająca wynika z dostarczenia doznań sensorycznych zmysłowi wzroku, słuchu, dotyku, węchu lub smaku (Carr, 1999).

⁹ Warunkowanie sprawcze – proces, w którym jednostka uczy się, że w określonych warunkach wykonaniu lub powstrzymaniu się od wykonania danego zachowania towarzyszą pewne konsekwencje dwojakiego rodzaju: atrakcyjne lub awersyjne. W zależności od rodzaju konsekwencji zmniejsza się lub zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zachowania w przyszłości (Ostaszewski, 2000; Skinner, 1965).

¹⁰ Wygaszanie – w warunkowaniu sprawczym procedura zaprzestania pojawiania się wzmocnienia do tej pory pojawiającego się po określonej reakcji sprawczej. Wygaszanie prowadzi do zmniejszenia się częstości występowania reakcji sprawczej, a w końcu do całkowitego jej zaniknięcia (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

¹¹ Wzmocnienie materialne (*tangible reinforcement*) – wzmocnienia o charakterze konkretnych obiektów, takich jak jedzenie, picie, zabawki czy żetony (Lavay, French, 2006).

¹² Wzmocnienie społeczne – jeden z rodzajów konsekwencji reakcji, której wartość wzmacniająca wynika z kontaktu z drugą osobą (np. usłyszenia od kogoś pochwały, kontaktu fizycznego, uśmiechu czy wykonywania wspólnie jakiejś czynności) (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

¹³ Eksplozja związana z wygaszaniem – początkowy wzrost częstości wykonywania reakcji sprawczych, obserwowany podczas procedury wygaszania (Bąbel, Suchowierska, Ostaszewski, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Ahearn W.H., Castine T., Nault K., Green G. (2001), An Assessment of Food Acceptance in Children with Autism or Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5, 505–511.
- Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P. (2010), *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bithoney W.G., Rathbun J.M. (1983), Failure to Thrive [w:] M.D. Levine, W.B. Carey, A.C. Crocker, R.T. Gross (red.), *Developmental Behavioral Pediatrics*, 557–572. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Carr E.G. (1999), *Positive Behavior Support for People with Developmental Disabilities: A Research Synthesis*. Washington: American Association of Mental Retardation.
- Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. (2007), *Applied Behavior Analysis*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Cupolii J.M., Hallock J.A., Barness L.A. (1980), Failure to Thrive. *Current Problems in Pediatrics*, 10, 1–43.
- Degnan F. (2009), *Szkolenie nurków niepełnosprawnych*. Warszawa: Wielki Błękit.
- Duker P.C. (1981), Treatment of Food Refusal by the Overcorrective Functional Movement Training Method. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 337–340.
- Gimpel G.A., Holland M.L. (2003), *Emotional and Behavioral Problems of Young Children: Effective Interventions in the Preschool and Kindergarten Years*. New York: Guilford Press.
- Gulotta C.S., Piazza C.C., Patel M.R., Layer S.A. (2005), Using Food Redistribution to Reduce Packing in Children with Severe Food Refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 39–50.
- Lavay B.W., French R., Henderson H.L. (2006), *Positive Behavior Management in Physical Activity Settings*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Linscheid T.R., Oliver J., Blyler E., Palmer S. (1978), Brief Hospitalization for the Behavior Treatment of Feeding Problem in the Developmentally Disabled. *Journal of Pediatric Psychology*, 3, 72–76.
- Luiselli J.K. (1989), Behavioral Assessment and Treatment of Pediatric Feeding Disorders in Developmental Disabilities. *Progress in Behavior Modification*, 24, 91–133.
- Luiselli J.K., Gleason D.J. (1987), Combining Sensory Reinforcement and Texture Fading Procedures to Overcome Chronic Food Refusal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 149–155.
- Kerwin M.E., Ahearn W.H., Eicher P.S., Burd D.M. (1995), The Costs of Eating: A Behavioral Economic Analysis of Food Refusal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 283, 245–260.

- Malott R.W., Whaley D.L., Malott M.E. (1993), *Elementary Principles of Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: rewizja dziesiąta. Tom III. Indeks alfabetyczny z tezauresem wyrażeń łacińskich (1997), Kraków: Vesalius.
- de Moor J., Didden R., Korzilius H. (2007), Behavioural Treatment of Severe Food Refusal in Five Toddlers with Developmental Disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 33, 6, 670–676.
- O'Brien S., Repp A.C., Williams G.E., Christophersen E.R. (1991), Pediatric Feeding Disorders. *Behavior Modification*, 15, 3, 394–418.
- Ostaszewski P. (2000), Procesy warunkowania [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, 97–116. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Riordan M.M., Iwata B.A., Finney J.W., Wohl M.K., Stanley A.E. (1984), Behavioral Assessment and Treatment of Chronic Food Refusal in Handicapped Children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 327–341.
- Riordan M.M., Iwata B.A., Wohl M.K., Finney J.W. (1980), Behavioral Treatment of Food Refusal and Selectivity in Developmentally Disabled Children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 95–112.
- Shaughnessy J.J., Zechmeister J.S., Zechmeister E.B. (2002), *Metody badawcze w psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sisson L.A., Van Hasselt V.B. (1989), Feeding Disorders [w:] J.K. Luiselli (red.), *Behavioral Medicine and Developmental Disabilities*, 45–73. New York: Springer Verlag.
- Skinner B.F. (1965), *Science and Human Behavior*. New York: The Free Press.
- Southall A., Clarissa M. (2010), *Feeding Problems in Children: A Practical Guide*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Unlü G., Aras R., Eminağaoğlu N., Büyükgebiz B., Bekem B. (2007), Developmental Characteristics of Children Aged 1–6 Years with Food Refusal. *Public Health Nursing*, 25, 1, 2–9.