

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Mám doma malého nejedlíka – Problémy s jídlem z pohledu matek malých
dětí

Little picky eater at home – Mothers' view of small children's problem
eating

Bc. Radka Angerová

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Praha 2021

Odevzdáním této diplomové práce na téma „Mám doma malého nejedlíka – Problémy s jídlem z pohledu matek malých dětí“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 27. 5. 2021

Poděkování

Patří mé vedoucí práce PhDr. Pavle Presslerové, Ph.D., bez jejíhož vedení by napsání nebylo možné.

Ráda bych dále poděkovala všem českým i slovenským odborníkům, které se mnou sdílely své znalosti a pohledy na problematiku nejudení u malých dětí. Mé díky patří:

Martině Bednaříkové, DiS.

Mgr. Elišce Haškovcové

Šárce Jakešové, DiS

Mgr. Zuzaně Kocábové

Mgr. Jitce Ludvíčkové

Mgr. Tereze Nagy

PhDr. Veronice Koch Ondrové

MUDr. Radce Raušové

Mgr. Jance Repaské, MOT, OTR/L

MDDr. Ivaně Šinaľové

a dalším, které každý den potkávám.

Také mému muži a dětem, že mi dopřáli prostor čas a trpělivost.

Speciální poděkování patří dvěma ženám a kamarádkám, které mi před několika lety ukázaly správný směr v problematice, která do té doby byla pro mě prakticky neznámou. Ing. Idě

Kupsové, MBA a Mgr. Kateřině Elizabeth Ferreira De Mello.

ABSTRAKT

Teoretická část práce obsahuje terminologii a terapeutické přístupy k léčbě problematického jedení u dětí. Výzkumná část měla za cíl zmapovat, jaké problémy rodiče rozumí pod pojmy jako nejedliectví, odmítání jídla. Zda pod těmito pojmy všichni rodiče vnímají stejné projevy, nebo jsou ve vnímání rodičů rozdíly a pokud ano, jaké tyto rozdíly jsou. Dále jak rodiče prožívají problém nejedliectví u svého dítěte a jak se snaží situaci řešit. Výsledky práce jsou následně vztaženy k možnostem psychologické terapeutické intervence. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů bylo sesbíráno 40 anamnéz rodin a následná kvalitativní analýza formou zakotvené teorie ukázala, jak rozdílně rodiče vnímají označení toho, že jejich dítě nejí a jak tento stav prožívají a dala vzniknout jednotné teorii o interakčních procesech, které se u nejedliectví vyskytují. Rodiče popisují v celkovém počtu 41 různých projevů, které lze dále rozdělit na akce a reakce. Akce se dále rozděly do 4 kategorií (kvantita, kvalita, apetit, environmentální projevy). Reakce ukazují, jakými formami se situaci snaží matky řešit a které zároveň prožívají jako samotnou součást problému. Jedná se především o různé formy používání nátlaku při jídle, užití sondy anebo potřebu se výrazně přizpůsobit stravování dítěte. Výsledky ukazují značnou variabilitu problémů mezi jednotlivými rodinami, tak i rozdílnou míru závažnosti od dětí prospívajících až po děti neprospívající a krmené alternativními způsoby. Shodně je rodiči popisována velká psychická náročnost situace odmítání jídla dítětem. Vznikla teorie *vzájemné vztahovosti*, která ukazuje, jak jednotlivé kategorie spolu interagují a ovlivňují jedna druhou, čímž zároveň znemožňují určit kauzální problematiku a poukazují na reciproční charakter projevů. Práce nastiňuje užití teorie vzájemné vztahovosti pro zvolení vhodného postupu v psychologické intervenci, cílení péče a výběr terapeutických metod, které jsou představeny v teoretické části práce.

KLÍČOVÁ SLOVA: psychogenní ztráta chuti k jídlu, vybíravost, nejedení, porucha příjmu potravy, neprospívání, odmítání jídla

ABSTRACT

The theoretical part of the thesis contains terminology and therapeutic approaches to the treatment of problematic eating in children. The research part aimed for what problems parents understand by terms such as picky eating and food refusal. Whether under these terms all parents perceive the same manifestations, or whether there are differences. Furthermore how parents experience the problem of food refusal in their child and how they try to solve the situation. Then the results of the work are related to the possibilities of psychological intervention. Forty families' anamnesis were obtained by semi-structured interviews and subsequent qualitative analysis in the form of grounded theory and axial coding showed how parents experienced this condition. Mothers described a total of 41 different manifestations, which can be further divided into actions and reactions. The actions were further divided into 4 categories (quantity, quality, appetite and environmental manifestations). Reactions show the forms by which mothers try to solve the situation and which they also experience as a part of the problem. These are various forms of coercion when eating, using of nasogastric tube or the need to significantly adapt to the child's eating and feeding. The results show a considerable variability of problems between individual families, as well as a different degree of severity from prosperous children to children not prosperous at all and fed by alternative ways. The parents described equally great psychological struggles of food refusal. From the results, the theory of mutual relationship was raised. It shows the individual categories interact and influence each other. At the same time it makes it impossible to determine the causal issue but points out the reciprocal nature of the manifestations of food refusal. The work outlines the use of the mutual relationship theory to select the appropriate procedure, targeting care and selection of therapeutic methods. Methods are presented in the theoretical part of this diploma.

KEYWORDS: ARFID (Avoidant and restrictive food intake disorder), picky eating, eating disorder, FTT (failure to thrive), food refusal

Obsah

1	Úvod.....	10
2	PPP u dětí dle různých diagnostických klasifikací a manuálů.....	11
2.1	Prevalence.....	11
2.2	Mezinárodní klasifikace nemocí.....	12
2.3	DSM-IV a DSM-V	13
2.4	GOS (Great Ormond Street) klasifikace.....	15
2.5	DC: 0-3 a DC: 0-5 (DC: 0-5, 2016).....	16
2.5.1	Porucha senzoričké integrace.....	17
2.5.2	Porucha příjmu potravy u dětí (PPP).....	21
2.6	Navrhovaná klasifikace pro diagnózu PPP mezi rodičem a dítětem	25
2.7	Zmínky o PPP u dětí ve vybrané české literatuře.....	26
3	Další pojmy často užívané v souvislosti s PPP u dětí.....	28
3.1	Terminologie dle Irene Chatoor	28
3.1.1	PPP na úrovni stavu regulace.....	29
3.1.2	PPP na úrovni reciprocity pečující-dítě	30
3.1.3	Infantilní anorexie.....	30
3.1.4	Smyslové averze vůči jídlu	32
3.1.5	Posttraumatická porucha příjmu potravy	32
3.1.6	PPP v souvislosti se současným zdravotním stavem	33
3.2	Závislost na enterální výživě nebo perorálních nutričních doplňcích	34
3.3	Vybíravost (<i>picky eating</i>) a potravinová neofobie	35
3.4	Neprospívání.....	37
4	Terapie u malých dětí.....	39
4.1	Behaviorální intervence a terapie	46
4.1.1	Klasické podmiňování	47
4.1.2	Operantní podmiňování	48
4.2	Manipulace s apetitem	54
4.3	Metoda čajové lžičky (teaspoon method).....	54

4.4	Kognitivně behaviorální terapie	55
4.5	Některé terapeutické modely užívané v zahraničí	56
4.5.1	Telehealth.....	56
4.5.2	Expoziční terapie	57
4.5.3	SOS terapeutický přístup	58
4.5.4	Terapeutický přístup institutu Ellyn Satter	58
4.5.5	Terapeutický přístup dle Irene Chatoor	59
4.5.6	Modely saturace hladu	61
4.5.7	Bi-PED projekt	62
4.5.8	KKI program pro děti s PPP (<i>The Kennedy Krieger Institute</i>).....	64
5	Výzkum.....	66
5.1	Metodologie.....	66
5.1.1	Typ výzkumu a teoretické východisko	66
5.1.2	Role výzkumníka	67
5.1.3	Oslovení respondentů	68
5.1.4	Kritéria pro účast ve výzkumu:.....	69
5.1.5	Forma sběru dat	70
5.1.6	Základní charakteristiky anamnéz:	71
5.2	Výzkumné otázky	73
5.3	Analýza dat	74
5.3.1	Formy a podoby nejedliectví	74
5.3.2	Analýza popisovaných projevů.....	80
6	Diskuze	101
7	Závěr	117
8	Bibliografie	119
9	Seznam příloh	126
9.1	Příloha 1: Anamnézy	1
9.2	Příloha 2: DC: 0-5 (<i>DC: 0-5, 2016</i>).....	123
1.1.1.1	Osa I: Klinické poruchy	123
1.1.1.2	Osa II: Vztahový kontext.....	123
1.1.1.3	Osa III Další úvahy o fyzickém zdraví a kondici	124

1.1.4. Osa IV Psychosociální stresory	125
1.1.5. Osa V Možnosti vývoje	125
9.3 Příloha 3: Tabulka 5. Výskytu jevů v jednotlivých anamnézách	126

Používané zkratky

- ARFID – Avoidant/refusal food intake disorder (psychogenní ztráta chuti k jídlu)
- BKM a ABKM – Bílkovina kravského mléka a alergie na ni.
- BLW – Baby led weaning – metoda zavádění dětských příkrmů. Dítě samo řídí své stravování, krmí se výhradně samo, věku uzpůsobeným jídlem.
- BPD – Broncho pulmonární dysplazie plic
- CAH – Kongenitální adrenální hyperplazie
- CPAP a nCPAP – Continuous positive airway pressure. Přístroj udržující neustálý přetlak v plicích. nCPAP je jeho nasální forma.
- CKP – Centrum komplexní péče
- CKP diparetického typu – Centrální koordinační porucha diparetického typu
- CM – Contingency management
- DC: 0-3 a DC: 0-5 – Diagnostická klasifikace od 0 do 3 let a Diagnostická klasifikace od 0 do 5 let
- DSM – Diagnostický a statistický manuál
- DMO – Dětské mozková obrna
- DOR – Division of responsibility (rozdělení odpovědnosti)
- EE – Escape Extinction
- EEG – Elektroencefalografie
- EKG - Elektrokardiografie
- FAED – Food avoidant emotional disorder (Emoční ztráta chuti k jídlu)
- FTT – Failure to thrive (neprospívání)
- GER – Gastroezofageální reflux
- GERD – Onemocnění z gastroezofageálního refluxu
- GIT – Gastrointestinální trakt
- IA – Infantilní anorexie
- IMP – Oddělení intermediální péče (na neonatologickém oddělení)
- KI – Kochleární implantát
- MA – Mentální anorexie
- MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
- NOFT – Nonorganic failure to thrive (neprospívání bez organické příčiny)
- PAS – Poruchy autistického spektra
- PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost, pediatr/a

PMV – Psychomotorický vývoj

PPP – Porucha příjmu potravy

PTFD – Posttraumatická porucha příjmu potravy

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

RDS – Respiratory distress syndrome. Syndrom dechové tísně

RTG - Rentgen

SI – Sensorická integrace

SOS – Sekvenčně orálně sensorický (terapeutický přístup)

SRS – Silver-Russellův syndrom

TKLB – Sekvence postupu ze zkratk slo *touch* (dotek), *kiss* (pusa), *lick* (olíznutí) a *bite* (ukousnutí)

UZ, UTZ – Varianty zkratk pro vyšetření ultrazvukem

VP shunt – Ventrikulo-peritoneální zkrat

1 Úvod

Představuji vám diplomovou práci, která se věnuje tématu problematického jení, respektive odmítání jídla u malých dětí. V současné době chybí rozsáhlejší literatura v českém jazyce, která by se věnovala problematice odmítání příjmu potravy u dětí do šesti let věku. Pokud se vyskytuje text, jedná se v naprosté většině o krátké kapitoly či odstavce v rámci knih a článků, navíc staršího data, nerefluktující aktuální změny v této oblasti.

Motivací k sepsání této práce byli z velké části samotní rodiče, kteří mě stále častěji kontaktují s prosbou o pomoc v jejich životní situaci. Zpočátku se na mě obraceli jako na matku dítěte, které si po komplikovaném startu prošlo závažnou formou poruchy příjmu potravy. Před šesti lety jsem sama hledala rodiče, kteří by měli podobnou zkušenost s tím, že jejich dítě odmítá orální příjem potravy. V té době se nám doma zdálo, že jsme snad v ČR jediná, komu kojenec odmítá veškeré jídlo. Rodiče, kteří později sledovali náš příběh a pokroky se na mě začali obracet s tím, jak se nám takového posunu podařilo doma dosáhnout.

Cílem práce je zmapovat jaké problémy rodiče uvažují, když své dítě označí za „nejedlíka“, či popisují, že „nejí“, „má problémy s jídlem“ apod. A jak takovou situaci rodič prožívá. V další části výzkumu se budu snažit zjistit, jak rodiče s touto situací nakládají, tedy nejen jejich prožívání, ale i chování, které o sobě popíší. Nakonec využiji výsledků výzkumu pro zhodnocení možností psychologické terapeutické intervence.

Nejdříve se v diplomové práci věnuji teoretickým podkladům, získaných z převážné většiny ze zahraniční literatury. S ohledem na obrovský rozsah problematiky jsem do práce vybrala jen určité pasáže teorie, zcela jsem tak vynechala původně zamýšlenou pasáž o vývojových aspektech nejedlctví. Na začátku se věnuji představení různých diagnostických a terminologických přístupů. V druhé části teorie se věnuji terapeutickým směrům v intervenci problémů s přijímáním stravy u dětí. Speciálně jsem se zaměřila na terapie psychologické, cílené přímo na řešení problémů s odmítáním stravy, a na léčbu patologických stavů, včetně dětí tzv. sondovaných.

V empirické části práce od kapitoly 6 analyzuji 40 anamnestických příběhů sesbíraných telefonickou nebo korespondenční formou metodou polostrukturovaných rozhovorů s matkami dětí „nejedlíků“.

2 PPP u dětí dle různých diagnostických klasifikací a manuálů

Potíže s příjmem potravy u malých dětí jsou rozsáhlé téma s nejednotnou terminologií. Především v ne-klinické oblasti při popisu nepatologických stavů jsou pojmy definovány různými autory různě.

V zahraniční literatuře se nejčastěji pracuje s terminologií dle Diagnostického a statistického manuálu (DSM), respektive s jeho nejaktuálnější 5.revizí (DSM-V). U nás je pro oficiální diagnostiku ale stále závazná MKN-10.

Než představím jednotlivé klasifikace, pojednám nejdříve o četnosti výskytu jevu, který bývá v souvislosti s problematickým jezením nejčastěji užíván a tím je pojem vybíravost (jeho definici najdete v kapitole 3 dále v textu).

2.1 Prevalence

Problematika nejedení u dětí není tak vzácná, jak se může zdát. Cano a kol. (2015) ve svém výzkumu uvádějí, že prevalence vybíravosti se obecně pohybuje v rozmezí od 14 % do 50 % u předškolních dětí. Většinou vybíravost sama spontánně vymizí a domnívají se tak, že se zároveň jedná o běžnou součást vývoje předškolních dětí.

Mascola a kol. (2010) ve své studii se 120 dětmi ve věkovém rozhraní 2-11 let uvádí 13-22 % vybíravých dětí. Jejich počet se postupem věku snižuje, ale až u 40 % z těchto dětí se jedná o chronický problém, který přetrvává déle než 2 roky. U velké části dětí dochází do dvou let ke zlepšení s tím, že formy s raným začátkem mají tendenci k rychlejšímu ústupu než formy pozdní.

Podobné hodnoty našel i tým B. T. Caruth (2004), kteří zkoumali výskyt vybíravého jedení u dětí od 4 do 24 měsíců věku. Zjistili, že se prevalence pohybuje mezi 19 a 50 %. Čím starší děti byly, tím spíše byly dle studie vybíravé.

Taylor a kol. (2015) zanalyzovaly celkem 65 zdrojů týkajících se vybíravého stravování. Ze shrnutí vyplývá, že se napříč věkovými skupinami prevalence pohybuje od 5,6 % do v některých studiích až 59 %. Některé studie, které braly Taylor a kol. v úvahu, ale užívaly velmi široký pojem a zařazovaly do statistiky i ty děti, které byly alespoň trochu vybíravé v jídle. Právě nejednotnost, co se týče hodnocení, které děti jsou už vybíravé a které ještě nikoli, stěžuje srovnávání jednotlivých studií. Absence obecně přijímané definice v oblasti poruch příjmu potravy je stále problémem.

Někteří autoři zjistili, že míra prevalence je závislá na věku. Například Cardona Cano uvádí, že prevalence je nejvyšší ve 3 letech. (Cardona Cano et al., 2015). Jiní autoři zase uvádí nejvyšší hodnotu pro prevalenci rozmezí 1,5-3,5 let věku. (Hafstad, Abebe, Torgersen & von Soest, 2013)

Co se týče prevalence výskytu v jednotlivých kulturách, Taylor a kol. (2015) zmiňují, že zatím není dostatek studií pro spolehlivé zhodnocení, zda vybíravé jedení souvisí s kulturou či nikoli. Většina studií o vybíravém jedení se provádí ve vyspělých zemích.

Jako významnou studii zmiňuje Taylor a kol. (2015; Taylor & Emmett, 2019) studii ALSPAC kohort z Velké Británie. Studie se zaměřila na vybíravé jedení u dětí v 24, 38, 54 a 65 měsících věku. Jednalo se o rozsáhlou longitudinální studii, kdy vybrali matky ještě před porodem dítěte a vývoj dětí byl sledován až do zmíněných 65 měsíců věku. Výsledky této studie ukazují, že prevalence se pohybuje od 9,7 % po 14,7 %, kdy byly děti označené jako velmi vybíravé. Největších hodnot dosahovala prevalence ve věku 38 měsíců. Častěji se také vyskytovala raná forma vybíravosti definovaná jako začátek vybíravého chování mezi 24. a 38. měsícem věku, na rozdíl od vybíravosti s pozdním začátkem, které ALSPAC stanovilo na dobu začátku mezi 54. a 65. měsícem věku dítěte. Vyšší riziko výskytu vybíravého chování v 38 měsících věku dítěte bylo v této studii spojováno s vyšším věkem matek, kouřením matek, vyšším sociálním statutem matky, nižším předtěhotenským BMI, vyšší úrovni vzdělání, nižší paritou. Vyšší prevalence také byla u dětí s nízkou porodní hmotností a u chlapců.

Úmyslně pro představení výskytu volím pojem vybíravosti. Nezahrnuje v sobě jen patologické stavy, ale i možné běžné stavy, které jsou součástí vývoje, ale zároveň mohou vést ke zvýšené obezřetnosti u rodičů.

Co se týče prevalence PPP (poruchy příjmu potravy) v raném dětství uvádí DC: 0-5 (2016, p. 99), že 25-40 % dětí bývá rodiči označeno za problematické jedlíky, většinou se jedná o pomalé jezení, odmítání jídla, vybíravost nebo zvracení.

2.2 Mezinárodní klasifikace nemocí

Problematiku PPP u malých dětí se v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (1992 [i.e. 1993]) objevuje pod několika diagnózami, kam patří:

F98.2 porucha příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku, která „obecně zahrnuje odmítání jídla a mimořádnou vybíravost při přiměřeném podávání jídla schopnými osobami rozumně pečujícími o dítě, kdy není přítomno žádné organické onemocnění. Může nebo nemusí být přítomna ruminace, znamenající opakovanou regurgitaci bez nauzey nebo bez onemocnění gastrointestinálního traktu.“ (*Duševní poruchy a poruchy chování*, 1992, p. 249).

F50.8 jiná porucha příjmu potravy – kam patří pika neorganického původu u dospělých a psychogenní ztráta chuti k jídlu.

F50.9 porucha příjmu potravy nespecifikovaná.

Teoreticky je možné, že tyto děti budou zařazeny i pod atypickou mentální anorexii (F50.1). Nicholls a kol. (2000, p. 322) spekulují, zda chybějícím bodem v kritériu pro udělení diagnózy atypické mentální anorexie může být absence nepřiměřeného vnímání vlastního těla a váhy.

Diagnostická kritéria jsou u těchto poruch široká, což umožňuje obsáhnout poměrně široké spektrum stavů. Toto až vágní vymezení má i své nedostatky (Nicholls, Chater & Lask, 2000). Jeden z hlavních problémů vidí autoři v nejasném vymezení normality, kdy je například vybíravost v jídlu už patologický problém a kdy ještě nikoli. I dnešní výzkumy se rozcházejí například v tom, nakolik je výskyt vybíravého jídelního chování v rámci normy, nakolik se vyskytuje běžně a nakolik je součástí určité fáze vývoje. Není také vždy zcela zřejmé, které formy jení jsou brány jako již patologické a které ještě nikoliv. Typicky například krmení ve spánku, které někteří odborníci počítají jako patologickou formu (Levin et.al., in Yang, 2017), ale některými odborníky je krmení v polospánku doporučováno, případně je součástí terapie. (Bronský, c2013-2020; Chatoor, 2009)

2.3 DSM-IV a DSM-V

Další z řad diagnostických klasifikací užívaných především v zahraničí, ale obecně známých i u nás, je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-V, který vyšel v roce 2013, u nás v překladu v roce 2015. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015)

V řadě výzkumů, které v práci cituji, je odkazováno ještě na starší verzi DSM-IV. Proto mi přijde vhodné zmínit změny, které se udály mezi IV. a V. revizí DSM.

V DMS-V, oproti DSM-IV byla vyřazena sekce, označována jako „poruchy diagnostikované obvykle v raném dětství, dětství a adolescenci“, a tím došlo k reflexi faktu, že

téměř veškeré psychiatrické diagnózy začínají právě v raných fázích života. Onemocnění kolem příjmu potravy tedy byla zařazena z této původní sekce do DSM-V pod obecné označení poruchy příjmu potravy. Poruchy, které se dříve v DSM-IV jmenovaly jako „poruchy příjmu potravy v útlém dětství a dětství, byly rozšířeny a v DSM-V přejmenovány jako psychogenní ztráta chuti k jídlu, v originále označované jako avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). (Walsh, 2019)

Diagnóza PPP u dětí v DSM-IV se týkala dětí do 6 let věku. Ovšem v praxi se ukázalo, že není příliš užívána k diagnostice. Na druhou stranu se v klinické praxi objevovali jedinci s restriktivním způsobem stravování, ale bez přehnaného zaujetí štíhlostí a váhou. (tamtéž) ARFID tak vlastně rozšířil předchozí diagnózu z DSM-IV a pojímá tak mnohem širší rozsah problémů než předchozí verze, a navíc odstranil věkové omezení. ARFID lze diagnostikovat v raném dětském, dětském, adolescentním i dospělém věku, čímž odpadlo věkové omezení.

DSM-V uvádí následující kritéria pro ARFID 307.59, z MKN-10 odpovídá kódování F50.8. Pro F98.2 neodpovídá z důvodu, že tato diagnóza je v MKN-10 vázána na útlý a dětský věk, zatímco ARFID není věkově omezen a týká se starších dětí, adolescentů i dospělých. Diagnostická kritéria dle DSM-V jsou následující (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015):

Tabulka 1. Diagnostická kritéria ARFID dle DSM-V

<p>A. Porucha příjmu potravy a jídelního chování (například zjevný nezájem o jídlo, vyhýbání se jídlu na základě jeho sensorických vlastností, obavy z averzivních důsledků stravování), která se projevuje perzistentním zanedbáváním vhodného uspokojování nutričních a/nebo energetických potřeb spojeným s jedním (nebo více) z následujících kritérií:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Výrazný úbytek na hmotnosti (nebo nedosažení očekávané tělesné hmotnosti či kolísavý růst u dětí)2. Výrazný nutriční deficit3. Závislost na enterální výživě nebo perorálních nutričních doplňcích4. Značné funkční narušení v psychosociální oblasti <p>B. Poruchu nelze lépe vysvětlit nedostatkem dostupného jídla nebo kulturně akceptovanými zvyklostmi.</p> <p>C. Porucha příjmu potravy se nevyskytuje pouze v průběhu mentální anorexie nebo bulimie a neexistuje žádný důkaz o narušeném zakoušení vlastní postavy a hmotnosti.</p> <p>D. Poruchu příjmu potravy nelze přičíst jinému somatickému onemocnění ani ji nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou. V případě, že se porucha příjmu potravy vyskytuje v rámci jiného somatického onemocnění nebo poruchy, je její</p>

závažnost těžší než za běžných podmínek a vyžaduje si další klinickou pozornost.

V manuálu pak uvádějí přidružené termíny, které s poruchou souvisí a mohou být součástí či specifikou jejího projevu. Patří sem „závislost“ na enterální výživě nebo perorálních nutričních doplňcích. V zahraničí se setkáváme v této souvislosti i s termínem „závislost na sondě“ (*tube dependency*) (Krom, de Winter & Kindermann, 2017; Mehta et al., 2018; Wilken, Cremer & Echtermeyer, 2015; Trabi, Dunitz-Scheer, Kratky, Beckenbach & Scheer, 2010; Dunitz-Scheer et al., 2009; Pahsini et al., 2018) vybíravé jedení (*picky eating*), též někdy označované jako vytrvalé stejnorodé stravování, chronické odmítání jídla, restriktivní stravování a potravinová neofobie; funkční dysfagie. O těchto termínech pojednám dále v textu samostatně v rozsahu větším, než jak je jen okrajově popisuje DSM-V. Pokud je ARFID spojen s obecnějšími afektivními obtížemi, označuje se jako „emoční ztráta chuti k jídlu“ (FAED). (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015)

2.4 GOS (Great Ormond Street) klasifikace

Pro poruchy příjmu potravy je ještě nutno zmínit diagnostická kritéria od GOSH (Great Ormond Street Hospital), kteří ve svých pracích autoři zmiňují. (Krch, 2005; Nicholls et al., 2000). GOSH v kritériích (in Krch, 2005, p.115) odkazuje na práce Higgs a kol. (1989), který popsal „emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu“ známou pod zkratkou FAED (*food avoidant emotional disorder*). Higgs a kol. se ve svém výzkumu zaměřovali na starší děti s mentální anorexií, které ale ještě nedosáhly puberty. Zjistili však, že existuje skupina dětí, které měly obtíže s příjmem potravy, ale které byly dle MKN-10 diagnostikovány s emoční poruchou, depresí, či s nejasnou neurotickou poruchou příjmu potravy. Zkoumali souvislost mezi emoční poruchou, problémy s jídlem a mentální anorexií s raným začátkem. Probandy rozdělili do tří skupin: Ti, kteří neodpovídali diagnóze mentální anorexie; ti, kteří neodpovídali kritériím pro problematický příjem potravy a ti, kteří nevykazovali emoční poruchu. Došli k závěru, že existuje skupina dětí, které dle nich mají FAED, ale které nesplňují kritéria pro mentální anorexii (MA), ale které mají poruchu mezi MA a „vyhýbáním se jídlu“. Higgs a kol. uvádí: „Ukazuje se, že v některých případech mohou problémy v jídlu signalizovat vážný psychopatologický problém, který ovšem dosud nebyl zvažován.“ (Higgs, Goodyer & Birch, 1989, p. 350)

GOS z těchto nálezů vychází a shrnuje kritéria pro FAED následovně:

1. Vyhýbání se jídlu není důsledkem primární afektivní poruchy
2. Úbytek tělesné hmotnosti
3. Porucha nálady, která nespĺňuje kritéria pro primární afektivní poruchu
4. Nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy
5. Nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou
6. Nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy

Zajímavou prací v porovnání těchto tří systémů představuje práce Nicholls a kol. (2000), kteří porovnávali užití MKN-10, DSM-IV a GOS při diagnostice poruch příjmu potravy v dětství a rané dospělosti. Věkové rozmezí dětí bylo 6.31-16.15 roku. Dle výsledků autorů, MKN-10 vykazovala nejmenší shodu hodnotitelů při přiřazování diagnóz dětem z kategorie poruch příjmu potravy. Lépe na tom byla DSM-IV. Největší reliabilitu pak vykazovala dle autorů právě klasifikace GOS.

V případě hodnocení MKN-10 i DSM-IV upozorňují Bryant-Waigh a kol. (2010) na další nedostatek těchto diagnostických kritérií, že nespécifikují nic o závažnosti váhového úbytku, který musí dítě splňovat, nebo příčinu problémů s jídlom. Upozorňují na to, že mnoho dětí nemusí mít váhový úbytek, a přesto vykazují poruchu somatickou či duševní, ale kvůli nepřítomnosti váhového úbytku z diagnostiky vypadnou. Toto kritérium bylo například v DSM-V opraveno. Pro splnění diagnostického kritéria A není úbytek na váze nezbytně nutný. Jak vyplývá z textu výše, postačuje, aby porucha příjmu potravy významně narušovala psychosociální oblast života.

2.5 DC: 0-3 a DC: 0-5 (DC: 0-5, 2016)

Ještě stojí za zmínku méně známá Diagnostická klasifikace od Zero to three DC: 0-3, a její novější revize DC: 0-5. DC: 0-3 je starší verze pro věkovou kategorii 0-3 roky a DC: 0-5 je nejnovější rozšířená verze až do 5let.

Scheer a kol. (2003) zmiňují výhody použití DC: 0-3 v pediatrické praxi oproti užití MKN-10 především v multioborové srozumitelnosti a rychlé užitelnosti jimi užívaných diagnóz, kritérií a popisů. Chválí v tomto manuálu tedy především jeho komplexnost a ohled na behaviorální, interakční a funkční aspekty, stejně jako medicínské hledisko, které všechny hrají možný význam v průběhu intervence. DC: 0-3, stejně jako její nástupce pracuje s multiaxiálním přístupem. V jednotlivých krocích jsou zhodnoceny všechny aspekty, které

zasahují do vzniku a přetrvávání problémů s příjmem potravy u dětí. Zaznamenává jak roli somatickou, tak interakční, i vliv ošetřujícího personálu a předchozích zkušeností s léčbou. Scheer a kol. zmiňuje, že v Evropě se klade větší důraz na organickou etiologii problému před zvážením jakýchkoliv psychologických, interakčních nebo vývojových problémů. DC: 0-3 v tomto ohledu nabízí postupy, které zabraňují opomenutí i těchto aspektů, které v léčbě poruch příjmu potravy hrají významnou roli. (Scheer, Dunitz-Scheer, Schein & Wilken, 2003)

O DC: 0-5 obecně, se můžete dočíst v příloze 2. DC: 0-5 (na straně 123) pro lepší pochopení, jak klasifikace s multiaxiálním přístupem zachází a jak může napomoci v komplexnější diagnostice v případě duševních poruch.

V Ose I popisuje DC: 0-5 jednotlivé poruchy podobně, jako je tomu v předchozích klasifikacích.

2.5.1 Porucha senzorycké integrace

Oproti ostatním klasifikacím obsahuje navíc samostatnou kategorii a definuje jako patologii i poruchy senzorycké integrace. Ty „nezná“ jako samostatnou jednotku žádná z předchozích klasifikací, i když v rámci popisu poruch příjmu potravy popisují příznaky, které poruchám senzorycké integrace odpovídají. Jedná se především o přecitlivělost na senzorycké kvality potravy (taktilní, chuťové aj.). DC: 0-5 uvažuje o těchto poruchách ve chvíli, kdy dítě vykazuje chování, které vypovídá o neadekvátním zpracování senzoryckých vjemů. To narušuje běžnou denní aktivitu dítěte a existují důkazy o tom, že takové chování je relativně stabilní v průběhu prvního roku života dítěte.

Rozdělit poruchu lze na dvě části. Na jedné straně jako hyperreaktivitu, či hypersenzitivitu vůči stimulům, která se projevuje jako neadekvátně zvýšená reaktivita na podnět, zrychlená odpověď, a naopak pomalejší zklidnění. Na druhé straně pak hyporesponzivita/hyposenzitivita na podnět, která je charakteristická naopak sníženou reakcí na stimul, opožděnou reakcí, nebo atypickou odpovědí vůči podnětu, která se často projevuje hledáním stimulů, které běžně nejsou vůbec postřehnuty. Například olizování zdí, nebo klik dveří.

Aby se jednalo o poruchu, musí se abnormální reakce projevit ve více než jedné situaci (doma, ve školce apod.) a může zasahovat více než jednu senzoryckou modalitu (taktilní, zvukovou, vizuální, vestibulární, chuťovou, čichovou, propioceptivní, interoceptivní (z vnitřních orgánů)). Věku nepřiměřená reakce na podnět má dopady jak na dítě, tak rodinu.

Poruchu nelze lépe vysvětlit jinou poruchou (jako ADHD, generalizovanou úzkostnou poruchou, PAS), ale může se objevit ve spojitosti s jinými onemocněními.

1. Hypersenzitivní sensorická porucha

Musí být přítomná všechna následující kritéria:

- A. Dítě vykazuje přetrvávající a pervazivní projevy sensorické hypersenzitivity, které se projevují intenzivní negativní reakcí na jeden či více z běžných sensorických stimulů a nejsou vázány na jeden kontext, či jednoho pečovatele. Intenzita i trvání reakce je nepřiměřená míře a trvání sensorického vjemu. Přítomné musí být jedno z následujících kritérií:
- 1) Dítě vykazuje intenzivní emoční nebo behaviorální reakci, když je vystaveno stimulu. Intenzita a délka trvání reakce nejsou adekvátní intenzitě stimulu.
 - 2) Dítě se snaží předcházet kontaktu s běžnými stimuly, které pociťuje jako averzivní.
- B. Dítě nesplňuje kritéria pro poruchu autistického spektra (PAS), nebo symptomy nelze lépe vysvětlit diagnózou ADHD.
- C. Symptomy poruchy negativně ovlivňují život dítěte nebo rodiny v jedné nebo více z následujících:
1. Způsobuje stres dítěti
 2. Ovlivňuje schopnost dítěte navazovat vztahy
 3. Znemožňuje dítěti se účastnit běžných aktivit přiměřených jeho věku
 4. Limituje rodinu v běžných každodenních aktivitách, nebo
 5. omezuje dítě v jeho schopnosti se učit a rozvíjet nové dovednosti nebo negativně ovlivňuje jeho vývoj

Dítě musí být alespoň 6 měsíců staré a porucha přetrvává alespoň 3 měsíce.

Prevalence poruchy není známá, ale epidemiologická data získaná na základě rodičovského popisu symptomů naznačují výskyt mezi 5 % až 16.5 %.

Porucha vykazuje určitou stabilitu mezi 1.-8. rokem věku, ale děti mezi 1.-3. rokem běžně vykazují známky hypersenzitivity.

Rizikovými faktory pro tuto poruchu je nedonošenost, či děti menší, než odpovídá jejich gestačnímu věku (SGA). Z environmentálních faktorů se jedná o nedostatečně podnětné prostředí, nedostatek motorické či taktilní stimulace v raném věku (například vlivem ústavní péče), vystavení působení lékům, či stres u pečujících osob, kombinace více faktorů nebo násilí

v komunitě. Také jsou více ohrožené děti s opožděným vývojem, či mentálním postižením. Hypersenzitivní sensorická porucha má také dědičný podklad.

U dětí s touto poruchou se mohou objevit problémy s příjmem potravy, spánkové problémy a obtíže se utišením se. V předškolním věku mají děti zvýšené riziko úzkostné poruchy. Rodiče dětí, které vykazují známky obsesivně-kompulzivní poruchy také popisují větší incidenci hypersenzitivní sensorické poruchy.

V DSM-V odpovídá diagnóze: Jiná specifická neurovývojová porucha.

V MKN-10 odpovídá diagnóze: Jiné poruchy duševního vývoje (F88).

Dále se specifikuje oblast, ve které dítě vykazuje nadměrné reakce. V taktilní oblasti vůči objektům či lidem, ve sluchové se specifikuje typ zvuku nebo hlasitost, frekvence zvuku apod. Dále se specifikuje čich, vestibulární cití (pohyb v prostoru), chuť (kořeněné jídlo, nevýrazné, hladkost jídla nebo naopak kousky – nutné odlišit od taktilních stimulů). Vizualní podněty jako jasnost, pohyb barev. Proprioceptivní, kdy dítě například příliš strká, ale bez zlého úmyslu, nebo příliš tlačí na papír apod. Interoceptivní, přicházející z vnitřních orgánů jako je například častá bolest břicha.

2. Hyposenzitivní sensorická porucha

Centrem této poruchy je trvalý utlumení, minimální, neutrální nebo extrémně slabá reakce na sensorické stimuly, než jak by odpovídalo vývojové úrovni osoby. Projevuje se více než v jedné situaci a může zasahovat více sensorických oblastí. O poruchu se jedná, pokud je důkaz, že způsobuje stres nebo zásadně zasahuje do běžného fungování dítěte a rodiny a nelze poruchu vysvětlit lépe jinou mentální poruchou jako například ADHD, depresí, poruchou autistického spektra.

Aby se jednalo o poruchu, musí být splněna všechna následující kritéria.

A. Dítě vykazuje trvalé a pervazivní projevy hyposenzitivní sensorické poruchy, které zahrnují snížené nebo neutrální reakce v jednom nebo více typů intenzivního sensorického stimulu a projevuje se ve více než jediném kontextu a s rozdílnými pečovateli. Minimální intenzita, nebo opoždění v reakci není přiměřené intenzitě stimulu. Musí být přítomen jeden nebo oba z následujících:

- 1) Dítě vykazuje oslabení emocionální nebo behaviorální reakce, pokud je vystaveno intenzivnímu stimulu, u kterého se předpokládá silná nebo alespoň přiměřená sensorická odpověď. Snížená, zpomalená nebo příliš krátká reakce neodpovídá intenzitě stimulu.

- 2) Dítě je předvídatelně nereagující na běžné sensorické stimuly, u kterých se předpokládá silná pozitivní nebo averzivní reakce (a to i v případě, kdy chybění reakce může být v souvislosti se zraněním).
- B. Symptomy poruchy, nebo reakce pečující osoby na tyto symptomy, významně ovlivňují život dítěte i jeho rodiny v jedné nebo více z následujících oblastí:
1. Způsobuje stres dítěte
 2. Ovlivňuje dítě v navazování běžných vztahů
 3. Limituje dítě v aktivitách a běžných činnostech, které jsou adekvátní jeho vývojové úrovni
 4. Ovlivňuje běžný chod rodiny i rodinný aktivní život
 5. Ovlivňuje schopnost dítěte učit se a jeho schopnost objevovat nové schopnosti a dovednosti, negativně dopadá na jeho vývoj

Pro diagnostiku poruchy musí být dítě alespoň 6 měsíců staré a příznaky se musí vyskytovat kontinuálně nejméně 3 měsíce. Dále stejně jako u hypersenzitivní poruchy rozlišujeme, které oblasti se porucha týká, zda taktilní, vizuální, sluchové atd.

Prevalence poruchy není známá, ale uvažuje se, že je spíše vzácná. Stejně tak není dostatečně prozkoumán ani vývoj poruchy, rizikové faktory a prognóza. Poruchu je nutné rozlišit od poruchy autistického spektra, při níž je též přítomná nestandardní reakce na sensorické podněty, stejně tak u ADHD.

V DSM-V odpovídá porucha označení jiná specifická neurovývojová porucha, v MKN-10 jiné poruše psychického vývoje (F88).

3. Jiná porucha sensorického zpracování

Všechna následující kritéria musí být přítomna

- A. Dítě vykazuje trvajících a pervazivních vzorů atypického zpracování sensorických signálů, které nesplňují kritéria pro sensorickou poruchu hypersenzitivní ani hyposenzitivní.
- B. Symptomy u dítěte jsou specificky vázány na sensorickou stimulaci, dítě ale nesplňuje kritéria pro PAS a symptomy nelze lépe vysvětlit ani ADHD.
- C. Symptomy poruchy, nebo schopnost pečovatele se jim přizpůsobit, významně ovlivňují fungování rodiny alespoň v jednom z následujících bodů:
 1. Způsobuje stres dítěte
 2. Ovlivňuje dítě v navazování běžných vztahů

3. Limituje dítě v aktivitách a běžných činnostech, které jsou adekvátní jeho vývojové úrovni
4. Ovlivňuje běžný chod rodiny i rodinný aktivní život
5. Ovlivňuje schopnost dítěte učit se a jeho schopnost objevovat nové schopnosti a dovednosti, negativně ovlivňuje jeho vývoj

Další podmínkou je, že dítě musí být alespoň 6 měsíců staré a splňovat kritéria alespoň po dobu 3 měsíců. Stejně jako u předchozích dvou typů se zde specifikuje, které oblasti se porucha senzoryckého zpracování týká a v DSM-V a MKN-10 odpovídá stejným diagnózám jako předchozí dvě jmenované poruchy.

Poruchy senzorycké integrace zmiňují z důvodu, že se jedná o jednu z příčin odmítání jídla, je částečně zahrnuta v DSM-V pod diagnózou ARFID, kdy je jídlo odmítáno na základě jeho senzoryckých vlastností.

2.5.2 Porucha příjmu potravy u dětí (PPP)

Poruchy příjmu potravy jsou dle DC: 0-5 jedním z nejobvyklejších důvodů, proč rodiče vyhledávají pomoc pediatra. Rodiče hlásí, že 25-40 % dětí má problém s krmením, většinou se jedná o pomalé jedení, odmítání jíst, vybíravost nebo zvracení.

PPP jsou popisovány na základě pozorovatelného chování, které se projeví napříč různými situacemi. I když tyto symptomy mohou naznačovat možnou příčinu, v naprosté většině případů nelze určit specifickou etiologii vzniku poruchy příjmu potravy. Za zmínku stojí faktory jako senzorycká averze, problémy v seberegulaci, strach vycházející z předchozích bolestivých zkušeností z lékařských zásahů v ústech či hrdle. Z jiného pohledu hrají svou úlohu i pečující osoby, jejichž péče v oblasti krmení může být responsivní, kontrolující, shovívavá nebo odmítající. Stejně tak dítě v interakci se může projevovat kooperativně, odmítavě (jako odvracet hlavu od jídla), nebo konfliktně (házet jídlem). Zdravotní stav, který může ovlivňovat PPP se zapisuje pod osu III v klasifikaci. V této kategorii DC: 0-5 uvádí poruchu *přejídání*, *PPP s nedostatečným příjmem potravy*, *neobvyklou poruchu příjmu potravy* a ještě *jinou poruchu spánku, příjmu potravy a plačtivosti v raném dětství a dětství*. Já se budu dále těm poruchám, kde je příjem stravy omezen.

PPP s nedostatečným příjmem potravy

Musí být splněna všechna následující kritéria:

- A. Dítě jí dlouhodobě méně, než je očekáváno vzhledem k jeho věku
- B. Dítě vykazuje alespoň 1 z následujících maladaptivních jídelních chování:
 1. Přetrvávající nezájem o příjem potravy
 2. Vyhýbání se jídlu ze strachu
 3. Nedostatečná regulace vlastního stavu mezi krmením (například usínání, nebo agitovanost)
 4. Jezení výhradně po čas spánku
 5. Neschopnost přejít na tuhou stravu
 6. Jedení a krmení výhradně za specifických podmínek, které vyžaduje a které musí pečující osoba naplnit (u televize s určitým programem, s hračkami, s pohádkami apod.)
 7. Extrémní vybíravost a selektivní a odmítavé chování vůči vlastnostem jídla jako je barva, textura, nebo neobvyklá omezenost v druzích jídla.
 8. Syslení (držení sousta v ústech po neúměrně dlouhou dobu bez polknutí)
- C. Maladaptivní jídelní chování nelze lépe vysvětlit jiným zdravotním stavem nebo vedlejším efektem léků
- D. Symptomy poruchy, nebo schopnost pečovatele zvládat symptomy, významně ovlivňuje život dítěte a rodiny v alespoň 1 z následujících:
 1. Způsobuje stres dítěte
 2. Ovlivňuje dítě v navazování běžných vztahů
 3. Limituje dítě v aktivitách a běžných činnostech, které jsou adekvátní jeho vývojové úrovni
 4. Ovlivňuje běžný chod rodiny i rodinný aktivní život
 5. Ovlivňuje schopnost dítěte učit se a jeho schopnost objevovat nové schopnosti a dovednosti, negativně ovlivňuje jeho vývoj
 6. Výsledkem je neschopnost dosáhnout věku přiměřené růstové křivky

Porucha není omezená věkem a příznaky musí být přítomny více než 1 měsíc. Dále se specifikuje, zda je přítomen úbytek na váze, nebo zda dítě nedosahuje očekávaného nárůstu hmotnosti. Tuto skutečnost zaznamenáváme v ose III.

Pro diagnózu DC: 0-5 uvádí takové problematické noční krmení, které se děje po 1. roce věku dítěte. Vzhledem k tomu, že hlavně prvotní krmení je dyadickou záležitostí, pokud jsou problémy s příjmem potravy vztahového charakteru, diagnostikujeme přednostně

poruchu specifických vztahů v raném dětství a dětství. Pokud se ale problémy s krmením objevují ve více než jednom vztahu, diagnostikujeme PPP s nedostatečným příjmem.

Výzkumy ukazují že tato PPP se vyvíjí v průběhu věku u dítěte, a to i do doby adolescentní a do dospělosti. Například 40 % dětí, které nejedí obvyklým způsobem v 5 letech, měly tendence ke zvláštnímu způsobu stravování i ve 14 letech. Často se s PPP vyskytují i další regulační poruchy, například problémy se spánkem, náladovost, vztahem s pečující osobou.

Mezi rizikové faktory patří, pokud pečující osoba sama má problémy s příjmem potravy jako například mentální anorexii nebo mentální bulimii. Dále sem patří rodičovský stres, úzkost jako riziko netečného stylu krmení (kontrolované krmení, nezúčastněné krmení apod.). Netečný styl krmení je spojován nejen s nedostatečným příjmem, ale i přejídáním. Obvyklé jsou konfliktní rodinné situace při jídle a stres při jídle je sám rizikovým faktorem pro vznik poruchy. Často je pozorováno vybíravé jedení u rodičů, jejichž děti jsou také vybíravé.

Co se týče kulturní podmíněnosti je nutné brát v úvahu, že většina výzkumů je prováděna mezi obyvateli Severní Ameriky a Evropy.

Klasifikace rozeznává termín krmení (*feeding*) – tedy to, kde je zdůrazněna role pečující osoby, a jedení (*eating*), kde je zdůrazňována role dítěte (otevírání pusy, polykání, zájem o jídlo).

V ose III pak zaznamenáváme související zdravotní stav dítěte. Například děti s cystickou fibrózou mají tendence jíst pomalu, obtíže se žvýkáním, preferují tekutou stravu, odmítají kousky a odmítají neznámé jídlo. Děti s gastroezofageálním refluxem často odmítají vysokokalorické jídlo, mají méně dovedností a menší připravenost pro přechod na tuhou stravu. Častěji jídlo odmítají a vykazují větší obtíže v průběhu krmení.

V DSM-V je tato porucha označována jako nespecifikovaná porucha krmení a jedení, v MKN-10 jako jiná porucha příjmu potravy (F50.8).

Neobvyklá porucha příjmu potravy

Musí být splněna všechna následující kritéria:

A. Dítě vykazuje nezvyklé symptomy jezení, které zahrnují alespoň jeden z následujících:

1. Schovávání jídla – dítě schovává jídlo na neobvyklých místech (například v posteli, v šuplíku stolu apod.)
2. Pika – nutkavé jedení nestravitelných látek
3. Ruminace – zvracení a následné znovupolknutí jídla

- B. Nezvyklé vzorce jedení u dítěte nelze vysvětlit jiným zdravotním stavem nebo vedlejším efektem užívaných léků
- C. Symptomy poruchy, nebo schopnost pečovatele zvládat symptomy, významně ovlivňují život dítěte a rodiny v alespoň 1 z následujících:
 1. Způsobuje stres dítěte
 2. Ovlivňuje dítě v navazování běžných vztahů
 3. Limituje dítě v aktivitách a běžných činnostech, které jsou adekvátní jeho vývojové úrovni
 4. Ovlivňuje běžný chod rodiny i rodinný aktivní život
 5. Ovlivňuje schopnost dítěte učit se a jeho schopnost objevovat nové schopnosti a dovednosti, negativně ovlivňuje jeho vývoj
 6. Výsledkem je neschopnost dosáhnout věku přiměřené růstové křivky

Porucha není věkově omezená. Symptomy se musí vyskytovat alespoň po dobu 1 měsíce. Specifikuje se, jaký neobvyklý vzorec jedení je u dítěte přítomný. Komplikace, které porucha vyvolává, jako například anemie, nebo dentální problémy se zapisují do osy III.

V případě schovávání jídla na neobvyklých místech je nutno rozlišit, zda se nejedná o schovávání z důvodu, že dítě dané jídlo nemá rádo, a proto jej schovává, aby ho nemuselo jíst. Schovávání je v tomto smyslu pervazivní a není limitováno jen na neoblíbené jídlo.

V ostatních klasifikacích je tato kategorie kódována různě. Schovávání jídla je v DSM-V označováno jako nspecifikovaná porucha příjmu potravy, v MKN-10 jako porucha příjmu potravy v dětství a raném dětství F98.2. Pika je označována v DSM-V jako pika, stejně tak v MKN-10 jako pika v dětském věku (F98.3), Ruminace pak v DSM-V jako ruminační porucha, v MKN-10 jako ruminační porucha v dětství (F98.21).

Kromě těchto diagnóz ještě uvádí DC: 0-5 kategorii jiná porucha spánku, jedení a nadměrného pláče v raném dětství a dětství. Patří sem poruchy, kde dítě nesplňuje plně kritéria z předchozích diagnóz, ale zároveň symptomy významně ovlivňují jeho život a vývoj podobně jako u předchozích diagnóz. Specifikuje se, která z diagnóz nejlépe vystihuje problémy dítěte a zároveň, která kritéria nejsou plně naplněna. (DC: 0-5, 2016)

2.6 Navrhovaná klasifikace pro diagnózu PPP mezi rodičem a dítětem

Davies a kol. (2006) na základě nedostatků předchozích diagnostických klasifikací, především na základě DSM-IV-TR navrhli ještě kritéria pro diagnózu zdůrazňující vztahovou stránku PPP u dětí.

Prvním kritériem je narušení krmení mezi rodičem (nebo pečovatelem) a dítětem jako manifestace v podobě neschopnosti dítěte jíst vývojově očekávaným způsobem a dle příslušných kulturních norem.

Druhým kritériem je, že dětské jezení a růst je charakteristické jedním či více ze sedmi následujících charakteristik: (1) náhlé nebo výrazné zpomalení nebo akcelerace růstu; (2) klinicky významný nutriční deficit; (3) růst nebo nutriční hodnoty zůstávají v normě jen pod podmínkou krmení sondou nebo jinou medicínskou nutriční terapií, která by jinak nebyla zdravotně nutná; (4) růst a nutriční hodnoty zůstávají v normě, ale jen přes nadměrné úsilí a trápení na straně rodičů i dítěte v průběhu krmení; (5) extrémní potravinová nebo texturová vybíravost; (6) navzdory odpovídajícímu vývoji, dítě není schopné dosáhnout odpovídajícího stupně v akceptaci jídla, stravovacího stylu, stravovací regulace, nebo růstu; (7) dítě reaguje výrazně odlišným způsobem na jiné pečovatele než rodiče.

Třetím kritériem je, že vztahové krmení je charakteristické jedním nebo více z následujících: (1) významná úroveň interakčních obtíží při krmení (např. dítě projevuje vysokou úroveň agresivního, rušivého nebo nespolupracujícího chování; rodič je stažený, nebo ztrácí sebekontrolu; nebo stupňující se negativismus/hostilita v interakci rodič-dítě.); (2) pečovatel opakovaně selhává v poskytování odpovídajících hranic a podpory pro jezení: absence pravidelného a předvídatelného jídla s vývojově a nutričně vyváženou stravou; (3) pečovatel opakovaně vstupuje do práv dítěte na akceptování jídla a vlastní regulaci v příjmu jídla, nutí dítě jíst určité potraviny anebo určité množství; (4) úroveň zaujetí pečovatele ohledně růstu anebo zdraví dítěte je neadekvátní situaci; (5) pečující vykazuje klinicky významné výstřední a neflexibilní přesvědčení vztahující se ke krmení, zdraví anebo váze (očekává neustálý příjem v průběhu každého jídla, věří, že i jediné jídlo s menším příjmem ohrozí zdraví dítěte, trvá na tom, aby dítě dosáhlo určité velikosti nebo postavy); (6) značná neschopnost nebo nevěle pečujícího pro rozpoznání nebo brání ohledu na projevy hladu a nasycení dítěte, nebo neschopnost odpovídat na ně na reciproční rovině; (7) vznik a rozvoj obtíží následuje po traumatické zkušenosti dítěte anebo pečovatele.

Posledními dvěma kritérii jsou, že se problémy objevily před 6 lety věku dítěte a trvají alespoň po dobu 1 měsíce.

2.7 Zmínky o PPP u dětí ve vybrané české literatuře

Texty o PPP se z velké části týkají především problematiky mentální anorexie a mentální bulimie. U nich se ale i s raným začátkem setkáváme až od 6let věku dítěte. (Krch, 2005) Pro nižší věk jsou pak PPP zařazené pod označení jako atypické poruchy příjmu potravy. Krch vyjmenovává v této souvislosti FAED, tedy emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu (Higgs et.al., in Krch, 2005), vybíravost v jídlu. Dále pak od Lask et al. uvádí syndrom pervazivního odmítání. „Tento syndrom je charakterizován hlubokým a pervazivním (vše prostupujícím) odmítáním jíst, pít, mluvit, chodit nebo se o sebe starat. (...) Podle autorů lze tomuto stavu nejlépe porozumět jako extrémní podobě vyhýbavého chování, která se vyskytuje u posttraumatické stresové poruchy.“ (Lask et al., in Krch, 2005, p. 115). Krch také zmiňuje velmi důležitý aspekt a tím je blízká propojenost PPP u dětí s celkovým somatickým stavem. Zmiňuje, že je důležité brát ohledy na to, že se tyto poruchy objevují jako součást jiných poruch, somatických i psychických. Například situace, kdy se dítě obává, že je jídlo znečištěné v souvislosti s možnou obsesivně-kompulzivní poruchou; při depresi; chronickém únavovém syndromu, gastroezofageálním refluxu (GER) a zánětlivých poruchách střech; při organických poruchách; vzácně při dysfunkci hypotalamu. (tamtéž).

Z českých autorů i Fraňková a kol. (2013) upozorňuje na nesnadné nalezení příčiny PPP u malých dětí. „Příčiny mohou být jak somatické povahy, tak průvodním jevem nebo důsledkem působení psychogenních faktorů. Hranice mezi somatickými (organickými) a psychologickými (mentálními) poruchami nemusí být jasně vymezené.“ Kromě terminologie dle Chatoor (viz další kapitola), zmiňuje Fraňková ještě některé problémy s příjmem potravy, které se u dětí mohou vyskytnout. Nemusí se ovšem jednat přímo o patologický stav. Patří sem například nevhodné jídelní chování dětí ve formě „zlobení“ s jídlem. Dle Fraňkové se takové chování může v některých fázích vývoje u dětí vyskytnout a nejedná se zároveň o znak budoucí poruchy příjmu potravy. Přejít od pouhého zlobení v poruchu je pozvolný. Zlobení se může projevat neklidem v jídelní situaci, odbíháním, neposlušností, neschopností soustředit se na jídlo. Některé děti jsou vybíravé, mlsné nebo nemají apetit. Může se jednat o součást jiné poruchy jako je například ADHD. (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013, p. 109). Pod jeden pojem se zde schovává mnoho projevů.

Dalším z pojmů je nechutenství při absenci apetitu. Dítě je třeba do jídla nutit a rodičům se může zdát, že dítě ztratilo potřebu jíst. Může odeznít samo a může se vyskytovat při dalších onemocněních, jako vedlejší efekt užívání léků. Někdy se jedná o nezáměr dítěte o jídlo v důsledku rozptýlení jinou aktivitou. Patologií se pak stává až tehdy, má-li dlouhodobý charakter.

„Odmítání jako účelové chování“ je takové chování, kdy dítě manipuluje s pečujícími osobami pro dosažení vlastních zájmů.

Vybíravost je dle Fraňkové dobrovolné omezení v příjmu potravy. (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013, p. 110).

Zajímavým odlišením je pak „mlsnost“, kterou lze považovat za typ vybíravosti. Mlsné dítě nebo dospělí se specializuje na pamlsky, sladkosti a slané pochoutky. Na rozdíl od toho vybíravý jedinec může dávat přednost obecně uznávané zdravé stravě. (Fraňková, Pařízková & Malichová, 2013, p. 112)

Kritéria dle Wolfonsové

Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat ("Česko-slovenská pediatrie", 2014) doporučuje, stejně jako i jiní autoři (Yang, 2017), využívat kritéria dle Wolfonsové, která se dle nich jeví v praxi nejpoužitelněji. Tato kritéria pro odhalení PPP jsou:

1. Odmítání stravy přetrvávající déle než 1 měsíc
2. Absence očividného organického onemocnění, které by mohlo vést k odmítání stravy, nebo nedostatečná odpověď na medikamentózní léčbu příslušného organického onemocnění
3. Věk nástupu méně než 2 roky, věk v době diagnózy méně než 6 let.
4. Přítomnost alespoň jednoho z následujících:
 - a. Patologický vzorec krmení – krmení v noci nebo při usínání dítěte opakované násilné krmení i přes odpor dítěte, mechanistické krmení (v přesných intervalech, přesné množství), nucení k dojídání bez ohledu na hlad dítěte, chování se k dítěti jako k neživému objektu, nutnost rozptýlovat dítě, aby bylo schopno jíst.
 - b. Nadavování při krmení.

3 Další pojmy často užívané v souvislosti s PPP u dětí

3.1 Terminologie dle Irene Chatoor

Pro starší verzi klasifikace od Zero to three DC:0-3 vytvořila Irene Chatoor diagnostickou terminologii kolem poruch příjmu potravy. Tuto terminologii vydala i samostatně ve své vlastní publikaci v roce 2009. (Chatoor, 2009). Její klasifikace vychází z teorie vývoje regulace jedení a emocí. Její znalost je pro diagnostiku a pochopení poruch příjmu potravy užitečná, a proto ji zde též uvádím.

Tento model poruch příjmu potravy staví na tom, že si dítě v prvním roce života vyvíjí autonomní vnitřní regulační systém krmení. Postupně se dítě stává více vědomé pocitů hladu a nasycení a s nimi spojenými projevy, které vysílá směrem k pečující osobě, která na oplátku tyto signály zaznamenává a upravuje tak začátek, průběh i konec krmení. Vývoj tohoto autonomního systému se děje ve 3 stádiích.

1. Nastolení stavu regulace

Dítě po narození musí začít aktivně a jasně projevovat signály hladu a nasycení směrem k pečující osobě. V prvních měsících života se tak dítě učí nastolit rytmus spánku, bdění, krmení a vyprazdňování. Většina dětí si vyvine specifický pláč pro hlad odlišný od pláče z jiných důvodů. Aby ale dítě mohlo být nakrmeno efektivně, musí být schopno nastolit si stav klidné bdělosti. Pokud se nedokáže utišit při krmení, nebo pokud je naopak dítě příliš ospalé pro sání, výsledkem bude nekvalitní a stresující průběh krmení pro obě strany, tedy jak pro dítě, tak pro rodiče.

Pokud dojde k narušení, pečovatel nezvládá odlišit pláč, nesprávně interpretuje signály vysílané dítětem, nebo jsou tyto signály pro pečovatele nesrozumitelné, může dojít ke stavu, kdy je dítě krmeno nedostatečně nebo naopak příliš mnoho a je narušena nutriční homeostáza. To je stav, kdy je dosaženo nutričních potřeb dítěte pro růst a vývoj.

2. Nastolení vztahové vazby

Od 2. měsíce se u dítěte objevuje sociální úsměv a reaguje na pečovatele více aktivně. Objevují se typické znaky vzájemného kontaktu – oční kontakt, sledování, reciproká vokalizace apod. Postupně se vytrácejí reflexní projevy hladu a místo nich přicházejí interakční vodítka, jako například vokalizace. Dochází ke vzájemně regulačnímu procesu.

Tento proces může být narušen na obou stranách. Na straně dítěte to mohou být nedostatečně čitelná vodítka hladu a nasycení, nebo nejsou dostatečně silná. Na straně rodiče to může být přílišné zaujetí vlastními potřebami a neschopnost vyladit se na potřeby dítěte. Může být narušen vývoj vztahu mezi dítětem a jeho pečovatelem.

3. Přejchod k sebe-krmení a regulaci emocí

Mezi 6. měsícem a 3. rokem věku, dochází ke stále většímu rozvoji samostatnosti jak na fyzické, tak v emoční rovině. V jídelní situaci se objevuje nutnost nastolení rovnováhy mezi autonomií na jedné straně a závislostí na straně druhé. Při každém jídle se rodič s dítětem musí „domluvit“ kdo bude ten, kdo drží lžičku, kdo ji bude dítěti do dávat do úst. Postupem času by mělo docházet k tomu, aby se dítě krmilo samo. Dítě potřebuje nejen rozpoznávat pocity hladu a nasycení, ale také se musí naučit rozlišit fyzické pocity hladu a plnosti od emocionálních zkušeností. Zjednodušeně řešeno neutěšovat dítě, které potřebuje emocionální uklidnění tím, že ho rodič začne krmit. Dítě pak neodlišuje hlad od emociální zkušenosti a spojuje si jídlo s prostředkem k emočnímu zklidnění.

Tyto rané fáze dle Chatoor ovlivňují, zda dítě bude v procesu krmení používat vnitřní nebo vnější způsoby regulace a jak bude schopné odlišit fyzické pocity hladu a plnosti od emocionálních zkušeností jako je hněv, frustrace apod.

Dle těchto fází lze pak rozlišit různé poruchy příjmu potravy.

3.1.1 PPP na úrovni stavu regulace

Dříve se tato porucha nazývala porucha příjmu potravy stavu homeostázy. Porucha začíná v prvních několika měsících života dítěte a měla by být přítomná po dobu alespoň 2 týdnů. Pro dítě je obtížné dosáhnout a udržet si udržet stav klidné bdělosti pro krmení. Dítě je příliš spavé, nebo naopak nadměrně podrážděné. Vlivem nedostatečného krmení dítě neprospívá, nedosahuje věku přiměřené váhy, nebo dokonce váhu ztrácí. Poruchu ale nelze vysvětlit somatickým onemocněním.

Rodiče mohou být úzkostní, vystresovaní, nebo se u nich může vyskytovat dokonce i vážnější psychopatologie.

3.1.2 PPP na úrovni reciprocity pečující-dítě

Tato porucha odpovídá obecně více známému termínu a tím je neprospívání bez organické příčiny (angl. NOFT = *nonorganic failure to thrive*). Je charakteristická nedostatečnou vzájemností mezi matkou a dítětem, která vede k neadekvátnímu příjmu jídla a neprospívání dítěte.

Pojem NOFT ale obvykle bývá používán spíše jako popis stavu, než jako diagnóza a odkazuje k nedostatečnému růstu. Popisuje děti, které padají z původní dostačující růstové křivky a jejich váha se pohybuje pod 3. percentilem na růstových grafech.

PPP na úrovni reciprocity se často zjistí v prvním roce života poté, co dítě navštíví ošetřujícího lékaře při jiných zdravotních obtížích (typicky infekci) a lékař si všimne, že dítě je podvyživené. Děti nevykazují vývoji přiměřené schopnosti, reciproké sociální interakce (zrakový kontakt, úsměv, žvatlání) s primární pečující osobou v průběhu krmení. Dítě neprospívá. Primární pečující osoby si často nejsou problému vědomy, nebo problémy s jídlem a růstem odmítají. Příznaky PPP nejsou v důsledku somatického onemocnění nebo pervazivní vývojové poruchy.

Chatoor uvádí, že z jejich zkušenosti se obvykle na poruchu nepříjde, dokud dítě závažně neonemocní. U dětí se zdá hlava příliš těžká oproti podvyživenému tělu, děti jsou hypotonické, mohou mít studené končetiny, nesmějí se, málo vokalizují, jsou apatické. Rodiče těchto dětí popisuje jako obtížně přístupné, odmítající kontakt s profesionály, nedůvěřivé.

3.1.3 Infantilní anorexie

Při této poruše se zdá, že dítěti chybí apetit. Nezájem o jídlo se dle Chatoor (2012) objevuje nejčastěji mezi 6. měsícem a 3. rokem věku dítěte. Na rozdíl od mentální anorexie se děti s infantilní anorexií (IA) nebojí jídla z důvodu porušeného vnímání vlastního těla, nevyhýbají se jídlu, aby nepřibraly na váze. IA se navíc týká stejně chlapců i dívek, zatímco mentální anorexie se týká spíše dívek a žen.

Rozvoj IA často probíhá již v prvních 6 měsících života. Rodiče popisují, že jejich děti sají jen krátce a pokud dojde k vyrušení například tím, že někdo vstoupí do místnosti, dítě se okamžitě přestane krmit. Navzdory tomu popisují, že do 6 měsíců věku dítěte šlo krmení ještě vcelku dobře.

Jakmile vývoj dítěte pokročí, začne sedět, lézt, chodit apod. jakoby ztrácí čas na jídlo, nevykazuje známky hladu, sní jen pár lžiček a pak už neotevívá ústa apod. Navzdory tomu všemu ale děti mají stále dost energie pro objevování světa. Zdá se, že žijí ze vzduchu.

Nezájem o jídlo přetrvává i do školních let. Děti, které už jsou schopny verbalizace, popisují jídlo jako „nudné“. Výzkum prováděný Chatoor neprokázal korelaci vlivu IA na kognitivní vývoj dítěte, ale ukázal na korelaci, kdy vyšší úroveň stresu v průběhu krmení a jídla měla vliv na to, jak děti skórují v testech vývoje. Jinými slovy to, co negativně ovlivní vývoj není to, že by dítě nebylo schopné získat věku adekvátní přírůstek na váze, ale stres, napětí a konfliktní situace v průběhu krmení a jídla.

Chatoor uvádí, že IA má silné genetické predispozice na základě vlastního pozorování různých skupin dvojčat (jednovaječných i dvojevaječných). Také zmiňuje, že sami rodiče, nebo i jiní příbuzní dětí také vykazovali podobné symptomy nezájmu o jídlo, i když u nich stav nevyžadoval většinou žádnou speciální intervenci.

Prognóza dle longitudinální studie (Ammaniti, in Chatoor, 2012) je taková, že dochází i bez intervence ke zlepšení stavu, přesto ale tyto děti i po letech vykazují symptomy úzkosti, somatických onemocnění a problémy s chováním oproti kontrolní skupině sestávající se z dětí, které jedly normálně.

Chatoor sledovala následný vývoj dětí, které se v minulosti účastnily jejich léčebné studie. Dvě třetiny těchto dětí se zlepšily a měly normální růst i zdravé stravovací návyky. Jedna třetina ale stále vykazovala snížení růstu oproti svému věku, některé byly stále hubené navzdory zlepšení v příjmu jídla. Ale došlo ke zlepšení prožívání rodičů, kteří se smířili s tím, že jejich děti jsou hubené. Ti z rodičů, kteří nedokončili léčebný program, nebo nedodrželi jeho postupy, tak jejich děti i po letech stále vykazovaly slabý růst a přetrvávající obtíže s příjmem potravy, větší symptomatiku úzkostí a poruchy spánku. (Chatoor, 2012)

Diagnostická kritéria pro IA: (Chatoor, 2009)

- A. Dítě odmítá jíst adekvátní množství jídla po dobu alespoň 1 měsíce
- B. Začátek odmítání se objevuje v době přechodu na krmení lžičkou a v době, kdy se dítě učí krmit samo, typicky tedy mezi 6. měsícem a 3. rokem věku dítěte
- C. Dítě málokdy vyazuje známky hladu, projevuje nedostatečný zájem o jídlo a jezení a raději si hraje, chodí kolem, mluví, než aby jedlo.
- D. Vyazuje jasné známky neprospívání (akutní nebo chronická malnutrice podle Waterlowa a kol.1977 (in Chatoor, 2009), nebo dětská výška vyazuje odchylku o 2SD v průběhu 2-6 měsíců).

E. Odmítání jídla nenasedá na traumatickou událost orofarynxu nebo gastrointestinálního traktu.

F. Odmítání jídla není v souvislosti s jiným zdravotním onemocněním.

3.1.4 Smyslové averze vůči jídlu

Dle Chatoor (Chatoor, 2009) lze tuto poruchu najít u jiných autorů pod pojmy jako: vybíravost (*picky eating*), selektivní jezení (*selective eaters*), averzivní jezení, potravinová neofobie (*food neophobia*).

Odmítání jídla se děje na podkladě silné averze vůči jeho textuře, chuti, teplotě nebo vůni. Projevy lze pozorovat od grimas znechucení, přes plivání až po nadavování a zvracení. Dítě většinou odmítá jíst dané jídlo už po první averzivní reakci vůči jídlu a často pak odmítá i zkoušet nová jídla, které připomínají to, které reakci vyvolalo.

Averze vůči jídlu se objevuje zpravidla při přechodu na tuhou stravu, nebo při přechodu na jiný typ stravy (odmítání mléka jiné chutě, než jakou dosud pilo). Známé jídlo jí přitom dítě bez obtíží.

Bez doplňků stravy se objevují specifické dietní nedostatky, jako například vitamínů, zinku, železa, proteinů, ale obvykle nevede k růstovému deficitu, ale může vést naopak k nadváze. Může se objevovat opožděný vývoj řeči. Pokud se objeví v předškolním věku, lze pozorovat u dítěte projevy úzkosti při jídle, vyhýbání se sociálním situacím zahrnujícím stravování. Odmítání jídla nenasedá na traumatický zážitek v oblasti orofaryngu a není způsobeno alergiemi na danou potravinu či jinou zdravotní komplikací.

Je také možná komorbidita s IA, kdy tyto děti nejenže odmítají jíst určitý typ potravin, ale ještě jim chybí i apetit vůči tomu, co by jinak byly ochotny jíst bez obtíží. Tyto děti mívají podváhu.

V DSM-V je tato porucha schovaná pod diagnózu psychogenní ztráta chuti k jídlu (ARFID) a bývá v ní také označována pod pojmy „restriktivní stravování“, „vybíravé stravování“, „vytrvale stejnorodé stravování“ a také jako „potravinová neofobie“. (DC: 0-5, 2016)

3.1.5 Posttraumatická porucha příjmu potravy

Posttraumatická porucha příjmu potravy (PTFD) je charakteristická rozsáhlým odmítáním jíst i pít. V závislosti na typu může dítě odmítat tuhou stravu, ale přitom může být schopno pít tekutiny, nebo naopak odmítají pít z lahve, ale jsou schopny jíst tuhou stravu.

Některé děti pak mohou odmítat veškerý příjem jídla či pití. Porucha se může objevit v jakémkoliv věku od útlého dětství až do dospělosti a objevuje se po předchozí traumatické zkušenosti zasahující oblast orofaryngu nebo gastrointestinálního traktu (GIT). Mezi traumatické zkušenosti patří například dušení se, dávení, zvracení, GER, sondování nasogastrickou (NG) sondou nebo endotracheální sondou, odsávání, násilné krmení. Trauma ze zážitku se může projevat tak, že dítě projevuje výrazný neklid, jakmile je například usazeno do jídelní židličky, intenzivně se brání, když se k němu přiblíží láhev nebo jídlo. Odmítá polknout jídlo, které má v ústech.

Odmítání způsobuje akutní nebo dlouhodobá rizika pro zdraví dítěte, jeho nutriční příjem a růst a ohrožuje jeho vývoj jídelních schopností. Pokud dítě odmítá jíst a pít, hrozí riziko akutní dehydratace, často je potřeba podávat nutriční doplňky, využití intravenózního podání tekutin, NG sondování nebo krmení gastronomickou sondou, nebo parenterální výživa.

Rodiče obvykle na situaci reagují úzkostně, snaží se dítě přimět jíst pomocí rozptylování jeho pozornosti, nabízejí různé varianty jídla, zkouší dítě krmit přes den, v noci, ale bez větších úspěchů. Některé děti, které se bojí pít z lahve v bdělém stavu jsou schopné se nechat nakrmit v průběhu spánku, aniž by si uvědomovaly, že jsou krmené.

V DSM-V je tato porucha zahrnuta pod psychogenní ztrátu chuti k jídlu a synonyma jsou pro ně používány termíny jako „funkční dysfagie“ a „globus hystericus“ (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015).

Diane Benoit rozděluje dva typy vzniku PTFD. První je na bázi potravinové neofobie, která vzniká na podkladě předchozí bolestivé zkušenosti, kterou si dítě spojuje se stimulací v oblasti úst. Dítě se vyhýbá jídlu, aby předešlo očekávané bolesti či nepříjemným pocitům a prožívá úzkost, pokud je vystaveno jídlu. (Benoit & Coolbear, 1998) Druhý předpokládaný mechanismus vzniku je viscerální hyperalgesie, neuropatický stav, při kterém prvotní zkušenost (například pálení žáhy, ezofagitida) ovlivní smyslové nervy (například v jícnu, takže původně neškodné stimuly (př. polknutí tekutiny) jsou vnímány jako bolestivé). (Hyman, in Benoit & Coolbear, 1998)

3.1.6 PPP v souvislosti se současným zdravotním stavem

Tato porucha se může objevit v jakémkoliv věku, může měnit intenzitu svého projevu v závislosti na zdravotní komplikaci, ke které se váže. Dítě je obvykle schopno se začít krmit, ale po chvíli projevuje neklid a odmítá v krmení pokračovat. Existuje nějaký zdravotní stav, ke kterému se neklid váže. Může jím být například GER, kardiologické nebo respirační onemocnění, ale i například alergie. Dítě má problémy s přibíráním a může dokonce

i váhu ztrácet. Kompenzace zdravotního stavu obvykle zlepší PPP, ale nevede k naprostému vyřešení všech obtíží s jídlem. (Chatoor, 2009)

3.2 Závislost na enterální výživě nebo perorálních nutričních doplňcích

V DSM-V se můžeme setkat s tímto termínem, který odkazuje k tomu, že jedinec pro zajištění dostatečného příjmu vyžaduje příkrmování. Jako příklady uvádí krmení alternativními způsoby jako jsou nasogastrická sonda či gastrostomický katetr (pro laiky je známá zkratka PEG jako jedna z forem), ale spadá sem i nutné příkrmování perorálními nutričními doplňky. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015)

V této souvislosti ze zahraniční literatury se můžeme setkat ještě s pojmem *tube dependency* tedy **závislost na sondě**. Tento pojem zavedli v roce 2009 odborníci z Grazu Dunitz-Scheer a kol. (2009) a definovali jej jako aktivní odmítání jíst a pít. Ztrátu zájmu o to učit se, nebo neschopnost, nedostatek vůle k projevu jakéhokoliv náznaku budoucího vývoje stravovacích schopností po době gastrického krmení. Je charakteristická převládajícím nezájmem, odmítáním jídla a aktivním odmítáním, navalováním, zvracením, přecitlivělostí, úzkostí a dalším opozičním a averzivním chováním vůči jídlu a jídelní situaci. Může narušit kvalitu života dítěte i jeho rodiny do takové míry, kdy všechny ostatní problémy se zdají nedůležité ve srovnání s tím, že dítě není schopno jíst a pít.

Závislost na sondě se rozvíjí u dětí, které by měly být po medicínské stránce schopny přijímat a trávit jídlo, a přesto nejsou schopné zbavit se krmení sondou. Důvodem jsou nedostatečně rozvinuté orální techniky potřebné k příjmu jídla orální cestou. Dětem objektivně nic nebrání se tyto techniky naučit kromě jejich vlastního odmítání. Díky sondování většinou dobře prospívají, ale není to pravidlem. Sondované děti se stávají zcela závislé na vnější regulaci krmení bez zřejmého zdravotního důvodu.

Autoři rozlišují 3 fáze sondování.

1. První fáze: V první fázi je za cíl dosažení adekvátního nutričního příjmu a adekvátního růstu a prospívání
2. Druhou fází je fáze udržení, ve které je potřeba cíle z první fáze stabilizovat a udržet
3. Třetí fází je pak samotné odsondování

Závislost na sondě se dle autorů objevuje po první nebo druhé fázi, a to někdy dokonce už po týdnu od začátku krmení sondou. (Dunitz-Scheer et al., 2009)

3.3 Vybíravost (*picky eating*) a potravinová neofobie

Vybíravost je poměrně kontroverzní pojem, a to především k jeho nejasné definici. Různí autoři ve svých výzkumech definují pojem vybíravosti různě. Nejmarkantnější jsou tyto rozdíly především v dimenzi závažnosti. Tato nejednotnost v terminologii značně stěžuje nejen možnosti srovnání různých výzkumů této problematiky, tak samozřejmě stěžuje možnost diagnostiky a následné terapeutické intervence. Řada výzkumů nespolehá na objektivní posouzení stavu dítěte, ale využívá toho, že rodiče sami popisují dítě jako vybíravé. Také ohledně potravinové neofobie, tedy strachu z nového, neznámého jídla, řadí různí autoři různě. Někteří ji chápou jako samostatnou jednotku, většinou přiřazenou pod averze kvůli smyslovým vlastnostem jídla (tedy v souvislosti s poruchou senzorycké integrace), jindy je brána jako zvláštní případ vybíravého jedení.

Taylor a kol. (2015) ve svém srovnání prací na téma vybíravosti zmiňují problematiku, kdy na jednom konci je vybíravost pojímána jako forma PPP (McCormick a Markowitz, in Taylor et al., 2015), na straně druhé jiní autoři vybíravost od ostatních PPP jednoznačně odlišují (Kerzner et al., in Taylor et al., 2015).

Cano a kol. (2015) uvádí, že vybíravé děti jsou velmi heterogenní skupina zahrnující jak vybíravost jako normální fázi vývoje dítěte, ale také děti, které již spadají pod diagnózu ARFID dle DSM-V. Hovoří pak o „přechodné vybíravosti“, kterou pojímá jako běžnou fázi vývoje dítěte a kterou je nutné odlišit od vybíravosti, u které je riziko rozvoje PPP, kterou označuje jako „přetrvávající vybíravost“. Ve svém výzkumu využívá například pojmu vybíravosti ne jako diagnostické kategorie, ale ve významu popisu určitého chování. ARFID pak vidí jako extrémní případ vybíravosti s významnými klinickými projevy stresu nebo postižení vývoje a ovlivňující život dítěte.

Taylor a kol. (2019, p. 162) upozorňuje, že je potřeba diagnózu ARFID od vybíravosti důsledně rozlišovat, na základě toho, že ARFID v sobě zahrnuje i přítomnost nutričního deficitu jako důsledek nedostatečného příjmu potravy, neprospívání nebo závislosti na enterální výživě nebo perorálních nutričních doplňcích. Jako synonyma pro vybíravost uvádí i například selektivní jedení. Autorka se drží definice Dovey a kol., který popisuje děti, „které jedí nedostatečnou rozmanitost potravin na základě odmítání pro ně známých potravin (jako i neznámých).“ Potravinovou neofobii rozlišuje Dovey (in Taylor et al., 2015; 2019)

jako samostatný konstrukt, ale který je k vybíravosti v těsném vztahu a oba ovlivňují schopnost dítěte přijímat jídlo, především se to pak týká ovoce a zeleniny.

V DSM-V je vybíravost pojímána jako jeden z příznaků psychogenní ztráty chuti k jídlu (ARFID) a to na podkladě averze vůči smyslovým kvalitám jídla. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015)

Marchi a Cohen (in Chatoor 2009) definují vybíravost jako přítomnost 3 z následujících projevů chování: dítě nejí dostatečně, je vybíravé v jídlu, obvykle jí pomalu, nebo nemá o jídlo zájem. Až na část „je vybíravé v jídlu“, kterou Chatoor řadí právě pod smyslové averze vůči jídlu, je dle autorky vše ostatní součástí infantilní anorexie.

Jiní autoři naopak potravinovou neofobii pojímají přímo jako součást vybíravosti, která ji ale nevysvětluje zcela. Vybíravost je dle nich rozšířena ještě o odmítání jídla na základě jeho vzhledu, vůně, textury a chutě. (Johnson, Moding & Bellows, 2018). Potravinová neofobie je tedy specifický případ vybíravosti.

Fraňková a kol. (2013, p. 110) popisuje vybíravého jedince jako toho, kdo „se dobrovolně omezuje v příjmu potravy jen na malý segment spektra nabízených a dosažitelných potravin nebo jídel, ostatních si z vlastního rozhodnutí vzdává.“ A v nezávažných případech, kdy není vybíravost spojena s jiným závažným onemocněním, není dle Fraňkové vybíravost pro dítě tak nebezpečná a je dobře přístupná výchovným vlivům.

Někteří autoři zkoumali, jak rodiče definují a vnímají vybíravost u svého dítěte. (Boquin, Moskowitz, Donovan & Lee, 2014; Trofholz, Schulte & Berge, 2017)

Boquin a kol. (2014) nechal rodiče, aby definovali pojem vybíravost. Objevovaly se dvě hlavní charakteristiky. První byla potravinová neofobie, tedy nechota zkoušet nové věci, druhým konzumace pouze omezeného druhu a množství jídel. V návaznosti na to, pak vybíravost rodiče popisovali, že musí připravovat určité jídlo a určitým způsobem, dítě jídlo nezajímá, nesoustředí se na něj, anebo se dokonce snaží aktivně vyhnout jídlu. Nevybíravé děti pak popisují jako ty, které rády zkouší nová jídla a baví je, jíst neváhají, při jídlu spolupracují a neodmlouvají po celý čas jídla. Autoři na základě těchto zjištění odvozují, že vybíravost je spíše zastřešující pojem pro soubor charakteristik nebo projevů chování.

Trofholtz a kol. (2017) se věnovali podobnému výzkumu, kdy se ptali 88 rodičů, jak by definovali pojem vybíravost. Odpovědi se dají rozdělit do 4 skupin. Nejčastější odpovědí bylo, že dítě *nemá rádo pár druhů jídel*. Další popisovali, že vybíravost je, že má dítě *velmi omezený příjem jídla*, nebo *odmítá celou určitou potravinovou kategorii*. Třetím typem odpovědi byla *zaujatost vůči textuře jídla*, nebo *jak jídlo vypadá*. Poslední pak popisovali vybíravost jako

potravinovou neofobii, tedy neochotu ochutnávat nová jídla. Občas se ještě objevilo popsání, že se *preferance dítěte, co bude jíst často mění* a dítě si vybírá, co a kdy bude a nebude jíst.

Práce obou výše zmíněných autorů nám ukazují, že při jednání s rodiči je velmi důležité, nechat si od nich podrobně popsat, nejen jak se jejich dítě v jídelní situaci chová, ale i jak oni sami chápou to, když dítě popíše jako vybíravé.

Z výše popsaného se přikláním k chápání vybíravosti jako zastřešujícího pojmu pro soubor různých charakteristik spojených s jídlem a způsobů chování v jídelní situaci, a to na kontinuu od nezávažných forem, které jsou považovány za běžnou součást vývoje dítěte, neohrožující významně jeho nutriční příjem, neovlivňující prospívání a růst apod. až po patologické stavy jako je ARFID.

Jako velmi užitečné shledávám výše zmíněné rozdělení vybíravosti na přechodnou a přetrvávající (Cardona Cano, Hoek & Bryant-Waugh, 2015).

Dovey a kol. (2019) se věnovali rozlišení vybíravosti od ARFID a poruchy autistického spektra (PAS) od běžně se vyvíjejících dětí. Zjistili, že projevy v chování ARFID a vybíravosti jsou si navzájem velmi podobné, ale přesto mezi nimi našli určité signifikantní rozdíly. Děti s ARFID vykazovaly menší míru rezpozivity na jídlo oproti dětem s běžným vývojem a vybíravostí, ale nelišily se od dětí s PAS. Děti s PAS projevovaly větší problémy v sociální i nesociální hypersenzitivitě a vyšší míru problémů s chováním než ostatní zkoumané skupiny. Dovey tedy zmiňuje přínosy využití dotazníkové metody CEBQ (dotazník dětského stravovacího chování) a rozlišení vybíravosti od ARFID právě na škále měřící rezpozivitu dítěte vůči jídlu. Významný rozdíl lze sledovat ve vývoji hypersenzitivity, kdy děti s vybíravostí jsou schopné postupné desenzibilizace, ke které u dětí s ARFID nedochází.

Ovšem, a to je velmi důležité zmínit, Dovey zjistil, že v jejich skupině byly děti s ARFID vyššího věku než děti s vybíravostí. Příznaky ARFID se začaly objevovat kolem 5 let věku dětí. Autoři jsou toho názoru, že u dětí se může časem vybíravost vyvinout v ARFID. Na základě těchto výsledků se i já přikláním ke stejnému názoru, že tyto termíny jsou spíše součástí jednoho kontinua než oddělené diagnostické kategorie. (Dovey, Kumari & Blissett, 2019)

3.4 Neprospívání

Neprospívání (FTT = *failure to thrive*) je syndrom, při kterém primárně dochází k nedostatečným hmotnostním přírůstkům, nebo dokonce dochází k váhovému úbytku. (SR,

MEFANET, n.d.) Tyto přírůstky jsou podstatně nižší než u jejich vrstevníků. U dětí, které se narodily s normální váhou a délkou se bere jako neprospívání i to, když poklesnou pod 3. percentil hmotnosti, nebo spád o 2 percentilová pásma.

FTT postihuje 3-5 % kojenců a batolat a jen v 5-18 % je příčina organická. U dětí hospitalizovaných lze organickou příčinu najít jen ve 20-40 %, u dětí léčených ambulantně je to pak ještě méně. (Frühauf, 2004; 2013) FTT z neorganických příčin se v zahraniční literatuře označuje zkratkou NOFT. U FTT tak můžeme sledovat tři typy možných příčin: Organické, neorganické a smíšené, kdy zdravotní problém v kombinaci s neorganickými příčinami vede k rozvoji neprospívání. (Frühauf, 2004)

Zvýšené pozornosti při hodnocení FTT je třeba při familiárně nižší postavě a konstitučním růstovém opoždění; děti s intrauterinní růstovou retardací (v angličtině pod zkratkou IUGR)¹; a pak kojené děti². (tamtéž)

Při hodnocení neprospívání jsou jednou z pomůcek pro hodnocení tzv. růstové grafy³. Zhodnocení jednotlivých grafů a jejich ukazatelů, hodnocení v časovém horizontu (hodnocení průběhu růstu), stejně tak jako schopnost zhodnocení vzájemného vztahu jednotlivých grafů mezi sebou je pro diferenciální diagnostiku neprospívání velmi důležité. Z grafů můžeme vyčíst například růstové tempo, které stejně tak jako hmotnostní přírůstky v průběhu vývoje kolísají. Například u kojenců dochází k nejrychlejšímu růstu v prvních 2 měsících života a postupně výše přírůstku klesá. (Frühauf, 2013). V případě kojených dětí je potřeba mít na paměti, že jejich růst se může od růstu dětí nekojených lišit, jak dokládají údaje SZÚ. ("Referenční grafy s percentilovými křivkami kojených dětí, SZÚ", n.d.)

Kromě antropometrických parametrů, anamnézy, zhodnocení současného zdravotního stavu dítěte může při podezření na neprospívání pomoci například kompletní krevní obraz, rozbor moči, měření elektrolytů, test na poruchy štítné žlázy a celiakii případně další specifické testování, jeví-li se jako účelné. (Homan, 2016)

¹ V anglicky mluvících zemích rozlišují ještě termín SGA (Small for Gestational Age = malý s ohledem na gestační stáří), který popisuje stav při porodu. Je potřeba jej odlišit od pojmu IUGR (intrauterine growth restriction). Dítě s krátkou epizodou IUGR se nemusí narodit jako SGA. Stejně tak dítě s SGA nemuselo v intrauterinním průběhu vývoje trpět IUGR. (Frühauf, 2004)

² O odlišnosti růstové problematiky u kojených dětí například zde: <http://www.szu.cz/publikace/data/rust-kojenych-deti?highlightWords=r%C5%AFstov%C3%A9+grafy+kojen%C3%BDch>

³ Pro bližší informace o růstových grafech doporučuji stránky Státního zdravotnického úřadu (SZÚ), kde jsou jednotlivé růstové grafy i k nahlédnutí. Odkaz: <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni>

4 Terapie u malých dětí

Jak se shodují i odborníci u nás, je léčba PPP náročná. Jedním z důvodů je absence nezbytných expertních týmů, které jsou běžné v zahraničí. (Frühaufer, 2004; "Česko-slovenská pediatrie", 2014) Ve vyjádření o poruchách příjmu potravy se od doporučení expertní skupiny dětské gastroenterologie a výživy dočteme, že mírnější formy řeší PLDD, závažnější expertní tým. O pár řádků níže se ovšem uvádí: „Terapie PPP není jednoduchá, v zahraničí se této diagnóze věnují celé týmy pracovníků. V našich podmínkách lze na úrovni PLDD matku uklidnit a poradit jí se změnou přístupu ke krmení dítěte.“ ("Česko-slovenská pediatrie", 2014).

Na základě telefonické konzultace s ergoterapeutkou Mgr. Repaskou, která 10 let pracovala s poruchami příjmu potravy u dětí v USA a v současné době vede Terapeutické Ihrisko Janka (TIJA) ve slovenském Popradu, jsou děti ke stravovacím terapeutům nejčastěji odeslány ošetřujícím lékařem. Ti se v USA řídí diagnostickým manuálem DSM-V čili jsou s problematikou ARFID i méně závažnými, ale problematickými stavy obeznámeni. Pokud přicházejí sami rodiče, v drtivé většině případů mají somatická vyšetření již za sebou. K terapeutovi se tak dostává dítě, u kterého je předpoklad, že u něj není somatická příčina, která by bránila přijímání potravy, či měla mít negativní dopad na terapii.

V našich podmínkách je ale postup od lékařů k nelékařským pracovníkům problematický. Jak je zřejmé z představení diagnostických manuálů, v České republice se řídíme manuálem MKN-10. Z referencí rodičů se pak jeví, že pracovníkům ve zdravotnictví chybí širší povědomí o psychogenní stránce problematiky příjmu potravy. S ohledem na tvrzení MUDr. Frühaufera výše, hodnotím tento stav jako alarmující. Z konzultace s MUDr. Raušovou, která pracuje jako pediatra pro děti s perinatální zátěží v rámci CKP (Centrum komplexní péče) při VFN (Všeobecná fakultní nemocnice) je jasné, že ani lékaři nechtějí děti zbytečně zatěžovat nadměrným množstvím vyšetření. Včasné rozpoznání psychogenního podkladu obtíží může děti radě vyšetření ušetřit. Lékaři musí často bilancovat nad tím, kterými všemi vyšetřeními mají dítě vystavit, aby potvrdili, nebo naopak vyvrátili možnou somatickou příčinu. Na druhou stranu tato vyšetření mají své limity, ať z pohledu výtěžnosti získaných informací, tak s ohledem na zátěž pro vyšetřované dítě.

Zajímala jsem se, zda například Fakultní nemocnice v Motole, kam dochází řada pražských rodičů, se kterými konzultuji, nabízí ucelenou péči podobnou té v zahraničí, jako

příklad jsem uvedla kliniku NoTube v rakouském Grazu. Z e-mailové odpovědi⁴ od primářky oddělení klinické psychologie Mgr. Zuzany Kocábové cituji: „U nás na Pediatrii se sice s těmito dětmi nezdídko setkáváme, ale systematický program jim nenabízíme. Zejména proto, že multidisciplinární tým nastavený tak, jak bývají v některých zahraničních nemocnicích (tam, kde si rodiny celou léčbu platí samy), pojišťovna neproplácí.“

Při popisu terapií vycházím tak výhradně ze zahraničních a multidisciplinárních přístupů. Je tedy potřeba si uvědomit, že popisované techniky jsou v naprosté většině součástí širší terapeutické intervence z řad lékařských i nelékařských profesí. Literatura uvádí souhrn následujících specializací, které v rámci terapie na léčbě PPP nejčastěji spolupracují. V reálné praxi se jedná o různé kombinace následujících profesí: lékař (gastroenterolog, pediatr aj.), psycholog, klinický logoped, nutriční terapeut, ergoterapeut, v případě hospitalizací i zdravotní sestra. ("Česko-slovenská pediatrie", 2014; Silverman, 2015; Krom, de Winter & Kindermann, 2017; Sharp, Volkert, Scahill, McCracken & McElhanon, 2017) Tito odborníci jsou nezbytní pro stanovení správné diagnózy a odhalení příčin a možných komplikací, které se problematiky PPP týkají. Jejich následná spolupráce při plánování léčby je v terapii nezbytná. V řadě případů ambulantní forma péče není dostatečná a je potřeba intenzivní multidisciplinární péče v průběhu hospitalizace. (Sharp et al., 2020)

Prvním nápadným kritériem, dle kterého můžeme terapii rozdělit, je intenzita poskytované péče. Základním dělením je dělení na péči při hospitalizaci, ambulantní a terénní. Rozdíl mezi ambulantní formou a terénní je ten, že při terénní terapii se členové rodiny pravidelně nesetkávají u terapeuta v ambulanci, ale terapie probíhá buď zprostředkovaně například telefonickou formou, obvykle formou videohovorů a korespondenčně, anebo terapeut vyjíždí přímo k rodině domů. Často jsou tyto formy vzájemně kombinovány. Po intenzivní úvodní terapii při hospitalizaci či ambulantním docházení rodiny, jsou rodiče v následující léčbě zaučeni a terapie již probíhá v domácím prostředí. Tato forma podporuje přenos úspěchů léčby i do domácího prostředí, do běžného života a zlepšuje dlouhodobý pozitivní dopad terapie. (Taylor, Purdy, Jackson, Phillips & Virues-Ortega, 2019; Silverman, 2015; Babbitt et al., 1994)

Marshall a kol. (2015) terapie rozděluje dle toho, vůči komu je terapie cílená: Na dítě zaměřené terapie, na rodiče zaměřené terapie, či na oba. Z terapií zaměřených na dítě jsou dle nich nejčastěji využívány koncepty systematické desenzibilizace nebo operantního podmiňování. U rodičů je zaměření na bázi poskytnutí tištěných edukačních materiálů a

⁴ (Kocábová, Z. osobní e-mailová korespondence, 3.9.2020)

edukační sezení. Další možností jsou rodičovské edukační skupiny. (Sharp, Volkert, Scahill, McCracken & McElhanon, 2017)

Na toto rozlišení dále navazuje, kdo je hlavní terapeutickou osobou při změně behaviorálních projevů dítěte vůči jídlu. Hlavní působící osobou může být terapeut, kde pojmem terapeut nyní rozumím kteroukoliv osobu, která na základě svého profesního vzdělání přímo pracuje s dítětem) anebo rodič v terapeutické roli. Rodič je zaučen profesionálem, jak má na dítě systematicky a cíleně působit tak, aby došlo ke kýženým změnám ve stravování dítěte. Tento systém bývá používán nejen v rámci ambulantních a distančních forem, ale i v případě hospitalizací. (Sharp, Volkert, Scahill, McCracken & McElhanon, 2017)

Dle zaměření užitých technik cílených na terapii můžeme dále rozdělit na:

1. Obecně platná pravidla stravování. Do této kategorie spadají obecná pravidla, která jsou často prvotní intervencí, se kterou se rodiče setkávají už v rámci kontrol u praktického lékaře. Jsou to pravidla, která jsou obecně uznávaná napříč odborníky a jsou užívána ke zlepšení stravování bez ohledu na to, s jakým specializačním vzděláním ten, který terapeut nadále pracuje.

Stravování by se pro maximalizaci pocitů hladu a nasycení mělo odehrávat v 5 denních jídlech (3 hlavní a 2 svačiny) s časovým odstupem 3-4 hodiny. Jídlo by mělo trvat maximálně 20 až 30 minut (u dětí s motorickým deficitem až 45 minut). Při jídle by měly být odstraněny všechny prvky, které od samotného jídla odvádí pozornost (televize, rádio, hračky), stolování by vždy mělo probíhat na k tomu určeném místě, dítě by mělo sedět v ergonomicky vyhovující židliče. Servírujeme pokrmy, které odpovídají vývojové úrovni a schopnostem dítěte. Strava by měla být rozmanitá a nutričně vyvážená. Dítě by mělo být podporováno v samostatném jedení, nálada u jídla by měla být vřelá, nekonfliktní a respektující. Na dítě by při jídle neměl být vyvíjen nátlak. Dítěti předkládáme porce úměrné jeho schopnostem. Příliš velké porce děti mohou demotivovat. (Červenková, 2017)

2. Z psychologických technik přímo cílených na ovlivnění stravování se lze nejčastěji setkat s behaviorální terapií, u starších dětí následně s kognitivně-behaviorální terapií a terapiemi hrou. Dále s psychoedukačními technikami. Běžnou součástí je ale i běžná psychoterapie v závislosti na typu výcviku konkrétního psychologa, které bývají cílené

převážně na rodiče, jeho prožívání či případnou psychopatologii. V následujícím textu se budu věnovat pouze technikám cílených konkrétně na ovlivnění stravování.

3. Z technik, kterými do léčby vstupují nejčastěji **kliničtí logopedi** jsou oro-motorická terapie (orofaciální stimulace, oro-motorická cvičení).

Jednu z těchto technik je i orofaciální regulační terapie (OFRT) vytvořená Rodolfo Castillo Moralesem. Moreles chápe orofaciální motoriku jako součást širšího fungování celého těla, zdůrazňuje tedy kvalitu motoriky v celotělovém konceptu. U dětí nedostatek zkušeností s jídlem může vést k deficitům ohledně zpracování stravy a následné potřebě tohoto typu terapie. (Wilken, Cremer & Echtermeyer, 2015). OFRT byla vyvinuta pro pacienty s hypotonickou orální muskulaturou a staví na multidisciplinárním přístupu k orofaciální dysfunkci. Role rodiče je přitom při OFRT klíčová. (Kelly, Pritchard & Thompson, 2012).

Používají se techniky poklepávání, masáží, vibrací pro úpravu svalového tonu. Pokud jsou svaly neaktivní a nezapojují se do pohybu, může být nezbytné je rozcvičit. Stejně principy platí i pro pohyblivost jazyka. (Manno, Fox, Eicher & Kerwin, 2005)

4. **Farmakoterapie.** Krom a kol. (2017) zmiňují především užití farmakoterapie v rámci léčby bolestivých stavů a úzkostí. Obecně ale od farmakoterapie u sondovaných dětí varují pro nedostatečná výzkumná data ohledně účinnosti a také pro riziko vedlejších účinků léků.

Sharp a kol. (2017) zkoumali účinky d-cykloserinu v dvojité zaslepené studii za použití placebo u dětí ve věku 20-58 měsíců s diagnózou ARFID. Již po pěti dnech vykazovala léčba u dětí zlepšení v jejich averzivním chování vůči jídlu.

Jiní autoři představili využití farmakoterapie v léčbě PPP u dětí za využití léků pro léčbu chronických bolestí (amitriptylin nebo gabapeptin, quetiapin, olanzapin). (Davis, Bruce, Mangiaracina, Schulz & Hyman, 2009; Andersen et al., 2020)

Dalšími z užívaných léků jsou mirtazapin. Jediný z léků, u nějž byli v souvislosti s PPP u dětí použita dvojité zaslepená studie je D-cykloserin (DCS) u dětí s chronickým odmítáním jídla ve věku 20-58 měsíců. (Thomas, Wons & Eddy, 2018)

5. Ve **výživové oblasti nutriční terapeuti** nejčastěji hlídají kvalitní a vyvážený orální příjem s ohledem na individuální potřeby dítěte, monitorují hydrataci a sledující postup ve zlepšování orálního příjmu, což je zásadní nejen u dětí, které se zbavují sondy.

6. Z **ergoterapie** se lze setkat nejčastěji s terapií senzorické integrace jako typicky ergoterapeutickou technikou (s metodou, se kterou se lze setkat nejčastěji v ČR užívanou u malých dětí v souvislosti s jídlem, je terapie poruch senzorické integrace, která využívá hravých aktivit zaměřených na jednotlivé smysly). Z protokolů stojí za zmínku jmenovitě například Wilbargerův protokol, označovaný také jako kartáčování. Terapii poruch senzorické integrace je vhodné kombinovat i s orálně motorickou intervencí, protože kvalita senzorické integrace významně ovlivňuje i kvalitu motoriky orální oblasti. (Manno, Fox, Eicher & Kerwin, 2005). Ačkoliv je práce se senzorickou integrací často velmi důležitým aspektem v léčbě PPP u dětí, nebudu se dále v práci terapii senzorické integrace věnovat. Certifikované kurzy terapie SI bohužel nejsou určeny terapeutům z oboru psychologie. Terapeuticky se těmto metodám věnují ve světě ergoterapeuti, fyzioterapeuti a kliničtí logopedi. V českém jazyce velmi pěkně zpracovala problematiku a terapii senzorických poruch v souvislosti s jídlem potravy Mgr. Barbora Červenková, povoláním klinická logopedka. Odkaz na dostupný článek je k nalezení v seznamu literatury této práce. Zajímavou alternativou pro psychology pro práci se senzorickou složkou u dětí s PPP by mohl být Snoezelen.

Další zajímavou ergoterapeutickou metodou je například řetězení potravin (*food chaining*), kterou vyvinula ergoterapeutka Cheryl Fraker. Metoda je určena pro vybíravé děti pro rozšíření jejich jídelníčku. Jídlo se dítěti předkládá na základě vzájemné podobnosti. K preferovanému jídlu se na základě některé podobnosti (například chuťové, vizuální, strukturové) nabízí jídlo nepreferované či odmítané. Technika obsahuje 6 kroků. V prvním kroku je dítě somaticky vyšetřeno, hledají se možné somatické příčiny odmítání jídla. V druhém je hodnocen nutriční stav a role možných alergií na výživu dítěte. Třetí krok je zaměřen na orálně motorické schopnosti a případné problémy v oblasti se zpracováním potravy jako je žvýkání či polykání. Čtvrtý krok zahrnuje kvalitu senzorické integrace. V pátém je cíleno na chování při stravování. V kroku šest se hodnotí z jídelníčku, který dítě přijímá, co je tou esencí, že zrovna tyto potraviny dítě akceptuje. Co mají společného. Na základě tohoto společného jmenovatele jsou dítěti předkládána nová jídla a jídelníček je postupně rozšiřován. (Fraker, Walbert, Fishbein & Barker, 2007)

Dömötör a Cserép porovnali literární zdroje v období 2012-2015 a sepsali v přehledné tabulce 2 formy intervence používané při léčbě ARFID⁵. (Dömötör & Cserép, 2017)

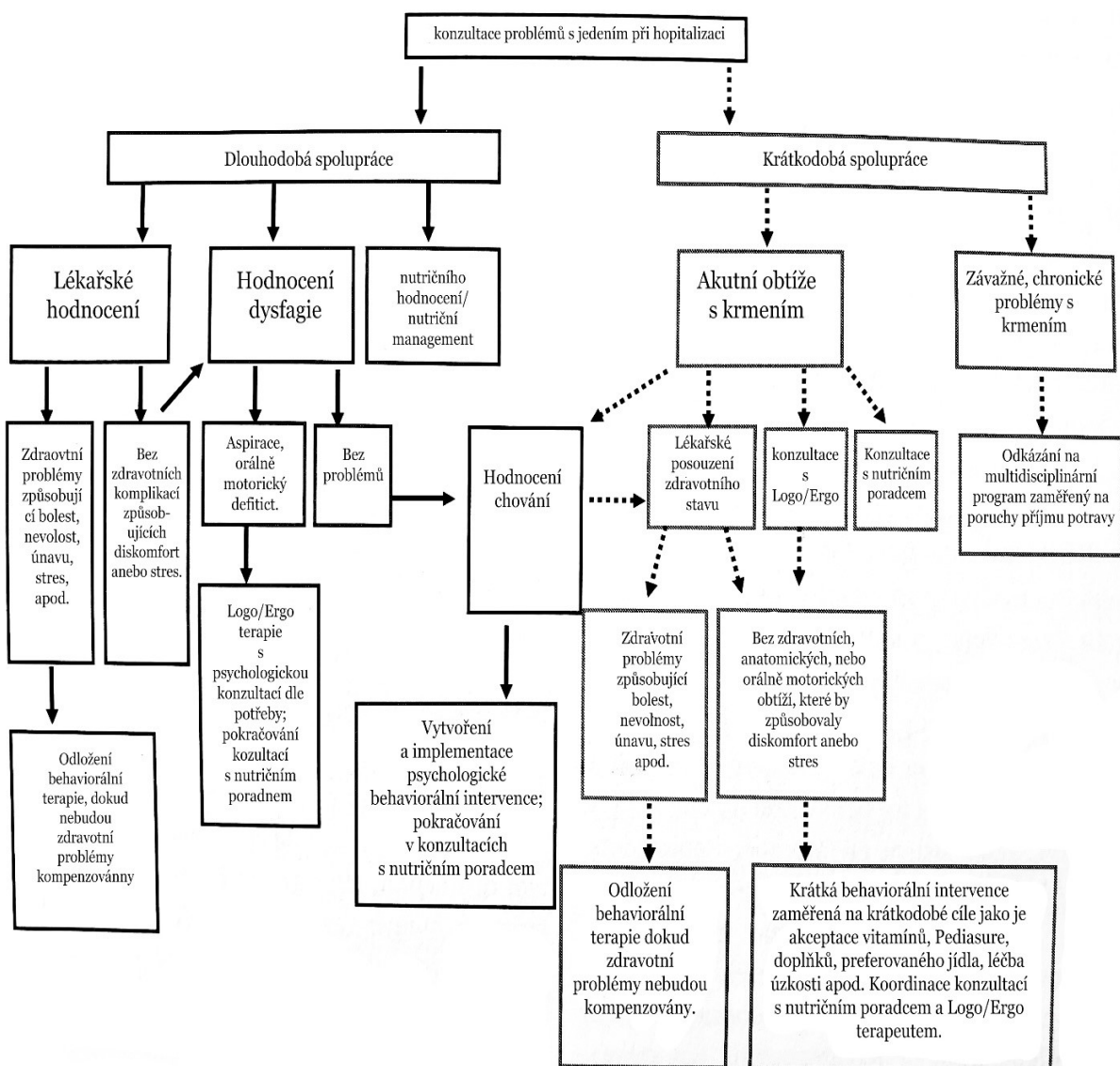
⁵ Užívaných i pro dospělé

Tabulka 2. Způsoby intervence užívané při léčbě ARFID

Terapeutická metoda	Základní intervence	Indikace
Nutriční poradenství	Nutriční doplňky, vitamíny, nutri-drinky, vápník, probiotika	Většina případů: podvýživa, nízká tělesná hmotnost
Psychoedukace	Léčba s vytyčením cílů a jednotlivých kroků, následky nutričních deficitů, symptomy nesprávné interpretace, psychoedukace pro rodinné příslušníky	Generalizované/úzkostné/na zkušenosti založené odmítání
Behaviorální terapie a KBT	Standardní terapie fobie, postupná expoziční terapie (obvykle kombinované s dalšími způsoby) Behaviorální experimentování (představení nového jídla se známými sensorickými vlastnostmi) Změna sensorických kvalit jídla, nebo pacientova vnímání sebe sama, zvážení nutričních rizik, zvyšování vlastní odpovědnosti, kognitivní restrukturalizace, in-vivo a interoceptivní expozice, systematická desenzibilizace s technikami zvládnání úzkosti	Úzkostné nebo sensoricky podmíněné vyhýbání jídlu, averzivní zkušenost, strach z dušení se Sensoricky podmíněné restriktivní chování, negativní zkušenosti nebo emočně podmíněné obtíže s jídlem Nedostatečný zájem o jídlo nebo sensoricky podmíněné odmítání Averzivní s jídlem související zkušenosti, emoční faktory ovlivňující odmítání a omezení jídelníčku, strach z dušení se nebo zvracení
Sebe-regulace a zvládnání úzkosti: relaxace, imaginace, biofeedback	Dýchací a progresivní relaxační techniky, řízená imaginace zaměřená na jezení (součást KBT nebo desenzibilizačních technik). Biofeedback, techniky na seberegulaci	Averzivní zkušenosti, úzkostné, fobické nebo sensoricky podmíněné averzivní odmítání a vyhýbání se jídlu
Na rodinu zaměřená péče	Změna zažitých vzorců chování při krmení a vzájemné interakci, zaměřená na zvládnání úzkosti a krmení, zaměřená se na posilování zdravého chování	Úzkost z jídla, neadekvátní interakce, patologické způsoby krmení jako tlak rodičů na jídlo, potřeba individuace
Farmakoterapie	Antidepresiva, benzodiazepiny	SSRIs, Při zvážení emočních faktorů (jako přítomnost deprese, úzkostí)

Andersen a kol. (2020) uvádí, že psychologická péče o děti se stravovacími obtížemi v pediatrii by měla směřovat na behaviorální stránku problematiky se současným jasným stanovením léčebného plánu od dalších oborů, včetně lékařské péče. V první řadě by měla být ale jistota, že dítě je somaticky připravené pro léčbu a je tedy behaviorální léčba bezpečná. Například při riziku aspirací při probíhající nemoci, či stavech nepohody je behaviorální terapie kontraindikována, dokud tyto symptomy neodezní. Je třeba pečlivě zvážit délku a intenzitu trvání péče s ohledem na historii stravování dítěte. Andersen a kol. (tamtéž) vypracovali Strom rozhodování⁶ znázorněný ve schéma 1, který má psychologům usnadnit výběr vhodné péče a její načasování.

Schéma 1: Strom rozhodování



⁶ Volně přeloženo

4.1 Behaviorální intervence a terapie

Nejčastěji zmiňovanou terapií u malých dětí je behaviorální intervence (BI), tento pojem shrnuje jak obecné techniky ovlivňující chování, tak samotnou behaviorální terapii (BT) a kognitivně-behaviorální terapii (KBT).

Mezi obecnými BI zmiňují někteří autoři využití na rodinu zaměřené terapie, individuální behaviorální terapii, neuro-lingvistické programování a snižování úzkosti u rodičů, strukturování jídel, sociální modelování a z BT pak pozitivní podmiňování. (Krom, de Winter & Kindermann, 2017; Kerwin, 2003)

Mezi základní formy BI patří environmentální strategie v jídle. (Silverman, 2015) Tyto techniky jsou představeny výše pod obecnými pravidly ve stravování. Další je opakovaná expozice, nebo také opakované nabízení nových a nepreferovaných jídel. Jídlo by mělo být nabídnuto alespoň 10krát, než se přejde k dalšímu novému jídlu. V určitých jasně vymezených jídlech dítě musí jídlo zároveň i ochutnat. Mezi environmentálními strategiemi zmiňuje Silverman i kontrolu stimulů, kam řadí techniky behaviorální terapie. A jako poslední zmiňuje naladění se na jídlo. Jako typické uvádí vynechání velmi oblíbených a nabuzujících aktivit těsně před jídlem.

Techniky BT jsou používány na všech úrovních intervence – jak při hospitalizacích, ambulantních tak i terénních formách terapie. Častěji s technikami pracuje přímo vyškolený terapeut. V rámci snahy zvýšit šanci na generalizaci účinku i na domácí podmínky pacientů se využívá zaškolení rodičů a pokračování v terapiích v domácích podmínkách. V rámci léčby bývají nejčastěji používány kombinace metod. BT také nebývá používána sama o sobě, ale je součástí komplexní léčby.

BT se dělí na klasické a operantní podmiňování. Klasické podmiňování vychází z učení založeného na základně reakcí na stimuly a jsou minimálně ovlivněny následky, například tresty a odměny poté, co se objeví dané chování. Jako příklad Benoit a Coolbear (1998) uvádí situaci, ve které přestaneme věnovat pozornost dítěti, když začne plivat jídlo, nepovede to ke zmírnění této reakce, pokud vznikla na základě klasického podmiňování. Právě u dětí s PTFD uvádí, že jejich reakce na jídlo (fobická) vznikla na základě klasického podmiňování. Z klasického podmiňování zmiňuje systematickou desenzibilizaci a zaplavení (*flooding*, *implosion*).

4.1.1 Klasické podmiňování

Systematická desenzibilizace je technika, kdy dochází k postupnému přivykání na zdroj strachu, v tomto případě na jídlo. Dítě při této technice z velké míry kontroluje intenzitu a rozsah expozice. Postup je závislý na reakci dítěte. Výhodou je, že dítě obvykle není vystavováno větší nepohodě, není přítomen pláč. Nevýhodou je obvykle velmi pozvolný terapeutický postup. Nejčastěji tato technika bývá používána klinickými logopedy a ergoterapeuty. (Benoit & Coolbear, 1998)

Systematická desenzibilizace nebo také přivykání je součástí technik **manipulace s antecedenty**, tedy s podněty, které určitému chování předchází. Mezi takové manipulace patří kromě výše zmíněného i vytvoření pozitivního jídelního prostředí s minimem rozptýlení, přizpůsobení stravovacího režimu tak, aby byl podpořen pocit a motivace hladem (v závislosti na doporučení nutričního poradce) a uzpůsobení jídla, které je dítěti předkládáno. Při přivykání postupně manipulujeme s určitou částí stimulu, v případě jídla se může jednat o jeho chuť, texturu, objem tak, abychom dosáhli kýženého výsledku. Pokud bychom například chtěli, aby se dítě, které pije výhradně slazené nápoje, naučilo pít čistou vodu, postupně mu nápoje ředíme stále více vodou a zvyšujeme poměr čisté vody až do chvíle, kdy je dítě schopno vodu akceptovat. Pokud například prezentujeme nové jídlo, můžeme napřed předkládat jen velmi malé sousto (velikosti zrníčka rýže) a postupně zvyšovat velikost sousta, až bude odpovídat věku odpovídající velikosti. Nebo lze využít postupu, kdy je nové jídlo prezentováno na preferovaném jídle a postupně zmenšujeme velikosti preferovaného oproti novému jídlu až je dítě schopné původně nepreferované jídlo přijmout. Základní myšlenkou je, že opakovaně spojujeme podnět vyvolávající u dítěte averzi (jídlo, hrníček, lžičku) s jídlem a pitím bez averzivních stimulů (polykání bez dušení a dávení, jídlo bez bolesti). Součástí je postupná expozice, kterou začínáme s nejméně averzivním stimulem (prázdnou lžičkou, sousty o nepatrné velikosti) a progresivně po jednotlivých krocích postupujeme ke kýženému cíli. (Andersen et al., 2020)

Pokud chceme například předejít tomu, aby dítě plivalo neoblíbené jídlo, můžeme v rámci manipulace s antecedenty chuť takového jídla zamaskovat jídlem, které má dítě rádo. (Babbitt et al., 1994)

Zaplavení jako technika staví na intenzivním vystavení stimulu vyvolávajícího strach, kde terapeut je ten, který ve velké míře kontroluje rozsah a intenzitu expozice a poskytuje aktivní podporu při zvládnání úzkosti. Při terapii PTFD malé děti často v raných fázích sezení

pláčou. Úkolem terapeuta je pomáhat dítěti zvládat úzkost a paniku, zatímco dítě dostává jídlo na rty či do úst. Benoit a Coolbear (1998) popisují následující postup: Terapeut anebo rodič využívají utěšení dítěte (hlazení po ruce, rameni. Ujišťování, že je dítě v pořádku, že je maminka u něj atp.), zatímco terapeut vkládá malé množství jídla (většinou v kašovitě formě) na rty dítěte nebo do úst. 5-10 vteřin po první expozici osoba, která krmí, vloží dítěti do úst další malé množství jídla a znovu dítě ujišťuje a zklidňuje. Pokud dítě předchozí sousto nespolklo, vkládá se prázdná lžička bez jídla. Tato sekvence se opakuje každých 5-10 vteřin, dokud není jídlo u konce, což nastává obvykle po 15-30 minutách. Pokud dítě nadává, dává se mu možnost se vzpamatovat (obvykle postačuje pár vteřin), ale je potřeba se snažit dodržet rytmus krmení. Dle autorů tato technika vede k razantnímu snížení úzkosti v průběhu krmení, pokud se provádí klidně, konzistentně (každých 5-10 vteřin) a pravidelně (3-4 x denně) a samozřejmě s dítětem, které netrápí akutní onemocnění, nemá neurologické obtíže s polykáním a nehrozí riziko aspirace. Pokud dítě trpí bolestmi, jako je například pálení žáhy, mělo by dojít nejdříve ke kompenzaci před zahájením terapie. Zlepšení je obvyklé pozorovat v řádu dní až týdnů.

Clark a kol. v klasickém podmiňování zmiňují dále ještě techniky „behaviorální momentum“⁷, na chování nezávislé posilování (NCR)⁸, simultánní prezentace⁹, sekvenční prezentace¹⁰ a vyhasínání. (Clark, Fischer, Lehman & Bloomfield, 2019) Technika vyhasínání bývá používána například ve chvílích, kdy má dítě problémy s přechodem na tuhou stravu (*texture fading procedures*). (Luiselli & Gleason, 1987; Shore, Babbitt, Williams, Coe & Snyder, 1998)

4.1.2 Operantní podmiňování

Operantní podmiňování je závislé na podmínkách, které bezprostředně předchází chování a na následné reakci, která následuje. Benoit a kol. (1998) uvádí situaci, kdy je dítě dotázáno na to, zda mu můžeme umístit kousek jídla ke žvýkání, dítě souhlasí, žvýká a následuje pochvala („Pěkně koušeš!“). Žvýkání je tedy posilováno a zvyšuje se tak šance, že příště bude dítě opět souhlasit, když bude požádáno, aby žvýkalo. Učení se je tedy závislé na reakci krmící osoby na chování dítěte. Techniky užívané při operantním podmiňování se pohybují od pobídkové terapie (*contingency management*, CM) až po užití trestů nebo averzivních technik.

⁷ Popisuje obecný vztah odporu ke změně s mírou pozitivního posílení získaného v dané situaci.

⁸ Odměna přichází bez předcházejícího pozitivního chování. Jinak řečeno, odměňujeme „jen tak“.

⁹ Nepreferované/nové jídlo prezentujeme současně s preferovaným.

¹⁰ Preferované a nepreferované potraviny prezentujeme jednu po druhé.

Mezi CM řadíme například vyhasínání, ignorování, ukončení aktivity, pozitivní posilování, tvarování a odměny. Další techniky spadající do operantního podmiňování jsou negativní posilování, diferencované posilování, odstranění posílení. (Clark, Fischer, Lehman & Bloomfield, 2019; Hamm, 2013; Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015)

Strategie posilování

1. Pozitivní posílení

Neboli využití odměny ihned poté, jakmile se objeví požadované chování. Jedná se o strategie, které mají zvýšit výskyt požadovaného chování. Běžně je takovou odměnou i pouhá pozornost rodiče. (Silverman, 2015)

Dle LeFevre a Band (n.d.) je u mladších dětí (1 až 3 roky) možné využít jako *pozitivního posílení* sociální přijetí (pozornost od rodiče, tleskání, pochvala, zpívání ihned po každém chování, které chceme takto posilovat), hračky a knihy (umožníme dítěti si hrát hračkou, přečteme stránku knížky, když si dítě vezme sousto/spolkne apod.), video (necháme dítě dívat, po dobu, co akceptuje jídlo, jakmile odmítne na 30 vteřin video zastavíme, případně dáme telefon pryč). Veškeré stimuly, které jsou používány v průběhu jídla, by měly být dostupné výhradně v době jídla. Prodlouží se tak jejich účinek. Je také vhodné stimuly průběžně střídat, abychom zachovali zájem dítěte o ně a nezačaly je po čase nudit.

U starších dětí (od 4 let výše) již lze užít odložené posílení. Či lze využít sofistikovanější způsoby posílení, například odměňovací systém pomocí nálepek, tokenů, které jim slibují následně určité odměny. Doporučuje se vytvořit tabulku s odměnami, za které žetony následně dítě může platit. Součástí by měly být různé odměny o různé hodnotě žetonů. (Silverman, 2015)

Využití hudby jako pozitivního posílení

Existují i programy pro zlepšení behaviorální odpovědi určené i pro velmi malé kojence, respektive pro nedonošené děti při hospitalizaci na jednotkách IMP (intermediální péče). Burns a kol. (1994) zmiňují vývojovou intervenci určenou pro nedonošené děti, která je založená na protokolu doplňkové stimulace. Jedná se o formu senzorycké stimulace. Burns zmiňuje konkrétně ATVV protokol (*Auditory, tactile, visual a vestibular*), který ve svém výzkumu dále přizpůsobovali na základě fyziologických potřeb a chování jednotlivých nedonošených dětí. Upozorňuje, že metoda má své benefity ve zlepšení přibírání na váze, zkracuje dobu hospitalizace, zlepšuje interakci mezi rodičem a dítětem, zvyšuje počet period pozornosti a zlepšuje behaviorální organizaci dítěte. Je určena pro zdravotně stabilní (např. kardiopulmonárně) nedonošené děti nad 33gestační týden postkoncepčního věku. Zahrnuje

15minutovou terapii 2x denně. Skládá se z několika fází (6), zahrnuje oční kontakt při bdělosti dítěte, mluvení na dítě, lehké hlazení nebo masáž prvních 10 minut a ve zbývajících 5 minutách vestibulární nebo kývavé pohyby.

Standley (2003) zkoumala vliv hudby na kvalitu sání u nedonošených dětí. Ve své studii s 32 nedonošenými dětmi ve věku alespoň 34. gestační týden a které měly obtíže s orálním příjmem stravy, vykazovaly neefektivní způsoby nutritivního sání a zároveň byly schopny tolerovat 2 typy simultánní stimulace (dudlík a zvukový stimul). Dudlík byl napojen na přehrávač na základě délky a síly sání. Hudba tak sloužila jako pozitivní posílení v závislosti na kvalitě sání dítěte. Hudbou byly ukolébavky nazpívané zpěvačkou s hlasitostí o něco vyšší než hlasitost prostředí. Děti dostaly jedinou příležitost o délce 15-30 minut v odpoledních hodinách zhruba 30-60 minut před kojením. Výzkum ukázal pozitivní vliv hudby na schopnost dítěte na sání z prsa, a to navzdory jediné zkušenosti s dudlíkem napojeným na hudební přehrávač. Autorka upozorňuje na zkušenost ošetřujícího personálu, kdy se zdá, že děti v sání zažívají jakýsi aha-efekt, kdy jim dlouho nejde správně sát a najednou přijdou „jak na to“. Domnívá se tedy, že taková zkušenost může dětem, které mají obtíže objevit techniku sání, pomoci v jejím nalezení.

Podobný výzkum vlivu hudby na behaviorální stav nedonošených dětí na oddělení neonatologické intenzivní péče zkoumali i další autoři. Výzkum Whipple (Whipple, 2008) naznačil, že hudba použitá jako pozitivní posílení nenutritivního sání může zlepšit návrat dítěte do stavu homeostáze a snížit úroveň stresu při odběrech krve z patičky.

Pozitivní vliv na vitální funkce zjistili i Loewy a kol. (2013) a to především při živém zpěvu ukolébavek oproti skladbám přehrávaných ze záznamu. Hudba zlepšuje dle autorů krmení u nedonošených dětí a posiluje klidný stav bdělosti.

Kombinaci multimodální stimulace s hudbou zkoumala i Auto a kol. (2015) Multimodální stimulace zahrnovala taktilní, vestibulární a vizuální podnět u nedonošených dětí starších 32. tt. Experimentální skupině dětí navíc byla pouštěna v průběhu stimulace hudba. Tato skupina také vykazovala lepší výsledky s přibýváním na váze a také lepší výsledky hodnocení celkového vitálního stavu.

2. Negativní posílení

Často využívanou metodou je neoddalování lžičky (*non-removal of the spoon*). Lžičku držíme u úst dítěte tak dlouho, než dojde k její akceptaci. Mezitím nesmí být dítěti dovolena jakákoliv jiná aktivita. Únik z nepříjemné situace je dovolen jen tím, že dítě akceptuje lžičku. Pokud například terapeut uvede podmínku, že dítě smí odejít až ve chvíli, kdy dojí určitou porci,

musí být připraven sedět s dítětem tak dlouho, dokud tato podmínka není doopravdy naplněna. Právě neschopnost zvolit vhodná kritéria a následná neschopnost jejich dodržení, je častým důvodem, proč tyto techniky selhávají. Zvláště v případech, kdy tento způsob terapie je na bedrech samotných rodičů. Často je žádoucí, aby v počátečních fázích rodiče nebyli přítomni v terapeutické místnosti. Děti v úvodních fázích léčby jsou často frustrované, pláčou. Jakmile si je terapeut jistý, že dítě si na postup zvyklo a je si jistý účinností terapie, pozve do místnosti rodiče, aby pozorovali, jak technika funguje. Přítomnost rodiče může také sloužit jako prvek pozitivního posílení. Terapeut modeluje krmení dítěte rodičům a vysvětluje jednotlivé prvky terapie. V dalším kroku pak krmí dítě samotní rodiče a snaží se nabyté dovednosti aplikovat v terapeutické roli. (Linscheid, 2006)

Ahearn a kol. (2001; 1996) popsali využití techniky neoddalování lžičky ve spojení s pozitivním posílením (po akceptaci lžičky a spolknutí sousta) v případě dvou chlapců s odmítáním jídla. Pokud dítě nereagovalo na přijetí ani po neoddálení lžičky, použili autoři fyzické vedení (*physicall guidance*), aby dostali lžičku do úst dítěte. Autoři popisují dobré výsledky, ale v malém vzorku participantů ve svých případových studiích.

3. Diferencované posilování

Diferencované posílení se využívá při učení akceptace a polykání jídla. Posílení (*reinforcer*) musí mít pro dítě význam (co je posílením závisí na dítěti). Různé formy posílení lze a často bývají vzájemně kombinovány. Tyto metody jsou využívány v kombinaci s klasickým podmiňováním a přivykáním. Například zvyšujeme počet snědených soust, velikost sousta, než je dosaženo odměny/posílení. Autoři (Andersen et al., 2020) doporučují tyto techniky pro dostatečný efekt kombinovat s *escape extinction* (EE, odstraněním posílení necháváme chování vymizet). Pokud dítě odmítá jíst jako únikovou reakci před jídlem, ponecháváme lžičku s jídlem před dítětem, dokud sousto neakceptuje. Zamezujeme tak posílení únikového chování. Pokud dítě jídlo vyplivuje a my po něm požadujeme spolknutí, opět nabízíme vyplivnuté jídlo, dokud nedojde k jeho akceptování. EE je považováno za jednu ze stěžejních metod při odmítání stravy. (tamtéž) Zároveň autoři upozorňují na nebezpečí této metody a mnoho kontraindikací. Jsou jimi například nedostatečné zkušenosti terapeuta s touto metodou, nepřipravenost ze strany pečujících osob pro implementaci této metody. Nebezpečím této metody je pak především fakt, že pokud není aplikována správně, může naopak posílit odmítavé chování dítěte.

Při diferencovaném posilování musíme rozlišit jednotlivé složky chování, které posilovače fungují na bázi pozitivního posilování a které na bázi negativního a na který prvek

v průběhu krmení působí. Příkladem může být situace, kdy dítě, aby ukončilo jídelní situaci, začne plakat. Rodiče tedy jídlo ukončí (negativní posílení). Pokud dítě sousto akceptuje, rodičům se následně uleví, že dítě jí, že si přestanou v ten okamžik dítěte všimnout (po úspěchu = dítě si vzalo sousto, nenásleduje žádné nebo jen velmi malé pozitivní posílení). V takovou chvíli je potřeba rodiče instruovat, aby nepokračovali v negativním posílení (neukončovali jídlo, jakmile začne dítě brečet) a pokračovali v krmení, dokud dítě nesní požadovaný objem jídla, počet soust, nebo určité doby na jídlo. A zároveň poskytnout dítěti dostatečné pozitivní posílení, když dítě sousto akceptuje. (Babbitt et al., 1994)

Tvarování

Také označované jako postupná aproximace lze dle Lefevre a Band (n.d.) dobře uplatnit u dětí se závažnou formou selektivního stravování. Cílem je zlepšení ochoty objevovat nové potraviny. Výchozím bodem jsou aktuální schopnosti dítěte a následný postup dle toho, jak se zvyšuje úzkost dítěte před tím, než dosáhnou následujícího kroku. Jedna z forem vychází z TKLB sekvence – dotek (*touch*), pusa (*kis*), olíznutí (*lick*) a ukousnutí (*bite*). K dalšími kroky se přistupuje až ve chvíli, kdy se dítě cítí v současné úrovni dostatečně komfortně a je připraveno na přesun k dalšímu kroku. Autoři doporučují, že by dítě mělo situaci prožít 5x bez úzkosti jako ukazatel dostatečného přivyknutí. Pokud tomu odpovídá vývojová úroveň dítěte, všechny kroky s ním zároveň diskutujeme. Před částí, kdy se dítě jídla dotkne, je někdy potřeba nejdříve dovést dítě k tomu, aby bylo schopné akceptovat přítomnost jídla na stole (bez tlaku, aby jedlo), následně, aby jej tolerovalo na svém talíři a teprve pak pokračujeme na TKLB sekvenci. Zároveň existuje celá řada mezikroků, které se zařazují dle potřeb jednotlivých dětí. Zároveň je potřeba mít na paměti, že předkládáme jídlo, které je běžnou součástí jídelníčku rodiny. Můžeme též využít podobnosti mezi novým jídlem a jídlem, které již dítě jí například na základě tvaru, barvy, textur, chuti apod. (LeFevre & Band, n.d.) Z telefonické konzultace s Mgr. Repaskou a osobní konzultací s Mgr. Ludvíčkovou je toto stěžejním jádrem SOS terapeutického přístupu. V SOS přístupu je kladen důraz terapii hravou formou.

Jinými typy tvarování jsou například pobídky a učení nápodobou. Při pobídkách dítě instruujeme, co a jak má dělat, naznačujeme gesty, či jej přímo fyzicky vedeme, jak má činnost vykonat (například jak se krájí tím, že mu vedeme jeho vlastní ruce). Jakmile si dítě chování či dovednost dostatečně osvojí, pobídky postupně odstraňujeme a podporujeme dítě v samostatné činnosti. Tyto techniky se často využívají v učení, aby dítě jedlo samo a při manipulaci s příborem. Některým dětem naopak vyhovuje, pokud se mohou dovednost naučit nápodobou modelu, který dovednost předvádí. V praxi to vypadá tak, že terapeut instruuje dítě „dělej toto,

opakuj po mě“ a následně pokus dítěte pozitivně posílí například pochvalou. Jako přirozené modely k nápodobě slouží dětem nejčastěji rodiče a vrstevníci. (Babbitt et al., 1994)

Vyhasnutí (*extinction*)

Při vyhasínání odstraníme ten posilovač, který nechtěné chování udržuje. Například pokud v minulosti plivání jídla vedlo k tomu, že rodiče ukončili jídlo (cíl chování dítěte), pak proces vyhasnutí bude zahrnovat to, že navzdory plivání budou rodiče dále pokračovat v krmení (toho, co dítě vyplivnulo). Zpočátku velmi pravděpodobně dojde k nárůstu vyplivaného jídla, ale následně dojde ke snížení frekvence až k úplnému vymizení vyplivování. (Babbitt et al., 1994; Silverman, 2015)

Ukončení (*time-out*)

Ukončení pozitivního posilování je proces, při kterém dítěti odebereme pozitivní posílení, nebo možnost toto posílení získat. Tato technika funguje pouze pokud situace, ve které dítě je, je sama pozitivním posílením. Pokud by ukončení situace bylo únikem ze situace, pak by tento postup mohl naopak vést k posílení nežádoucího chování. Pokud například dítě odmítá jíst a dává to najevo házením jídla a nádobím a cílem terapie je zvýšení množství zkonsumovaného jídla, ukončením jídelní situace bude mít přesně opačný efekt, než který požadujeme. (Babbitt et al., 1994; Silverman, 2015)

Užívání *time-out* techniky představila ve svých publikacích i Irene Chatoor. (2012) Technika se používá u dětí od jednoho roku věku ve chvílích, kdy dítě pokračuje v neakceptovatelném chování navzdory upozornění, aby tak nedělalo. Například hází jídlem a přístroje, utíká ze židličky a pobíhá po místnosti, bije a kouše rodiče a jiné děti, má záchvaty vzteku, válí se po podlaze. *Time-out* má sloužit dítěti jako možnost naučit se seberegulovat si svoje emoce sám, aby získalo schopnost se samo uklidnit a nespoléhat, že mu s tím vždy pomohou rodiče. Nejvýraznějším bodem tohoto postupu je část, kdy dítě ve chvíli *time-out* zůstává samo v bezpečném prostoru a je mu umožněno, aby se samo uklidnilo. Rodiče v tuto dobu s dítětem nijak neinteragují, dítě by nemělo rodiče vidět ani slyšet.

Tresty

Babbitt a kol. (1994) zmiňuje z literatury řadu běžně používaných trestů, jako averzivních stimulů následujících po chování, které chceme snížit nebo odstranit. Nejčastěji uváděné tresty jsou určené ke snížení zvracení nebo ruminace a zahrnují použití nelibé chuti jako citronové šťávy, výplach dutiny ústní, nápravu (opakování požadovaného chování, jakmile se objeví

maladaptivní chování), fyzické zamezení nežádoucímu chování a krmení násilím (*contingent force feeding*). Autoři upozorňují, že tresty by měly být užívány pouze pod přímou supervizi trénovaného a zkušeného behaviorálního analytika a pod lékařským dohledem! Nejčastějším trestem je například chycení ručiček dítěte a jejich přidržení po určitou dobu v dolní pozici či stranou, aby nemohlo pokračovat v házení s jídlem. (Babbitt et al., 1994; Silverman, 2015)

4.2 Manipulace s apetitem

Dle Lindscheid (2006) jsou základními terapeutickými postupy manipulace s apetitem a CM. O manipulaci s apetitem píše jako o způsobu, jak vyvolat v dítěti pocit hladu, ale zároveň zachovat bezpečnou úroveň nutričního příjmu s ohledem na terapeutický plán. Nejčastější forma, s jakou se pracuje, je tedy úprava kalorického příjmu. V tento okamžik je velmi podstatné znát stravování dítěte, vědět v jakých potravinách a v jakých formách přijímá živiny. Pokud u dítěte převážně na umělém mléku (UM) manipulujeme s jeho vypitým množstvím, musíme zvážit možná rizika jako jeho schopnost přijmout vodu jako zdroj tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Také je třeba brát zvláštní zřetel u dětí, jejichž váha je výrazně nízká a jsou tedy ve větším riziku komplikací způsobených malnutricí.

4.3 Metoda čajové lžičky (teaspoon method)

Je metoda, kterou vyvinuli Van der Gaag a Snijders (2017) a která zahrnuje jak prvky pozitivního, tak negativního posilování a *escape extinction* (EE). Metoda staví na myšlence, že jídlo je běžná věc. Pokud rodiče chtějí po dítěti, aby jedlo, je to normální požadavek. Nic, co by zasluhovalo speciální odměnu, nebo pozornost. Technika je vysvětlena současně rodiči i dítěti a všichni dostávají stejné informace. Rodiče jsou instruováni, že mají přistupovat k dítěti neutrálně. Řada dětí se jídla bojí, vyvolává v nich strach a tento strach může být zmírněn tím, že postupujeme po velmi malých krocích, o velikosti čajové lžičky. EE, kdy je dítěti umožněna pauza od krmení a dítěti je umožněno „utéct“ z jídelní situace a současně tuto únikovou situaci činíme velmi neatraktivní tak, aby bylo dítě motivováno se vracet k jídlu dobrovolně. Například, pokud dítě odmítne jíst k večeři zeleninu v rámci metody, je mu umožněno odejít, ale jde například spát bez pohádky, uspávání a pozornosti rodičů. Z pohledu autorů se nejedná o trest, ale spíše o následek. Když dostatečně nejíme, nemá naše tělo energii a je nezbytné si odpočinout. Dítěti je umožněno „vychladnout“ po dobu 15 minut, čímž dostává prostor pro to si jídlo rozmyslet a vrátit se k zpět. Pokud se vrátí k jídlu, následuje pak standardní uspávací

rutina, na kterou je zvyklé jako čtení pohádky, povídá si s rodiči atp. Zároveň se nejedná o odměnu za jídlo, protože pohádka před spaním je běžná součást života, stejně jako jídlo. Metoda je používána každý den k večeři po dobu jednoho měsíce. Měla by přijít jako požadavek od odborníka. Pokud dítě bude našťvané, nemůže být našťvané na rodiče, protože „to nebyl jejich nápad“, což rodičům značně usnadňuje jejich terapeutickou roli. Začíná se jednou lžičkou jídla, které dítě odmítá jíst, každý den k večeři. Ostatní stravovací návyky v průběhu dne zůstávají nezměněné. Pokud první měsíc nedojde ke změně, je metoda opakována, ale s jiným druhem následku. Jako neúspěch se bere, pokud se nezdařilo 50 % a více pokusů. Pokud došlo k úspěchu, požadavek se navýší o jednu lžičku. Další měsíc bude navýšení o další 2 lžičky, ve čtvrtém měsíci o 3. V pátém měsíci se zavede nová potravina. U nové potraviny není potřeba začínat znovu od jedné lžičky, protože dítě by již mělo být zvyklé na to, že se jí i neoblíbené potraviny. Důležitým bodem je to, jak rodiče zvládají metodu provádět. Zvláště, pokud dítě reaguje pláčem na situaci EE a nepříjemnost následků, může být pro rodiče velmi obtížné metodu dodržet. Hudepohl zkoumal kromě úspěšnosti metody v několika rodinách, také vnímání rodičů ohledně této metody. Ohlasy byly v naprosté většině pozitivní i navzdory počátečním obtížím s implementací metody v domácích podmínkách. (Van Der Gaag & Snijders, 2017; Hudepohl, 2018)

4.4 Kognitivně behaviorální terapie

U starších dětí bývá využívána i KBT. Thomas a Eddy (Thomas & Eddy, 2018; Thomas et al., 2018) představili ve své knize techniku CBT-AR (kognitivně behaviorální terapie určená přímo pro ARFID). CBT-AR se skládá ze 4 fází, které přehledně představili autoři v následující tabulce (volně přeloženo):

Tabulka 3. Fáze CBT-AR

Fáze	Základní intervence
1. <i>Psychoedukace a rané změny</i> (2-4 sezení)	<p>Psychoedukace ohledně ARFID a jeho léčby Sebe-, nebo rodičovský monitoring orálního příjmu Nastolení vzorců běžných forem stravování pro normalizování signálů hladu Zvyšování příjmu objemu preferovaných jídel (u podvyživených pacientů) a rozmanitosti (u všech pacientů) Individuální formulace mechanismů, které u pacienta udržují a podporují ARFID (senzorická senzitivita, strach z nepříjemných důsledků, nedostatek zájmu o jídlo nebo jezení)</p>
2. <i>Plánování léčby</i> (2 sezení)	<p>Pokračování ve zvyšování snědeného objemu anebo různorodosti potravin Vyplnění formuláře „Primary Food Group Building Blocks“¹¹ a výběr potravin a jídel, které se bude pacient učit jíst ve fázi 3</p>
3. <i>Stanovení mechanismu postupu dle priorit</i> (14-22 sezení)	<p>Senzorická senzitivita: systematická desenzibilizace vůči novým jídlům pomocí opakovaného zkoumání v terapii (pohled, dotek, očíhání, ochutnání, textura) a zároveň plán pro nácvik v době mimo sezení s ochutnáváním a začleňováním jídla do jídelníčku Strach z nepříjemných následků: Psychoedukace ohledně odmítání, které udržuje úzkost, vývojové principy strachu/hierarchie odmítání, postupná expozice vůči obávanému jídlu a situací spojených s dušením, zvracením či jinými následky vyvolávajících strach Současný nezájem o jídlo či jezení: interoceptivní expozice k pocitům nadýmání (plnosti, tlaku na zvracení) v terapii za použití preferovaných jídel</p>
4. <i>Prevence relapsu</i> (2 sezení)	<p>Zhodnocení, zda bylo dosaženo vytyčených cílů, identifikace strategií léčby pro pokračování v domácích podmínkách. Vytvoření plánu pro udržení přibírání na váze (pokud je potřeba) a pokračování v rozšiřování jídelníčku o nová jídla.</p>

4.5 Některé terapeutické modely užívané v zahraničí

4.5.1 Telehealth

Telehealth je program od Neuropsychiatrického institutu Univerzity v Utahu. V rámci jejich neurobehaviorálního programu vznikla interdisciplinární pediatrická klinika pro léčbu

¹¹ Seznam běžných druhů potravin, kde pacient zapisuje, zda do začátku terapie jídla: běžně jí, ochutnal (kolikrát), či zda je ochoten ochutnat.

poruch krmení. Tuto kliniku vede klinický psycholog. Terapie je poskytována formou videohovorů mezi klinikou a domácím prostředím pacientů. V rámci videokonference terapeut instruuje rodiče, jak mají aplikovat behaviorální intervenci v průběhu stolování. Průměrně mají klienti 10 videosezení s terapeutem. Tato forma byla představena jako návazná terapie, kdy klienti již nedochází na kliniku osobně a umožňuje tak snazší generalizaci účinků terapie do domácího prostředí klientů. (Clark, Fischer, Lehman & Bloomfield, 2019)

4.5.2 Expoziční terapie

Velmi často používané techniky jsou různé formy expozice. Gibson a Cooke (2017) srovnávali studie, které hodnotily dobrou úspěšnost pouhé expoziční terapie u dětí při rozšiřování jejich jídelníčku. Děti byly schopné při až 14 ochutnáních přijmout jídlo, které původně odmítaly. Autoři zároveň upozorňují, že tyto techniky ale fungují dobře u dětí, které jsou ochotny jídlo ochutnat. Problematická je tato metoda v případě dětí s výraznou neofobií nebo hodně vybíravých. Pro tyto děti bývá tedy doporučováno po ochutnání použití odměnového systému a kombinovat tak tuto metodu s jinými behaviorálními technikami. Zároveň ale varují před použitím jiného typu jídla jako odměny. Dítě může vnímat jídlo, které odměňujeme, jako méně atraktivní než to, které je použito jako odměna. Je tedy velmi důležité, jaký typ odměny je použit a prvotní vztah k novému jídlu, které chceme, aby dítě zařadilo do jídelníčku. Autoři doporučují odměňovat spíše za prvotní ochutnání potraviny, nikoliv za každé ochutnání. Důležité je také použití pozitivních sociálních a emočních vzorů, modelů v jídle. Že nestačí se jen dívat, naznačily i výzkumy Birch a kol. (1987). Nekitsing a kol. (2019) zkoumali rozdíl mezi ochutnáváním, nutriční edukací a kombinací těchto technik. Ochutnávání motivovalo děti k tomu, aby jedly více neznámé zeleniny, nutriční edukace povzbuzovala nejedlíky k tomu, aby zeleninu ochutnali. Kombinace technik již neměla významně vyšší efekt.

Při expoziční terapii hraje významný vliv i pouhý dotek. Tento trend vysledovala řada autorů. (Nederkoorn, Theißen, Tummers & Roefs, 2018; Dazeley & Houston-Price, 2015) Zjistili, že i pouhá taktilní expozice, či hra, může zvýšit konzumaci a ochotu ochutnávat tyto nové potraviny.¹²

Expoziční terapie může mít i svoji hierarchii. Tento princip expozice v kombinaci s postupným přivykáním využívá například SOS terapeutický přístup.

¹² V tomto ohledu je velmi důležitá spolupráce s ergoterapeuty či jinými odborníky pracujícími se smyslovým vnímáním.

Vizuální expozice může být také velmi užitečná. Heath a kol. (2011) provedly analýzu dostupných výzkumů, kde jsou děti seznamovány s jídlem prostřednictvím obrázkových knih. Závěry jsou takové, že vizuální prezentace jídla a vizuální seznámení dítěte s neznámým jídlem může zvýšit jeho ochotu k ochutnávání.

4.5.3 SOS terapeutický přístup

„Sekvenčně orálně sensorický přístup“ vytvořený americkou psycholožkou Kay A. Toomey, Ph.D. ("Škola papání", n.d.; Thomas & Eddy, 2018) SOS přístup zahrnuje některé prvky z BT, ergoterapie a logopedie, ale základ terapie tkví v desenzibilizačních technikách vůči novým potravinám za použití hry pro zvládnání úzkost vyvolávajících situací. Tuto terapii ve svém přístupu využívá například Mgr. Janka Repaská z TIJA, nebo v Praze Mgr. Ludvíčková v rámci Školy papání. Zásadním rozdílem oproti BT je ten, že terapeut nevyvíjí tlak na dítě, ale nechává se vést postupem dítěte. Autoři Thomas a Eddy se domnívají, že tyto nedirektivní techniky jsou vhodné spíše pro normálně se vyvíjející děti bez patologie jako ARFID. Autoři upozorňují, že ARFID je závažná psychiatrická diagnóza vyžadující intenzivní intervenci. (Thomas & Eddy, 2018)

4.5.4 Terapeutický přístup institutu Ellyn Satter¹³

Přístup E. Satter integruje části z biomedicínského, interpersonálního a psychologického modelu se zvláštním zřetelem na faktory homeostázi a vazbu (*attachement*). Vychází z dynamického modelu, který nazývá Rozdělení odpovědnosti (*Division of responsibility*, DOR). (Berlin, Davies, Lobato & Silverman, 2009). DOR staví na předpokladu, že každý účastník krmení (v dyádě rodič a dítě) má svou vlastní odpovědnost v tom, jak a s čím do jídla vstupuje. Základním faktorem je tak nedávat svou odpovědnost druhému a ani neubírat odpovědnost druhého. Přičemž v různých vývojových stádiích se tato odpovědnost postupně mění.

Přístup vychází z předpokladu, že děti, je-li jim dána dostatečná příležitost, jsou schopny si dostatečně samoregulovat příjem potravy, jak co do kvantity, tak i kvality. Vychází tak například z výzkumů, které prováděly Johnson a Birch u předškolních dětí. (Johnson & Birch, 1994)

¹³ Mezi laickou veřejností označována jako DOR ze zkratky Division of responsibility. Rozdělení odpovědnosti, což je základní teoretické východisko v tomto terapeutickém přístupu.

Základními částmi DOR¹⁴ je odpovědnost rodiče o tom, CO, KDE a KDY se jí, odpovědnost na straně dítěte je, KTERÉ z jídel bude jíst, ZDA ho bude jíst a KOLIK z nabízeného sní. ("Raise a healthy child who is a joy to feed", 2019).

Důležité je, že v pohledu na stravování se model Satter značně rozchází s pojetím z pohledu behaviorální terapie. BT je v pohledu tohoto modelu vnímána jako ne-terapeutický a disruptivní přístup ke zdravému způsobu jedení. (Berlin, Davies, Lobato & Silverman, 2009)

Z DOR vychází přístup vytvořený Eneli a kol. (2015) nazývaný jako *Feeding dynamic intervention* (FDI, Intervence dynamiky krmení). FDI zjednodušeně řečeno je program zaměřený na to, aby pomohl rodičům implementovat přístup Satterové v průběhu jídla. V průběhu „výuky“ jsou rodiče a děti seznámeni s myšlenkou DOR a je jim vysvětleno, jaké role a jaká odpovědnost se ke každému účastníkovi váže. Zároveň ke každému kroku jim jsou vysvětleny i různé benefity při dodržování těchto principů. Rolí rodiče je i snaha o rodinnou atmosféru, tedy příjemné naladění v průběhu jídla. Následně jsou vedeni k tomu, aby své role dokázali patřičně reprezentovat. Například v požadavku „kde“ je rodič instruován, aby doma vymezil místo či oblast, kde se budou veškerá jídla a pití (kromě vody) odehrávat. V přístupu není dovoleno dítě v průběhu jídla odměňovat, například tleskání, úsměvy, pochvalami, odměnami. Všechny tyto aspekty jsou vnímány jako vytváření tlaku, který je nepřijatelný. Komentáře by měly být neutrální. Místo „Vau, dneska jsi toho snědl tolik!“ Říci: „Vypadá to, že dnes sis jídlo užil.“ Také je doporučeno servírovat menší porce (3/4 doporučené velikosti porce) a nechat dítěti příležitost, aby si přidalo. Přístup je původně určen pro děti s obezitou.

4.5.5 Terapeutický přístup dle Irene Chatoor

V terminologické části jsem představila i pohled na typy poruch příjmu potravy dle dětské psychiatry Irene Chatoor, MD. Pro každou ze svých diagnóz vytvořila na základě svých klinických zkušeností specifický přístup k rodinám s dítětem s PPP. (Chatoor, 2009)

Pro PPP ve stavu regulace vytvořila individualizovaný přístup, který může být cílen na matku, na dítě, nebo na interakci mezi matkou a dítětem. Základem je videonahrávka matky a dítěte v průběhu krmení a následné společné zhodnocení nahrávky a diskuze nad momenty, které způsobují dítěti stres a které jej naopak uklidňují. Pokud je dítě moc spavé v průběhu krmení, je například možné jej povzbudit masáží. Pokud je naopak příliš rozrušené, je vhodné stimulaci těsně před a v průběhu krmení omezit, vzít jej do klidné místnosti, zavinout. Pokud

¹⁴ Pro děti od 2 let výše. U kojenců je rozdělení odpovědnosti úměrné věku. Například KDY v případě malých kojenců určuje výhradně kojeneček.

je přítomná úzkost a stres na straně matky, je naopak potřeba cílit péči vůči rodiči. Pokud dítě odmítá jídlo, není schopné dostatečného kalorického příjmu a udržet růst, je dle Chatoor vhodné zvážit použití NG sondy pro doplnění orálního příjmu.

V případě PPP na úrovni reciprocity pečující-dítě při hospitalizaci doporučuje autorka, aby se o dítě starala úzká skupina velmi pečujících zdravotních sester pro vytvoření stabilního a bezpečného pečujícího prostředí pro dítě. Doporučuje současnou péči i fyzioterapeuta, protože děti bývají hypotonické, protože často leží, aniž by byly chovány nebo s nimi bylo hýbáno. Je potřeba pečující zdravotní sestry a matku zaučit, jak s dítětem manipulovat pro zlepšení kvality svalového tonu. Zatímco je postaráno o nutriční, emocionální a vývojovou rehabilitaci dítěte, je také nezbytné věnovat se schopnosti matky přistupovat k péči o své dítě a účastnit se terapeutického procesu. Mnoho těchto matek má komplikovaný vztah se svými vlastními rodiči a jsou ostražitě i vůči terapeutům a profesionálům, kteří se jim snaží pomoci. Na základě možností navázání terapeutického vztahu s matkou a její odezvou na terapeuta je nutné zvážit vhodnost návratu dítěte do matčiny péče. Někdy musí zdravotníci zvážit i vhodnost umístění dítěte do náhradní péče, kontaktování OSPOD (odbor sociálně-právní ochrany dětí) pro spolupráci s rodinou nebo zvážit i pěstounskou péči. Chatoor vidí jako nadějnou terapii vedení interakcí od Susan McDonough.

Pro infantilní anorexii je terapie založena na třech základních bodech. První je edukace rodičů o povaze obtíží dítěte a potřebě speciální terapie pro řešení, jeho zvýšeného arousalu a obtížích v seberegulaci a zklidnění; obtížích s vnímáním pocitu hladu a nasycení a dětské potřebě pro stimulaci a touze po rodičovské pozornosti. V druhém bodu je probrána s rodiči jejich vlastní stravovací historie, jak oni vnímají hlad a nasycení a jejich zkušenost s vlastními rodiči, když vyrůstali. Tato část umožňuje lépe pochopit, s jakými překážkami se rodiče potýkají při nastavování hranic a proč a jak reagují na provokativní chování svého dítěte. Třetím bodem je vybavení rodiče individualizovaným plánem krmení, jak mají strukturovat stravování, jsou zaučeni v praktikování *time-out* metody. Jídlo má být rozvrženo po 3-4 hodinách, aby byla posílena vodítka hladu u dítěte. Mezi jídly nemá mít dítě přístup k jinému jídlu ani mléku, džusům apod. Pokud má dítě žízeň, je mu nabídnuta voda. Rodiče nabízí malé porce jídla a umožňují dítěti, aby si chtělo přidat. Malé porce pomáhají proti nudě a aby se necítilo přehlcené množstvím jídla, které má před sebou. Rodiče jsou podpořeni v tom, aby dítě udrželi v židli u stolu, dokud „maminka a tatínek nemají plná břicha“. Jídlo nemá trvat déle než 20-30 minut. Rodiče by dítě neměli chválit ani kritizovat za množství, které snědlo. Při jídle by neměly být žádné hračky, televize ani jiné rozptylování. Jídlo by nemělo být používáno jako odměna nebo pro vyjádření zájmu rodičů. Dítěti by nemělo být dovoleno s jídlem nebo příbory házet a starším

batolatům by nemělo být dovoleno si s jídlem hrát namísto jení. Starším batolatům, předškolním a školním dětem by neměla být dáována možnost, aby konverzací dosahovaly toho, že nemusí jíst.

Při senzorické averzi z jídla nejdříve autorka probírá s rodiči jejich vlastní historii a pomocí psychoedukace osvětluje situaci s averzí rodičům. Následně doporučuje techniky opakované expozice s postupným navyšováním množství jídla, vůči kterému má dítě averzi. Dále modelování, kdy rodiče sami dané jídlo před dítětem jedí a čekají, až se samo zeptá, jestli může ochutnat namísto, aby aktivně jídlo k ochutnání nabízeli. Následně se doporučují postupy stejné jako v případě IA zmíněné výše. U některých dětí je potřeba navíc zvážít i orálně motorickou terapii, zvláště v případě obtíží se žvýkáním.

PTFD tvoří velmi závažnou formu PPP a často vyžaduje úzkou spolupráci mnoha specialistů z řad lékařů i ne-lékařů. Než se začne s psychiatrickou či psychologickou intervencí, musí být dítě zdravotně stabilní a musí být odstraněn původce traumatu. Chatoor doporučuje, aby dítě například při strachu z krmení lahví bylo po určité době přednostně krmeno ve fázi usínání či při probouzení tak, aby bylo stále schopno aktivně sát. Zpočátku, pokud se dítě probudí, vidí lahvičku, začne být neklidné a křičet, je třeba krmení ukončit a dát láhev stranou. Jakmile se dítě probudí a je schopné sát dál bez projevů strachu, je možné začít převádět dítě na krmení za bdělého stavu. První příkrmy lžičkou by měly být zaváděny velmi pomalu a obezřetně. Hlavním cílem by mělo být, aby jídlo bylo pro dítě příjemným zážitkem bez ohledu na množství přijatých kalorií. Pro děti, které mají strach z polykání tuhé stravy, ale většinou bývají schopné pít a jíst hladkou mixovanou stravu, využívá autorka techniku postupné desenzibilizace. Těmto dětem také bývá umožněno rozptýlení v průběhu jídla, například poslouchat písničky, dívat se na televizi a jiné metody, které u dítěte vedou ke snížení stresu při jídle.

4.5.6 Modely saturace hladu

Hunger saturation model, někdy také označovaný jako manipulace s apetitem. Jsou to takové modely, kde se pocitů hladu využívá jako terapeutického prostředku pro zlepšení nebo indukci orálního příjmu potravy.

Grazský model

Originální název *Early autonomy training* (EAT) pro nějž se vžilo označení Grazský model vytvořili profesionálové z Univerzity v Grazu a pracující na specializované klinice NoTube. Staví na předpokladu, že hlad je základním motivačním faktorem pro orální příjem

jídla. Dle autorů je mnohem efektivnější využít motivaci hladem pro zvyšování orálního příjmu než opačný postup, kdy se krmení sondou postupně snižuje až na základě toho, kolik jídla dítě přijme orální cestou, na které je často při dlouhodobém sondování již závislé. Tento model striktně zakazuje jakoukoliv formu nátlakového krmení, a naopak maximálně podporuje autonomii a nedirektivní přístup ke krmení, jak jen je to možné. V průběhu programu se rodiny účastí 4 až 5hodinových individuálních rozhovorů, pohybové terapie, ergoterapie a zároveň psychoanalyticky vedených skupinových pikniků (známé jako *Play picnic*). Program má formy hospitalizace i dálkovou. (Dunitz-Scheer et al., 2009) *Play picnic* může na první pohled vypadat jako forma „messy play“, ale nepořádek není cílem pikniku. Tím je vytvoření bezpečného, hravého prostředí, ve kterém dítě může svobodně jídlo objevovat. Vstup terapeuta nebo rodičů do hry dítěte se děje jen na základě vlastní žádosti dítěte. Cílem není přímá konzumace jídla. Pro děti má *Play picnic* často psychotherapeutický efekt pro zpracování traumat spojených s jídlem. (Dunitz-Scheer, Scheer & Tappauf, 2007)

Německý model

Druhý z modelů využívající provokaci hladem při terapii závislosti na sondě a odmítání jídla představili Wilken a kol. (2013; 2015) Jejich model staví na rychlé v domácím prostředí prováděné terapii malých dětí se závislostí na sondě. Terapeut dojíždí za rodinami domů. Základní přístup je shodný s Gražským modelem. Pomocí provokace hladu vytvořit u dítěte motivaci k objevování jídla a následným umožněním v bezpečném a podporujícím (domácím) prostředí dovolit dítěti, aby samo začalo objevovat jídlo a ochutnávat ho. Základem je naprostá volnost dítěte bez jakéhokoliv nátlaku. Zásadní částí terapie je zaškolení a podpora rodičů, aby bylo jídlo pro dítě maximálně komfortní, minimalizovat diskomfort a stres dítěte i rodičů a posílit schopnost rodičů co nejvíce se při jídle řídit příznaky hladu a nasycení dítěte. Využívá se především modelování, kdy i terapeut sám před dítětem jí. Na rozdíl od NoTube se ale můžeme v tomto přístupu setkat i s použitím například OFRT. Součástí je samozřejmě i psychická podpora rodičů, zvyšování odolnosti vůči stresu ve fázích, pokud dítě ztrácí na hmotnosti, nebo se objeví komplikace při vyvolání negativních emocí spojených s jídlem.

4.5.7 Bi-PED projekt

Je projekt včasné intervence pro řešení problémového krmení a jezení u dětí. (LeFevre & Band, n.d.) Pro pediatrickou praxi vytvořili autoři doporučení dle základního problému se stravováním.

Pro vybíravé děti (*picky eating*, který je vnímán jako normální součást vývoje dítěte) doporučují autoři podporu rodičů, aby k preferovaným jídlům nabízeli alternativní jídla, ale aby se zároveň vyhnuli aktivnímu nátlaku a konfliktním situacím kolem jídla. Pro závažné formy selektivního jedení, kam spadá i potravinová neofobie, doporučují využití stanovení cílů krok za krokem a jejich pozvolného naplňování; expoziční techniky a techniky snižující úzkost (párování nového jídla se známým, spojování nového jídla s hravými aktivitami). Doporučují i využití techniky postupné aproximace a pozitivního posilování. Z technik snižujících úzkost lze využít opět pozitivního posilování, které by mělo zvyšovat motivaci dítěte k vlastní aktivitě. Pochváleno by mělo být veškeré jednání dítěte, které je ve shodě s požadovanými kroky.

Při celkovém omezení jídelníčku je doporučováno začít se strukturováním jídla. Jídlo by mělo být nabízeno ve 3 hlavních jídlech a 2 svačinách s alespoň 2hodinovým rozstupem mezi jednotlivými jídly. Mezi těmito jídly by dítěti nemělo být umožněno jíst, a to včetně pití kalorických tekutin. Mezi jídly nabízíme čistou vodu. Dítě by mělo sedět ve věku odpovídající židličky a v odpovídající pozici. Pro starší děti je vhodné použít vizuální časovač, aby viděly, po jaký čas mají u jídla sedět. Začínáme s nízkou časovou dotací (například 5 minut) a čas postupně prodlužujeme ke standardním 20-30 minutám. Pokud strukturování jídla samo o sobě nevede ke zlepšení stravování, bývají rodiče instruováni k použití pozitivního posilování a k ovlivnění stravovacího chování dítěte.

Další kategorií jsou obtíže při přechodu na tuhou stravu. Normální přechod se děje ve 3 fázích. První a druhá fáze, které lze označit jako miminkovské stravování a na fázi tři, kdy jsou předkládány již kousky ke zpracování jako dětské křupky, či rozmočené Cheerios. Pro další postup v toleranci tuhé stravy se pokračuje k měkkým kouskům jako je ovoce, těstoviny a měkká masa, až po obtížně zpracovatelnou tuhou stravu vyžadující pokročilé žvýkání jako například hovězí maso či steak. Rodiče by měli být dítěti modelem a ukazovat mu, jak se žvýká. Pro snazší přechod lze kousky z fáze III přidávat do fáze II a tím usnadnit dítěti přechod. Také je lepší začínat s velmi malými kousky a postupně jejich velikost zvětšovat. Lze také nabízet nepreferovanou texturu současně s preferovanou, aby se zvýšila její akceptace. Pokud se postup nedaří, je potřeba kontaktovat klinického logopeda pro zvážení orálně motorické terapie.

U noční krmení starších dětí, které už by měly spát celou noc, kdy je krmení v noci pro rodinu obtěžující, doporučují autoři postupnou záměnu jídla. Například při pití umělého mléka, toto mléko postupným ředěním zaměnit za pití čisté vody. Jakmile dítě pije jen vodu, je většinou možné přestat nabízet láhev úplně, nebo její množství několik dní postupně snižovat. Většina dětí v tento okamžik přestane láhev vyžadovat a spánek se upraví. Pokud se tak nestane

a je zřejmé, že dítě se nebudí již hladem, doporučují autoři pokračovat s pomocí „*Progressive waiting approach*“¹⁵.

4.5.8 KKI program pro děti s PPP (*The Kennedy Krieger Institute*)

Program probíhá jako součást širšího terapeutického záběru pediatrické kliniky. O každého pacienta se stará tým 2-3 terapeutů z oboru psychologie a jednoho behaviorálního analytika. Tento počet dokáže pokrýt všechna jídla v průběhu všech 7 dní v týdnu. Součástí je i interdisciplinární přístup zahrnující specialisty z oborů gastroenterologie, vývojové pediatrie, behaviorální psychologie, nutričního poradenství, sociální práce a ergoterapie. Pokud to vyžaduje stav dítěte, jsou přizváni odborníci i z oboru fyzioterapie, psychiatrie a speciální pedagogiky. Součástí je i vyšetření polykacího aktu, které předchází hospitalizaci pacientů. Před samotnou terapií předchází velmi důkladné celkové zhodnocení zdravotního i psychologického stavu dítěte, zvláštní důraz je kladen na behaviorální analýzu chování dítěte při jídle. Pro zvýšení určitého chování se využívá strategie pozitivního a negativního posilování. Naopak ke snižování výskytu nechtěného chování využívají v KKI 5 metod: manipulaci s antecedenty, vyhasínání, ukončení (*time-out*), diferenciální posilování alternativního chování a trest. Součástí léčby je zvyšování dovednostní výbavy dítěte. Často nestačí jen posilovat existující formy chování, ale je potřeba vytvořit nové, komplexnější způsoby chování. Terapeuti využívají technik tvarování nebo pobídky (*prompting*) a nápodoby (*modeling*). V závěru programu je nácvik generalizace získaných dovedností. V kontrolovaných sezeních se postupně mění různé aspekty tak, aby dítě bylo schopné své dovednosti udržet i ve variabilních domácích podmínkách. Při terapeutickém jezení to může vypadat tak, že systematicky a postupně měníme pozici ve které dítě jí (natočení židle, typ židle, stolečku), necháme vcházet a odcházet přihlížející z místnosti atp. Změny volíme tak, abychom postupně napodobili co nejvěrněji prostředí, ve kterém bude dítě jíst (doma, ve škole, v restauraci).

Ve správném krmení je často potřeba podpořit i rodiče. Ne vždy je žádoucí, aby se rodiče přímo účastnili terapeutického jezení. Jakmile dítě v terapii dobře spolupracuje, rodiči je umožněno pozorovat jednotlivá sezení skrze jednosměrné zrcadlo. Následně jsou rodiče krok za krokem učeni přebrat terapeutickou roli, využít jednotlivé požívané techniky a jejich správnou implementaci do průběhu krmení. Zpočátku může učení probíhat formou cvičení s panenkou a hraním rolí, než se přistoupí k přímému krmení dítěte rodičem.

¹⁵ Tato metoda je též známá jako Ferberova metoda (Ferber, 1986), u nás se ujal název metoda kontrolovaného pláče. Jako autorka diplomové práce bych ráda zdůraznila, že se s vhodností použití této metody u dětí neztotožňuji a osobně bych její použití nedoporučila.

Před ukončením programu dochází k postupnému odstranění terapeutických částí z průběhu jídla. Jedná se o postupné snižování například pozitivního posílení. Po skončení programu jsou pacienti ještě rok sledováni s postupně se snižující frekvencí návštěv na klinice. (Babbitt et al., 1994)

5 Výzkum

Cílem je analýza problémů, se kterými se rodiče potýkají, když jejich dítě odmítá jíst. Hlubší pochopení toho, jak rodiče vnímají pojmy, které používají v souvislosti s tím, že jejich dítě nejí, „je nejdílek“ (jak slangově svoje děti rodiče někdy označují) apod. Nejdříve se budu snažit zmapovat, jaké všechny projevy a co všechno zahrnují pod pojmy, že jejich dítě nejí, odmítá jíst, je nejdílek. Pokusím se postihnout všechny varianty těchto pojmů, které rodiče používají v souvislosti s odmítáním potravy u dětí.

Následně zmapuji, jak rodiče tuto problematiku vnímají a prožívají a s tím související, jak sami na situaci reagují. Ze získaných poznatků výzkumu dále prozkoumám, jak rodiče vnímají péči a řešení vlastní situace.

Na konci pak uvedu výsledky do kontextu možností psychologické intervence s ohledem na běžně užívanou terapeutickou praxi představenou v teoretické části práce.

5.1 Metodologie

5.1.1 Typ výzkumu a teoretické východisko

Pro hodnocení komplexnosti zkoumaného jevu jsem se rozhodla využít kvalitativní metodologii výzkumu. Mezi jednu z metod kvalitativního výzkumu patří tzv. grounded theory (GT, zakotvená teorie), jejíž užití volíme například tehdy, pokud zkoumáme jev, o kterém se chceme dozvědět hlouběji nové poznatky, protože dosud nebyl dostatečně prozkoumán. (Strauss & Corbin, 1999) Toto tvrzení u mnou vybraného tématu platí částečně. Jak bylo představeno v teoretické části práce, tématu je v zahraniční literatuře věnováno poměrně dostatek pozornosti, a to včetně naučných knih pro rodiče (Chatoor, 2012; Harris & Shea, 2018; Rowell, McGlothlin & Morris, 2015; Fraker, Walbert, Fishbein & Barker, 2007). Ale u nás tomu tak prozatím není. Dostupná literatura není příliš obsáhlá a většinou nezahrnuje nové poznatky v oblasti problematiky jedení u malých dětí. Zcela pak chybí náhled na věc očima samotných rodičů a tedy těch, kterých se problém přímo dotýká, protože to jsou oni, kdo terapeutickým procesem musí s dítětem projít.

S ohledem na teoretickou část práce je zřejmá i značná terminologická nejistota a absence obecně uznávaných diagnostických měřítek. Zvláště pak u nás, kde není oficiálně uznávaná ani DSM-V. Oficiálním diagnostickým manuálem je v současnosti u nás stále MKN-10, která se v PPP u dětí jeví diagnosticky nedostatečně. (Nicholls, Chater & Lask, 2000).

Hendl (2012) zmiňuje 5 fází GT: (1) Výzkumník vstupuje do terénu vybaven prvotními vágními koncepty a představami o zkoumané oblasti. V mém případě tyto vágní koncepty tvořila osobní zkušenost s problematikou PPP a občasné nezávazné rozhovory s rodiči a hledání pomoci, kde a s kým mohou problém řešit. (2) Výzkumník studuje jednotlivé případy nebo skupiny a zaznamenává data, shromažďuje data, zároveň (3) probíhá analýza těchto dat. První vstup se v mém případě odehrál v roce 2018, ale z časových důvodů nebyla původní analýza dotazena až do specifických závěrů. Původní představa byla o vedení fenomenologického výzkumu. Mým záměrem bylo ze sebraných anamnéz provést výběr a užší vzorek analyzovat pomocí fenomenologického přístupu. K této fázi ale nedošlo, a tak ze sesbíraných dat vznikla první analýza, kterou bylo vhodné doplnit, a proto jsem se rozhodla dále rozšiřovat poznání (4) o další případy. Zároveň byl omezen věk na děti do 6 let věku a zvolena technika samovýběru¹⁶ respondentů. (Mioviský, 2006)

5.1.2 Role výzkumníka

Dle Mioviského může výzkumník zaujímat vůči respondentům rozličné role, které by měl badatel reflektovat. U své osoby jsem identifikovala několik rolí. Kromě studenta psychologie písícího diplomovou práci na určité téma, se kterou byli rodiče seznámeni, byla má pozice i odborná. Rodiče často věděli, nebo se díky DP dozvěděli, že se o problematiku nejedliťví zajímám. Někteří z nich se na mě obraceli nejen jako respondenti pro DP, ale i s prosbou o pomoc, že bych jim jako odborník mohla poradit. Další rolí, o které někteří rodiče věděli, je role rodiče nejedlíka. Omezením těchto pozic se věnuji v diskuzi. Výhodou tohoto postavení byla větší důvěra rodičů v mou osobu a možná větší ochota sdílet informace, které mohou být pro rodiče obtížné přiznat. Zvláště zdráhavé byly některé matky v případech, kdy byly požádány, aby osvětlily, jak vypadá „nátlak v jídle“ a dotazy ohledně toho, jestli používaly násilí při jídle, krmení dítěte přes jeho aktivní odpor, nucení dítěte spolknout potravu apod. Nebylo výjimkou, že matky v průběhu rozhovoru i projevovaly emoce, jako lítost a pláč, zvláště při vzpomínání na těžké okamžiky v jejich příběhu. Má pozice vycházela z konceptu humanisticky orientované psychoterapie, kdy Mioviský píše, že se „jedná o postoj, kdy jsme jako výzkumníci otevřeni tomu, že setkání s účastníky výzkumu nemá pouze podtext samotného výzkumu, ale že má širší kontext lidského setkání, (...) vzájemné výměny názorů a zkušeností.“ (Mioviský, 2006, p. 75)

¹⁶ O sběru dat viz následující kapitola

Z pozice výzkumníka jsem neměla s ohledem na pandemickou situaci možnost příliš ovlivnit podmínky, které rodiče mají v průběhu rozhovoru a například nabídnout jim standardizovaný prostor pro vzájemné setkání. Tento hendikep jsem se snažila minimalizovat doporučeními, které matky dostaly před proběhlým rozhovorem. Byla jim dána možnost výběru formy komunikace, aby byl zvýšený jejich komfort. Bylo doporučeno, aby dítě nebylo našemu hovoru přítomno a nebyly rušeny. Pokud to nešlo jinak, byl rozhovor rozdělen na etapy a pokračovala jsem s matkami v okamžiku, kdy k tomu měly opět vhodnou příležitost.

Před samotným rozhovorem jsem se rodičům představila, zeptala se, jaké informace o mojí osobě již mají a informace o sobě jsem sjednotila, aby byly stejné, jako měli i ostatní účastníci. Představila jsem jim všechny své 3 role jako výzkumníka, seznámila jsem je se strukturou rozhovoru (na jaké informace se budu ptát), o potřebném času na rozhovor a o formě zápisu, který si v průběhu rozhovoru budu dělat. Upozornila jsem je, že v rámci zachování anonymity vynechám jméno jejich i dítěte a věk uvedu s přesností na měsíce, nepožadovala jsem tedy například datum narození a místo bydliště.

5.1.3 Oslovení respondentů

K výzkumu byly využity předběžné poznatky z první snahy o realizaci výzkumu, která proběhla v roce 2018. Respondenti z této doby byli osloveni v rámci stejných Facebookových skupin jako v současném výzkumu. Z rodinných důvodů bylo tehdy od pokračování s výzkumem odstoupeno a zůstalo pouze u sebrání 17 anamnéz korespondenční cestou. Formou sběru dat byl otevřený anamnestický dotazník, který nejdříve rodiče samostatně vyplnili, následně jsem s nimi mluvila pomocí aplikace Messenger a jednotlivé údaje jsem doplnila, zpřesnila a pomocí zpětného dotazování, parafrázování se snažila minimalizovat možná nedorozumění. I když nebyly údaje empiricky v té době zpracovány, vedly k představě o různorodosti vnímání problematiky ze strany rodičů a vysoké interindividuální variabilitě nejedliectví a posloužily pro otevřené kódování prvních kategorií a zpřesnění pro hledání dalších respondentů, dotvoření a zpřesnění okruhů pro polostrukturovaný rozhovor (viz níže) a pomohly určit časovou dotaci potřebnou pro jednotlivé rozhovory.

V roce 2020 jsem se rozhodla výzkum zahájit znovu. Původní obavy, že nebude dostatečný počet respondentů se nenaplnily. Rodičů se ozvalo celkem 64, což předčilo má očekávání. Z časových důvodů a s ohledem na zvolený výzkumný design musel být vzorek redukován. Respondenti byli vypsáni na seznam s postupností, s jakou projevíli zájem o výzkum. Následně byli jeden po druhém zpětně osloveni a byli s nimi sbírány anamnézy, které byly dále zpracovány do podoby k analýze. Oslovování byli rodiče postupně až do doby,

aby se podařilo veškeré anamnézy zpracovat do ledna 2021. Zároveň byli osloveni i rodiče, u nichž byly anamnézy sebrány v roce 2018, zda souhlasí s pokračováním spolupráce i v rámci tohoto výzkumu. Účastnit se mohli i rodiče ze Slovenska.

Sběr dat probíhal od května roku 2020 do ledna 2021. S ohledem na situaci s covid-19 a náročností situace, s jakou se rodiče potýkají, podílem nedonošených dětí a dětí s dalšími komorbiditami, byla forma sběru dat výzkumu zvolena distanční cestou – telefonicky a písemnou formou.

5.1.4 Kritéria pro účast ve výzkumu:

Do výzkumu byli zařazeni rodiče dle následujících kritérií:

Možnost uskutečnit telefonický hovor trvající v rozsahu 1-2 hodiny, nebo možnost korespondenčního rozhovoru přes soukromé zprávy na sociální síti Facebook. Věk dětí do 6 let (včetně). Mezi účastníky byli rodiče z České a Slovenské republiky.

Probandi byli osloveni pomocí příspěvků v tematických Facebookových skupinách formou samovýběru (Miovský, 2006), které se zaměřují na podporu rodičů nejedlíků. Část rodičů projevila zájem se o tématu dozvědět více, proto po skončení rozhovorů a sebrání anamnéz měli možnost pokládat otázky. Byli seznámeni s tím, že i po skončení našeho hovoru mne mohou kdykoliv kontaktovat ať v souvislosti s výzkumem nebo v rámci probírané problematiky nejedlictví. Záměrně tato možnost nebyla dána před sběrem dat, aby nově nabytými informacemi nebyl rozhovor ovlivněn.

Anamnézám byla pro lepší analytické zpracování dána jednotná forma tzv „shrnujícího protokolu“ (Hendl, 2012, p. 209). Sesbíraná data byla srovnána do jednotné podoby, aby bylo snazší jednotlivé výpovědi mezi anamnézami porovnávat a analyzovat.

Kvalitativní výzkum a metodologie GT staví na simultánním postupu při analýze dat. (Strauss & Corbin, 1999; Miovský, 2006; Hendl, 2012) Nedá se tedy jasně stanovit posloupnost kroků, protože v průběhu analýzy dat jsem se opakovaně vracela znovu na začátek, kdykoliv jsem v datech objevila nějaký nový poznatek. Po otevřeném kódování, které zahrnovalo především určení důležitých částí výpovědí – identifikaci významových jednotek (Miovský, 2006), jejich zvýraznění a utřídění, jsem vytvořila kategorie, které následně byly dávány do vzájemných vztahů (axiální kódování). V průběhu tohoto kódování se několikrát ukázalo, že se objevují další aspekty, které při prvním procházení nebyly zřejmé, musely být tedy jako kategorie doplněné. Takto byla například doplněna environmentální část projevů, která se nejdříve jevila jako součást jiné kategorie, ale později vyplynula naopak jako svébytná oblast.

Následně bylo třeba provést nové kódování a zkontrolovat, zda tyto aspekty nebyly pro původní necitlivost vůči nim přehlédnuty. Zároveň jsem zkoumala literaturu dostupnou k dané problematice. V poslední fázi jsem se pak snažila mezi jednotlivými kategoriemi najít vztah a vytvořit teorii, která by osvětlovala společné téma jednotlivých anamnéz a umožňovala hlubší vhled na zkoumanou problematiku.

5.1.5 Forma sběru dat

Anamnézy byly sbírány formou polostrukturovaných rozhovorů dle předem připravených okruhů. Určitým okruhům následně byla v závislosti na životní situaci rodiny věnována zvýšená pozornost. Základními údaji, které byly sbírány, byly:

- A) Základní informace o dítěti.** Pohlaví, aktuální věk s přesností na roky a měsíce v den sběru dat.
- B) Základní informace o rodině.** Kdo žije s dítětem v domácnosti, zda navštěvuje sociální zařízení, věk případných sourozenců.
- C) Aktuální situace.** Bez ohledu na to, zda v současnosti dítě problém s příjmem potravy má, či nikoliv, matky poskytly popis toho, jak se v současné době dítě stravuje.
- D) Okolnosti před, v průběhu a po porodu.** Zde se informace lišily. U nedonošených dětí, dětí s komplikacemi. V těchto případech je anamnéza delší.
- E) První kojení v nemocnici a kojení v domácích podmínkách**
- F) Příkrmy.** První zavádění, první reakce na příkrm a vývoj stravovacích dovedností.
- G) Vývoj problémů** (nebylo-li to z dosavadního průběhu rozhovoru zřejmé)
- H) Zdravotní stav a vývoj zdravotního stavu**
- I) U kterých specialistů problémy s jídlem řešily.**
- J) Jak situaci vnímá rodič.** Jak situaci rodiče prožívají, či prožívali.
- K) Doplnující otázky.** Pokud to rodiče sami nezmínili v průběhu rozhovoru, cíleně jsem se doptávala na senzoryckou oblast u dítěte (ochotu dotýkat se různých struktur, nejen jídla), jak vnímají psychomotorickou úroveň dítěte, logopedickou oblast a možné známky přítomnosti refluxu.

Při zápisu a následném přepisování anamnéz byla zachována rétorika rodičů. Je nutné mít při pročítání anamnéz na paměti, že se jedná o vnímání situace a zdravotního stavu z perspektivy rodiče, respektive matek. Popis zdravotního stavu tak nemusí být nutně objektivní. Stejně tak, pokud matky tlumočí přístup lékařů a jejich rady, jedná se o informace,

kteří si rodiče ze setkání s odborníkem odnášejí, jak oni je vnímají, což ne vždy musí nutně odpovídat tomu, co skutečně odborník říkal. Cílem práce není hodnocení kvality lékařské ani jiné péče v této oblasti.

Do výzkumu se přihlásily pouze matky. Zástupce otců ve výzkumu není žádný. Matkám byla nabídnuta dvojitá forma sběru dat s ohledem na jejich časové možnosti. (1) Telefonická forma na základě předchozí domluvy s rodičem. Jeden telefonický hovor trval mezi 60 a 120 minutami času v závislosti na složitosti především lékařské části anamnézy. 120 minut trval obvykle hovor u dětí nedonošených, s mnohačetnými komorbiditami, vzácnými onemocněními a pokud rodiče projevíli po skončení sběru dat zájem o problematiku PPP. (2) Pokud rodiče nebyli schopni najít souvislý čas na rozhovor, byla jim nabídnuta forma rozhovoru přes Messenger. Tato forma měla výhodu, že matky mohly odpovídat průběžně, nepotřebovaly tak jeden delší souvislý čas pro rozhovor. S ohledem na terapeutická doporučení¹⁷ bylo matkám doporučeno, aby jejich děti nebyly přítomny rozhovoru, při kterém dochází k hodnocení jejich stravování.

Celkem se ozvalo 64 matek, zpětně osloveno pro anamnézu bylo 35, vybírány byly dle pořadí, v jakém projevíly zájem na účasti. Z časových důvodů nebylo možné sejmout anamnéz více. Jedna anamnéza s pořadovým číslem 33 byla pro nedokončení z vyhodnocení dat vyřazena. Celkem jich tedy bylo z této části využito 34.

Do výzkumu bylo zařazeno i několik rozhovorů, které vznikly již před třemi lety, data byla sesbírána v období února a března roku 2018. Celkem tehdy bylo sesbíráno 17 anamnéz. Sesbíraná data se obsahem zásadně nelišila od těch sbíraných v současnosti. Tyto respondenty jsem tedy na podzim roku 2020 opětovně kontaktovala. Ty matky, které odpověděly a souhlasily v pokračování ve výzkumu, jsou v této práci také zařazeny. Celkem jich bylo 6.

Celkově pro výzkum bylo zpracováno **40 anamnéz**, jejichž znění najdete v přílohách. Číslování anamnéz je 01-41, číslo 33 bylo vynecháno a najdete je v příloze 1. Přílohy mají samostatné číslování stránek. V textu najdete za označením anamnéz v závorkách vždy odkaz na číslo strany, kde se anamnéza v přílohách nachází.

5.1.6 Základní charakteristiky anamnéz:

Výzkumu se účastnily matky s dětmi ve věkovém rozmezí 3 až 76 měsíců (6 let 4 měsíce). Průměrný věk dětí činil 25,06 měsíce. Ve vzorku bylo 19 dívek a 21 chlapců. 20 dětí

¹⁷ Mgr. Ludvíčková ze Školy papání, terapeutky z GIE institute, NoTube etc.

bylo donošených a 20 nedonošených¹⁸, stejně tak dětí s nízkou porodní hmotností pod 2500 g, kterých bylo ve vzorku také celkem 20. 26 dětí bylo prvorozených, 19 dětí mělo dalšího sourozence, zbytek 21 dětí byly jedináčci. Poporodní komplikace se týkaly 24 dětí. Nějaký přidružený zdravotní problém vedle problémů s jídlem mělo 22 dětí, jeden chlapec byl adoptovaný (jinak ale bez dalších zdravotních problémů). V jedné anamnéze matka popisovala problém u svých dvojčat. V porovnání jsou bráni jako jedno dítě, vzhledem k tomu, že jejich problémy byly identické. *Tabulka 4. Základní údaje o výzkumném vzorku* na následující stránce shrnuje základní statistické údaje v jednotlivých anamnézách. Jsou jimi pohlaví a věk dítěte, jestli bylo dítě donošené, zda se narodilo s nízkou porodní hmotností (hmotnost pod 2500 g), měsíc a rok sejmutí anamnézy, forma sběru dat, zda je dítě prvorozené, má další sourozence, byly přítomny poporodní komplikace a poslední přítomnost dalších chronických onemocnění a komplikací.

Tabulka 4. Základní údaje o výzkumném vzorku

Anamnéza	pohlaví dítěte ženské	věk v měsících	Donošenost	Nízká porodní hmotnost	měsíc a rok sejmutí	forma sběru dat	prvorozenost	sourozenci	poporodní komplikace	Chron. Onemocnění
01	0	76	1	0	X.20	m	1	0	1	1
02	0	68	0	0	VI.20	m	0	1	1	1
03	0	30	0	1	II.18	m	1	0	1	0
04	0	46	1	0	IX.20	t	1	0	0	0
05	1	70	1	0	X.20	t	1	1	0	0
06	1	48	0	1	X.20	m	1	0	1	0
07	1	4	0	1	X.20	m	1	0	1	0
08	1	3	0	1	X.20	m	1	0	1	1
09	0	26	0	1	X.20	m	1	0	1	0
10	1	33	0	1	X.20	t	1	0	1	0
11	1	45	0	1	X.20	t	1	0	1	1
12	0	70	0	1	X.20	m	1	0	1	1
13	1	25	1	0	IX.20	t	0	1	0	0
14	1	13	1	0	IX.20	m	1	0	0	0
15	0	4	1	0	IX.20	t	0	1	1	1
16	0	73	1	0	I.21	t	1	0	0	1
17	0	16	1	0	IX.20	t	0	1	0	0
18	1	50	1	0	IX.20	m	0	1	1	1
19	1	72	1	0	IX.20	m	1	1	0	1
20	1	19	1	0	IX.20	m	0	1	0	1
21	1	8	1	0	IX.20	m	0	1	0	0
22	1	10	1	0	IX.20	t	1	0	0	1
23	0	27	0	1	II.18	m	1	0	1	1
24	0	56	0	1	II.18	m	1	1	1	0

¹⁸ Nedonošené děti jsou ty, které se narodily do ukončeného 38. týdne těhotenství (tt) kromě a donošené jsou ty, které se narodily alespoň s ukončeným 38.tt (včetně).

25	1	25	0	1	IX.20	m	1	0	1	1
26	0	28	0	1	II.18	m	1	0	1	1
27	1	27	1	0	II.18	m	1	0	0	0
28	1	7	0	1	VI.20	m	1	0	1	0
29	0	27	1	0	IX.20	t	1	1	1	1
30	0	48	1	0	IX.20	t	0	1	0	1
31	0	37	0	1	XI.20	m	0	1	1	1
32	0	21	0	1	V.20	m	0	1	1	1
34	0	47	0	1	VIII.20	m	1	0	1	0
35	0	9	0	1	IX.20	m	0	1	1	1
36	0	7	0	1	IX.20	m	0	1	1	1
37	0	71	1	0	III.18	m	1	1	0	1
38	1	27	1	1	IX.20	m	0	1	0	0
39	0	35	1	0	V.20	m	0	1	0	0
40	1	20	1	0	VII.20	m	1	0	0	1
41	1	36	0	1	IX.20	m	1	0	1	1
souhrn	19	25,06262	20	20			26	19	24	23

(Legenda k tabulce: Číslo v prvním sloupci odpovídá označení anamnéz v Příloze 1, 0 = Ne, 1 = Ano, t = telefonický sběr dat, m = korespondenční sběr dat)

5.2 Výzkumné otázky

Úplně prvotní otázkou položenou již v roce 2018 bylo zjistit: Co rodiče nejedlíků trápí a jak jejich stížnosti zapadají do znalostí a konceptů zahraničních poznatků? Jak jsem zmínila v úvodu, empiricky tato data zpracována nebyla, ale díky zkušenosti vznikla základní teoretická citlivost pro současný výzkum realizovaný v letech 2020-2021. Korespondence s rodiči naznačila, že pojmy jako „nejedlík“, „odmítá jíst“ a „má problém s jídlem“, budou mít širší kontext, který je potřeba v první řadě dostatečně objasnit. Jestli se vůbec jedná o stejné jevy, jaké lze pozorovat i v popisu zahraniční literatury, lze zjistit jedině tak, že nejprve tyto jevy dostatečně prozkoumáme. Dle zvolené metodologie jsem zvolila dostatečně širokou otázku. (Strauss & Corbin, 1999) V průběhu výzkumu se pak vynořovaly další, sekundární, či zpřesňující otázky.

Primární výzkumná otázka: **Jaké problémy rodiče uvažují, když své dítě označí za „nejedlíka“, či tvrdí, že jejich dítě má problémy s příjmem potravy a nejí?** Doplňující otázky, které se vynořily v průběhu první analýzy a v průběhu sběru dat byly: Jsou ve vnímání těchto pojmů mezi jednotlivými rodiči rozdíly? A pokud ano, jaké? Jak rodiče situaci prožívají a jak na ni reagují?

Sekundární otázkou, která je závislá od toho, jaké výsledky se v práci objeví a nelze ji tedy stanovit zcela jasně, dokud nemáme v ruce finální výsledky, by mohla znít: Jaké jsou

možnosti psychologické intervence na základě výzkumných zjištění s přihlédnutím k běžně dostupné terapeutické intervenci popisované v teoretické části práce.

5.3 Analýza dat

Pro analýzu dat, jak bylo zmíněno výše, byl využit kvalitativní výzkum a přístup zakotvené teorie. (Strauss & Corbin, 1999). Při otevřeném kódování byly z polostrukturovaného rozhovoru vybrány ty části, ve kterých rodiče popisují problém se stravováním u svých dětí. A pomocí otevřeného kódování byla provedena prvotní strukturace dat a rozčlenění popisovaných jevů. Po vytvoření patřičných kategorií následně proběhlo axiální kódování a seskupení projevů nejedliectví do jednotlivých kategorií dle společných rysů a v závěru pak popsání jejich vzájemných vztahů.

5.3.1 Formy a podoby nejedliectví

Pro výzkum byli hledáni rodiče, kteří vnímají, že jejich dítě má potíže s jídlem, odmítá jíst. Blíže problém již specifikovaný nebyl a zhodnocení toho, zda dítě opravdu problém má nebo nemá, bylo ponecháno na rodičích, respektive na matkách. Díky tomu se podařilo sesbírat široké spektrum projevů obtíží s jídlem, se kterými se lze setkat. Snahou bylo zachytit všechny možné podoby, jakými matky vnímají „nejedliectví“ a „problém se stravováním“ u svých dětí. V anamnézách rodiče zmiňují následující obtíže. Tyto projevy jsou vnímány jako problematické a nežádoucí:

- Dítě akceptuje potravinu, ale jen v určité formě – maso jí jen v mleté formě, pečivo pouze nenamazané atp.
- Jí malé množství jídla – při jednom jídle si jen párkrát zobne a nesní větší množství jídla naráz. Dále v textu je tento fenomén označován jako *uzobávání* pro snazší odlišení od dalšího jevu.
- Dítě jí málo – od předchozího se zde odlišuje to, že rodič zdůrazňuje, že celkově jí dítě málo.
- Nekombinuje jídla – i jídla, které samostatně je schopné jíst, není schopné jíst dohromady smíchané.
- Projevuje celkovou nechuť, averzi k jídlu, jídlu se vyhýbá.
- Odmítá ochutnávat nové potraviny – v literatuře označováno jako potravinová neofobie. Zahrnuje i neochotu k ochutnávání.
- Neschopnost zpracovat v ústech potravu bez somatické příčiny – kousat a žvýkat.

- Netoleruje určité struktury – někdy má přímou souvislost s bodem předchozím, ale nemusí tomu tak být.
- Jídlo dítě nebaví, nezajímá – od popisu s averzí se liší tím, že zde se jedná o neutrální konotaci. Dítě se jídlu nutně nevyhýbá.
- Vybíravost – na základě vizuální podoby jídla, chuti.
- Akceptuje/preferuje jen určitou strukturu před jinou.
- Vybírá si, co bude jíst – co jedlo jeden den, odmítá druhý. Od předcházející vybíravosti se liší tím, že vybírání se neděje na základě určité chuťové, vizuální a jiné preference, že by například dítě obvykle preferovalo sladké jídlo, světlé atd.
- Odmítá jíst určitou potravinovou skupinu – maso, zeleninu aj.
- Nejí v určitém prostředí – př. ve školce.
- Nehlásí se o jídlo. Zdá se, že nepocituje hlad, neprojevuje hlad.
- Nestabilní příjem jídla, velké výkyvy – někdy jí dítě s chutí a dostatečně a jindy jídlo odmítá, nebo nechce jíst vůbec.
- Jí lépe/hůře v domácím a cizím prostředí.
- Při jídle/pití byl použit nátlak nebo násilí v domácím prostředí. Není kódován nátlak z důvodů přímé lékařské péče.
- Dítě je krmeno s rozptýlením anebo ve spánku či polospánku.
- Obtížně polyká.
- Je zvýšeně opatrné vůči jídlu – nedůvěřuje jídlu, i přesto, že projevuje o jídlo zájem.
- Je krmeno sondou.
- Aktivně se brání být nakrmeno – pláče, fyzicky se brání.
- Akceptuje jen malý rozsah druhů potravin – jídlo je nutričně jednotvárné.
- Syslí – dlouho drží sousto v ústech, než polkne, nebo odmítá sousto polknout.
- Zdá se, že nemá chuťové buňky, necítí chuť, nelze určit, jaké má chuťové preference.
- Odmítá běžnou formu přijímání určité stravy – například UM (umělé mléko) přes lahvičku, pít z hrníčku.
- Při jídle je dítě výrazně neklidné, mele se v židličce, pobíhá při jídle po pokoji.
- Dítě nepřibírá, neprospívá.
- Po zahnání největšího hladu, rychle ztrácí o jídlo zájem.
- Odmítá se jídla dotknout.

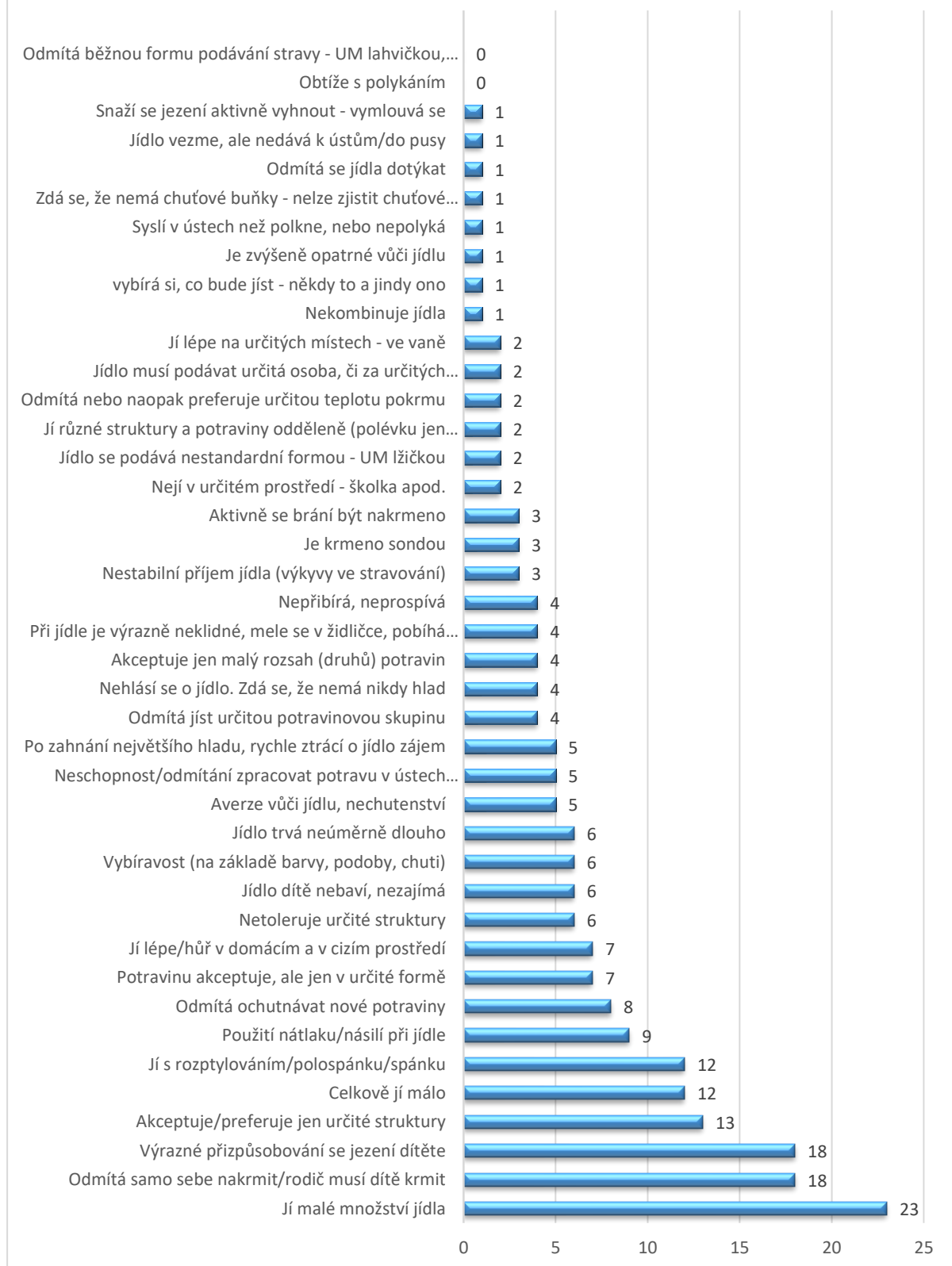
- Jídlo vezme do ruky, ale nepřiblíží jej k ústům.
- Snaží se vyhnout jídlu – začne si vymýšlet, že chce spinkat, čůrat, kakat, bumbat.
- Jídlo/pití preferuje přijímat neobvyklým způsobem – pití stříkačkou a odmítání pít z hrníčku, ačkoliv to umí.
- Krmení/jídlo trvá neúměrně dlouho – hodinu i déle.
- Jí různé struktury odděleně – z polévky vypije vodu a tuhé pak jí samostatně.
- Odmítá jíst samo, krmit sebe samo, i když vývojově tomu jeho schopnosti odpovídají. Rodič si stěžuje, že dítě musí krmit.
- Odmítá/preferuje určitou teplotu pokrmu – teplou, studenou, vlažnou.
- Jí lépe na neobvyklých místech – například jí lépe ve vaně, v ložnici či jiných místech, která nejsou k jídlu běžně určená.
- Potřebuje k jídlu splnění specifických podmínek – naprostý klid, stabilní prostředí beze změn, bez návštěv, vyžaduje na krmení určitou osobu (nespadá sem kojení).
- Výrazné přizpůsobování se jezení dítěte – patří sem například pokud rodič zmíní, že zkouší nabízet více alternativ, než si dítě vybere. Jídlo musí mixovat (jinak by dítě nejedlo). Musí dítě dle stanoveného harmonogramu či přesně stanovenými dávkami krmit (krmení dítěte jako takové je kódováno samostatně). Zmiňuje, že jídlo vaří speciálně pro dítě či ho musí chuťově dítěti upravit. Rodič popisuje, že se musí přizpůsobit jídlu dítěte v tom, že například nemohou ven, pokud by mělo být dítě v tu dobu krmeno.

Ze 40 anamnéz jsem sesbírala 41 různých projevů, jakými matky popisují nežádoucí projevy ve stravování svých dětí. U každé rodiny pozorujeme vždy více než jeden projev. Na některé projevy tak můžeme narazit častěji, na jiné naopak ojediněle. Právě souhra různých projevů tvoří vysokou interindividuální variabilitu „nejedliectví“. Zaznamenány byly jen explicitně zmíněné problémy. Pokud například matky referovaly, že dítě celkově málo jí, ale nereferovaly neprospívání (které by se dalo logicky z nedostatečného příjmu vyvodit), neprospívání nebylo zaznamenáno. Pokud například rodič zmínil, že dítě nepřibírá, bylo popsáno jako že nepřibírá, i když z ostatního popisu se mohlo zdát, že objektivně tomu tak není (například z popisu váhových přírůstků, referovaný pohled ošetřujících lékařů apod.).

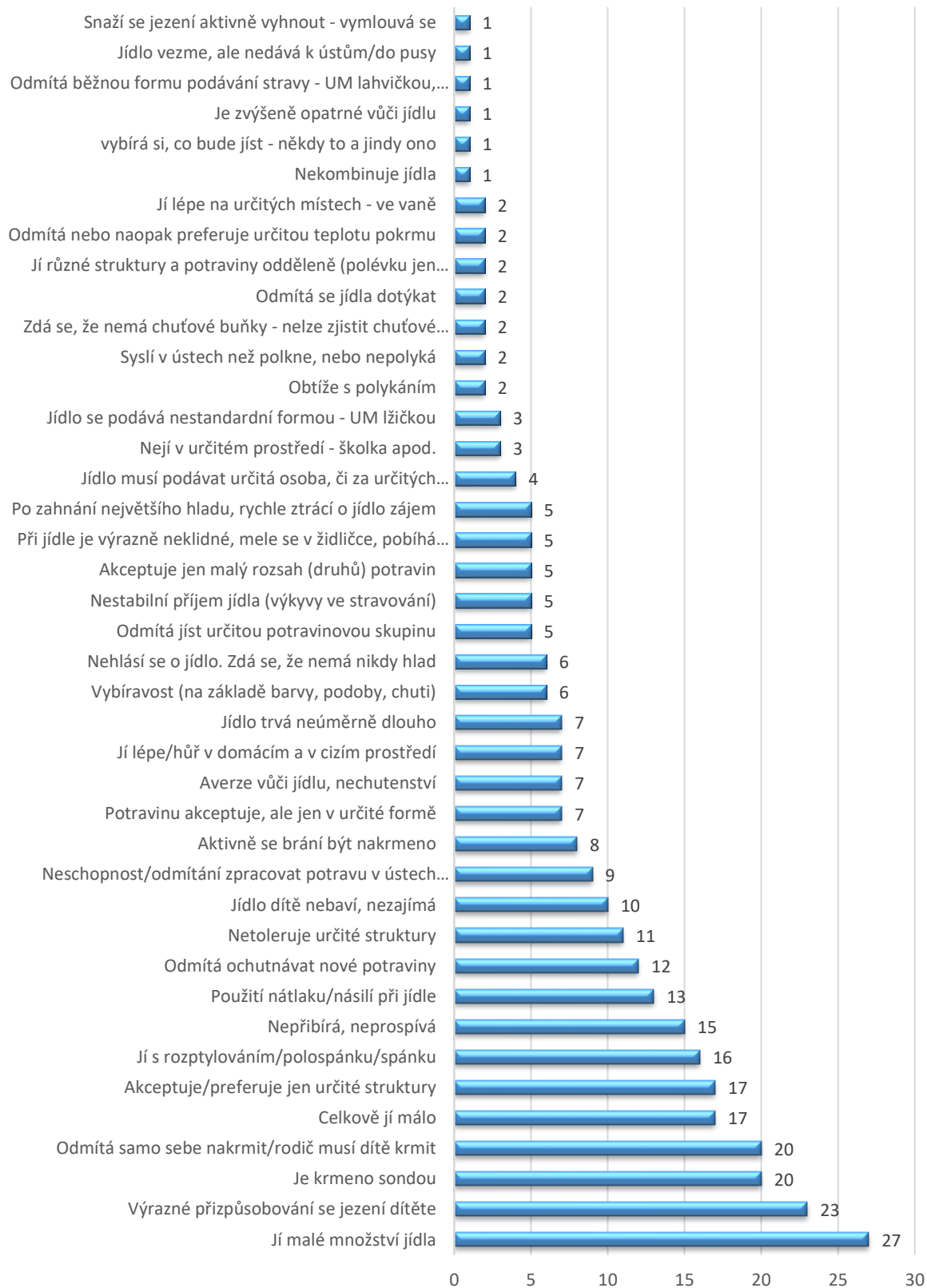
Projevy zaznamenané jako popis aktuální situace s jídlem v době, kdy byl s matkami dělán rozhovor najdete shrnuté v grafu 1 *aktuální stav*. U anamnéz, které byly sbírané v roce 2018 je jako aktuální stav brán první sběr anamnézy v roce 2018. Část

aktualizace z roku 2020 není v tomto hodnocení zahrnuta. Graf 2 *souhrn veškerých projevů* ukazuje celkový počet pozorovaných projevů v průběhu celého vývoje od narození dítěte až do současnosti. V příloze 3 od strany 143 do 146 najdete tabulku 5 *výskytu jevů v jednotlivých anamnézách*, kde je znázorněno, které jevy a z kterých kategorií lze v jednotlivých anamnézách vidět.

Graf 1: Výskyt jevu v době sběru dat



Graf 2: Celkový výskyt jevu



5.3.2 Analýza popisovaných projevů

Při další analýze sepsaných projevů se může zdát, že tvoří dvě kategorie: *akci* dítěte (odmítá jíst, vybírá si, co bude jíst apod.) a *reakci* matek (krmí v polospánku apod.). Rozdělila jsem tedy popisované chování v jídle jako AKCI (na straně dítěte) a REAKCI (na straně matek). Nutno ovšem podotknout, že obojí je ve vzájemné interakci a reakce matek sama zároveň ovlivňuje chování dítěte. Nesmí tedy dojít k záměně s pojmy příčina a následek.

Všechny popisované projevy jsou to, co matky zmiňují jako problematické projevy v rámci příjmu jídla, nejedná se tedy o veškeré projevy, které se v průběhu stravování mohou vyskytnout. V tabulkách a grafech tak nejsou projevy a reakce, které se jeví pozitivně. V anamnézách lze přesto sledovat i trendy, které jsou v souladu s doporučovaným přístupem zahraničních i našich odborníků.¹⁹ Na dotaz: Když dítě nevypije doporučovanou dávku, nechce jíst apod., jak tuto situaci řeší. Matky odpovídají, že dál dítě nenutí, nijak nerozptylují, dítě nenahání po bytě, naopak zbytek mléka vylévají a dítěti nechávají volnost v množství snědeného jídla, snaží se o hezké a příjemné prostředí u jídla apod.

Ale i případné (ne)nucení může podléhat vývoji a situaci. Rodina, která za určité situace nenutí dítě do jídla, v jiné situaci může reagovat jinak, jak naznačuje například anamnéza 12 (strana 34). Tady matka popisuje, že zpočátku nenutili, ale jak dítě omezovalo jídelníček, tak určité tlaky na jídlo dítěte už byly. Podobný trend vidíme v anamnéze 16 (strana 44), kdy matka popisuje, že množství neřeší, dítě je paličaté a když si postaví hlavu, tak s ním nehne, ale zároveň píše, že jí občas ujely nervy a jídlo dítěti opatlala o dásně, aby ochutnalo. V anamnéze 37 (strana 105) matka v části aktualizace po 2 letech popisuje, že rvát jídlo do dítěte násilím se ukázalo jako neúčinné, a navíc způsobující stres všem. Proto od takového jednání opustila.

Projevy akce:

- potraviny akceptuje, ale jen v určité úpravě
- jí malé porce (uzobává)
- celkově málo jí
- nekombinuje jídla

¹⁹ Z telefonického rozhovoru s Mgr. Tereza Nagy (telefonický rozhovor. 4.12.2020), z rozhovoru s terapeutkami z NoTube na prvním Playpicnicu v Praze (NoTube. *Play Picnic*. Praha. 13.4.2019), webové stránky Ellyn Satter institute, facebookové podpůrné skupiny Growing indenpentent eaters (GIE), z videohovoru s Mgr. Jankou Repaskou z Terapeutického Ihriska Janka (videohovor. 22.9.2020).

- má averzi vůči jídlu
- odmítá ochutnávat nové potraviny
- neschopnost nebo odmítání zpracovat potraviny v ústech
- netoleruje určité struktury
- jídlo dítě nebaví, nezajímá
- vybírá si na základě chuti, barvy, podoby aj.
- akceptuje/preferuje jen určité struktury
- vybírá si, co bude jíst
- odmítá jíst určitou potravinovou skupinu
- nejí v určitém prostředí
- nehlásí se o jídlo. Zdá se, že nemá nikdy hlad
- nestabilní příjem
- jí lépe/hůře v domácím a v cizím prostředí
- obtížně polyká
- je zvýšeně opatrné vůči jídlu
- akceptuje jen malý rozsah potravin
- syslí v ústech
- zdá se, že nemá chuťové buňky.
- při jídle je výrazně neklidné
- nepřibírá, neprospívá
- po zahnutí největšího hladu, rychle ztrácí o jídlo zájem
- snaží se jezení aktivně vyhnout
- jí různé struktury odděleně
- aktivně se brání být nakrmeno
- odmítá se jídla dotýkat
- jídlo vezme do ruky, ale nedává jej k ústům
- odmítá nebo naopak preferuje určitou teplotu pokrmu
- potřebuje k jídlu splnění specifických podmínek

Projevy reakce:

- při jídle byl použit nátlak nebo násilí
- jí výhradně s rozptylováním, ve spánku či polospánku
- je krmeno sondou

- odmítá běžnou formu podávání potravy
- jídlo je podáváno nestandardní formou
- odmítá sebe samo nakrmit – je krmeno
- jí lépe na neobvyklých místech
- jídlo trvá neúměrně dlouho
- výrazné přizpůsobování se jezení dítěte

Jednotlivé akce můžeme dále seskupit dle vzájemných podobností. První, která zaujme a na kterou si rodiče stěžují nejčastěji, se týká **kvantity**. Jsou to ty akce, které referují k objemu. Mezi akce na straně kvantity patří jedení malých porcí (dále v textu označované jako uzobávání), celkově malé množství sněženého jídla, nestabilní příjem jídla, nepřibírání/neprospívání. Kvantita je také pojem, který matky zmiňují jako aspekt, který s nimi lékaři řeší. Objevuje se v hodnocení prospívání, počítání nutričního příjmu, nebo explicitního vyjádření, že jsou matky nabádány, aby dítě jedlo více, honbou za military, doporučeními krmit častěji jako kompenzace malých porcí aj.

Druhou kategorií je **kvalita**, která referuje o schopnosti dítěte zpracovat jídlo, nebo omezuje jeho nutriční rozsah. Kvalita odkazuje především k senzoryckým problémům v přístupu k jídlu, tudíž sem zařazují i smyslové averze jakou je potravinová neofobie. Patří sem: Dítě potraviny akceptuje, ale jen v určité úpravě. Nekombinuje jídla. Odmítá ochutnávat nové potraviny. Neschopnost nebo odmítání zpracovat potraviny v ústech. Netoleruje určité struktury. Vybírá si na základě chuti, barvy, podoby aj. Akceptuje/preferuje jen určité struktury. Odmítá určitou potravinovou skupinu. Akceptuje jen malý rozsah potravin. Jí různé struktury odděleně. Odmítá se jídla dotýkat. Odmítá nebo preferuje určitou teplotu pokrmu. Obtížně polyká (pokud se nejedná o čistě somatický problém). Syslí v ústech. Jídlo vezme do ruky, ale nedává si jej k ústům.

Třetí kategorie se týká **apetitu**, kterým nerozumím pouze chuť na jídlo, ale i celkovou energii, nadšení, či puzení, které dítě vůči jídlu projevuje. Patří sem: Má averzi vůči jídlu (matka nespecifikuje, o jakou averzi se jedná a naznačuje tedy vyhýbavé chování vůči jídlu celkově). Jídlo dítě nebaví, nezajímá. Vybírá si, co bude jíst (někdy jí to a někdy ono). Nehlásí se o jídlo, zdá se, že nemá nikdy hlad. Je zvýšeně opatrné vůči jídlu. Zdá se, že nemá chuťové buňky. Při jídle je výrazně neklidné. Po zahnání největšího hladu ztrácí o jídlo zájem. Snaží se jídlu aktivně vyhnout. Aktivně se brání být nakrmeno.

Poslední jsou **environmentální projevy**. Sem patří všechny aspekty, které se zdají působit na stravování zvenčí. Patří sem referování o tom, že dítě jí lépe ve vaně při koupání. Jí

lépe nebo naopak hůře v domácím či cizím prostředí. Nejí v určitém prostředí (například ve školce). Vyžaduje splnění určitých specifických podmínek při jídle jako je klid, krmení určitou osobou (nepočítá se sem kojení u matek).

Porovnání jednotlivých kategorií

1. Kvantita

Reference vůči snědenému množství jsou nejčastější aspekt problémového jedení, které matky v průběhu výzkumu zmiňovaly. Uzobávání (jí malé množství jídla) bylo nejčastěji zmíněným problémem v době sběru dat a zároveň nejčastěji zmiňovaným problémem v celkovém součtu všech pozorovaných jevů v historii nejedliectví u dětí (viz graf 1 a 2 na straně 79 a 80).

Anamnézy, kde si matky v době sběru dat stěžovaly na kvantitu snědeného jídla, jsou: 01, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 25, 28, 29, 31, 35, 36, 37, 38, 39 a 40.

Pro lepší porovnávání anamnéz jsem příběhy dále rozdělila dle přítomnosti nebo naopak nepřítomnosti reakcí ze strany rodičů. Jednu skupinu tvoří tedy anamnézy, kde se stav „neřeší“ negativně vnímanými způsoby (reakce z výše zmíněných projevů nejedliectví). Patří sem anamnézy číslo: 10, 12, 14, 16, 19, 31, 35 a 38. A druhou skupinou jsou anamnézy, kde se objevují způsoby řešení, které jsou matkami zmiňované jako negativní projevy problematického jedení. Jsou to anamnézy 01, 03, 06, 07, 08, 09, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 28, 29, 36, 37, 39 a 40.

Kde se „neřeší“

Anamnéza 10 (strana 26): Dívka ve věku 2 roky a 9 měsíců, která dle matky prospívá, ale uzobává. PLDD (praktická lékařka pro děti a dorost, pediatr/a) dle matky nic neřeší a nechává to na matce, což matka vnímá spíše negativně, že jí PLDD neříká jasně své stanovisko. Matka sama u sebe popisuje, že si prošla různými fázemi stravování a jídlo u sebe hodně řešila. Dřív i tlačila na pilu v jídle, ale snaží se to nyní pustit, aby jídlo nebylo téma, snaží se jíst v klidu.

V anamnéze 12 (strana 34) uzobává pětiletý chlapec, jehož potíže jsou dle matky způsobeny GERD (onemocnění z gastroezofageálního refluxu) a rozstupem břišních svalů. Zlepšení referuje s věkem, že je syn už větší a rozumnější. Chápe, že když se nenají, nebude mu dobře. Navíc dobře funguje motivace kolektivem. Dříve dle matky neprosplival, ale nyní je výškou a váhou spíše průměrný a odpovídá to tomu, jací jsou ona s otcem. Na druhou

stranu v průběhu rozhovoru popisuje, že je hubený a drobný. V jednu chvíli popisuje, že nyní by syna za nejedlíka už nepovažovala, ale později zmiňuje, že jídlo je prostě boj.

Anamnéza 14 (strana 40): Matka popisuje, že v současné době se dívka ve věku 13 měsíců v jídlu zlepšila. Začala jíst ovoce a zeleninu i ve větším množství. Ale obvykle jí spíše menší množství, pár lžiček = uzobává. PLDD by prý sice viděla ráda větší váhový přírůstek, ale vzhledem k tomu, že růst je zatím v pořádku, tak to nechává být. Dcera prý nikdy nebyla oplácané miminko. V jídlu matka dceři nechává volnost. Matka je spíše v klidu, co se jídla týče. Je ráda, že kojí. Obavy má, zda má vše potřebné, byla by raději, kdyby jedla více.

Celkově málo jí chlapec z anamnézy 16 (strana 44), kterému bylo 5 let a 3 měsíce. Dle svých slov matka množství neřeší. Jí sice dle ní málo, ale neřeší to. Problém vidí spíše v tom, že je to výživově chudé. Matka zmiňuje, že svoje ideály ohledně toho, jak se bude její dítě stravovat musela změnit, i s ohledem na ostatní přidružené obtíže syna. Doslova píše, že je syn vzal a vytřel si s nimi zadek. Smířila se tedy s tím, že je jiný, ale než se tak stalo, bylo to pro ni těžké. Sama má zkušenost s tím, že když jí bylo 5 let, tlačila do ní jídlo násilím její matka, ve školce pak obden zvracela. Sama prý měla náběh na PPP.

Uzobává a zároveň neprospívá šestiletá dívka z anamnézy 19 (strana 54). Matka ji popisuje jako neduživé dítě. Vysokou na svůj věk, ale zaostávající váhově. Matka hned v úvodu píše, že sama byla nejedlík, a proto je to pro ni velké téma. Pamatuje si, jak sama neměla hlad, chuť k jídlu. Jíst víc začala až v pubertě. Dívka má menší hlavičku, dle PLDD je po matce. V minulosti zkoušeli krmit při rozptylování, ale nemělo to na množství snědeného jídla žádný efekt. Dcera si může říct, kolik jídla chce nandat, matka netlačí vydržet do dalšího jídla, pokud má dcera hlad dřív. Nyní už to matka neřeší. Zeptá se, co dcera chce a když řekne, že nic, nabídne jí možnosti. Když ani tak nejí, neřeší to.

Uzobává, neprospívá a nestabilní příjem jídla má chlapec z anamnézy 31 (strana 91) ve věku 37 měsíců. Matka několikrát zmiňuje, že se syn stravuje nestabilně. Někdy sní dost a někdy nejí vůbec. Byli i u nutriční poradkyně a snaží se vařit dle toho, co jim poradila. Matce se ale zdá, jako by měl syn limit na to, co je schopen za týden sníst. Už jako kojeneček přibíral pomalu, ale přibíral, a proto v „rizikovce“ (riziková poradna pro nedonošené děti, chlapec je z 25. tt) ho do jídla nenutili. Nyní většinou spíš chodí a uzobává. Když jí méně, raději ho krmí, pokud syn vyloženě netrvá na tom, že bude jíst sám. Když moc nejí, mezi hlavními jídly se mu snaží opakovaně nabízet, zda nechce něco k jídlu. Od nutriční poradkyně má předepísané vysokokalorické mléko. Přemýšlí, že by nechala jídlo zcela na něm, protože se jim to osvědčilo v lázních, kde si pak i sám přišel, že by si dal jablíčko, které pak snědl celé.

Uzobává a celkově málo jí chlapec z anamnézy 35 (strana 100) ve věku 9 měsíců narozený v 27. týdnu těhotenství je v současné době kojen a postupně se snaží zavádět příkrmy. Dle matky jí málo, má problémy s tolerováním struktury, o jídlo se zajímá, přestože příjem není velký. Aktuálně se kojí a nechává ho klidně dlouho u prsa a neřeší to. Matka se snaží na jídlo netlačit, přizpůsobují se možnostem a schopnostem syna, jedí společně u stolu.

Anamnéza 38 (strana 112) se týká uzobávání dívky 2 roky a 3 měsíce staré, u které si matka vlastně nebyla jistá, zda je to adeptka pro tuto diplomovou práci. Dívky stravování nikdo neřeší, dle matky i pediatra prospívá a přibírá a že by jí něco chybělo, jí také nepřijde. Do 1,5 roka věku ale byla výhradně kojená, nejevila zájem o ochutnávání nového jídla, když jedla, spíše olízla, nebo snědla pár menších lžiček. Její starší bratr jí naopak hodně, matka ho popisuje jako pažravce, který sní i chilli papričku. Zdůrazňuje především velký rozdíl mezi dcerou a jejím starším bratrem. Zpočátku popisuje, že z toho byla nešťastná, ale pak to začala brát, jak to je. Později se také u dcery našla a lékařem potvrdila alergie na ořechy.

Kde se „řeší“

Nějakou formu reakce na nejedlictví dítěte najdeme v anamnézách: 01,03, 06, 07, 08, 09, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 37, 39, 40.

Uzobává a nestabilní příjem má chlapec z anamnézy 01 (strana 1), kterému je 6 let a 4 měsíce. Jí domácí jídlo, u kterého má kontrolu nad tím, co je součástí jídla. Proto mu matka vaří, aby měla jistotu, že i mimo domov bude jíst dostatečně. Jako významný věk uvádí 4 roky, kdy už si syn byl schopen říct, co chce jíst a bylo tak možné se s ním domluvit. Navíc říká, že když synovi nescházelo nic dosud, tak i nadále to bude „v pohodě.“ Jako uklidňující prvek působila i PLDD, která matku dle jejích slov uklidňovala, že je syn drobný, ať to neřeší. Matka sama byla jako dítě hodně hubená, byla v ozdravovně kvůli jídlu a nemělo to efekt. Uzobávání se nedělo vždy, byla doba, kdy byl chlapec schopen sníst i víc než jindy. Matku ale uklidňuje, že doteď synovi stačilo to, jak jedl.

V anamnéze 03 (strana 6) chlapec uzobává. Je mu biologicky 30 měsíců, korigovaných 28 měsíců. Matka hned v úvodu uvádí, že malé porce kompenzují častějším podáváním jídla, každé 2-3 hodiny. Snaží se situaci neřešit, protože syn takto nejlí prakticky od narození, a přesto si držel své tempo růstu i přibírání na váze. Matka zmiňuje, že sama byla jako dítě „hajzlík s jídlem“ a byla podobně jako matka z první anamnézy v ozdravovně, ze které má dle svých slov doživotní trauma z přístupu tamních zdravotních sester. Ke zlepšení u ní i přes ten tlak stejně nedošlo. Tato anamnéza byla snímána v roce 2018. Při aktualizaci z roku 2020 matka píše, že syn je stále nežravec, ale jeho jídelníček je vcelku pestrý. Osvědčilo se jí také

přiměřeně jeho věku (5 let a 3 měsíce) s ním probírat, proč dané potraviny jeho tělo potřebuje. Byli u nutriční poradkyně, která jeho jídelníčku prý neměla co vytknout. Dle matky platí, že čím méně situaci řeší, tím více je v pohodě. I jejich PLDD situaci prý nehrotí, nevadí, že je syn mimo tabulky.

Anamnéza 06 (strana 16): Dívka ve věku 4 roky, která jí dle matky malé porce, uzobává, musí jí krmit, jinak by jíst odmítla. Zpočátku se dívka krmila orálně tak, že se do ní jídlo cpalo. Někdy pila i sama aktivně, ale jen malé množství. Snažili se nejdříve o hezké stolování a bez nátlaku, ale to dle matky nefungovalo, tak vyzkoušeli rozptylovat s televizí, hračkami, divadlo, ale ani to nepomohlo, tak ji začala lžičku vkládat do úst násilím. Sousto pak držela v puse i 20 minut, než spolkla. Hodinu a půl jim trvalo, než snědla například 20 g příkrmu. Po roce věku zabral tablet a jídlo se tak zlepšilo. V průběhu vývoje také zjistila, že dcera nesní větší množství jednoho jídla, takže vaří vícechodová jídla a dcera tak v součtu sní více. PLDD je podporovala v zavedeném postupu, protože dcera sice jedla málo, ale prospívala. V současnosti už matka dceru za nejeđlíka nepovažuje. Nechá se nakrmit, a sní v podstatě vše, ačkoliv si vybírá jídla. Musí jí sice krmit, ale to už považuje za detail.

Anamnéza 07 (strana 20): Dívka narozená v 28. týdnu těhotenstvím ve věku 4 měsíce biologické, 1 měsíc korigovaný. Matka popisuje u dívky uzobávání. V této anamnéze je zřejmý jistý rozpor mezi tím, jak matka popisuje, že vnímá situaci své dcery v době, kdy byly ještě v nemocnici ve věku odpovídajícím 37. týdnu těhotenství v porovnání s tím, jak jsou na tom děti podobného gestačního věku v rámci téže neonatologie (ostatní děti už jsou schopné lepšího orálního příjmu), a hledisko neonatologů, které matka popisuje, že oni tvrdí, že je dívka ještě malá a na dozrání k orálnímu příjmu potřebuje ještě čas. Důležitým bodem je zde prožívání matky, která popisuje zlepšení ve svém prožívání při setkání s jinou matkou s podobnou zkušeností. Dle matky v současné době je PLDD s prospíváním dítěte spokojená. Krmení se ale děje na bázi podávání jídla každé 2 hodiny bez ohledu na signály hladu a nasycení dítěte, kromě situace v noci, kdy se dívka o jídlo přihlásí. Matka se drží norem, kolik má dítě minimálně přibírat, a protože přibírá na hranici, nedovolí dceři, aby pila méně. Občas vypije dávku sama, ale pokud odmítá, zbytek mléka je do ní natlačen i přes pláč, následně zakucká, tehdy matka ukončuje krmení a nechává ji odříhnout.

Anamnéza 08 (strana 22): Dívka narozená v 27. týdnu s aktuálním věkem 10 týdnů biologicky a korigovaném 37. gestačním týdnu. Tato anamnéza je velmi podobná té předchozí v tom, že dítě není schopné orálního příjmu v době, kdy jiné děti o stejném gestačním věku již orálně přijímají potravu schopné jsou. Pokud vypije, tak jen velmi malé dávky. Tato skutečnost pak oddaluje propuštění z neonatologie. Dle vyjádření matky, ale dávají neonatologové dívce

ještě čas a matku tak uklidňují. Také tato matka hovoří o extrémní náročnosti v souvislosti s pobytem dítěte na neonatologii.

Celkově málo jí a nestabilní příjem jídla má chlapec ve věku 26 měsíců, který se narodil v 24. týdnu těhotenství z anamnézy 09 (strana 24). Má období, kdy moc nechce jíst, ale jsou i dny, kdy sní dle matky dostatek. Nedostatečnost příjmu jídla pak matka popisuje, že obchází formou použití nátlaku při jídle. Popisuje, že synovi jídlo nenutili, když nechtěl, zbytek mléka obvykle vylili a dál ho nenutili, ale na druhou stranu přiznává, že v době největšího stresu, ho do jídla nutili, ujely jí nervy i zvýšila hlas. Na to syn reagoval velmi citlivě a negativně, a naopak se sekl a nejedl. Nezabíralo na něj ani rozptylování. Naopak pomáhá, když dostane talíř a nevšímají si ho. Tabulkově je prý pod hranicí normálu, ale mají rozumnou PLDD, která to neřeší a jen je hlídá. Syn si prý roste po svojí křivce, není vychrtlý, má energie na rozdávání, a to je dle ní hlavní. Dřív se tím stresovala a tím byla situace s jídlem horší.

Anamnéza 11 (strana 30): Dívka narozená v 37. týdnu těhotenství ve věku 3 roky a 9 měsíců, které byl diagnostikován Silver-Russellův syndrom (SRS). Dcera dle matky jí malé porce a celkově jí velmi málo. Dívka byla dlouho sondovaná, ale dle matky, kdyby se od začátku vědělo, že má SRS, sondovaná být bývala nemusela, protože by ji všichni dali pokoj, protože SRS zasahuje růst dítěte. Od 9 měsíců léčena růstovým hormonem. Dnes popisuje, že už dcera jí orálně, například doma pije pouze ze stříkačky, i když matka ví, že umí pít z hrníčku, protože z něj pije ve školce. Efektivně polknout ale umí teprve chvíli. Matka první polknuté jídlo popisuje jako velkou životní událost. Co matce chybělo bylo, že sice proběhlo somatické zaléčení, ale nikdo už neporadil, jak jí pomoci, aby se nebála jídla, aby nebrečela, když viděla, že se bere do rukou bryndák. Museli si tedy poradit sami. Jejich PLDD to vůbec neřešila, protože prospívala, i když málo, ale hroutili se z toho dle matky v rizikové poradně pro nedonošené děti.

Anamnéza 13 (strana 37): Dívka ve věku 25 měsíců, která se v poslední době začala s jídlem zlepšovat. Doteď ale nejedla prakticky téměř vůbec, ale nyní si dá i jedno jídlo za den. Jí malé porce. Jinak je z většiny kojená. Sama sní, na co má chuť, ochutnává od rodičů. Matka se snaží dceři vyvářet a jídlo vizuálně zatraktivnit, protože co se dceři vizuálně líbí, ochotněji ochutnává. Od PLDD dostali nutridrinky, které ale dcera pít nechtěla. Matka sebe samu popisuje, že byla *extreme picky eater* a měla v 6 letech od lékaře napsáno, že má PPP. Dle PLDD je dcera už v pořádku, ale matce se to stále moc nezdá. Matka se obává, aby dcera neměla problémy, ale už to také přestává řešit, když je PLDD spokojená, a navíc se situace začala zlepšovat.

Anamnéza 15 (strana 42): Čtyř měsíční chlapec po komplikovaném porodu s léčbou epilepsie Kepprou, který je krmený nasogastrickou sondou, ale kterého se matka snaží částečně kojít a nabízet dokrm lahvičkou. Kojení i lahvičku poslední dobou začal odmítat. Orálně je schopen přijmout jen malé porce krmení. Aktuálně vzhledem ke zvracení nabízejí lékaři zavedení PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Matka popisuje, že ji lékaři vnímají jako vyšinutou a nasranou matku, ale nikdo jí nedal žádné informace, co bude do blízkého budoucna, nenaučili ji sondovat, a přitom syn je sondovaný. Nikdo jí neposkytl ani psychologickou pomoc. Sama tak hledá informace, co může dělat. Přitom ani se sondou se jim kolikrát nepodaří do syna dostat celou dávku jídla, jako by se mu do žaludku nevešla.

Anamnéza 17 (strana 47): Chlapec ve věku 16 měsíců, který má dle matky intoleranci vůči celé řadě potravin, i když testy na alergie má negativní. Není schopen se pořádně najíst. Když jí, tak malé porce, celkově ale nechce jíst. U jídla ho zabavují knížkami, hračkami, zpíváním, vyprávěním a do toho ho matka láduje jako husu rozmixovaným jídlem a on jen polyká. Díky tomu ho matka smysluplně nakrmí v krátkém čase. Dle matky to PLDD neřeší, setkali se z jeho strany s nepochopením, a tak se v tom matlají a je to velmi nepříjemné.

Anamnéza 20 (strana 57): Dívka ve věku 19 měsíců, která má nyní občas dny, kdy nechce jíst a jen se kojí. Odmítá jíst sama, matka ji musí krmit a dávat vše po malých kouscích. Sama si například rohlík neukousne, ani pyré ale nikdy nechtěla. Při krmení jí musí rozptylovat a motivovat, předstírají, že krmí hračky apod. Dle PLDD je to psychické a například krevní testy neudělal, protože je dívka váhově i výškou v normě. Matka popisuje, že dříve se nervovala a bojovala za každou lžičku, ale nyní už to bere tak, že když dcera nechce jíst, tak jí nenutí.

Anamnéza 21 (strana 59): 8měsíční dívka, se kterou bojují s příjmem UM. Ochotně pije před spaní a v noci. Jinak dávají příkrmy, ale jedlík v porovnání se starším bratrem není. Dle matky, když ale čte ostatní příběhy matek (ve Facebookové skupině), tak na tom tak špatně nejsou. Po pár snědených lžičkách zájem dívky o jídlo opadne, matka pak dokrmuje tak, že ji cíleně rozptyluje. Problémem je celkové množství snědeného jídla.

Anamnéza 25 (strana 72). Dívka ve věku 25 měsíců, narozená v 28. týdnu těhotenství, která uzobává a celkově málo jí. Někdy si dobrovolně vezme pár soust, ale jindy se brání, máchá rukama, křičí, vyvádí. Když nechce jedno jídlo, zkouší nabídnout alternativu. Většinou mají připraveno více alternativ a doufá, že si něco z toho vezme. Když krmí otec, ten do ní dle slov matky jídlo nějak narve. Matka popisuje, že jí v určité fázi ujíždí nervy a snaží se do dítěte něco dostat, aby neumřela hlady. V konečném důsledku ale jídlo vede ke konci a dále už pak nejedí.

Anamnéza 26 (strana 75): Nedonošený chlapec ve věku 25,5 měsíce, který dle matky uzobává. Většinu stravy tvoří umělé mléko, nesnese cokoli škrobnatého, maso nerozžvýká. Z běžné stravy ochutná, sní pár kávových lžiček. Krmili většinou v polospánku, do jídla nutili, pokud ho to ohrožovalo na životě.

Anamnéza 28 (strana 83): 6,5 měsíce stará dívka narozená v 37. týdnu těhotenství, kterou matka popisuje jako „bojkoterku kojení“. Jejím problémem z kategorie kvantity je nepřibírání. Mléko odmítá pít a projevuje to propínáním se do luku a sepnutím rtů. Kromě kojení dávají už i příkrmy, kterých sní cca 100 g maso-zeleniny. Co je důležité si všimnout, že matka popisuje, že prvních 6 měsíců přibírala dívka 600 g měsíčně. Matka ale přesto jasně sděluje na začátku hovoru, že dívka nepřibírá a spíše hubne. Délkou dle ní odpovídá 50. percentilu a váhou jen 3. V 6,5 měsíce má 6 kg z PV 2330 gramů. V době rozhovoru byla dívka s matkou v nemocnici, kde ji pro odmítání jídla 3x sondovali. Předtím podávali UM lžičkou, protože jinou formou mléko odmítala. Zároveň i kojí, ale kojení je možné pouze, když dcera spí. Aby dcera jedla dostatečně, musí matka využívat nátlak. Z prožívání matka popisuje, že pobyt v nemocnici ji extra nervuje, zvláště kontrolování váhy a množství jídla. Nechce, aby skončili na sondě, což se jim daří jen za cenu obrovského vypětí sil a krmení, o kterém ví, že je špatně, ale nemůže si pomoci. Popisuje vyčerpání z toho, jak doma krmí. Píše, že je vystrašená, ale možná má velké nároky.

Anamnéza 29 (strana 86): Chlapec ve věku 2 roky a 5 měsíců, který uzobává a celkově málo jí. Když nechce jíst, pláče u jídla a jídlo i plive. Když málo jí a sní třeba jen 4-5 soust, ládují do něj jogurt. Když odmítá jíst, zabavují ho, jde si hrát a oni za ním s jídlem chodí a cpou mu ho do pusy. Popisuje, že jako rodiče časem vyměkli a krmili u televize, hraček, což se po druhém roce začalo zlepšovat. Dle matky je z toho pediatra paf, že je to první dítě, které takto vidí (prý bývala neonatoložka). Matka říká, že je po ní, že jako malá taky nesnášela upatlané ruce jako syn. Zpočátku to bylo pro matku těžké. S partnerem se neshodli na postupu, on byl zastáncem nucení jídla a matka spíše vyměkla. Popisuje pocity beznaděje, strachu, vyčerpání a naštvání na celý svět, že to nikdo nechápe a nic s tím nedělá.

Anamnéza 31 (strana 91): 3letý chlapec, který dle matky uzobává a celkově toho moc nesní. Dle matky má limit, kolik toho sní za týden. Někdy nesní nic a pak sní 4 vajíčka. Snaží se vařit dle rad nutriční poradkyně. Dle matky se neumí vyjádřit, co by chtěl, a tak je deprimovaný i kolem jídla. Občas mu dá do ruky telefon, aby ho zabavila a pak sní víc jídla. Protože jí méně, matka ho krmí, i když by se zvládl najíst sám.

Anamnéza 32 (strana 95): Dvojčata, chlapci, kteří dle matky moc k jídlu vztah nemají. Je jim 21,5 měsíce biologicky, 19,5 korigovaných a stále jim matka váží jídlo. Když se nenají,

je nervózní. U jídla je rozptýluje, sami se snaží trochu jíst a ona jim v mezech dávkou lžičkou. Jídlo jim trvá hodinu i déle. Mezitím matka ještě kojí na požádání.

Anamnéza 36 (strana 102): Nepřibírající chlapec ve věku 7 měsíců s diagnózou CAH (kongenitální adrenální hyperplazie). Dle matky se jedná o ojedinělý případ, kdy lékaři nemají zkušenost s CAH u nedonošeného dítěte narozeného v 29. tt. Matka popisuje, že syn dávky sní, ale za cenu velkých bojů v průběhu jídla, oblbování nebo krmení ve spánku. Než syna nakrmí trvá to často i hodinu a půl. I přes velkou snahu a dodržování doporučených dávek matka popisuje, že syn nepřibírá. O jídlo se syn dříve hlásil, než začal být zvýšený tlak na snědené množství a matka do syna začala jídlo tlačit. V tu chvíli se přestal hlásit a projevy hladu vymizely, kromě noci, kdy se syn po pauze o jídlo hlásí. Chlapec má ještě dvojče, zdravou sestřičku, která je plně kojená a kterou matka popisuje jako prakticky bezúdržbové dítě. Když se matka snažila dát synovi v jídle volnost, vedlo to k hubnutí a skončili v nemocnici. Vysílení na něm bylo i vidět. Hodně se jí uleví, když syn některá krmení vypije více a pak ví, že večer už to nemusí tolik honit a nevádí, když nedopije. Navzdory tomu ale neprospívá.

Anamnéza 37 (strana 105): Chlapec ve věku 5 let a 11 měsíců, který se žije v podstatě mlékem a suchým pečivem, suchými přílohami, čistým vývarem a jedním konkrétním druhem ovocné přesnídávky. Vše jí v malých porcích (uzobává). Přesto je ale stále plný energie, vypadá zdravě, je silný a obratný. Sama matka popisuje, že jako dítě byla poměrně vybíravá a částečně jí to zůstalo, takže má pro syna pochopení, i když je jeho vybíravost pro rodinu náročná. Zjistili, že zkoušet to cpát do syna násilím nemá smysl, že je to zbytečný stres pro všechny a výsledkem bylo jen dávení.

Anamnéze 39 (strana 114): Matka popisuje, že problém u jejího 2 roky a 11 měsíců starého syna začaly v 10 měsících, ale přibírat přestal již od 4 měsíců věku. Jí celkově velmi malé množství jídla a tedy neprospívá. Jako hlavní problém matka uvádí rozsáhlé GERD a s tím spojené časté zvracení, zároveň snadné dávení se i na běžné podněty jako pohled na pití někoho jiného (matky), nebo mikinu zapnutou až ke krku. Chlapec odmítá jíst, takže ho matka musí zabavovat, odvádět jeho pozornost od jídla, aby jedl. Dřív to matka snášela hodně špatně, hlavně zvracení, které se i dnes občas ještě stane. Dnes už to tolik nehrotí, ale bojí se, jak to syn zvládne ve školce.

Anamnéza 40 (strana 117): Dívka ve věku 20 měsíců, která má předepsané nutriční doplňky, kterými ji matka krmí ve spánku – ty podává Supplementorem spolu s kojením. Bojí se, že by mohla skončit na sondě, i když o ní zatím nikdo z doktorů nemluvil. Dcera je ale schopná se najíst i mimo spánek, ale jen malinko (uzobává). Nutridrinky za bdění ale zcela odmítá. Násilím jí jídlo nenutí. Když už dcera nechce jíst, nenutí ji. Jídlo jim trvá 45

minut až 1,5 hodiny. Vodu jí nutí aktivně, ale občas si o ní i sama řekne, občas si řekne i o jídlo. Po střevní infekci, kdy vyloučili ze stravy vše mléčné, včetně Fortini, se začala dcera více hlásit o jídlo, a navíc začala projevovat radost, když jdou ráno snídat. Matka by se tedy nerada vracela k Fortini, ale bojí se, aby neskončily v nemocnici vzhledem k úbytku na váze díky předchozí infekci. Matka stravování dcery popisuje pro sebe jako psychickou výzvu. Zdůrazňuje především selhání na straně lékařů (sama je stomatoložka), kteří na ni buď nechápavě koukají, nebo dle ní radí nesmysly (doporučení diety ze strany endokrinologie), sama ale tuto problematiku nezná, a tak jí nezbyvá než věřit odborníkům, ale zároveň upozorňuje, že na Slovensku jim chybí v tomto směru mezioborová péče. Zvažovali proto i kliniku NoTube. Je sklíčená, protože jim nikdo neporadí a musí si poradit sami.

2. Kvalita

V této kategorii jsou všechny anamnézy, kde matky v době sběru dat popisovaly, že má dítě problémy s kvalitou stravy. Jak je popsáno výše, patří sem i projevy smyslové averze, kam spadá i potravinová neofobie a dále obtíže s formou přijetí potravy, jako jsou obtíže s polykáním, u kterých nelze z výpovědi rodičů ani vyloučit ani potvrdit psychogenní podklad.

Můžeme vidět, že se zde vyskytují i děti z předchozí kategorie. Je to tím, že většinu dětí netrápí jen jediný aspekt stravování, ale jejich příběh je komplikovanější a trápí je víc věcí. Navíc se jednotlivé projevy vzájemně ovlivňují.

Patří sem anamnézy 01, 02, 04, 05, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 34, 35, 37, 38, 39 a 41.

I zde můžeme vypíchnout ty anamnézy, kde nedochází k negativnímu řešení, jsou to anamnézy: 04, 10, 16, 19 a 35.

Kde se „neřeší“

Anamnéza 04 (strana 10): Téměř 4letý chlapec dává přednost světlým a suchým věcem. Z polévky sní například jen vodu. Pokud by matka na těstoviny dala omáčku, tak světlou sní, ale třeba rajčatovou odmítne. Zmrzlinu jí jen vanilkovou, oblíbenou barvu má žlutou. V současnosti už situaci neřeší, postupně se syn zlepšuje a rozšiřuje svůj jídelníček. Jsou v kontaktu s nutriční poradkyní, je sledován u řady doktorů včetně endokrinologie pro růst, situaci řešili i kolem dvou let s dětskou psychologkou, kde pracovali na jeho stravovacích návycích. U sebe matka popisuje téměř PTSD (posttraumatická stresová porucha) na stravování syna, především tedy v souvislosti s tím, když zrovna některé jídlo nejedl, už je zase viděla v nemocnici na kapačkách.

Anamnéza 10 (strana 26): Dívka ve věku 2 a $\frac{3}{4}$ roku si vybírá dle matky ta jídla, která obsahují málo železa. Při tom dostává pro jeho nedostatek suplementaci Maltoferem. Také jí poslední dobou dělá problém vařené jídlo a dává přednost věcem, které nejsou tepelně upravené a má silnou preferenci na jídla studená nebo dokonce z mrazáku. Matce se dříve líbila jejich PLDD, že nebyla striktní a vlastně situaci neřešila, ale nyní z toho má spíš zvláštní pocit, že jí vlastně neříká svoje stanovisko a na nic matce vlastně neodpovídá, nebo se zeptá na názor matky, co by chtěla dělat matka.

Anamnéza 16 (strana 44): Pětiletý chlapec, který jí převážně suché pečivo, občas některé sýry (spíše tvrdé), suché přílohy, suchou rýži, brambory nejí vůbec, ale hranolky jí. Jednu dobu frčel kečup, ale nyní je fuj. Problém matka nevidí v množství, i když jí přijde, že jí málo, ale hlavně v tom, že je jídlo výživově chudé. Dle matky je paličatý a když se rozhodne, že nechutná, tak to nejde. Občas tak matce ujely nervy a jídlo mu opatlala o dásně, ale on to pak plival.

Anamnéza 19 (strana 54): Šestiletá dívka, která odmítá maso a většinu mléčných výrobků. Ráda jí suché přílohy, těstoviny, rýži, pečivo, sklenici mléka, vejce, čočku, ovoce, zeleninu. Raději nejí, když je něco, co jí nevyhovuje. Jinak je trápí množství snědeného. Preferuje sladké, ale stává se, že ani to nechce a nejí nic. Matka píše, že sama byla nejdělk a dodnes má sama s jídlem problém, takže to pro ni je velké téma. Chodí na logopedii, byli na popud PLDD i na vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně v pěti letech.

Anamnéza 35 (strana 100): Dle matky má 9měsíční chlapec problémy nejen s množstvím, ale i se strukturou. Domů z nemocnice šli se sondou, ale doma se jim podařilo se jí zbavit. Nyní tedy postupně zavádějí příkrmy. S pomocí logopedky se snaží naučit syna zpracovat v ústech kousky a také zlepšit pohyby jazyka do stran. Zatím jí jen zeleninu, rýži a brambor. Kromě toho je chlapec kojeneč, kojí se dlouho, matka ho nechává, jak potřebuje.

Kde se „řeší“

Z kvalitativního pohledu má chlapec z anamnézy 01 (strana 1) problémy s masem, které odmítá jíst. Je mu 6 let a 4 měsíce. Pokud maso jí, tak mleté. Nerad ochutnává nové věci. Nerad experimentuje a nerad kombinuje a zkouší nová jídla. Významný vliv má také vizuální podoba jídla. Pokud se mu nelíbí, nechutná. Dlouho mu trvá, než něco nového zařadí do svého jídelníčku. Z toho důvodu mu matka jídlo do školy vaří, protože nechce jíst jídlo ze školní jídelny. Snaží se mu vařit dle toho, co má rád a na co má zrovna chuť. Dle matky školní jídlo odmítá, protože neví, jaké ingredience v něm má očekávat. Nevezme si oběd, i když ví, že

některé části z něj, které nejí, jíst nemusí. Zlomová matka uvádí věk 4 let, kdy byl rozumnější a uměl si říct, co chce.

Anamnéza 02 (strana 4): Chlapec ve věku 5 let a 8 měsíců, který dle matky neumí kousat/žvýkat a jeho jídelníček je omezený. Má diagnostikovaný Aspergerův syndrom. Kromě toho je po operaci srdce, trápí ho skrytý reflux a zánět jícnu. Byli i na specializované klinice NoTube, ze které matka ale nepřijela spokojená, syna kousat nenaučili. Matka popisuje, že ale od mala pokroky mají. I přes to, že matka u PLDD urgovala to, že syn neumí kousat, k odborníkům se až po její iniciaci dostali až ve 3 letech syna. Musela si informace, co dělat, hledat sama.

Anamnéza 05 (strana 12): Pětiletá dívka, která ve větším množství je schopná sníst jen asi 5 vybraných jídel, která točí pořád dokola. Nové jídlo zavést je těžké. Pokud něco ochutná, je to na základě domluvy. Dle matky udělali hodně chyb, takže nejde říct, čím to bylo, ale zdůrazňuje vleklé obtíže se zácpou u dcery. Situaci řešili s nutriční poradkyní i psychologem. Ten matce řekl, že není dost přísná a měla by hranice zavádět přísněji, což matka přiznává, že bude pravda. Ale vzala si z toho, že má tedy dceru do jídla nutit, což vedlo k neshodám s manželem. Ona jídlo nutit nechtěla. V současnosti už se snaží nenutit, snaží se nenabízet jídlo stresově, ale dá dceři jídlo, že tady má uvařeno a víc to neřeší.

Anamnéza 13 (strana 37): 25měsíční dívka, která kolem druhého roku nechtěla vůbec nic ochutnávat a která nyní neochutnává nic tekutého jako jsou polévky, omáčky apod. Pokud něco ochutná, jsou to suché těstoviny, rohlík apod. Matka se snaží dceři vyvářet, konstruovat jídlo do obrázků a dělat jídlo vizuálně přitažlivé, protože jídlo ochutná, když se jí vizuálně líbí. Dle PLDD je dcera už v pořádku, ale matce se to stále nezdá. Sama dle svých slov byla extreme picky eater a obává se, aby dcera neměla v budoucnu problémy.

Anamnéza 17 (strana 47): Matka 16měsíčního syna krmí rozmixovaným jídlem a on jen polyká. Takovým způsobem je schopná ho dostatečně nakrmit za krátký čas. Bez toho se nenají, nechce kousat, i když matka ví, že to umí. I rozmixované musí mít určitou konzistenci, aby to snědl. Při jídle ho rozptylují většinou knížkami, ale pokaždé zabírá něco jiného.

Anamnéza 18 (strana 50): Čtyřletá dívka s komplikacemi po porodu spojenými s pozdě rozpoznáním hyperinzulinismem, která je aktuálně na mixované stravě. Podařilo se jim v poslední době navýšit množství snědeného, takže sní i celou skleničku příkrmu. Občas si i o nějaké jídlo už řekne. Žvýkat dle matky ještě neumí, ale konečně matce připadá, že začíná používat chuťové buňky. K tomu má i korovou slepotu, která dle matky ovlivňuje stravování dívky, protože když si nabírá jídlo sama, dokáže tolerovat i malinké kousičky v jídle. Matka

popisuje jako úspěch, že to celé zvládla bez antidepresiv, ale stále jí běží mráz po zádech, když se řekne slovo krmení.

Anamnéza 20 (strana 57): 17měsíční dívka, která je z 90 % kojená a ani kojení dle matky mnoho nedá. Nyní už jsou spíše dny, kdy nechce jíst a jen se kojí. Odmítá jíst sama a matka ji musí krmit a dávat jí vše po malých kouscích. Pokud by dostala do ruky rohlík, tak si nekousne a zahodí ho. Pyré také nechtěla, od začátku tak dostává jídlo jako rodiče. Při krmení musí dceru rozptylovat a motivovat, krmit hračky apod.

Anamnéza 21 (strana 59): U osmiměsíční dívky bojují s příjmem tekutin, odmítá všechny lahve i hrníčky. Matka vyzorovala, že dcera preferuje hodně teplé jídlo. I UM musí být opravdu hodně teplé a pak jej pije lépe. I vodu pije teplou. Teplotu takovou preferuje ale jen u UM a příkrmů, do ruky si studenou okurku či mrkev vezme.

Anamnéza 23 (strana 64): 27měsíční dívka, která odmítá jíst, matka ji musí často držet násilím, aby vůbec jedla. Kromě množství a že se dcera o jídlo nehlásí, musí dceři matka stravu mixovat. Dříve kousky zvládala, ale pak najednou zničehonic obrátila a začala je odmítat a jakmile je v jídle kousek, nadavuje. Někdy se i stává, že zvrací, jaký má hysterák. Na gastroenterologii jim nabízí zavedení PEG. Matka zkoušela dceru nechat i vyhladovět, ale nemělo to efekt.

Anamnéza 25 (strana 72): 25měsíční dcera dle matky nejí, pokud jí jídlo nedává ona sama přímo do úst. PMV (psychomotorický vývoj) je dle matky nerovnoměrný, kognitivně dle neurologa odpovídá supernormě, dívka krásně mluví, zpívá písničky, ale motorika neodpovídá ani korigovanému věku 22 měsíců. O jídlo se nehlásí. Při jídle musí dceru rozptylovat, nebo krmí „za běhu“. Je jedno, jakou má jídlo chuť, trochu preferuje sladké, ale ne tolik, aby ho snědla větší množství. Matka připravuje na každé jídlo několik alternativ s tím, že si snad něco vezme. Ochutnávat nové nemá zájem. Ochutnává stylem, že jí to matka vloží do úst. Většinou to vyplivne a podruhé už nechce.

Anamnéza 26 (strana 75): 28,5měsíční chlapec, který má stále obtíže se sacím reflexem – z lahvičky je schopen pít v pololeže, zvládne ale pít i z brčka. Nemá rád kaše, senzitivně nezvládá nic škrobnatého. Dříve nikde nesměla být zrníčka, nic tvrdého, vše muselo být oloupané. Matka po 2 letech od původního sběru dat dále uvádí, že maso nebyl schopen jíst do 4 let věku. To jen požvýkal a vyplivnul. Senzitivita se dle matky postupně s věkem měnila (nikoliv ve smyslu intenzity). Nyní snese už víc v puse, ale mnohem více mu zase vadí špinavé ruce, mokré tričko apod.

Anamnéza 27 (strana 79): 27měsíční dívka, která si až v poslední době díky orofaciální stimulaci začala jídlo v ústech uvědomovat, začíná pomalu kousat, mlaskat a pracovat

v pusince jazykem. Když objeví v jogurtu kousek ovoce, je schopná ho z pusinky vypreparovat a vyplivnout. Polévky a omáčky s přílohami matka mačká nebo mixuje, ale nyní už jak kdy a jak co. Ale vše musí být v řidší formě. Násilím matka jídlo nikdy nenutila, ale když dávala jídlo do úst, chyběla aktivita dívky jídlo ze lžičky stáhnout. Musela jí ho otírat o patro. Pak dcera držela sousto i několik minut v ústech a následně to horkotěžko spolkla, aniž by soustem v ústech, jakkoliv manipulovala.

Anamnéza 28 (strana 83): Matka 6,5měsíční dceru popisuje jako „bojkoterku kojení“. Z lahvičky je schopná pít občas trochu čaj, ale mléko odmítá. Propíná se do luku, sepne rty a odmítá ho. Z prsa se nakojí pouze ve spánku. Matce přijde vybíravá. Dřív jí dávala mléko na lžičce, ale nyní nejde už ani to. Dívka má potvrzenou ABKM a alergii na vejce, sóju a hovězí maso. Dcera jí skleničky, které jí matka mixuje. Dle logopeda, který nic zásadního neshledal, je matka na dceru rychlá a chtěla by vše hned. Na ORL navrhovali endoskopii, kterou matka odmítla. V plánu měla navštívit psychologa doporučeného na webu BezSondy. Při krmení používá občas nátlak, rozptyluje ji u jídla, snaží se o dvouhodinový interval v jídlech, ale krmí dlouho, takže se to spíše nedaří.

Anamnéza 30 (strana 89): Čtyřletý chlapec, kterého rodiče adoptovali v jeho 11 měsících. Matka si v průběhu hovoru opakovaně stěžuje na rozpor mezi tím, co o chlapci tvrdili pěstouni, jak zvládá jíst, co vše dělá a mezi skutečností, kterou viděli, když byli s chlapcem v kontaktu a když už byli všichni doma. Do roka byl dle matky krmený sunarem, s příkrmy začínal rovnou špecle se špenátem v 11 měsících ještě u pěstounky. Matka si myslela, že už umí jíst, takže rovnou doma dávali normální jídlo. Syn je dle matky salámista. Chvilku vždy kouše a pak ho to začne obtěžovat a kousat přestává. Do 2,5 let mu jídlo mixovala, aby jedl. Dle matky je líný, protože mu chyběly podněty. Nechá se krmit. Když byl plný, objevovalo se nadavování, matka musela tedy vychytat, kdy má dost a už mu dál jídlo nedávat. Sladké jí, je schopný sníst půlku bonboniéry, po tom je mu špatně a stejně si pak vezme a sní oplatku, když mu ji někdo nabídne.

Anamnéza 31 (strana 91): Dle matky má tříletý chlapec problémy se zpracováním potravy v ústech. Někdy jídlo rozkouše a někdy ne. Jídlo převaluje dlouho v puse. S masem trochu bojují, kluk ho nemusí a sama matka mu taky neholduje. Ochutnává jen, pokud vidí, že matce něco chutná a jen to nepředstírá. Když koupí něco jemu samotnému, aby to ochutnal, odmítne. Dle matky je těžké se mu trefit do chuti, několikrát zmiňuje, že je překážkou to, že se syn nedokáže vyjádřit ve svých potřebách kolem jídla. Aby líp přibíral, matka ho krmí, někdy používá i rozptylování, nebo syna s jídlem nahání, chodí za ním a krmí ho.

Anamnéza 34 (strana 98): Téměř čtyřletý chlapec, který nechce ochutnávat, nevydrží sedět u stolu a jídlo ho nezajímá. Matka ho musí krmit, jinak nechce vůbec jíst. Každý den mají stejný. Jídlo dle matky rovnou polyká, aby ho měl v puse co nejkratší dobu. Nekouše.

Anamnéza 37 (strana 105): U téměř šestiletého chlapce matka popisuje stále velmi omezené stravování. Živí se v podstatě mlékem a suchým pečivem, suchými přílohami, čistým vývarem a jedním konkrétním druhem ovocné přesnídávky. I tento jídelníček jí v omezeném množství a neochotně. Dříve měl potravinové alergie, které ale zcela vymizely. V ochutnávání je dle matky opatrný.

Anamnéza 38 (strana 112): Dívka ve věku 2 roky a 3 měsíce. Do 1,5 roku plně kojená, pak začala ochutnávat tak, že si sem tam jídlo olízla. Aktuálně jí polévky a různé vývary. Matka se je tedy snaží dělat maximálně výživné. Matka vlastně neví, zda jsou adepti pro tuto diplomovou práci. Nyní má dcera zase období, kdy se jen kojí, kojí se i ve spánku a u prsa usíná. Kojí se teď hodně i v noci. Neznámá jídla ochutnat odmítá, rybu jí musí mixovat, tu by jinak ani neochutnala. Šunku sní samotnou, na chlebu ji nesní. Dle matky je její výběr chudý i když se snaží, aby byl doma výběr jídla bohatý a snaží se vařit zdravě. Hodně zeleniny i ovoce je stále k dispozici.

Anamnéza 39 (strana 114): Dle matky má téměř tříletý chlapec problém se zpracováním kousků. Problémy začaly v 10 měsících, kdy začal zvracet obloukem, Vyšetření, včetně GER, nic neprokázala. Stále zvrací, když ho v jídle podráždí nějaký kousek. Zvedá se mu žaludek hlavně po ránu a při převlékání. Vadí mu oblečení ke krku. Jakmile si uvědomí, že má něco u krku, nadavuje. Sám nejí, jen výjimečně. U jídla se musí zabavovat, odvádět pozornost, jinak odmítá jíst. Jí dokola určité druhy potravin, nové ochutnávat nechce. Vadí mu i různé pachy.

Anamnéza 41 (strana 120): 3letá dívka s kombinovaným postižením, DMO, hypotonií, hypersenzitivitou dutiny ústní, poruchou SI (senzorické integrace) a epilepsií. Aktuálně je už schopná jíst malé kousky jídla jako lentilky, Pom-bär. Nadále jí ale trápí dysfagie, ale už zvládá hutnější jídlo i ty menší kousky. Většinou jí s rozptylováním u mobilu nebo tabletu. Nechodí, pohybuje se šoupáním se po zadečku. Matka popisuje zhoršování stravy v souvislosti s malfunkcí VP shuntu. Matka není přesvědčená o tom, že dcera jednou bude jíst sama tak, aby pokryla svoje výživové potřeby, ale nechává tomu čas, že ten ukáže.

3. Appetit

Do této skupiny patří děti z anamnéz 02, 03, 05, 06, 07, 15, 17, 21, 22, 23, 25, 27, 29, 30, 31, 32 a 34.

Kde se „neřeší“

Jediná anamnéza, kde matka neuváděla žádnou z kategorie reakcí, je anamnéza 05 (strana 12), která se týká pětileté dívky. Z hlediska apetitu matka uvádí, že dívka nejeví o jídlo žádný zájem a to ani, když vidí vrstevníky při jídle. Když chodila například na kroužky, kde ostatní děti jedly, jí to nezajímalo. Ani ten rituál sezení, vždy se ze situace snažila dostat rychle pryč. Nevydrží tedy ani sedět u jídla. Matka z jejího jídla byla nervózní a dcera to i pak později dle matky viděla, že je to pro matku důležité.

Kde se „řeší“

Anamnéza 02 (strana 4): Matka u 5letého chlapce popisuje, že má averzi k jídlu od mala, ale tuto averzi vůči jídlu popisuje následně na podkladu kvalitativních problémů, protože syn neumí kousat.

Anamnéza 03 (strana 6): 30měsíční chlapec, u kterého matka hlavní problém popisuje v množství, ale který rychle ztrácí o jídlo zájem. Jídlo ho přestává brzy bavit, proto ho pak matka většinou dokrmuje. Tento stav popisuje jako setrvalý vlastně již od narození. Ochutnává rád, ale i v objevování brzy ztrácí zájem. Má pocit, že syna jídlo zdržuje. Nestojí ani o sladkosti. Denní režim přizpůsobují jídlu, protože se syn není schopen najíst venku, proto raději vyráží ven až po jídle a nikde se nezdržují příliš dlouho. S věkem ale popisuje, že dochází ke zlepšení. Matka zmiňuje, že sama byla jako dítě v ozdravovně, protože málo jedla.

Anamnéza 06 (strana 16): Čtyřletá dívka, která jí dle matky to, na co má aktuálně chuť, ale nemá vyhraněné určité potraviny, které by jedla stále dokola. Pokaždé je to něco jiného. Preferenci střídá. Dívka chodí do školky, odkud si ji matka bere po obědě (který nesní) domů, takže se pak dojídá doma. Učitelky ze školky prý matce opakovaně domlouvají, aby dceru přestala krmit, ale na takový drsný přístup matka nemá žaludek. Babičky si na to, že dcera nejí, stěžují také.

Anamnéza 07 (strana 20): 4měsíční dívka s korigovaným věkem 1 měsíc, kterou matka musí krmit každé dvě hodiny. Dívka se o krmení sama nehlásí, problémy s jídlom matka uvádí už v době pobytu na neonatologii, kdy dívce dle matky trvalo velmi dlouho, než zvládla orální formu příjmu potravy. O jídlo se hlásí pouze ve chvíli, kdy je mezi jídly pauza alespoň 6 hodin. Dle potřeb dítěte matka krmit nezkoušela. Má strach, aby pak dcera nebyla dehydratovaná, když by vypila třeba jen 20 ml, a ne předepsané dávky.

Anamnéza 15 (strana 42): Téměř 4měsíční chlapec, který má problémy se sacím reflexem. Snaží se o kojení a dokrmují NG sondou. Vzhledem k tomu, že se mu poslední dobou začíná ztrácet chuť a zájem o kojení, odmítá i lahvičku, navíc se objevilo zvracení, zvažují

zavedení PEG. Matka popisuje, že je dle doktorů vyšinutá nasraná matka, ale nikdo jí nedal informace, co bude do blízkého budoucna s dítětem. Nenaučili ani matku sondovat a ona ho přitom sondovat musí, ani psychologická pomoc žádná nebyla. Hledá informace a co vlastně může dělat.

Anamnéza 17 (strana 47): Dle matky 16měsíční chlapec, který má alergické reakce „na kde co“, a tak nic nechce jíst. Nechce jíst, a proto ho u jídla zabavují, zpívají, s hračkami vypráví a do toho matka syna láduje jak husu mixovaným jídlem. Když jí a kouše sám, trvá mu to i hodinu, což neusadí v klidu, tak matka jídlo rozmixuje a nakrmí ho. Dle matky je pro syna jídlo ztráta času, nechce si sednout, když všichni ostatní jedí. 5 soust sní sám, pak ho to přestává bavit, tak matka přinese knížky, rozmixuje a krmí. Pak otevírá pusu a vše krásně sní. Nebo chodí po zahradě, sedí na koberci a krmí se.

Anamnéza 21 (strana 59): 8měsíční dívka, která po pár lžičkách jídla rychle ztrácí o jídlo zájem, a tak ji matka musí cíleně rozptylovat, aby otevírala dál pusu a jedla. Sedí v jídelní židličce, ale velmi neklidně, pořád sebou mele. Jako hlavní problém matka uvádí množství snědeného jídla.

Anamnéza 22 (strana 61): 10,5měsíční dívka, která po zahnání největšího hladu přestane o jídlo jevit zájem. Kašovitá strava ji také už nezajímá. Když má hlad, tak krásně otevírá pusu na všechno. Bojují ale o každý gram. Více jí zajímají kousky, matka tedy začíná kašovitou stravou a jak zájem opadne, přechází na kousky. Matka vypožorovala, že když jí spolu, jí dcera lépe.

Anamnéza 23 (strana 64): 27měsíční dívka, kterou matka u jídla musí držet, často násilím, aby jedla. O jídlo se nehlásí, neřekne si, že má hlad, nechce jíst. U jídla se aktivně brání. Každé jídlo dostane kolem 150 g nuceně. Kdyby to bylo jen na dívce, pila by jen Fortini a čaj. Někdy i zvrací, jaký má hysterák. Dle matky nepocítuje hlad, sama si neřekne ani o pití.

Anamnéza 25 (strana 72): 25měsíční dcera dle matky nejí, pokud jí jídlo nedává ona sama přímo do úst. PMV je dle matky nerovnoměrný, kognitivně dle neurologa odpovídá supernormě, dívka krásně mluví, zpívá písničky, ale motorika neodpovídá ani korigovanému věku 22 měsíců. O jídlo se nehlásí. Při jídle musí rozptylovat, nebo krmí „za běhu“. Je jedno, jakou má jídlo chuť, trochu preferuje sladké, ale ne tolik, aby ho snědla větší množství. Matka připravuje na každé jídlo několik alternativ s tím, že si snad něco vezme. Ochutnávat nové nemá zájem.

Anamnéza 27 (strana 79): 27měsíční dívka, když „zavnímá“, že se blíží jídlo, začne si vymýšlet, že chce spinkat, čůrat, kakat, bumbat, je schopná začít i hystericky plakat i jen

při vidině, že jí matka přibližuje lžičku k puse. Jídlo pro dceru není prioritou. Nepřijde s tím, že má hlad nebo na něco chuť. Při jídle ani nevyvíjí žádnou vlastní aktivitu, dlouho i jídlo v puse syslila. Uvažují o psychologovi, ale doteď k němu jít s dcerou nechtěla, protože je dcera spokojená a šťastné dítě. Přišlo jí nemyslitelné ji zatěžovat nějakým vymýváním mozků.

Anamnéza 29 (strana 86): Chlapec 2 roky a 5 měsíců, který občas trpí nechutenstvím a je problém v tu dobu do něj něco dostat. Hlavním problémem je ale množství, které sní. Když nechce jíst, tak zabavují, nebo si jde hrát a běhat a mezitím mu něco cpou do pusy. Hlad začal projevovat až relativně nedávno.

Anamnéza 30 (strana 89): 4letý chlapec, který je dle matky líný, protože mu u pěstounů chyběly podněty. Syn je dle matky salámista, chvíli kouše a pak ho to už nebaví, a tak prostě přestane kousat. Matka ho pak dokrmuje.

Anamnéza 31 (strana 91): 3letý chlapec, který dle matky občas jí a občas ne. Jako by ho jídlo vlastně moc nezajímalo. Když se nají, pak už ho jídlo nezajímá, občas sní dost a občas si jen d'obne. Matka se snaží vařit dle doporučení nutriční poradkyně. Má pocit, že má syn limit na to, co sní za týden. Někdy nesní nic a pak sní 3 vajíčka. Dle matky je to tím, že nedokáže vyjádřit, co by chtěl. Jídlo ho moc nezajímá. Když ho zaujmou dvě jídla za den, je to úspěch. Sedět v židličce u velkého stolu ho nebaví. Když matka potřebuje, aby víc jedl, nesmí jíst nikdo jiný, protože ho pak víc zajímá, co jedí ostatní a svoje pak jíst nechce.

Anamnéza 32 (strana 95): Dvočata, chlapci, kteří dle matky moc k jídlu vztah nemají. Je jim 21,5 měsíce biologicky, 19,5 korigovaných a stále jim matka jídlo převažuje. Když se nenají, je nervózní. U jídla je rozptýluje, sami se snaží trochu jíst a ona jim v mezičase dává lžičkou. Jídlo jim trvá hodinu i déle. Mezitím matka ještě kojí na požádání. Dle matky se u nich chuť k jídlu střídá. Dle toho pak jedí sami, nebo je musí dokrmovat.

Anamnéza 34 (strana 98): Téměř 4letý chlapec, který nevydrží sedět u stolu, jídlo ho dle matky nezajímá a nechce ochutnávat.

4. Environmentální projevy

Do této kategorie spadají významné faktory prostředí, které ovlivňují stravování dítěte a zdánlivě působí na dítě „zvenčí“. Patří sem role místa, splnění určitých specifických podmínek při jídle, jako absolutní klid, nepřítomnost návštěv, ale například i situace, kdy je dítě schopna nakrmit jen určitá osoba. Tyto projevy pozorujeme v anamnézách 01, 06, 10, 17, 23, 24, 25 a 34.

Kde se „neřeší“

Anamnéza 10 (strana 26): Matka má někdy pocit, že 2 a 3/4letá dcera jí lépe mimo domov, ale někdy ne. Není si vlastně moc jistá. Později opět zmiňuje, že jí přijde, že dcera jí lépe, když jsou delší dobu mimo domov. Jezdí vždy na delší dobu na jih Itálie, kde jsou měsíc, než se vrátí do ČR. Tam jí obvykle lépe. Matka také zmiňuje, že je na ní dcera hodně fixovaná, když hlídá otec, dostává lyofilizované ovoce jako mlsání, aby to vydržela, než se matka vrátí.

Anamnéza 24 (strana 68): Matka u 4letého chlapce popisuje z tohoto pohledu lepší příjem určitých potravin (pečivo namazané mazlavými věcmi) ve školce než doma.

Kde se „řeší“

Anamnéza 01 (strana 1): Chlapec 6 let a 4 měsíce jí domácí jídlo. Jídlo ze školní jídelny jíst odmítá, protože neví, co v něm může čekat za ingredience. Potřebuje mít kontrolu nad tím, co jí.

Anamnéza 06 (strana 16): Z environmentálního pohledu pětiletá dívka má problémy v tom, že nejí ve školce oběd, a proto si ji matka bere po obědě domů, kde se pak dojídá. Matka ji musí krmit, jinak by nejedla. Učitelky ze školky prý matce opakovaně domlouvají, aby dceru přestala krmit, ale na takový drsný přístup matka nemá žaludek. Babičky si na to, že dcera nejí, stěžují také.

Anamnéza 17 (strana 47): 16měsíčního chlapce je schopná nakrmit pouze matka, nikdo jiný ho nakrmit není schopný. Krmí ho v ložnici s jeho dečkou. Venku se nenají, nedá se tedy jít ven. Rady lékařů, aby ho nechali vyhladovět, nepomáhají.

Anamnéza 23 (strana 64): 27měsíční dívka, kterou otec není schopen nakrmit, má z toho obavy. Takže je vesměs vše na matce. Letos šla poprvé do školky, ale tam moc nechce jíst.

Anamnéza 25 (strana 72): 25měsíční dívka, u které matka udává, že jí lépe ve vaně. V ní jsou s matkou asi hodinu, povídají si, hrají si u toho a matka jí u toho krmí polévkou a druhým jídlem z oběda. Takhle sní asi 5 lžic polévky a 10 z obědové porce.

Anamnéza 34 (strana 98): Matka zmiňuje, že pozoruje rozdíly mezi tím, jak jí téměř 4letý syn doma a jak ve školce. Ve školce matka vnímá právě velkou podporu, podporují ji a hlásí jí každý malý úspěch, který syn v jídlu udělá a ujišťují matku, že je to díky její péči.

6 Diskuze

Základní výzkumná otázka diplomové práce byla: **Jaké problémy rodiče uvažují, když své dítě označí za „nejedlíka“, či tvrdí, že jejich dítě má problémy s příjmem potravy a nejí?**

Vidíme velký rozsah výpovědí pod rodičovským chápáním „nejedlictví“, „moje dítě má potíže s jídlem“, „odmítá jíst“ apod. Rodiče jako problém vnímají obrovskou škálu různých projevů. Odmítání jídla se nakonec vůbec nemusí týkat množství, jak by se mohlo na první pohled zdát, když rodič řekne, že dítě nejí. Kategorie projevů, které rodiče u dětí popisují lze rozdělit dle oblastí, ve kterých se viditelně projevují. Ty se v mém výzkumu objevily 4.

1. **Kvantita**, tedy takové projevy nejedlictví, kde matky referovaly k objemu snědeného jídla. Mezi akce na straně kvantity patří jedení malých porcí (které jsem označila jako uzobávání), celkově malé množství snědeného jídla, nestabilní příjem jídla, nepřibírání/neprospívání.
2. Druhou kategorií je **kvalita**, která referuje na schopnost dítěte zpracovat jídlo, nebo omezuje jeho nutriční rozsah. Kvalita odkazuje především k senzorickým problémům v přístupu k jídlu, tudíž sem zařazuji i smyslové averze, jakou je potravinová neofobie. Patří sem: Dítě potravinu akceptuje, ale jen v určité úpravě. Nekombinuje jídla. Odmítá ochutnávat nové potraviny. Neschopnost nebo odmítání zpracovat potraviny v ústech. Netoleruje určité struktury. Vybírá si na základě chuti, barvy, podoby aj. Akceptuje/preferuje jen určité struktury. Odmítá určitou potravinovou skupinu. Akceptuje jen malý rozsah potravin. Jí různé struktury odděleně. Odmítá se jídla dotýkat. Odmítá nebo preferuje určitou teplotu pokrmu. Obtížně polyká (pokud se nejedná o čistě somatický problém). Syslí v ústech. Jídlo vezme do ruky, ale nedává si jej k ústům.
3. Třetí kategorie se týká **apetitu**, kterým nerozumím pouze chuť na jídlo, ale i celkovou energii, nadšení, či puzení, které dítě vůči jídlu a stravování projevuje. Patří sem: Má averzi vůči jídlu (matka nespecifikuje, o jakou averzi se jedná a naznačuje tedy vyhýbavé chování vůči jídlu celkově). Jídlo dítě nebaví, nezajímá. Vybírá si, co bude jíst (někdy jí to a někdy ono). Nehlásí se o jídlo, zdá se, že nemá nikdy hlad. Je zvýšeně opatrné vůči jídlu. Zdá se, že nemá chuťové buňky. Při jídle je výrazně neklidné. Po zahnání největšího hladu ztrácí o jídlo zájem. Snaží se jídlu aktivně vyhnout. Aktivně se brání být nakrmeno.

4. Poslední jsou **environmentální projevy**. Patří sem referování o tom, že dítě jí lépe ve vaně při koupání. Jí lépe nebo naopak hůře v domácím či cizím prostředí. Nejí v určitém prostředí (například ve školce). Vyžaduje splnění určitých specifických podmínek při jídle jako je klid, krmení určitou osobou (nepočítá se sem kojení u matek).

Reference na určité subtypy projevů problematického jedení můžeme vysledovat i v odborné literatuře a moje zjištění jsou tedy v tomto směru v obecné shodě se zahraničními výsledky. Vztáhnou-li výsledky k teoretické části práce, v DSM-V vidíme u ARFID kritéria, která na jednotlivosti projevů v jídle odkazují také. Je jím podmínka úbytku na váze, případně následky možného nutričního deficitu (viz *tabulka 1. Diagnostická kritéria ARFID* na straně 14). (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015).

Jak jsem zmínila v teoretické části, DSM-V napravila některé nedostatky předchozích užívaných diagnostických klasifikací. Ta se týká především toho, že dříve uvažovaná kritéria dle DSM-IV brala poruchu v potaz pouze v případě, že docházelo k zásadnímu ovlivnění na kvantitativní rovině přijímaného jídla. (Bryant-Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010). V souvislosti s MKN-10, která je u nás využívána pro diagnostiku nemocí je nutné si uvědomit kritéria související s váhovým úbytkem. Dle Bryant-Waigh a kol. (2010) MKN-10 nespecifikuje, jaký tento váhový úbytek má být. Upozorňují na to, že mnoho dětí nemusí mít váhový úbytek, a přesto vykazují poruchu somatickou či duševní, ale kvůli nepřítomnosti váhového úbytku z diagnostiky vypadnou.

Z hlediska kvality nacházím shodu taktéž se zahraniční literaturou. Právě ovlivněním kvalitativní stránky je jeden z cílů terapií i intervencí. Její zásadní vliv je vidět v diagnostických kritériích v DSM-V (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015), kde se děje naplňování jednotlivých položek kritéria A na podkladu problémů v kvalitě a apetitu.

V teoretické části práce věnované terapeutickým technikám, je zřetelné cílení terapií na navýšení snědeného množství (například metody manipulace s apetitem), ale i cílení na kvalitu, například překonávání potravinové neofobie - typicky například technika řetězení (Fraker, Walbert, Fishbein & Barker, 2007), nebo techniky ze spolupracujících oborů, které se zaměřují na komplikace, které dítěti brání v přijímání nových sensorických modalit (viz porucha sensorické integrace v teoretické části práce popsána v podkapitole 2.5.1 DC: 0-5) nebo z pohledu logopedické problematiky. (Červenková, 2017; Castillo-Morales, 2006)

I s kategorií apetitu zahraniční literatura pracuje a v anamnézách tak nalézám stejnou problematiku, s jakou se běžně setkávají i zahraniční autoři. Diagnóza infantilní anorexie se na

nedostatečném apetitu přímo zakládá. (Chatoor, 2009) V teoretické části jsem zmínila i terapie, které přímo s apetitem terapeuticky pracují (například viz podkapitola 4.5.6 Modely saturace hladu).

Stranou stojí část, kterou jsem označila jako environmentální projevy. S těmito aspekty nejedliťví, kdy dítě vyžaduje určité splnění podmínek se obecně vzato samostatně nepracuje. Domnívám se, že jednotlivé specifické případy této kategorie zahraniční autoři teorií zařazují pod některou z ostatních sekcí. Některé mnou zmiňované projevy tak lze najít například pod vztahovými kontexty. Chatoor například zmiňuje problematiku, kdy určitá osoba není schopná dítě nakrmit. (Chatoor, 2009) Jindy můžeme najít pod požadavkem dodržení „určitých specifických podmínek“ splnění například určitého způsob servírování, které bývá ale řazeno spíše ke kvalitativní problematice. Fraker a kol. (2007) v této souvislosti zmiňují například význam obalů. Pokud se změní obal, byť nepatrně, děti s vizuální citlivostí takové jídlo odmítnou. Pokud tedy hlouběji zkoumáme konkrétní případ, můžeme v tu chvíli zjistit, že tento konkrétní environmentální projev, protože se děje na pokladu sensorických obtíží, by spadal spíše do kategorie kvality. Domnívám se tedy, že tato kategorie je formou manifestace specifických obtíží, které vyžadují zvýšenou individuální pozornost a jejichž další rozčlenění dle principu fungování leží ve specifické individuální rovině. Můžeme například spekulovat, zda to, že určité dítě odmítá jíst ve škole nebo naopak preferuje jíst na určitém místě, je vhodné řadit pod environmentální projev nebo jej kódovat pouze jako kvalitu – například u anamnézy 1, kdy chlapec odmítá jíst ve škole, ale při bližším dotazování se dozvíme, že tam nejí proto, že nemá nad jídlem kontrolu, respektive nad jeho složením (anamnéza 01 str.1). Proč tedy tuto kategorii uvádím přesto samostatně a nezařazuji ji pod jiné konstrukty? Vzájemné ovlivňování kategorií nám ukazuje, jak dokáží tyto konstrukty fungovat i samostatně. Na jedné straně tedy je environmentální projev možnou manifestací z jiné kategorie, sama se ale na ní obrací s možností ovlivnění. Jako jiný příklad mohu uvést dívku, která jí ve vaně (proč tomu tak je by vyžadovalo hlubší zkoumání a pozorování), kdy maminka její odmítání jídla jezením ve vaně obchází a manipulací s vnějšími předpoklady se snaží zlepšit kvantitativní kategorii jedení (anamnéza 25 str. 72). Mezi anamnézou 01 a 25 vidíme zásadní rozdíl. Změnou místa (manipulací v rámci environmentální kategorie) v případě jedné anamnézy změny dosáhneme, v případě anamnézy 01 ale velmi pravděpodobně nikoli. Tento vzájemný interakční proces je tedy třeba mít na paměti ve chvíli, kdy bychom chtěli této teorie využít k plánování léčby či intervence. Nestačí jen vytyčit základní kategorie, ale je nutné zvážit i jejich vztahový kontext, abychom mohli uvažovat, na které aspekty cílit intervenci ve chvíli, kdy bychom chtěli

uskutečňovat změny v problémovém jedení. Při další observaci se můžeme zaměřit například na to, jakou váhu daná kategorie v konkrétním případě zaujímá.

Podobných závěrů jako já dosáhli Boquin a kol. (2014). I oni zjistili, že rodiče pod pojmem vybíravost (*picky eating*) nevnímají zcela totožnou problematiku. Vybíravost nezahrnovala jen problémy s jídlem, ale celou řadu behaviorálních projevů. Autoři tyto projevy rozdělili na základě oblastí, kterou zasahují do 4 kategorií: (1) Chování, které jídlu předchází (vyhýbání se jídlu, nezájem o jídlo a situaci.). (2) Chování v průběhu jídla (např. že se dítě nezapojuje do konverzace v době jídla, nezajímá se o jídlo na stole, je vůči jídlu podezřívavé, pláče, dává se atd.). (3) Obecné stravovací preference (dítě jí jen určitá jídla, jí jen omezené množství určitých jídel, vyžaduje určitou formu servírování apod.). (4) Preference na základě sensorických vlastností jídla.

Kromě výše zmíněných kategorií a jejich členění, jsem uvažovala i další členění dle toho, od koho problematické chování přichází. Jsou to akce (na straně dítěte) a reakce (na straně rodiče).

Problémy na straně dítěte jsou kromě výše zmíněných i další komplikace jako různé formy poruch autistického spektra (PAS), či podezření na něj, CAH (kongenitální adrenální hyperplazie), SRS (Silver-Russellův syndrom), potravinové alergie, GER a GERD (gastroezofageální reflux a onemocnění z něj), obtíže s polykáním a dalšími potravními reflexy, hypersenzitivitou a problémy naznačující možné obtíže v sensorické integraci (SI), epilepsií, VP shunt a jeho případné malfunkce, kombinovaná postižení, centrální koordinační porucha diparetického typu, DMO (dětská mozková obrna), hyperinzulinismus ad. V diagnostice se setkáváme s nutností diferenciální diagnostiky mezi psychogenním a somatickým podkladem při problémech s jídlem. V anamnézách ale můžeme sledovat, že striktní oddělování somatických a psychogenních projevů může samotnému řešení spíše uškodit. Samy matky hovoří o tom, že za problémy musí být ještě něco víc, některé přímo explicitně zmiňují, že somatický problém vedl následně k rozvoji averze vůči jídlu (anamnéza 37, strana 109), kde matka explicitně píše, že s ohledem na alergii museli být opatrní, aby neochutnal pro něj nebezpečné jídlo. To zřejmě mohlo následně vybudovat určitou podvědomou bariéru pro ochutnávání nových věcí. Vzájemná provázanost psychogenní a somatické stránky a nejasné hranice při posuzování PPP u dětí vede k nezbytnosti posuzovat tyto děti komplexně, nejlépe v rámci multidisciplinárního týmu. Jak již bylo naznačeno i v rámci problematiky AKCE a REAKCE, je těžké oddělit jednoznačnou příčinu a následek. I v případě jasně somatické problematiky se tedy jeví jako vhodné psychologická péče a prevence nebo alespoň zmírnění dopadů somatických obtíží na vztah dítěte k jídlu a stravování. Na tuto skutečnost naráží

i například matka s dívkou z anamnézy 11 (str. 32) se SRS, kdy došlo sice k diagnostice, zaléčení, ale nikdo už jim neporadil, jak předejít tomu, aby dítě nemělo z jídla strach, aby nebrečelo, když vidí, že se bere do ruky bryndák. Byli v tomto na překonávání sami. Tyto příklady jasně ukazují, že nelze oddělit jednotlivé aspekty nejedliectví a řešit je separovaně.

Budd a kol. (1992) zkoumali různé příčiny odmítání jídla a došli k závěru, že 2/3 respondentů měli souhrn organických a neorganických příčin. Jen 1/4 měla jen organickou příčinu odmítání jídla a pouze 1/10 pouze neorganickou příčinu. U pacientů s pouze organickou příčinou ale zároveň pozorovali celkovou dlouhodobou nižší úroveň sebeobslužných dovedností a s ohledem na celkový zdravotní stav i vyšší míru stresu rodičů. Podobné úvahy lze vnést i v souvislosti s kvalitativními zjištěními mého výzkumu. Oddělit příčiny a následky se zdá nejen nemožné, ale v závěru i neúčelné. Nezbytnost multidisciplinárního přístupu zmiňují opakovaně v kapitole o terapii. I sami rodiče si stěžují, že i v případě rozpoznání organického problému chybí patřičná psychologická podpora (aby se dítě nebálo jíst). Autoři doporučují volit péči v závislosti na druhu problému. U organických příčin se doporučují zaměřit ne na dítě, ale na schopnosti rodičů zvládat stres, podporu rodiny a jejích vztahů, poskytnutí respitní péče a sociálního a finančního poradenství. V této souvislosti vidím významné možnosti pomoci ve službách rané péče.

Ukazuje se také, že součástí projevů problematického jedení nejsou jen projevy na straně dítěte (akce), ale i projevy reakcí, jak rodič jedná v situaci nejedliectví: Musí krmit. Musí mixovat. Musí dítě rozptylovat u jídla atd. Nejednou lze pozorovat u reakcí i vědomí toho, že takové jednání není vhodné, ale rodič nemůže jinak. Hovoří pak o honbě za mililitry, neúčinnosti některých postupů (zkoušeli dítě nechat vyhladovět, nechat jídlo zcela na dítěti apod.), či vlastní nejistota, co by mohlo nastat („už se vidí zase na kapačkách“, „obává se sondy“ aj.)

Zde výsledky práce ukazují, že spoléhat se pouze na objektivní měření jako je váha, výška a jiné somatické ukazatele, které by z potřebné intervence diskriminovaly ty děti, jejichž dostatečný příjem je udržován na základě patologických vzorců fungování (reakcí na straně rodiče) a které trápí například problémy s přijímáním stravy adekvátní věku, ale nutričně jsou schopny přijmout například stravu v tekuté formě. Mezi takové vzorce, jak jsem uvedla v teoretické části, patří především nátlak a tlak na jídlo, fyzické nucení dítěte do jídla, různé formy rozptylování, krmení ve spánku a jiné obcházení projevovaného odporu dítěte. Patří sem také mechanické krmení v přesně stanovených intervalech, přesně stanovenými dávkami. Tyto formy lze v praxi snadno přehlédnout jen z pouhé observace dítěte mimo dobu jídla a pokud s rodičem neprovedeme alespoň anamnestický rozhovor. Patologické vzorce krmení

vyjmenovává například diagnostická kritéria PPP dle Wolfonsové, které najdete na straně 28 této práce.

V literatuře se setkáváme s několika postoji ohledně role rodičů v problematice nejezení dítěte. Na jednu stranu lze najít výzkumy, které se zabývají například rolí stresu, psychopatologie anebo traumatu u matek (Pierrehumbert, 2003; Muller-Nix et al., 2004; Salvatori, Andrei, Neri, Chirico & Trombini, 2015), nebo úlohou rodičovského stylu (Prasetyo et al., 2019), či rodičovského stylu krmení (Milano, Chatoor & Kerzner, 2019). Na druhé straně můžeme hledat problém na straně dítěte. Tato snaha je patrná i ze samotných diagnostických kritérií. Výzkumy zaměřené na rodiče uvažují o tom, jak rodičovské vlastnosti ovlivňují stravování dítěte, věnují se tak kromě role rodiče právě interakční rovině, kterou diagnostické klasifikace mohou opomíjet. Ne však vždy, interakční problematiku lze najít například v diagnostice dle Irene Chatoor (2009), nebo v rámci DC: 0-5 (2016), kde v ose 2 zaznamenáváme právě vztahový kontext a v ose 4 psychosociální stresory, které diagnózu ovlivňují.

Z výzkumu této práce lze vyčíst, že rodiče sami sebe vnímají jako součást problému, rozhodně ale nelze usuzovat na příčinné souvislosti (že by oni byli příčinou problému s jedením). Být součástí problému není totéž jako být jeho příčinou. Na tuto problematiku poukazuje například práce Coulthard a Harris (2010). Autoři upozorňují, že úzkostné a depresivní reakce matek na stravovací problémy dětí mohou prodlužovat nebo zhoršovat samotný problém. Zároveň se ale domnívají, že spíše než kauzální, je úzkost u matek reaktivního charakteru. Dle autorů mohou mít matky, které reagují úzkostně a depresivně větší tendence k přeceňování negativních aspektů stravování u svých dětí. Jsou vůči nim citlivější. Pokud dítě odmítne jíst množství, které považují pro dítě za nezbytné, může být posílen jejich pocit neadekvátnosti příjmu jídla. Pocit, že dítě nedostává dostatek živin, může následně vyvolávat úzkost ohledně budoucího vývoje, růstu a zdraví dítěte.

Salvatori a kol. (2015) zmiňují prožívání matek nedonošenců a častější incidenci problematického jedení u těchto dětí. Pozorovali vyšší přítomnost dyadických konfliktů, nedostatek reciprocitu a větší podíl negativismu v průběhu krmení. Jejich výzkum ukázal, že matky nedonošenců jsou více intruzivní, kontrolující během krmení a méně podporují autonomii dítěte. Na druhou stranu nedonošené děti sami vykazují více odmítání, vyšší úroveň stresu a negativismu.

Harris a kol. upozorňují, že celá řada rodičů je vystavena obrovskému množství doporučení, která si často velmi protirečí. Tím se úzkost a obavy rodičů prohlubují spíše, než aby tomu bylo naopak. Rodiče se pak často setkávají i s radami, které jsou zcela nevhodné, a to

dokonce i z řad samotných profesionálů. (Harris & Shea, 2018) Autorky zvláště upozorňují na nebezpečnost užití některých terapeutických doporučení v kontextu nedostatečné diagnostiky a zhodnocení stavu dítěte. Rodiče se dle nich (a v mé práci stížnosti matek lze nalézt též) setkávají z řad profesionálů s doporučením nechat dítě například vyhladovět. Bohužel u dětí s PPP jako je například ARFID tato strategie zcela pomíjí jádro problému. Děti jevící malý zájem o jídlo mívají navíc často problém s rozpoznáváním pocitů hladu. Hlad tedy nerozpoznají a nefunguje u nich jako potřebný motivátor k tomu, aby se najedly.

Nedostatečnou informovanost v možnostech psychologické intervence u poskytovatelů zdravotní péče zmiňují i Andersen a kol. (2020). Upozorňují, že řada poskytovatelů vlastně nemá představu, jakou intervenci mohou psychologové jejich pacientům poskytnout. Apelují tak na zlepšení vzájemné komunikace a nezbytnost jasně stanovit, jakou péči konkrétní psycholog na konkrétní pozici může jejich pacientům nabídnout, aby konzultace byly dostupné a prospěšné těm, kteří je potřebují.

Jak rodiče situaci prožívají s ohledem na vnímanou závažnost situace? Ukázalo se, že pojetí závažnosti se velmi liší. Nejvíce poznat je to v případě anamnéz, kde rodiče referují zásadní rozdíly mezi svým vnímáním a tím, jak popisují, že jejich problém vnímají ošetřující lékaři. U nich matky nejčastěji referují, že je zajímavá množství, zda dítě přibírá. Často zmiňují, že dítě roste, přibírá a z toho důvodu ošetřující lékař situaci neřeší. Řešení lékaři dle matek směřují k ovlivnění množství přijatého jídla, nárůstu hmotnosti, nebo hodnot kolem kalorického příjmu, tedy složení stravy.

Rodiče ale vnímají snahu (ne)řešit situaci ze strany lékařů různě. Lze pozorovat rozpor v obou směrech. Tedy rodič problém nevnímá tak moc zásadně, ale ošetřující lékař ho řeší (anamnéza 14 str. 41). Lze vidět i matkami vnímaný rozpor mezi tím, co jim říkají jednotliví lékaři. Na tuto skutečnosti si stěžuje například matka s dítětem s diagnostikovaným SRS (anamnéza 11, str. 31), nebo chlapec z anamnézy 03 (str. 7), kterého jeho PLDD neřešila, ale ošetřující lékařka při hospitalizaci (po febrilních křečích po očkování) začala dle matky šťourat i do problémů s jídlem. Na druhou stranu je zde znát opačný převažující trend, kdy matky referují, že lékař z jejich pohledu situaci neřeší, nebo neřeší dostatečně, ale matkám se situace nezdá. Tento jev je vidět nejčastěji. Jedná se o anamnézy 02 (str. 5), 08 (str. 22), 10 (str. 27), 12 (str. 35), 13 (str. 38), 15 (str. 42), 16 (str. 45), 17 (str. 49), 18 (str. 52), 20 (str. 57), 24 (str. 70), 25 (str. 74), 30 (str. 90) a 40 (str. 119). Nejednou se pak objevuje situace, kdy matky popisují, že si musely řešení najít samy.

Samozřejmě najdeme i zástupce těch, kde docházelo ke vzájemné shodě ošetřujících lékařů s rodinou. Nejvýrazněji je tento jev v anamnéze 35 (str. 100), ale najdeme ho i jinde - 06 (str. 18) a 09 (str. 25).

Vnímání podceňování situace ze strany odborníků se zdá jako zásadní a významné v rodičovském prožívání problému. Pod tíhou neporozumění mnoho matek zvolí metodu, že své děti raději léčí samy, protože nenachází dostatečnou aprobaci a trénink v této problematice na straně poskytovatelů zdravotní péče, a zároveň jim ale chybí i dostatečné a potřebné edukační zdroje. (Mitchell, Farrow, Haycraft & Meyer, 2013)

A zde narážíme opět na skutečnost, kterou vidíme právě ve výsledcích výzkumu.

Nejen množství je důležitou veličinou v tom, co může být problémem v příjmu potravy dítěte. Máme zde kromě kategorie kvantity, která se jeví z referencí matek lékařsky nejvíce řešená, rovnou 4 další skupiny projevů, které se projevují jako negativní aspekty stravování: kvalita, apetit a environmentální projevy a reakce na straně rodiče. Z anamnéz je zřejmé, že jednotlivé kategorie jsou ve vzájemné interakci, často je jejich působení na sebe těžké oddělit. Nelze ale hovořit o příčině a následku podobně jako v případě srovnání při rozdělení projevů na AKCE a REAKCE.

Při posuzování problémů s jídlem pak narážíme samozřejmě i na problematiku pojetí normality. Právě v kvalitě se vývojové aspekty odráží velmi nápadně. Vidíme to například ve schopnosti dítěte zpracovat potravu, přejít nejdříve z mléčné stravy na příkrmy a v rámci příkrmů pak zavádění tuhé stravy. Například u chlapce v anamnéze 02 (strana 5) matka uvádí, že k odborníkům se dostali až ve 3 letech věku, když matka začala situaci řešit sama. PLDD dle ní nereagoval na její urgování v tom, že chlapec ve 3 letech stále neumí žvýkat a netoleruje tuhou stravu. Problém s kvantitou není přítomný, PLDD dle matky problém nevnímá, ač matka popisuje přetrvávající problém v oblasti kvality. Tedy problém, který přetrval i dále až do jeho pěti let věku. Můžeme říci, že matka správně v tomto ohledu vnímala, že tříleté dítě má být již schopno efektivně žvýkat. Proč ze strany PLDD nedošlo k odeslání k dalším odborníkům, není z rozhovoru jasné. Každopádně můžeme vidět, že při práci s dětmi s problémovým příjmem potravy je velmi důležité posouzení problému nejen z kvantitativního hlediska, ale i z hledisek ostatních. V tomto případě se jedná především o kvalitu v interakci s potravou a schopnost jejího zpracování v ústech. Zde vnímáme vztah, že kvantita je udržována na úkor kvality přijímané stravy.

Při problémech s apetitem opět vidíme interakci s ostatními kategoriemi. Dítě, které jídlo nezajímá, má s jídlem nízkou zkušenost. Vzhledem k teoretické části práce (viz kapitola o expoziční terapii) je zřejmé, že preference je značně ovlivněna přímou zkušeností

a ochutnáváním. Děti, které se jídlu vyhýbají, necítí hlad, jsou ohrožené nedostatkem zkušeností. Ty se mohou následně manifestovat jako potravinová neofobie. Pokud se dítě jídlu vyhýbá, nabízí se otázka, zda vyhýbání nemůže vyústit až v odmítání jídla a následně nízký příjem. Jak na tuto situaci pak rodiče reagují? Při nátlaku je obecná víra, že takové jednání následně vede k dalšímu omezení jídelníčku. Vzniká tedy začarovaný kruh, kdy jedna kategorie významně ovlivňuje druhou. (Fraker, Walbert, Fishbein & Barker, 2007)

Situace nejedliectví, jak vyplývá z výše popsaného, lze pojmut jako **vzájemnou vztahovost (VzVz)**. Ta odráží kruhový charakter interakce jednotlivých součástí nejedliectví. VzVz lze vidět ve formě jednotlicího příběhu, který se prolíná jednotlivými anamnézami v kontextu vytvořených kategorií. Na jedné straně máme kategorie akce na straně dítěte. Tato akce, tedy obecně projevovaný problém či soubor projevovaných problémů s jídlem, je situace, na kterou v časovém kontextu rodič nějakým způsobem reaguje či nikoliv. V zásadě se liší časová souslednost reakcí. Někdy je problém rozpoznán ihned v počátcích (například reference „nežere odjakživa“ anamnéza 19, strana 54), jindy je rozpoznán později (např. anamnéza 30, strana 89) bez ohledu na hodnocení objektivitu, zda se problém skutečně později manifestoval a do té doby problémy nebyly, nebo je rodič do určitého okamžiku přehlížel. Matka v takovou chvíli sice tvrdí, že dosud problémy nebyly, ale při probírání například průběhu kojení popisuje dílčí obtíže již s kojením (například popisované rozpory v anamnéze 39, strana 114). Různé doby odhalení problémů zmiňuje ve své klasifikaci i Irene Chatoor (2009).

Rodič na situaci následně reaguje. Situace neřešení jsou takové, kdy rodič nepodniká takové kroky, které by se následně staly samy součástí problému. Někteří, nebo v jiné situaci, naopak reagují. Někdy se situace i mění s časem a s ohledem na další okolnosti. Další okolností zde může být například prožívání rodiče. Případná změna se odehrává na základě vypjaté situace (rodič například popisuje, že mu ujely nervy, anamnéza 16, str. 45) nebo opačná situace, kdy původně řešící rodič na základě zkušeností a vyhodnocení neefektivity přešel na neřešení, jako v anamnéze 1 a 23). Případná reakce se odehrává na základě faktorů, které do situace vstupují. Jednak to je samotná forma akce dítěte, a pak to jsou komplikace, které do situace vstupují. Tyto komplikace rodiče popisují na straně dítěte nejčastěji jako zdravotní (vidíme celou řadu zdravotních komplikací a trvalých následků), další častou komplikací je nedonošenost a poporodní stavy. Tyto komplikace z charakteru jsou buď trvalé (SRS, CAH, DMO, aj) nebo přechodné (sondování, různé formy dechové podpory). Rodiče pak popisují problémy i na své straně jako je vlastní prožívání (trauma z průběhu krmení), nezkušenost, neobornost v problematice, nedostatek podpory, informací, absence odborníků a diagnostiky).

Dalším vstupem je právě odborná pomoc z venku, která u malých dětí přichází skrze působení na rodiče. V anamnézách se jedná o doptávanou lékařskou péči. Ta, jak bylo ukázáno, je prožívána velmi různě.

V teorii vzájemné vztahovosti stavím na tom, že dítě je ovlivněno faktory, které zároveň samo ovlivňuje. Tutéž paralelu pak lze najít i u rodiče se všemi jednotlivými prvky, které do hry vstupují (informovanost o problematice, odbornost rodiče, informace o tom, co se děje, dostupné možnosti řešení, podpora nebo nepodpora ze strany odborníků a sociálního okolí rodiny). Nátlak rodiče na dítě, situaci neřeší, při nejlepším dochází k udržování stavu, ale nevede k nárůstu přijatého jídla, stejně tak rozptylování, nevede ani k navýšení kvality, nemění nutnost krmit dítě ve vaně atd. Děti pak na nátlak reagují další obranou, například pláčem, zakuckáním se, dávením aj. (například anamnéza 7, str. 25), což opět ovlivňuje chování na straně rodiče. Zdravotní stav dítěte je věc ovlivňující stravování, zároveň je zdravotní stav ale ovlivněn stravováním dítěte. Podobně vzájemně interakční vztah lze najít i mezi jednotlivými kategoriemi a tím, jak s nimi rodiče nakládají. Dítě odmítá jíst určitý typ potravin, například strukturu, preferuje tedy mixovanou stravu. Odmítnutí by mohlo vést k efektu na straně kvantity, kdyby rodič trval na tom, aby dítě jedlo věku přiměřenou stravu. Rodič se tomuto vyhýbá, a dítěti tedy dává mixovanou stravu, případně naplňuje představu o tom, co a kolik má dítě přijmout jinou formou (krmí ve vaně). Rodič tedy problematiku v jedné kategorii může řešit přizpůsobováním kategorie jiné, tím určitou kategorii z popisu buď zcela odstraní (množství je netrápí, řeší se kvalita), nebo zmiňuje oboje (když nedá takovou formou, dítě se nenají). Pokud se v některé anamnéze určité kategorie nevyskytují, je třeba je mít na paměti a uvažovat, za jakých podmínek by mohlo dojít k jejich manifestaci.

Vzájemnou vztahovost demonstruje i tzv. začarovaný kruh, který lze najít v anamnézách i explicitně přímo vyjádřený jako „vím, že to nedělám správně, ale nemůžu si pomoci“, jak zmiňují matky v anamnézách 6 a 28.

Na problematiku začarovaného kruhu poukazuje například i Rowell a kol. (2015) v knize *Helping your child with extreme picky eating*. Zmiňuje problematickou spirálu, kdy odmítnutí dítěte vyvolává napětí v rodiči, který je nucen se se situací nějak vypořádat. Pokud nemá dostatek informací, chybí podpora, objevují se nefunkční rady často přicházející i z řad odborníků, rodič reaguje neadekvátně, nejčastěji nátlakem v jídle a nucením do jídla. Ten v dítěti vyvolává větší odpor, brání se, rodič tedy reaguje větším nátlakem a stres se u něj zvětšuje. Nastává sestupná spirála, ve které jsou rodič i dítě uvězněni. Správné načasování a konzistence péče je tak jedna ze zásadních bodů pro vhodnou intervenci.

Nyní se dostávám k odpovědi na otázku sekundární: ***Jaké jsou možnosti psychologické intervence na základě výzkumných zjištění s přihlédnutím k běžně dostupné terapeutické intervenci popisované v teoretické části práce?***

Podíváme-li se na teorii VzVz je zřejmé, že v tomto ohledu dochází k naprosté shodě s českou i zahraniční literaturou, kterou zmiňuji v teoretické části věnující se terapii PPP u malých dětí, která upozorňuje na potřeby multidisciplinárního přístupu při diagnostice i terapii. Jak ale bylo též zmíněno, takovýto specializovaný tým u nás v současnosti chybí a nabízí se tedy otázka, co si s tím mají rodiče počít a jak jim lze pomoci?

Psycholog může využít konceptu VzVz na utřídění proběhlých vyšetření od odborníků, kterými často rodiče projdou. Mgr. Repaská při rozhovoru zmínila, že naprostá většina rodičů, kteří k ní přicházejí ze Slovenska, ale i dojíždějí z České republiky, již mají většinu zásadních vyšetření hotových. Čili k ní přichází už děti, kde je velká pravděpodobnost, že problém s nejudením nebude somatický a terapii na rovině ergoterapie nic nepřekáží. Do teorie VzVz si tak můžeme vynést dle individuální anamnézy veškeré intervenující proměnné, které se dítěte týkají a stanovit ty oblasti, které již byly dostatečně zodpovězeny. Z literatury výše například u PTFD je třeba vyloučit, že přetrvává zdroj traumatu, kterým může být prožívaná bolest při polykání. Dobrou pomůckou při práci s touto teorií je klasifikace DC: 0-5 která umožní systematicky tyto proměnné postihnout, pokud se diagnostik/terapeut řídí dle jednotlivých os. (DC: 0-5, 2016). Zde jsou pak kladeny na psychologa zásadní nároky na multioborové znalosti. Je potřeba, aby měl psycholog dostatečnou teoretickou průpravu v tom, které intervenční proměnné mohou narušovat psychologickou intervenci a jakým způsobem. Zvláště v případě, kdy nepracuje v rámci multidisciplinárního týmu a nemá přímou možnost konzultovat postup s kolegy z jiných odborností. Jelikož u nás chybí multidisciplinární tým, jeví se jako nezbytné, aby psycholog pečující o tyto rodiny měl dostatečné povědomí o konkrétních odbornících z různých oborů, kteří se léčbě věnují, a v případě, že se to jeví vhodné, doporučil rodičům konzultaci či vyšetření například u ergoterapeuta, klinického logopeda, fyzioterapeuta apod. MUDr. Raušová při našem rozhovoru zároveň upozorňovala, že je nutné dobře zvážit adekvátnost dalších konzultací – je nutné zvážit přínosy dalších vyšetření a terapií oproti zátěži, které mohou pro rodinu a dítě představovat, nejen ohledně zdravotních rizik spojených s některými postupy vyšetření a léčby, ale i zátěž finanční, časovou a energetickou. Energetickou stránkou mám na mysli konkrétně stíznosti rodičů na náročnost situace, pocity vyhoření aj, které se v anamnézách vyskytovaly a jsou zaznamenány vždy na závěr anamnéz pod otázkou: *Jak matky situaci prožívají?* V době pandemické vlny covid-19 přichází v úvahu i riziko pobytu v nemocnici a možné nákazy touto i jinou nemocí.

Z tohoto je zřejmé, jak důležité je kvalitní vyšetření na všech úrovních. Zatímco kliniky jako NoTube nebo německý domácí model (obojí v teorii v kapitole o modelech saturace hladu) si dělají vstupní hodnocení o programu sami v rámci svých týmů, centra bez přítomnosti lékařské péče vyžadují, aby měla rodina už zdravotní vyšetření hotová při příchodu na kliniku. Příkladem může být GIE (Growing independent eaters). Ti například jmenovitě požadují vyšetření polykacího aktu, nebo potvrzení od lékaře o tom, že polykání je u dítěte bezpečné a v případě odsondování nehrozí riziko aspirace. ("Frequently Asked Questions", n.d.) Hodnocení a diagnostika PPP u malých dětí je samo o sobě velmi rozsáhlé téma, které dalece přesahuje možnosti této práce, ale je vhodným námětem pro budoucí badatele v této problematice.

Přínos této práce s ohledem na terapii může být dvojitý:

- 1) Pomůže se lépe rozhodnout vůči komu se jeví efektivněji cílit léčbu. (Marshall, Hill, Ware, Ziviani & Dodrill, 2015) V terapiích výše jsem představila několik konceptů, z nichž některé cílí na práci s dítětem (logopedické techniky, behaviorální terapie přímo s dítětem, nácviky dovedností například žvýkání, systematická desenzibilizace a překonávání averze), jiné cílí na rodinu komplexně (typicky Notube a jejich Play picnic, přístupy vycházející z DOR od Ellyn Satter, nebo Time-out metoda od Irene Chatoor) a pak jsou metody cílící na rodiče. Cílení na rodiče lze vidět dvojitě. Jednak to jsou formy psychoedukace, ale i psychoterapie pro zvládnutí stresu, úzkosti a deprese (Sharp, Volkert, Scahill, McCracken & McElhanon, 2017). Druhou možností cílení na rodiče je situace, kdy je rodič zaučen k tomu, aby se sám stal terapeutem svému dítěti. To můžeme vidět například ve fyzioterapii, klinické logopedii apod., kde terapeut zaučí rodiče, jak má s dítětem doma cvičit. Ekvivalent můžeme vidět u psychologických technik, kdy terapeut zaučuje rodiče ve správném způsobu krmení, v aplikaci behaviorálních technik v domácích podmínkách (viz například metoda čajové lžičky, nebo KKI program, zmiňované v teoretické části práce).
- 2) V jaké rovině stravování ovlivňovat a možná rizika zvoleného postupu. Například zaměříme-li se a intervenci pouze objemu snědeného jídla, aby dítě jedlo více, neohrožujeme tím kvalitativní stránku stravování? Jako příklad lze uvést rodičovské strategie, kdy rodiče jídlo raději rozmixují, anebo dítě nakrmí, aby snědlo více a rychleji. Nezvyšujeme tím riziko, že se

nenaučí s jídlem nakládat adekvátně k věku? Pokud vybírávemu dítěti budeme raději dávat jen těch několik druhů potravin, které je ochotno jíst, nezanedbáváme tak zkušenost a rozvoj chuťových preferencí, které se vytváří na základě zkušenosti? (Birch, McPhee, Shoba, Pirok & Steinberg, 1987; Maier, Chabanet, Schaal, Issanchou & Leathwood, 2007; Heath, Houston-Price & Kennedy, 2011)

- 3) Zvážení vlastních psychologických a psychoterapeutických schopností, kompetencí, jakožto i technických a časových možností. Jak upozorňují Andersen a kol. (2020), psycholog si musí být vědom toho, z jaké pozice ke klientovi/pacientovi vstupuje. Autoři upozorňují, že u konzultační činnosti v rámci nemocnic bývají psychologové svými možnostmi velmi omezeni. Často mají jen 1-2 kratší setkání v rámci konziliární péče, které znemožňují výraznější intervenci.

Takto nám tato teorie VzVz může pomoci vypracovat individualizovaný terapeutický plán, vybrat vhodnou kombinaci terapeutických technik, a to nejen vůči dítěti, ale i vůči okolí, které do stravování vstupuje, jako jsou například rodiče dítěte, ale musíme mít na paměti například i finanční stránku, dostupnost péče atp.

Ještě můžeme v anamnézách zaznamenat jeden jev a tím je fakt, že většina rodičů se s problémem stravování na psychologa neobrací. Ze 40 rodin uvedlo setkání s psychologem 14. Ale stravování s ním řešilo pouze 5 z nich. U zbytku se jednalo o zhodnocení psychomotorického vývoje, či o jinou psychologickou diagnostiku (zaměřenou například na PAS, nebo v rámci zavedení kochleárního implantátu apod.). Žádný rodič nezmiňuje užití psychoterapie, či více než jednorázovou konzultaci ohledně problémů s příjmem potravy.

Z pohledu péče v rámci České republiky se proto jeví nezbytný výzkum ohledně dostupnosti různorodé péče nejen v rámci psychologického oboru, ale nejlépe s ohledem na multidisciplinární problematiku.

Limity a omezení práce

Tato práce má několik omezení, které je nutné zmínit. Prvním limitem je forma sběru dat s ohledem na situaci nejen globální pandemie jako takové, ale i problematiky nejedliectví. Jak je vidět z popisu rodin, trápí většinu dětí další přidružené a nezřídka velmi závažné onemocnění. Tato onemocnění značně stěžují rodinám jejich život a jak sami někdy popisují, uvádí je do zásadního časového stresu. U části rodičů bylo problematické, aby si vyčlenili

dostatek prostoru pro jediný telefonický rozhovor. Větší motivaci k rozhovoru měli obvykle ti rodiče, kteří po výzkumné části očekávali z mojí strany terapeutickou (respektive edukační) intervenci ohledně jejich obtížného krmení. Kombinace dvou rozdílných metod je tedy na jednu stranu omezením, na druhou stranu umožnilo zapojit se i rodičům, kteří by jinak z časových důvodů se výzkumu neúčastnili.

Jak jsem uvedla v úvodu práce, motivem pro výběr tématu byla osobní zkušenost s problematikou PPP u dětí. Tato osobní zainteresovanost na straně patientsko-rodičovské role na jedné straně poskytla řadu výhod, ale je zároveň i limitující s ohledem na požadavek badatelského odstupu v roli výzkumníka. I přes fakt, že kvalitativní výzkum určitou zainteresovanost výzkumníka předpokládá, je potřeba si zároveň držet odstup a nevnášet do výpovědí probandů vlastní interpretační schémata. (Strauss & Corbin, 1999) Jinak řečeno, být vnímavý vůči tomu, co skutečně říkají, a ne vůči tomu, „co si myslím, že říkají.“ Ve zdravé sebereflexi mi jako výzkumníkovi pomohla vlastní individuální terapie zaměřená na zvládnutí situace v osobním životě, na druhé straně účast a zdárné složení sebezkušenostního pětiletého výcviku SUR. Bez upřímné sebereflexe by úspěšné zakončení výcviku nebylo možné. Druhým bodem, kterým jsem se snažila zachovat potřebný odstup bylo využití metody parafrázování v rámci polostrukturovaného rozhovoru pro systematické ověřování toho, že význam výpovědi byl dostatečně postihnut. V tomto ohledu bylo snazší se vyhnout dezinterpretaci v rámci telefonických rozhovorů než v průběhu rozhovorů korespondenčních. Například intonace hlasu, použitý důraz sám o sobě může změnit význam výpovědi jedince. V psaném textu může být těžší vyjádřit ironii, než když je výpověď podpořená tónem hlasu, frázováním atd., riziko chybné interpretace tak bylo při korespondenční formě vyšší.

Na druhou stranu vlastní rodičovský vhléd umožnil zároveň vyšší teoretickou citlivost vůči problematice. Také se ukázalo, že je mnohem snazší získat respondenty ve chvíli, kdy mají pocit, že je s nimi badatel „na jedné lodi“. Domnívám se, že ochotu k rozhovoru kromě motivace získat nové informace u některých rodičů mohl podpořit i fakt, že se rodiče nesetkají s bagatelizací a odsuzováním, pokud jsem kromě badatele i někým, kdo má osobní zkušenost podobnou té jejich. Svou teoretickou citlivost jsem ale nestavěla pouze na osobní zkušenosti, ale i rozsáhlým studiem literatury. V teoretické části jsem představila jen zlomek teorie, která se k PPP u dětí váže. Věnovala jsem se při bádání i teoriím vzniku chuťových preferencí, problematice obtíží s polykáním, zajímala jsem se hloubkově jak o normální, tak patologický vývoj stravovacích dovedností, rodičovské styly krmení, přístupy využívané u krmení dětí. V průběhu práce jsem komunikovala s celou řadou odborníků v rámci multidisciplinární péče. Konzultace a náhled do problematiky mi poskytly například nutriční poradkyně a psychologka

z dětské léčebny Křetín, které pracují s dětmi od 2 let věku s astenií, nebo soukromá nutriční poradkyně Dis. Šárka Jakešová z Psychoterapie Anděl. Z psychologů ochotně poskytla konzultace ohledně terapeutického přístupu Mgr. Tereza Nagy. Z ergoterapeutů poskytly náhled nejen na SOS terapeutický přístup, ale i komplexní péči z pohledu ergoterapie Mgr. Jitka Ludvíčková a Mgr. Janka Repaská. Jako klientka jsem problematiku nejedení rozebírala i s Mgr. Eliškou Haškovcovou. Účastnila jsem se prvního Play picnicu NoTube v Praze. Z lékařů jsem výše zmiňovala MUDr. Radku Raušovou, z pohledu stomatologie poskytla jiný vhled MDDR. Ivana Šinal'ová. Ochota profesionálů byla opravdu velká a nebylo možno nakonec využít všech příležitostí ke konzultacím, které se naskytly, a to jak z řad lékařských, tak i nelékařských profesí.

Druhým omezením je částečně samotná zvolená metodologie. Při uvažování intervenčních doporučení (s ohledem na terapeutickou část teorie) se jeví efektivněji spíše fenomenologický pohled, který by umožnil mnohem hlouběji postihnout konkrétní problematiku. (Strauss & Corbin, 1999). Některé aspekty, jako například ty zmíněné v environmetální rovině, vyžadují pro hlubší pochopení vyšší úroveň observace. Vyšší počet respondentů umožňuje sice sesbírat maximální variabilitu jevu, ale na druhou stranu znemožňuje dokonale hloubkové prozkoumání specifického problému. Pokud bych například chtěla více prozkoumat, proč dívka z anamnézy 25 preferuje jídlo ve vaně, bylo by potřeba alespoň několik různých pozorování jezení ve vaně, ale i mimo něj. Fenomenologický přístup s použitím hlubšího zaměření se na konkrétní případ a jeho obsáhlejší observace za pomoci multimodálního (rozhovor, pozorování aj.) zkoumání by umožnila hlubší pochopení konkrétního jevu, jakým je ono jezení ve vaně. Tato nevýhoda byla brána v úvahu a byla dána přednost postihnout větší variabilitu problematiky než se věnovat konkrétnímu případu.

Dalším omezením jsou samotní rodiče – ve výzkumu jsou zástupci pouze z řad matek, zcela chybí zástupci otců. Jejich role je ve výzkumu přehlížena. Jejich význam byl upozaděn a je zmiňován jen ojediněle samotnými matkami, a to navzdory faktu, že naprostá většina rodin ve výzkumu jsou tzv. úplné rodiny. Dalším omezením, na které upozorňuje například i Miovský (2006) je přílišná motivace k výzkumu. V mém výzkumu díky zvolené metodě samovýběru (tamtéž, str. 133) a s ohledem k informacím, které o mě jakožto výzkumníkovi rodiče měli, je pravděpodobné, že se přihlásili rodiče s motivací se něco o problému dozvědět, případně sháněli sami pomoc. Tím je pravděpodobné, že nastalo zkreslení v reprezentativnosti vzorku, a to na rodiče, kteří dosud byli v léčbě neúspěšní. Je obezřetné předpokládat, že rodiče, kteří nejedli u svých dětí dokázali překonat, nebo se jim pomoci dostává, nemuseli mít motivaci se do výzkumu přihlásit. Výsledky lze tedy vztáhnout na rodiče, kteří sami vnímají, že jejich

dítě má problém a jako problematickou svou situaci vnímají. Nelze tedy výsledky zobecnit i na ty nejdíky, jejichž rodiče jako problematické nevidí. Pokud se ptám: Proč je péče v České republice nedostupná? Byla by lepší formulace otázky takto: Proč tito rodiče nenašli cílenou pomoc? Nemůžeme totiž vyloučit, že z výzkumu nevypadli ti rodiče, kteří adekvátní pomoc našli a tedy pro ně péče dostupná byla.

Multidisciplinární problematika. Jak bylo několikrát zmíněno v části o terapii v kapitole 4 této práce, je problematika nejdíctví záležitostí pro multioborový přístup. Tato práce se zabývá problematikou z čistě psychologického úhlu pohledu a nelze tedy brát její výsledky za zcela situaci pojímající. Omezení dokonale obsáhnout situaci nejdíků znemožňuje nemožnost dostatečně probrat každý jednotlivý případ s multidisciplinárním týmem a tím uvést každý jeden příběh do hlubšího celostního kontextu.

7 Závěr

V práci jsem si kladla za cíl zanalyzovat problémy, se kterými se rodiče potýkají, když jejich dítě odmítá jíst. Prvotní otázkou bylo, **(1) jaké problémy rodiče uvažují, když své děti označí za nejedlíky, či tvrdí, že má problémy s příjmem potravy.** V druhé části **(2)** bylo cílem **uvést výsledky do kontextu psychologické terapeutické intervence.**

- (1) Výsledky práce ukazují velké rozdíly v tom, co matky dětí popisují jako problém nejedlictví. Celkem jsem zjistila 41 různých druhů projevů, které byly rozděleny do několika kategorií. První dvě velké kategorie jsou AKCE a REAKCE. Akce se týkají chování dítěte. Reakce jsou ze strany matek takové odpovědi na problematiku jíst, které se samy stávají součástí problémů a matkami jsou popisované jako součást nejedlictví. Akce dítěte lze pak rozdělit dle oblasti, ke které se vztahují na kvalitu, kvantitu, apetit a environmentální projevy. **Kvantita** odkazuje na množství snědeného jídla. **Kvalita** referuje na schopnost dítěte zpracovat jídlo, nebo omezuje jeho nutriční rozsah. Odkazuje především k sensorickým problémům v přístupu k jídlu, tudíž sem zařazuji i smyslové averze, jakou je potravinová neofobie. **Apetit** není pouze chuť na jídlo, ale i celková energie, nadšení, či puzení, které dítě vůči jídlu projevuje. Mezi **environmentální projevy** patří všechny aspekty, které se zdají působit na stravování zvenčí.

Výsledkem analýzy je popis teorie Vzájemné vztahovosti (VzVz), která nastiňuje, že princip problematického jíst má reciproční spíše než kauzální charakter. Každou součást nejedlictví je potřeba vnímat jako takovou, která ovlivňuje a zároveň je sama ovlivňována ostatními aspekty nejedlictví. Součásti nejedlictví jsou přitom chápány z komplexního pohledu, tedy takového, kdy uvažujeme nejen dítě, které má problémy s jídlom z bio-psycho-sociálního hlediska, ale také jeho rodinu, životní podmínky, jeho silné i slabé stránky tak, jak uvažuje představovaná klasifikace od Zero to three DC: 0-5 (2016). Mezi tyto aspekty tak patří i rodiče a jejich vlastní dispozice, opět pojímané z biologického, psychologického, sociálního, spirituálního a environmentálního hlediska. Tyto součásti nelze uvažovat jako osamocené oblasti, ale je nezbytné je vnímat ve vzájemné obousměrné a neustálé interakci.

- (2) Teorie VzVz se jeví vhodná k použití při plánování terapeutického postupu, stejně jako při uvažování, se kterými dalšími odborníky a profesionály je vhodné, či dokonce naprosto nezbytné, spolupracovat. Může pomoci lépe zmapovat, které

oblasti s psychologickou péčí interagují v takové míře, že by ji mohly znesnadnit, nebo dokonce zcela znemožnit.

Pro budoucí výzkumníky se jeví jako vhodné blíže objasnit praktickou efektivitu teorie VzVz a její uživatelskou praktičnost při užití teorie v terapeutické praxi.

Tato práce poskytuje jedinečný vhled do situace rodiny s malým dítětem, které odmítá jíst. Představuje přínos pro oblast intervence v práci se specifickou psychogenní problematikou nejedliectví. Věřím, že je prvním krokem pro zvýšení povědomí o problematice odmítání jídla a PPP u malých dětí.

8 Bibliografie

- Ahearn, W., Kerwin, M., Eicher, P., Shantz, J., & Swearingin, W. (1996). An Alternating Treatments Comparison of Two Intentional Interventions for Food Refusal [Online]. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(3), 321-332. <https://doi.org/10.1901/jaba.1996.29-321>
- Ahearn, W., Kerwin, M., Eicher, P., & Lukens, C. (2001). An ABAC Comparison of Two Intensive Interventions for Food Refusal [Online]. *Behavior Modification*, 25(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/0145445501253002>
- Andersen, M., Dempster, R., Garbacz, L., Sayers, L., Shepard, H., Drayton, A., & Knight, R. (2020). Pediatric Feeding Disorders. In B. Carter & K. Kullgren, *Clinical Handbook of Psychological Consultation in Pediatric Medical Settings* (pp. 227-238). Cham: Springer International Publishing.
- Auto, F., Amancio, O., & Lanza, F. (2015). The effect of music on weight gain of preterm infants older than 32 weeks: a randomized clinical trial [Online]. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), e293-e299. <https://doi.org/10.1590/0103-058231369512>
- Babbitt, R., Hoch, T., Coe, D., Cataldo, M., Kelly, K., Stackhouse, C., & Perman, J. (1994). Behavioral Assessment and Treatment of Pediatric Feeding Disorders [Online]. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15(4). <https://doi.org/10.1097/00004703-199408000-00011>
- Benoit, D., & Coolbear, J. (1998). Post-traumatic feeding disorders in infancy: Behaviors predicting treatment outcome: Behaviors predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal*, 19(4), 409-421. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199824\)19:4409::AID-IMHJ43.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199824)19:4409::AID-IMHJ43.0.CO;2-W)
- Berlin, K., Davies, W., Lobato, D., & Silverman, A. (2009). A Biopsychosocial Model of Normative and Problematic Pediatric Feeding [Online]. *Children's Health Care*, 38(4), 263-282. <https://doi.org/10.1080/02739610903235984>
- Birch, L., McPhee, L., Shoba, B., Pirok, E., & Steinberg, L. (1987). What kind of exposure reduces children's food neophobia? [Online]. *Appetite*, 9(3), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(87\)80011-9](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(87)80011-9)
- Boquin, M., Moskowitz, H., Donovan, S., & Lee, S. (2014). Defining Perceptions of Picky Eating Obtained through Focus Groups and Conjoint Analysis [Online]. *Journal of Sensory Studies*, 29(2), 126-138. <https://doi.org/10.1111/joss.12088>
- Bronský, J. (c2013-2020). Praktické informace pro rodiče dětí s poruchou příjmu potravy (PPP) [Online]. In *Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti JEP*. Praha: PSDG. Retrieved from https://gastroped.cz/_files/200000189-83c3d86b28/poruchy-prijmu-potravy-prakticke-informace.pdf
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., & Walsh, B. (2010). Feeding and eating disorders in childhood [Online]. *International Journal of Eating Disorders*, NA-NA. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>
- Budd, K., McGraw, T., Farbisz, R., Murphy, T., Hawkins, D., Heilman, N., & Werle, M. (1992). Psychosocial Concomitants of Children's Feeding Disorders [Online]. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 81-94. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.81>
- Burns, K., Cunningham, N., White-Traut, R., Silvestri, J., & Nelson, M. (1994). Infant Stimulation: Modification of an Intervention Based on Physiologic and Behavioral Cues [Online]. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 23(7), 581-589. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01924.x>
- Cardona Cano, S., Hoek, H., & Bryant-Waugh, R. (2015). Picky eating [Online]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 448-454. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000194>

- Cardona Cano, S., Tiemeier, H., Van Hoeken, D., Tharner, A., Jaddoe, V., Hofman, A. et al. (2015). Trajectories of picky eating during childhood: A general population study [Online]. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 570-579. <https://doi.org/10.1002/eat.22384>
- Carruth, B., Ziegler, P., Gordon, A., & Barr, S. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food [Online]. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.024>
- Castillo-Morales, R. (2006). *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Praha: Portál.
- Clark, R., Fischer, A., Lehman, E., & Bloomfield, B. (2019). Developing and Implementing a Telehealth Enhanced Interdisciplinary Pediatric Feeding Disorders Clinic: a Program Description and Evaluation [Online]. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(2), 171-188. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9652-7>
- Coulthard, H., & Harris, G. (2010). Early food refusal: The role of maternal mood [Online]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(4), 335-345. <https://doi.org/10.1080/02646830310001622097>
- Červenková, B. (2017). Multimodální přístup v terapii dětí s funkční dysfagií. *Listy klinické logopedie*, 1(2), 3-17. <https://doi.org/10.36833/lkl.2017.017>
- Česko-slovenská pediatrie: časopis České a Slovenské pediatrické společnosti [Online]. (2014). Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Retrieved from http://www.neonatology.cz/upload/www.neonatology.cz/soubory/csped_suppl_2014_i.pdf
- Davies, W., Satter, E., Berlin, K., Sato, A., Silverman, A., Fischer, E. et al. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder [Online]. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.409>
- Davis, A., Bruce, A., Mangiaracina, C., Schulz, T., & Hyman, P. (2009). Moving From Tube to Oral Feeding in Medically Fragile Nonverbal Toddlers [Online]. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 49(2), 233-236. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819b5db9>
- Dazeley, P., & Houston-Price, C. (2015). Exposure to foods' non-taste sensory properties. A nursery intervention to increase children's willingness to try fruit and vegetables [Online]. *Appetite*, 84, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.08.040>
- DC: 0-5: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. (2016). Washington, DC: Zero to Three.
- Dömötör, S., & Cserép, M. (2017). Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications [Online]. *Psihijatrija danas*, 49(1), 5-24. <https://doi.org/10.5937/PsihDan1701005D>
- Dovey, T., Kumari, V., & Blissett, J. (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? [Online]. *European Psychiatry*, 61, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008>
- Dunitz-Scheer, M., Levine, A., Roth, Y., Kratky, E., Beckenbach, H., Braegger, C. et al. (2009). Prevention and Treatment of Tube Dependency in Infancy and Early Childhood [Online]. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 1(2), 73-82. <https://doi.org/10.1177/1941406409333988>
- Dunitz-Scheer, M., Scheer, R., & Tappauf, M. (2007). From Each Side of the Tube: The Early Autonomy Training (EAT) Program for Tube-dependent Infants and their Parents [Online]. *The Signal: Newsletter of the World Association for Infant Mental Health*,

- 15(1-2), 20. Retrieved from <https://notube.com/wp-content/uploads/2014/08/2007-Dunitz-Scheer-From-each-side-of-the-tube.pdf>
- Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : Mezinár.klasifikace nemocí. (1992). Praha: Psychiatrické centrum.
- Eneli, I., Tylka, T., Watowicz, R., Hummel, J., Ritter, J., & Lumeng, J. (2015). Targeting Feeding and Eating Behaviors: Development of the Feeding Dynamic Intervention for Caregivers of 2- to 5-Year-Old Children [Online]. *Journal of Obesity*, 2015, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2015/964249>
- Ferber, R. (1986). *Solve your child's sleep problems*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Fraker, C., Walbert, L., Fishbein, M., & Barker, S. (2007). *Food Chaining: The Proven 6-Step Plan to Stop Picky Eating, Solve Feeding Problems, and Expand Your Child's Diet*. Cambridge: Da Capo Press.
- Fraňková, S., Pařízková, J., & Malichová, E. (2013). *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum, praxe*. Praha: Karolinum.
- Frequently Asked Questions: Our references and success [Online]. Retrieved from <https://www.gieaters.com/faq>
- Frühauf, P. (2004). *Neprospívání kojenců a batolat*. Konice: Jaroslav Komínek.
- Frühauf, P. (2013). *Neprospívání kojenců a batolat*. *Pediatrics for Practice*, 14(5), 291-294. Retrieved from <https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201305-0005.php>
- Gibson, E., & Cooke, L. (2017). Understanding Food Fussiness and Its Implications for Food Choice, Health, Weight and Interventions in Young Children: The Impact of Professor Jane Wardle [Online]. *Current Obesity Reports*, 6(1), 46-56. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0248-9>
- Hafstad, G., Abebe, D., Torgersen, L., & von Soest, T. (2013). Picky eating in preschool children: The predictive role of the child's temperament and mother's negative affectivity [Online]. *Eating Behaviors*, 14(3), 274-277. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.04.001>
- Hamm, E. (2013). Effect of Music as Reinforcement on the Feeding Outcomes of Infants and Young Children with Oral Feeding Difficulties. Retrieved from http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-7407
- Harris, G., & Shea, E. (2018). *Food Refusal and Avoidant Eating in Children, including those with Autism Spectrum Conditions: A Practical Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Heath, P., Houston-Price, C., & Kennedy, O. (2011). Increasing food familiarity without the tears. A role for visual exposure? [Online]. *Appetite*, 57(3), 832-838. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.315>
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Higgs, J., Goodyer, I., & Birch, J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder [Online]. *Archives of Disease in Childhood*, 64(3), 346-351. <https://doi.org/10.1136/adc.64.3.346>
- Homan, G. (2016). Failure to Thrive: A Practical Guide.: A Practical Guide. *American family physician*, 94, 295-9.
- Hudepohl, I. (2018). *Evaluation of the teaspoon method, performed with children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33270.50240>
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington, DC.: ZERO TO THREE.
- Chatoor, I. (2012). *When Your Child Won't Eat or Eats Too Much*. USA: iUniverse.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parent's and Children's Adiposity and Eating Style. *PEDIATRICS*, 94(5), 653-661.

- Johnson, S., Moding, K., & Bellows, L. (2018). Children's Challenging Eating Behaviors: Picky Eating, Food Neophobia, and Food Selectivity [Online]. In *Pediatric Food Preferences and Eating Behaviors* (pp. 73-92). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811716-3.00004-X>
- Kelly, G., Pritchard, M., & Thompson, S. (2012). The use of orofacial regulation therapy, including Palatal Plate Therapy, in the management of orofacial dysfunction in patients with Down syndrome. *Journal of Disability and Oral Health*, 14(1), 15-24. https://doi.org/10.4483/JDOH_015Kelly10
- Kerwin, M. (2003). Pediatric feeding problems: A behavior analytic approach to assessment and treatment [Online]. *The Behavior Analyst Today*, 4(2), 162-176. <https://doi.org/10.1037/h0100114>
- Krch, F. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krom, H., de Winter, J., & Kindermann, A. (2017). Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency [Online]. *European Journal of Pediatrics*, 176(6), 683-688. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2908-x>
- LeFevre, S., & Band, S. Brief Interventions: Treating Problems of Feeding and Eating in Children: BI-PED Project (Brief interventions: Pediatrics) [Online]. Retrieved from https://www.mdaap.org/pdf/Bi_Ped_Feeding_Eating_Problems.PDF
- Linscheid, T. (2006). Behavioral Treatments for Pediatric Feeding Disorders [Online]. *Behavior Modification*, 30(1), 6-23. <https://doi.org/10.1177/0145445505282165>
- Loewy, J., Stewart, K., Dassler, A., Telsey, A., & Homel, P. (2013). The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants [Online]. *PEDIATRICS*, 131(5), 902-918. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1367>
- Luiselli, J., & Gleason, D. (1987). Combining sensory reinforcement and texture fading procedures to overcome chronic food refusal [Online]. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(2), 149-155. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(87\)90029-2](https://doi.org/10.1016/0005-7916(87)90029-2)
- Maier, A., Chabanet, C., Schaal, B., Issanchou, S., & Leathwood, P. (2007). Effects of repeated exposure on acceptance of initially disliked vegetables in 7-month old infants [Online]. *Food Quality and Preference*, 18(8), 1023-1032. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2007.04.005>
- Manno, C., Fox, C., Eicher, P., & Kerwin, M. (2005). Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems: What, when and how [Online]. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2(3), 145-159. <https://doi.org/10.1037/h0100310>
- Marshall, J., Hill, R., Ware, R., Ziviani, J., & Dodrill, P. (2015). Multidisciplinary Intervention for Childhood Feeding Difficulties [Online]. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 60(5), 680-687. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000669>
- Marshall, J., Hill, R., Ware, R., Ziviani, J., & Dodrill, P. (2015). Multidisciplinary Intervention for Childhood Feeding Difficulties [Online]. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60(5), 680-687. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000669>
- Mascola, A., Bryson, S., & Agras, W. (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years [Online]. *Eating Behaviors*, 11(4), 253-257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006>
- Mehta, S., Yip, K., Mcpartlin, A., Garcez, K., Sykes, A., Thomson, D., & Lee, L. (2018). Feeding tube dependency at 12 months post treatment in oropharyngeal cancer patient treated with radical intent- a single institute experience [Online]. *European Journal of Surgical Oncology*, 44, S45-S46. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.01.593>
- Mezinárodní klasifikace nemocí. (1992 [i.e. 1993]). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

- Milano, K., Chatoor, I., & Kerzner, B. (2019). A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children [Online]. *Current Gastroenterology Reports*, 21(10). <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mitchell, G., Farrow, C., Haycraft, E., & Meyer, C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions [Online]. *Appetite*, 60, 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014>
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions [Online]. *Early Human Development*, 79(2), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Nederkoorn, C., Theißen, J., Tummers, M., & Roefs, A. (2018). Taste the feeling or feel the tasting: Tactile exposure to food texture promotes food acceptance [Online]. *Appetite*, 120, 297-301. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.010>
- Nekitsing, C., Blundell-Birtill, P., Cockcroft, J., & Hetherington, M. (2019). Taste Exposure Increases Intake and Nutrition Education Increases Willingness to Try an Unfamiliar Vegetable in Preschool Children: A Cluster Randomized Trial [Online]. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(12), 2004-2013. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.05.012>
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *The International journal of eating disorders*, 28, 317-24. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200011\)28:3317::AID-EAT93.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200011)28:3317::AID-EAT93.0.CO;2-#)
- Pahsini, K., Marinschek, S., Khan, Z., Urlesberger, B., Scheer, P., & Dunitz-Scheer, M. (2018). Tube dependency as a result of prematurity [Online]. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 11(3), 311-316. <https://doi.org/10.3233/NPM-1799>
- Pierrehumbert, B. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant [Online]. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), 400F-404. <https://doi.org/10.1136/fn.88.5.F400>
- Prasetyo, Y., Kurnia, A., Masrurroh, N., Nursalam, N., Hargono, R., Ahsan, A., & Kumboyo, K. (2019). Factors influencing promotive behaviours in mothers of Indonesian children with avoidant restrictive food intake disorder [Online]. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(5), 454-459. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.07.003>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- Raise a healthy child who is a joy to feed: Follow the Division of Responsibility in Feeding [Online]. (2019). Retrieved from <https://www.ellynsatterinstitute.org/how-to-feed/the-division-of-responsibility-in-feeding/>
- Referenční grafy s percentilovými křivkami kojených dětí, SZÚ [Online]. Retrieved from <http://www.szu.cz/publikace/data/referencni-grafy-s-percentilovymi-krivkami-kojenych-deti?highlightWords=r%C5%AFstov%C3%A9+grafy+kojen%C3%BDch>
- Rowell, K., McGlothlin, J., & Morris, S. (2015). *Helping Your Child with Extreme Picky Eating: A Step-by-Step Guide for Overcoming Selective Eating, Food Aversion, and Feeding Disorders: A Step-by-Step Guide for Overcoming Selective Eating, Food Aversion, and Feeding Disorders*. New Harbinger Publications. Retrieved from <https://books.google.cz/books?id=vWNqCAAAQBAJ>

- Salvatori, P., Andrei, F., Neri, E., Chirico, I., & Trombini, E. (2015). Pattern of mother–child feeding interactions in preterm and term dyads at 18 and 24 months [Online]. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01245>
- Sharp, W., Allen, A., Stubbs, K., Criado, K., Sanders, R., McCracken, C. et al. (2017). Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling [Online]. *Translational Psychiatry*, 7(6), e1157-e1157. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.126>
- Sharp, W., Volkert, V., Scahill, L., McCracken, C., & McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? [Online]. *The Journal of Pediatrics*, 181, 116-124.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Sharp, W., Volkert, V., Stubbs, K., Berry, R., Clark, M., Bettermann, E. et al. (2020). Intensive Multidisciplinary Intervention for Young Children with Feeding Tube Dependence and Chronic Food Refusal: An Electronic Health Record Review [Online]. *The Journal of Pediatrics*, 223, 73-80.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.04.034>
- Shore, B., Babbitt, R., Williams, K., Coe, D., & Snyder, A. (1998). USE OF TEXTURE FADING IN THE TREATMENT OF FOOD SELECTIVITY [Online]. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 621-633. <https://doi.org/10.1901/jaba.1998.31-621>
- Scheer, P., Dunitz-Scheer, M., Schein, A., & Wilken, M. (2003). DC: 0-3 In pediatric liaison work with early eating behavior disorders: 0-3 In pediatric liaison work with early eating behavior disorders. *Infant Mental Health Journal*, 24, 428-436. <https://doi.org/10.1002/imhj.10066>
- Silverman, A. (2015). Behavioral Management of Feeding Disorders of Childhood [Online]. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(5), 33-42. <https://doi.org/10.1159/000381375>
- SR, MEFANET, s. Neprospívání – WikiSkripta [Online]. Retrieved from <https://www.wikiskripta.eu/w/Neprosp%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD>
- Standley, J. (2003). The effect of music-reinforced nonnutritive sucking on feeding rate of premature infants [Online]. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 169-173. <https://doi.org/10.1053/jpnd.2003.34>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- Škola papání [Online]. Retrieved from <https://www.skolapapani.cz/>
- Taylor, C., & Emmett, P. (2019). Picky eating in children: causes and consequences [Online]. *Proceedings of the Nutrition Society*, 78(02), 161-169. <https://doi.org/10.1017/S0029665118002586>
- Taylor, C., Wernimont, S., Northstone, K., & Emmett, P. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes [Online]. *Appetite*, 95, 349-359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- Taylor, S., Purdy, S., Jackson, B., Phillips, K., & Virues-Ortega, J. (2019). Evaluation of a Home-Based Behavioral Treatment Model for Children With Tube Dependency [Online]. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(6), 656-668. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz014>
- Thomas, J., & Eddy, K. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* [Online]. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108233170>
- Thomas, J., Wons, O., & Eddy, K. (2018). Cognitive–behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder [Online]. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 425-430. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454>
- Trabi, T., Dunitz-Scheer, M., Kratky, E., Beckenbach, H., & Scheer, P. (2010). Inpatient tube weaning in children with long-term feeding tube dependency: A retrospective analysis

- [Online]. *Infant Mental Health Journal*, 31(6), 664-681. <https://doi.org/10.1002/imhj.20277>
- Trofholz, A., Schulte, A., & Berge, J. (2017). How parents describe picky eating and its impact on family meals: A qualitative analysis [Online]. *Appetite*, 110, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.027>
- Van Der Gaag, E., & Snijders, M. (2017). The Teaspoon Method; A Simple Training Program for Feeding Disorders in High Functioning Autistic Children [Online]. *Open Journal of Pediatrics*, 07(02), 59-71. <https://doi.org/10.4236/ojped.2017.72009>
- Walsh, B. (2019). Diagnostic Categories for Eating Disorders [Online]. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.001>
- Whipple, J. (2008). The Effect of Music-Reinforced Nonnutritive Sucking on State of Preterm, Low Birthweight Infants Experiencing Heelstick [Online]. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 227-272. <https://doi.org/10.1093/jmt/45.3.227>
- Wilken, M., Cremer, V., Berry, J., & Bartmann, P. (2013). Rapid home-based weaning of small children with feeding tube dependency: positive effects on feeding behaviour without deceleration of growth [Online]. *Archives of Disease in Childhood*, 98(11), 856-861. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2012-303558>
- Wilken, M., Cremer, V., & Echtermeyer, S. (2015). Home-Based Feeding Tube Weaning [Online]. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 7(5), 270-277. <https://doi.org/10.1177/1941406415591207>
- Yang, H. (2017). How to approach feeding difficulties in young children [Online]. *Korean Journal of Pediatrics*, 60(12). <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.60.12.379>

9 Seznam příloh

Příloha 1: Anamnézy, číslování 01-41

Příloha 2: DC: 0-5

Příloha 3: Tabulka 5. Výskytu jevů v jednotlivých anamnézách