

MAŁGORZATA CICHECKA-WILK

ORCID 0000-0001-8753-9970

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

ANOREKSJA NIEMOWLĘCA - KRYTERIA ROZPOZNANIA, ETIOLOGIA, SPOSOBY LECZENIA

ABSTRACT. Cichecka-Wilk Małgorzata, *Anoreksja niemowlęca – kryteria rozpoznania, etiologia, sposoby leczenia* [Infantile Anorexia: Criteria for Diagnosis, Etiology, Treatment Options]. *Studia Edukacyjne* nr 60, 2021, Poznań 2021, pp. 213-229. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2021.60.12

Infantile anorexia is one form of feeding behavior disorder. The group of these disorders usually affects infants and young children whose food consumption in some way deviates from the norm. Their main feature is the difficulty in establishing a regular eating pattern. Which means that the infant does not regulate its eating rhythm according to the physiological feeling of hunger or satiety. In the case of infant anorexia, a characteristic symptom is a persistent reluctance to eat. A sick infant does not signal hunger and is not interested in eating. This leads to a height/weight deficiency and other negative consequences for the child's development and health. The diagnosis excludes traumatic experiences or a physical illness that could better explain the infant's reactions. The causes of the occurrence of infantile anorexia are mainly seen in the mental factors related to dysfunctional interactions in the family system, although an increasing amount of research also points to a large role of biological factors in its etiology. Above all, it's believed to have a very strong genetic component. Infantile anorexia is a potentially curable disease, provided it is diagnosed and appropriate treatment measures are taken. The latter consist in psychotherapy and the introduction of eating patterns. Failure to take such steps may result in the persistence of symptoms and the increased risk of acute or chronic child malnutrition, and in extreme cases may jeopardize the child's life.

Key words: feeding disorders, infant anorexia

Wstęp

Anoreksja w świadomości społecznej jest chorobą kojarzącą się przede wszystkim z problemem nadmiernej dbałości o wygląd i masę własnego ciała, przejawianym zazwyczaj przez osoby płci żeńskiej w okresie adolescen-

cji lub wczesnej dorosłości, reprezentujące pewne środowiska, na przykład związane z modą lub sportem. Poniekąd wiedza ta jest słuszna, aczkolwiek wybiórcza i nie do końca prawidłowa. Anoreksja nie zawsze wiąże się bowiem z z troskaniem o swój wizerunek. Wprawdzie znacząco częściej dotyczy osoby płci żeńskiej, jednak mogą chorować na nią również osoby płci męskiej, nie tylko dorastające lub dorosłe, wywodzące się ze ściśle określonych grup społecznych. Anoreksja jest bowiem chorobą, której doświadczać mogą także dzieci – chłopcy i dziewczynki – w wieku szkolnym, przedszkolnym, a nawet niemowlęcym.

Fakt, że na anoreksję chorują również niektóre niemowlęta jest chyba najbardziej zaskakujący. Prawdopodobnie ze względu na wspomniane wyżej przeświadczenie, które wiąże to zaburzenie z obawą przed przytyciem i skoncentrowaniem na kształcie własnego ciała. Rzeczywiście, w przypadku starszych dzieci, a zwłaszcza osób dorastających i dorosłych, ten motyw choroby jest znamieny. Jednakże, w przypadku anoreksji niemowlęcej nie jest on uwzględniany, bowiem u jej podłoża nie leży chęć celowego pomniejszenia masy ciała. Zatem, przypadki anoreksji niemowlęcej nie są tożsame z rozpoznaniem tego zaburzenia w wieku późniejszym. Jednak, łączącym je i kluczowym przejawem choroby jest niechęć do spożywania odpowiedniej ilości pożywienia, która prowadzi do wystąpienia niedostatecznej masy ciała. U niemowląt ujawnia się ona w sytuacjach karmienia, którego proces ulega ewidentnemu zaburzeniu.

Anoreksja niemowlęca jako postać zaburzeń karmienia

Zaburzenia karmienia (*feeding disorders*) to utrzymujący się stan przyjmowania pokarmów w różnym stopniu i na różny sposób odbiegający od normy. Ma najczęściej związek z czynnikami psychologicznymi. Prowadzi do pogorszenia fizycznych aspektów zdrowotnych, zahamowania rozwoju oraz obniżenia funkcji poznawczych i psychospołecznych¹.

W teorii klinicznej odróżnia się zaburzenia karmienia od zaburzeń odżywiania (*eating disorders*). Uznaje się, że zaburzenia karmienia stanowią zaburzenia behawioralne, w których nie występuje niepokój związany z masą ciała i sylwetką. Dotyczą one najczęściej niemowląt i małych dzieci, które są karmione i w jakimś stopniu odmawiają przyjmowania pokarmu. Mogą być związane zarówno z niemożnością przyjęcia pokarmu doustnie, jak i z nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z karmieniem. Natomiast, zaburzenia odżywiania odnoszą się do nieprawidłowych zachowań żywieniowych, któ-

¹ A. Stróżyk, [medicover.pl; https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-odzywiania-i-karmienia-u-niemowlat-i-dzieci,6536,n,192](https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-odzywiania-i-karmienia-u-niemowlat-i-dzieci,6536,n,192), [dostęp: 11.01.2021].

rych cechą charakterystyczną jest nadmierne zaabsorbowanie jedzeniem oraz niepokój związany z masą i budową ciała². Te występują zazwyczaj u dzieci starszych, młodzieży i dorosłych.

Różnicowanie i odpowiednią klasyfikację komplikuje wieloraka etiopatogeneza, udział czynników psychogennych i organicznych, jak też nie zawsze wystarczające kryteria diagnostyczne. Aczkolwiek w procesie diagnozy obu wymienionych kategorii zaburzeń istnieje jednakowa potrzeba oceny zachowań żywieniowych, zarówno w zakresie karmienia, jak i spożycia pokarmów. Ważne jest również ustalenie, czy mają one tendencję do przedłużania się i utrwalania oraz jakie negatywne skutki wywierają na rozwój psychosomatyczny³.

Zaburzenia karmienia mogące pojawić się na różnych etapach niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa w sposób najbardziej precyzyjny, w odniesieniu do poruszanego w artykule zagadnienia, kategoryzuje klasyfikacja diagnostyczna DC: 0-3R. W niej właśnie, pośród wymienionych zaburzeń klinicznych (Oś I), figurują oznaczone numerem 600: „zaburzenia zachowań związanych z karmieniem”. Do tej kategorii zaliczono sześć podtypów: 601 – „zaburzenia karmienia związane z regulacją stanów”, 602 – „zaburzenia karmienia związane z wzajemnością w relacji opiekun-dziecko”, 603 – „anoreksję niemowlęcą”, 604 – „sensoryczną awersję do pokarmu”, 605 – „zaburzenie karmienia z towarzyszącym mu problemem zdrowotnym” oraz 606 – „zaburzenie karmienia związane z obrażeniami przewodu pokarmowego”. Zatem, anoreksję niemowlęcą będącą przedmiotem dalszych analiz uznaje się za jedną z postaci zaburzeń zachowań związanych z karmieniem, których podstawową cechą jest trudność z ustaleniem regularnego wzorca odżywiania, co znaczy, że niemowlę nie reguluje swojego rytmu odżywiania zgodnie z fizjologicznym odczuciem głodu lub sytości⁴.

Według klasyfikacji DC:0-3R, diagnoza anoreksji niemowlęcej wymaga spełnienia sześciu kryteriów. Pierwsze z nich mówi o konieczności stwierdzenia, że niemowlę odmawia zjadania odpowiedniej ilości pokarmu przynajmniej przez miesiąc. Drugie kryterium stanowi, że odmowa jedzenia musi pojawić się przed trzecim rokiem życia dziecka. Trzecie z kolei dyktuje konieczność ustalenia, że niemowlę nie sygnalizuje głodu i przejawia brak zainteresowania jedzeniem, ale jednocześnie jest mocno zainteresowane eksplorowaniem i/lub interakcjami z opiekunem. Czwarte kryterium wymaga

² Tamże.

³ J. Socha, P. Socha, V. Wikieł, *Zaburzenia karmienia – przyczyny, możliwości zapobiegania i leczenia*, Nowa Pediatria, 2004, 2, s. 55-60.

⁴ R.N. Emde i in., *DC: 0 - 3 R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa*, wyd. poprawione, przekł. D. Senator, Warszawa 2005, s. 74-78.

potwierdzenia obserwacji wyraźnego niedoboru wzrostu. Natomiast, piąte i szóste kryterium obligują do wykluczenia tego, że odmowa jedzenia jest następstwem zdarzenia traumatycznego (np. zadławienia się, intubacji) i leżącej u jego podstaw jakiegokolwiek choroby fizycznej (np. refluksu żołądkowo-przelykowego)⁵.

Całościowa diagnostyczna ocena tego zaburzenia powinna obejmować karmienie niemowlęcia, historię jego rozwoju i stanu zdrowia oraz obserwację matki, jak również niemowlęcia podczas karmienia. Poza tym, należy badać postrzeganie przez matkę temperamentu dziecka, jej sytuacji rodzinnej, doświadczeń z dzieciństwa i własnych nawyków żywieniowych, a także jej stosunek do wyznaczania granic w relacji z dzieckiem⁶. Każdy przypadek anoreksji niemowlęcej wymaga bowiem rozpoznania specyfiki jego etiologii, co docelowo służy podjęciu decyzji o najodpowiedniejszym sposobie jego leczenia.

Opis przypadku anoreksji niemowlęcej

Chłopczyk, urodzony w maju 2008 roku, przyszedł na świat po długich staraniach rodziców o jego poczęcie, które nastąpiło, kiedy zaczęli rozważać adopcję. W okresie prenatalnym rozwijał się prawidłowo. Ciąża matki przebiegała raczej pomyślnie. Pod jej koniec doświadczyła bolesnej straty ukochanego psa. Poród odbył się bez komplikacji. Dziecko urodziło się we właściwym czasie i ważyło 3680 kg (25 centyl).

Od momentu podjęcia pierwszych prób karmienia chłopca okazało się ono bardzo kłopotliwe. Pojawiły się trudności nakarmienia przez matkę piersią lub za pomocą butelki wcześniej odciągniętym jej mlekiem. Przez kolejne miesiące problemy z odpowiednim żywieniem chłopca nie ustępowały, skłaniając rodziców do zwrócenia się po pomoc.

Dziecko zostało zgłoszone na wizytę u lekarza we wrześniu, w wieku czterech i pół miesiąca. Niepokój rodziców dotyczył zachowań ich synka, który nie sygnalizował głodu i przewlekłe odmawiał przyjmowania jedzenia. W stanie czuwania zjadał najwyżej dwie łyżeczki pokarmu, które rodzice starali się mu podać jakimś możliwym sposobem. Ze względu na brak oczekiwanych efektów, dokarmiali go w czasie, gdy spał. Pomimo to chłopiec wydatnie tracił na wadze. W trakcie badania lekarskiego okazało się, że ciężar jego ciała plasował się poniżej trzeciego centyla. Poza problemem dotyczącym żywienia chłopca, rodzice nie zgłaszali żadnego innego. Ich dziecko było ciekawe otaczającego je świata i pozostawało z nimi w dobrym kontakcie.

⁵ Tamże, s. 76.

⁶ heartsinhealthcare.com, *Infantile Anorexia*, <https://www.heartsinhealthcare.com/mental-disorders/infantile-anorexia.html> [dostęp:11.01.2021].

W procesie diagnozy wykluczono u chłopca refluks i alergię. Nie rozpoznano żadnej innej choroby fizycznej, mogącej wyjaśnić występujące u niego objawy i utratę masy ciała. W wywiadzie z rodzicami nie pozyskano informacji mogącej świadczyć o doznanym przez chłopczyka urazie traumatycznym. Potwierdzono prawidłowy rozwój motoryczny i dobrą aktywność niemowlęcia. Dane uszczegółowiono informacjami dotyczącymi funkcjonowania systemu rodzinnego. Ujawniły one silny stan napięcia i przeciążenia, a także braku równowagi i niedostatku poczucia kompetencji rodzicielskich matki dziecka. Ostatecznie postępowanie diagnostyczne zakończono rozpoznaniem przypadku anoreksji niemowlęcej u chłopca i odpowiednimi wskazaniem dotyczącymi działań terapeutycznych, które pozwoliły dokładnie poznać i przezwyciężyć przyczyny problemu⁷.

Przyczyny anoreksji niemowlęcej

Problemy z karmieniem są w populacji niemowląt dość częste, mogą dotyczyć około 25-35% dzieci. Przy czym, zaburzenia karmienia, w tym anoreksja niemowlęca, zgodnie z przyjętymi kryteriami są rozpoznawane u 1-5% dzieci poniżej trzeciego roku życia⁸. Odnośnie patogenezy, szacuje się, że niedożywienie i niepowodzenie w rozwoju mogą obejmować zarówno czynniki organiczne, jak i nieorganiczne. Jednakże, tylko 16-30% ma swoje źródło w chorobie organicznej, która wyjaśnia problemy ze wzrostem⁹. Zatem, znacząca większość ma swoją przyczynę w czynnikach natury nieorganicznej.

Badacz rozwoju Alan Sroufe pod koniec lat 80. ubiegłego wieku postawił tezę, że większość zaburzeń klinicznych obserwowanych u dzieci do 3. roku życia wynika z zaburzeń relacji z opiekunami¹⁰. Biorąc pod uwagę, że wczesny okres niemowlęctwa upływa głównie na interakcjach pomiędzy matką a dzieckiem i większość z nich dotyczy karmienia, wywnioskowano, że przyczyny zaburzonych zachowań związanych z karmieniem mogą tkwić właśnie w tej relacji. Niektórzy naukowcy potwierdzili związek pomiędzy problemowym karmieniem w okresie niemowlęcym a zaburzeniami w relacji pomiędzy matką a dzieckiem, sugerując potraktowanie zaburzeń karmie-

⁷ W. Urmańska, *Anoreksja niemowlęca – czy to możliwe?*, Materiały na II Zjazd Centrum Nauki o Laktacji, 2009, <http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/anoreksja.pdf>, [dostęp: 11.01.2021].

⁸ <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-odzywiania-i-karmienia-u-niemowlat-i-dzieci,6536,n,192>, [dostęp: 01.02.2021].

⁹ D. Benoit, *Feeding disorders, failure to thrive, and obesity* [w:] *Handbook of Infant Mental Health*, red. C.H. Zeanah, New York 2000, s. 339-352.

¹⁰ C.H. Zeanah Jr, *Handbook of Infant Mental Health*, New York 2005.

nia jako zaburzeń relacji lub transakcji¹¹. Istotnie, we wczesnym dzieciństwie karmienie stanowi fundamentalne doświadczenie dla rozwoju relacji między matką a dzieckiem. W akcie karmienia bowiem sygnały emocjonalne i dzieleńie się afektami sprzyjają komunikowaniu potrzeb, pragnień i przyjemności, a także stabilizacji rytmów biologicznych¹². W ten sposób karmienie rozwija bliskie zaangażowanie emocjonalne i otoczenie „konwersacyjne”, w którym rodzice rozumieją ekspresję swojego dziecka i komunikują empatię oraz zrozumienie, kładąc podwaliny pod komunikację emocjonalną i społeczną. W miarę dorastania niemowlę musi osiągnąć większą niezależność fizyczną i emocjonalną poprzez proces, który wymaga osiągnięcia równowagi między przywiązaniem do opiekuna a wyłaniającą się autonomią, stosownie do wieku i etapu rozwoju. Równoległe z tym zadaniem rozwojowym rodzice są zaangażowani w proces polegający na stopniowym równoważeniu zachowań ochronnych i zachowań stymulujących zdolność samoregulacji karmienia, samodzielne inicjatywy i samodzielność dziecka. Dlatego, relacja między matką a niemowlęciem charakteryzuje się wysokim stopniem koordynacji, a wzajemna wymiana tworzy system interaktywnej regulacji, w której każdy z partnerów wpływa i reguluje zachowanie drugiego. Wpływy te obejmują sprzyjanie lub blokowanie wzajemnej adaptacji, ochronę przed możliwymi czynnikami ryzyka lub wręcz przeciwnie, przekazywanie negatywnych wpływów. Kliniczne zniekształcenia w tej relacji mogą wystąpić wówczas, kiedy matka i dziecko są zamknięci w sztywnej postawie, w której dochodzi do załamania komunikacji empatycznej i żaden z partnerów nie może zrozumieć ani współpracować z emocjonalnym lub rozwojowym programem drugiego¹³.

Anoreksja niemowlęca, charakteryzująca się odmową jedzenia i niepowodzeniem w rozwoju, jest definiowana jako zaburzenie transakcyjne, które prowadzi do wypaczeń rozwojowych w wewnętrznej regulacji jedzenia. Model transakcyjny pokazuje, że cechy temperamentu niemowlęcia, takie jak: intensywność emocjonalna, rozproszenie uwagi i upór, wywołują konflikty w jego relacji z matką, dotyczące kontroli i ustanowienia ograniczeń. Matka bowiem czując bezradność w obliczu odmowy jedzenia i buntowniczych zachowań dziecka podczas karmienia staje się niespokojna i niepewna. Może u niej pojawić się uczucie nieadekwatności, lęku, a nawet depresja, co prowadzi do

¹¹ I. Chatoor i in., *Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2004, 43, s. 1019-1025; R. Feldman, *Parent-infant synchrony. Biological foundations and developmental outcomes*, Curr. Dir. Psychol. Sci., 2007, 16, s. 340-345.

¹² R. Fadda, L. Lucarelli, M. Parisi, *Interazioni madre-bambino e competenze socio-comunicative nell'infanzia*, Psicol. Clin. Dello Sviluppo, 2014, 18, s. 377-401; L. Murray, *The Psychology of Babies. How Relationships Support Development from Birth to Two*, London 2014.

¹³ R. Feldman, *Parent-infant synchrony*, s. 340-345; M. Ammaniti, V. Gallese, *The Birth of Intersubjectivity: Psychodynamics, Neurobiology, and the Self*, New York 2014.

powstania tak zwanego „błędnego koła”, w mechanizmie którego matka nie odczytuje prawidłowo sygnałów ze strony niemowlęcia, natomiast u niego utrwalają się lub ulegają nasileniu zaburzenia rytmów biologicznych¹⁴. Stopniowo matka i niemowlę coraz bardziej angażują się w nieprzystosowawcze interakcje, w których każde z nich walczy o kontrolę, a polem tego sporu jest jedzenie. W konsekwencji, spożywanie pokarmu przez niemowlę staje się coraz bardziej kontrolowane zewnętrznie przez interakcje z jego opiekunami, a nie przez jego wewnętrzne odczucie głodu i sytości¹⁵.

W jednym z badań sprawdzano, w jakim stopniu cechy matki i jej percepcja temperamentu dziecka są związane z anoreksją u niemowląt. Okazało się, że małe dzieci chore na anoreksję były postrzegane przez swoje matki jako mające trudniejszy temperament niż dzieci bez zaburzeń karmienia. Z badań wynikało, że niemowlęta te rzeczywiście mają bardziej nieregularne wzorce karmienia i spania, bardziej negatywny nastrój, są bardziej uparte i ogólnie wymagają większej uwagi opiekuna, w porównaniu z dziećmi zdrowymi¹⁶.

Z kolei, w innych badaniach analizowano wzorce interakcji między matkami a niemowlętami podczas karmienia i zabawy. Na podstawie ich wyników stwierdzono, że matki niemowląt z anoreksją niemowlęcą miały tendencję do braku elastyczności w dostosowaniu swoich zachowań do wymagań niemowlęcia. Odkryto, że próbowały narzucić dziecku swoją wolę. Karmienie go traktowały jako obowiązek, a nie jako przyjemne doświadczenie. W porównaniu z nimi, matki dzieci zdrowych skłonne były dłużej oczekiwać aż niemowlę zainicjuje interakcję i pozwalały na większy udział niemowlęcia w procesie karmienia. Poza tym, matki z grupy kontrolnej były ogólnie bardziej radosne i swobodne w kontaktach z dzieckiem. Natomiast, matki dzieci chorych na anoreksję często wydawały się smutne, zestresowane lub rozwścieklone podczas interakcji z dzieckiem. Wnioski z badań pozwalają sądzić, że niemowlę z anoreksją dziecięcą ma trudności w rozwoju separacji i autonomii. Konflikty te wpływają na zachowania żywieniowe i utrudniają rozwój różnicowania somatofizycznego. Uważa się, że matka pomijająca lub wielokrotnie ignorująca dziecko sprawia, że jest ono zdezorientowane co do różnic między odczuciami fizycznymi a potrzebami emocjonalnymi. W sytu-

¹⁴ G. Jagielska, mp.pl <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/zywienie/80169,zaburzenia-odzywiania-w-niemowlectwie-i-wczesnym-dziecinstwie>, [dostęp: 04.12.2020].

¹⁵ I. Chatoor, R. Hirsch, M. Persinger, *Facilitating Internal Regulation of Eating: A Treatment Model for Infantile Anorexia*, *Infants & Young Children*, 1997, 9, 4, s. 12-22; https://journals.lww.com/iyjournal/Abstract/1997/04000/Facilitating_Internal_Regulation_of_Eating__A.4.aspx [dostęp: 01.02.21].

¹⁶ I. Chatoor i in., *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39(6), s. 743-751.

acji tej spożycie pokarmu zaczyna być regulowane przez emocjonalne, a nie fizjologiczne potrzeby niemowlęcia¹⁷.

W toku dociekań przyczyn rozwoju anoreksji niemowlęcej zbadano także postrzeganie przez matkę jej własnych wczesnych relacji przywiązaniowych. We wnioskach stwierdzono, że u matek małych dzieci z anoreksją niepewne reprezentacje przywiązania były częstsze niż u matek niemowląt zdrowych. Badacze są zdania, że przyczynia się to do niektórych trudności, jakie matki te mają ze zrozumieniem zachowań swoich małych dzieci i wiedzą, kiedy rozpocząć lub przerwać karmienie, a także kłopotu z ustalaniem stosownych granic¹⁸. Stosunkowo niedawne badania wykazały, że jakość matczynych modeli przywiązania jest istotnym predyktorem ciężkości niedożywienia u niemowląt z rozpoznaniem anoreksji¹⁹, co dodatkowo potwierdza rolę interakcji matka – dziecko w etiologii oraz ewolucji zaburzeń karmienia i ogólnie zaburzeń przebiegających w okresie niemowlęcym.

W badaniu zatytułowanym „Charakterystyka matczyzna i temperament dziecka w anoreksji dziecięcej” sprawdzono stopień, w jakim doświadczenia matek w relacjach z własnymi rodzicami i ich ocena nastrojów/zachowań dzieci są związane z konfliktem żywieniowym i wagą niemowląt. Badanie miało na celu lepsze zrozumienie czynników wpływających na objawy anoreksji niemowlęcej i mogących je nasilać. Wyniki wykazały, że istotnie, własne relacyjne doświadczenia matek i ich oceny nastroju/zachowań niemowląt pozwalają przewidywać nasilenie konfliktu żywieniowego i wagę dzieci. Matki małych dzieci z anoreksją ujawniały silniej pozabezpieczne relacje z własnymi rodzicami niż matki dzieci zdrowych. Znacząco częściej opisywały też swoje dzieci jako trudne, słabo adaptujące się, zależne, silnie reagujące na bodźce i nieregularne, aniżeli matki dzieci zdrowych. Obydwa te czynniki wiązały się z konfliktem żywieniowym, a ten z niższą wagą niemowląt. Wyniki pokazały więc, że niepewność rodzicielska wynikająca z pozabezpiecznych doświadczeń relacyjnych matek i temperament małych dzieci oceniany przez matki jako trudny/nieregularny mają łącznie najbardziej negatywny wpływ na interakcje żywieniowe matka – dziecko i tym samym na wagę niemowląt. Można więc uznać je za ważny prognostyk występowania anoreksji w wieku niemowlęcym²⁰.

Poza tym ustalono, że tendencja matki do zachowań anorektycznych i bulimicznych, lęku i depresji również istotnie korelowała z konfliktem matka

¹⁷ I. Chatoor i in., *Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1987, 27(5), s. 535-540.

¹⁸ I. Chatoor i in., *Maternal characteristics and toddler temperament*, s. 743-751.

¹⁹ L. Lucarelli, A.M. Speranza, *The relationship between maternal attachment/psychopathology and the severity of Infantile Anorexia*, Proceedings of the 14th Congress of World Association for Infant Mental Health, Infant Mental Health Journal, 2014, 35, s. 106-107.

²⁰ P. Enright, *Study Pinpoints Predictors of Infantile Anorexia*, newswise.com <https://www.newswise.com/articles/study-pinpoints-predictors-of-infantile-anorexia> [dostęp: 05.02.21].

– dziecko podczas karmienia²¹. Wyniki te zostały potwierdzone także w przypadku zaburzeń objadania się matki, w przebiegu których obecność dysfunkcji w interakcji karmienia matka – dziecko istotnie wpływała i pośredniczyła we wpływie psychopatologii matki na późniejsze trudności emocjonalne i behawioralne dziecka²². Tak więc, badania wyraźnie pokazały, że konflikt między matką a dzieckiem podczas karmienia miał silny związek z masą ciała dziecka. Silniejszy konflikt w relacji matka – dziecko wiązał się z niższą wagą niemowlęcia²³.

Badania źródeł anoreksji u niemowląt koncentrują się głównie na diadach matka – dziecko. W istocie dostarczają wielu cennych informacji na temat doniosłości tej relacji w etiopatogenezie zaburzenia, aczkolwiek wydaje się, że stosunkowo słabo, w odniesieniu do tej kwestii, rozpoznane są zagadnienia zaangażowania ojców, współrodzicielstwa i interakcji rodzinnych. Tymczasem, badania wykazują, że poziom zaangażowania ojca w opiekę nad dzieckiem pozwala przewidywać jakość interakcji rodzinnych od najwcześniejszych etapów życia dziecka²⁴. Poza tym, dane kliniczne i niektóre znane już wyniki badań nad zaburzeniami karmienia u niemowląt skłaniają do rozważania roli ojca w systemie opieki i jego wpływu na relację matka – dziecko. Ujawniają one bowiem większą trudność ojców we wspieraniu systemu opieki matka – dziecko w procesie regulacji odżywiania się dziecka i różnicowania jego stanu afektywnego²⁵. Ponadto, zauważono, że w rodzinach, w których u dziecka zdiagnozowano odmowę jedzenia o charakterze nieorganicznym, jakość interakcji matki i ojca podczas karmienia i zabawy nie jest optymalna; zaangażowanie matki w opiekę nad dzieckiem jest większe, a ojca mniejsze w porównaniu z grupą kontrolną²⁶. Ciekawych danych dostarcza badanie pilotażowe, w którym badano triadyczne interakcje matka – ojciec – dziecko podczas karmienia i zabawy w rodzinach z dziećmi, u których zdiagnozo-

²¹ A. Stein, H. Woolley, K. McPherson, *Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes*, Br. J. Psychiatry, 1999, 175, s. 455-461; I. Chatoor i in., *Maternal characteristics and toddler temperament*, s. 743-751; P.J. Cooper i in., *Association between childhood feeding problems and maternal eating disorders: role of the family environment*, British J. Psychiatry, 2004, 184, s. 210-215; L. Lucarelli, A.M. Speranza, *The relationship between maternal attachment/psychopathology*, s. 106-107.

²² S. Cimino i in., *Mothers and fathers with binge eating disorder and their 18-36 months old children: a longitudinal study on parent-infant interactions and offspring's emotional-behavioral profiles*, Front. Psychol., 2016, 7, s. 580.

²³ Chatoor i in., *Maternal characteristics and toddler temperament*, s. 743-751.

²⁴ A. Simonelli i in., *The role of father involvement and marital satisfaction in the development of family interactive abilities: a multilevel approach*, Front. Psychol., 2016, 7, s. 1725.

²⁵ M.J.A. Barriguete i in., *Les fonctions du père. Troubles de la conduite alimentaire dans la clinique des interactions précoces*, [w:] *La Parentalité*, red. L. Solis, Paris 2002, s. 73-90.

²⁶ N. Atzaba-Poria i in., *Father-child and mother-child interactions in families with a child feeding disorder: the role of paternal involvement*, Infant Ment. Health J., 2010, 31, s. 682-698.

wano anoreksję niemowlęcą, w porównaniu z rodzinami z dziećmi prawidłowo rozwijającymi się. Wynika z nich, że w rodzinach z dziećmi chorymi na anoreksję, triadyczne interakcje matka – ojciec – dziecko mają znacząco niższą jakość. Przy czym, kontekst żywienia dziecka ujawnił większą liczbę istotnych różnic, co sugeruje obecność specyficznych trudności interaktywnych w rodzinach z dziećmi, u których zdiagnozowano anoreksję. Poza tym, wyniki badania pozwalają wnioskować, że rodziny te częściej doświadczają trudności w uczuciowym dostrojeniu, w wyrażaniu i dzieleniu się przyjemnościami i pozytywnymi afektami oraz w tworzeniu przewidywalnego i elastycznego kontekstu. Zwłaszcza w odniesieniu do interakcji żywieniowych. Dzieci w tych rodzinach wykazują niewielką autonomię i trudności w aktywnym zaangażowaniu i dostosowaniu się do rodziców. Ogólnie rzecz ujmując, obserwacje te sugerują, że dysfunkcyjne interakcje rodzinne są krytycznym problemem rodzin dzieci z anoreksją, który wpływa na podsystemy współrodziców i rodziny. Badanie to pokazuje, że nie tylko interakcje matka – dziecko, ale także interakcje matka – ojciec, ojciec – dziecko oraz triadyczna konfiguracja matka – ojciec – dziecko, rozpatrywane łącznie jako system, są problemowe w tych rodzinach i łącznie powinny być traktowane jako potencjalnie sprzyjające rozwojowi zaburzenia karmienia²⁷.

Jak wynika z powyższych analiz, anoreksja niemowlęca jest chorobą, której główną przyczynę upatruje się w aspektach psychicznych. Jednakże, coraz większa liczba badań wskazuje na dużą rolę czynników biologicznych w jej etiologii. Uważa się przede wszystkim, że ma ona bardzo silny komponent genetyczny. Badania wykazały, że geny przyczyniają się od ponad 50 do 74% ryzyka rozwoju anoreksji²⁸, a u bliźniąt jednojajowych występuje większe prawdopodobieństwo rozwoju tej choroby niż u bliźniąt dwuzygotycznych²⁹. Wśród bliźniąt jednojajowych występowanie anoreksji wynosi od 35 do 55%, wśród dwujajowych 14%, natomiast wśród krewnych pierwszego stopnia od 5-10%³⁰. Pośród genów zaznaczających swój udział w kształtowaniu predyspozycji do wystąpienia tego zaburzenia wymienia się: gen CNR1 – kodujący endokannabinoidowy receptor CB1, gen FAAH – kodujący hydrolazę amidową kwasów tłuszczowych oraz gen 5-HTT – transporter serotoniny. Polimorfizm genów CNR1 i FAAH umożliwia określenie genetycznej podat-

²⁷ L. Lucarelli i in., *Infantile Anorexia and Co-parenting: A Pilot Study on Mother – Father – Child Triadic Interactions during Feeding and Play*, *Front. Psychol.*, 2017, 8, s. 376.

²⁸ L. Moskowitz, E. Weiselberg, *Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa*, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, 47(4), s. 70-84.

²⁹ Z. Yilmaz, A. Hardaway, C. Bulik, *Genetics and epigenetics of eating disorders*, *Advances in Genomics and Genetics*, 2015, 5, s. 131-150.

³⁰ P. Pruszkowska, *Geny sprawcą zaburzeń odżywiania?*, *Biotechnologia.pl* <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/artykuly/geny-sprawca-zaburzen-zywienia,14316> [dostęp: 10.12.20].

ności na anoreksję. Dowiedziono, że wśród osób chorujących na anoreksję polimorfizm rs1049353 (G/A) genu CNR1, wykazuje zwiększoną częstość występowania. Również częściej obserwowany jest synergistyczny efekt polimorfizmów genów: CNR1 – rs1049353 (G/A) i FAAH rs324420 (C/A)³¹. Ponadto, wśród ludzi, u których diagnozuje się anoreksję wykazano zaburzoną aktywność neuroprzebieżników – serotoniny (5-HT), a także innych tak zwanych neurotransmiterów monoaminowych – dopaminy (DA), noradrenaliny (NAD) i adrenaliny (AD). Są one uwalniane z neuronów w mózgu oraz obwodowym układzie nerwowym i wpływają na różne czynniki psychobiologiczne. W szczególności systemy 5-HT i DA wykazują znaczące upośledzenie u pacjentów z anoreksją³², co wiąże się z niekorzystnym wpływem na uczucie sytości, kontrolę impulsów i nastrój (5-HT) oraz anormalne nagradzające efekty (DA) motywacji i jedzenia³³. W szeregu badań wyjątkowo dobrze wykazano zmienioną aktywność serotonergiczną w anoreksji³⁴ i udowodniono kluczowe znaczenie receptorów 5-HT zlokalizowanych w podwzgórzu dla regulacji substratów molekularnych niezbędnych do przeżycia, takich jak przyjmowanie pokarmu, zapobieganie stanom depresyjnym, kontrola lęku, a także lęku przed nowością, uczeniem się, pamięcią, poruszaniem się, i funkcji obwodowych (tj. perystaltyki przewodu pokarmowego)³⁵. Dlatego uznano, że upośledzenie 5-HT może odgrywać kliniczną rolę w wyjaśnianiu niedostatecznego spożycia pokarmu w przebiegu opisywanego zaburzenia. Poza tym wywnioskowano, że zmiany środowiskowe (stres) mogą zmieniać adaptacyjne decyzje dotyczące karmienia. Jeżeli bowiem adaptacyjna odpowiedź na stres zależy od układu 5-HT, zaburzenia związane z jedzeniem mogą pojawić się wówczas, kiedy neurony 5-HT osiągną kres swoich adaptacyjnych zdolności³⁶. Zwłaszcza że, jak stwierdzili badacze, uporczywy stres zewnętrzny może ograniczać plastyczność neuronów związanych ze

³¹ Tamże.

³² W.H. Kaye, J.L. Fudge, M. Paulus, *New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa*, Nat. Rev. Neurosci, 2009, 10, s. 573-584.

³³ W.H. Kaye i in., *Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa*, Trends Neurosci, 2013, 36, s. 110-120.

³⁴ K.K. Kumar, S. Tung, J. Iqbal, *Bone loss in anorexia nervosa: leptin, serotonin, and the sympathetic nervous system*, Ann. N.Y. Acad. Sci., 2010, 1211, s. 51-65; R. Calati i in., *The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: a meta-analysis*, Int. J. Eat. Disord, 2011, 44, s. 191-199; A. Jean i in., *The nucleus accumbens 5-HTR4-CART pathway ties anorexia to hyperactivity*, Transl. Psychiatry, 2012, 2, e203; J. Chen i in., *The 5-HTTLPR confers susceptibility to anorexia nervosa in Han Chinese: evidence from a case-control and family-based study*, PLoS ONE, 2015, 10:e0119378. 10.1371/journal.pone.0119378

³⁵ S. Paolacci i in., *Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment*, Mol Genet Genomic Med., 2020 Jul, 8(7): e1244.

³⁶ V. Compan i in., *Serotonin signaling in eating disorders*, Wiley Interdiscipl. Rev., 2012, 1, s. 715-729.

szlakiem serotoniny³⁷. Szczególnie znaczącą rolę w tym procesie przypisano stresom doświadczanym we wczesnym okresie życia, które indukują trwałe zmiany w receptorach 5-HT i transmisji serotoniny, prowokując tym samym poważne ryzyko wystąpienia anoreksji³⁸.

Anoreksja niemowlęca jest więc bardzo złożonym zaburzeniem sfery odżywiania, w którym na etiologię choroby wpływają różnego rodzaju czynniki. Zarówno predyspozycje konstytucjonalne, jak i nieprzystosowawcze wzorce interakcji między niemowlęciem a opiekunami sprzyjające jednocześnie rozwojowi zaburzenia i jego utrzymywaniu się. Dlatego ważne jest, aby wcześniej rozpoznać i odróżnić anoreksję niemowlęcą od innych ewentualnych zaburzeń, a następnie opracować i zastosować odpowiednie i skuteczne interwencje³⁹.

Leczenie anoreksji niemowlęcej

Nieprawidłowe odżywienie dziecka w okresie niemowlęcym może mieć bardzo głęboki wpływ na jego fizyczny i psychiczny rozwój. Należy pamiętać, że niedożywienie u dzieci łatwiej prowadzi do powikłań fizycznych, w szczególności niewydolności serca i krążenia, a tym samym zagrożenia życia. Dlatego, leczenie musi być podjęte szybko i efektywnie w odniesieniu do indywidualnej sytuacji chorego dziecka. Należy dążyć do wszelkich starań, aby pozyskać współpracę niemowlęcia. Niemniej jednak dorośli muszą przejąć kontrolę, a nadzorowane odżywianie ma pierwszeństwo przed określonymi działaniami psychoterapeutycznymi⁴⁰.

Doniesienia naukowe pozwalają sądzić, że w niemowlęctwie, podobnie jak u dzieci starszych lub nastolatków, o nasileniu zaburzeń – w tym wypadku karmienia – decyduje stopień psychopatologii dziecka i rodziny. Dotąd nie znaleziono leku, który odwracałby podstawowe objawy anoreksji. Nie przeprowadzono też badań dotyczących kontrolowanego leczenia jadłowstrętu psychicznego u dzieci, ponieważ ich reakcje na leki, które mogą być wskazane w przypadku choroby współistniejącej, nie są tak wiarygodne, jak u dorosłych. Właściwości farmakologiczne ma jednak sama żywność. Dobrze zbilansowane odżywianie i przyrost masy ciała łagodzą

³⁷ V. Compan, *Serotonin 4 receptors: A cornerstone in anorexia nervosa?*, Autism-Open Access, 2017, 17(2), s. 1-6.

³⁸ X. Su i in., *Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women*, Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 2016, 25, s. 1245-1253.

³⁹ I. Chatoor i in., *Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37(9), s. 959-967.

⁴⁰ R.C. Casper, *Eating Disturbances and Eating Disorders in Childhood*, acnp.org <http://www.acnp.org/g4/GN401000162/CH.html> [dostęp: 02.02.21].

podstawowe objawy zaburzenia i prowadzą do remisji choroby. Dlatego, tak ważne w leczeniu anoreksji niemowlęcej jest wspomagające leczenie rodzinne w celu zbadania dysfunkcyjnych interakcji rodzinnych, w tym oceny psychopatologii rodziców⁴¹.

W sytuacji, gdy na anoreksję choruje małe dziecko – terapii powinni być poddani rodzice. Szczególnie w przypadkach stwierdzenia u nich zaburzeń klinicznych (np. depresji poporodowej u matki). W każdym innym także należy przywrócić się relacjom panującym w rodzinie dziecka, znaleźć źródła problemu i koniecznie wprowadzić zmiany w niekonstruktywnych schematach rodzinnych. Należy przy tym pracować nad poprawą komunikacji między członkami rodziny, a także wzajemnym zrozumieniem, rozpoznawaniem i zaspokajaniem potrzeb oraz zmianą zachowania. Ważne jest obniżenie poziomu lęku u rodziców oraz wspieranie ich pewności siebie i kompetencji w opiece nad dzieckiem⁴². Dlatego, interwencja terapeutyczna w przypadku anoreksji niemowlęcej powinna z pewnością odnosić się do trzech bardzo istotnych elementów:

- pomocy rodzicom w zrozumieniu właściwości temperamentalnych ich anorektycznego dziecka i w radzeniu sobie z jego zachowaniami podczas jedzenia;

- rozpoznania trudności, jakie rodzice mogą mieć w ustalaniu granic z dzieckiem;

- zapoznania rodziców z zaleceniami dotyczącymi tego, jak ustrukturyzować pory posiłków, aby ułatwić dziecku wewnętrzną regulację jedzenia. Bardzo ważne jest, żeby rodzice chorego na anoreksję niemowlęcia zrozumieli, że mogą poprawić nawyki żywieniowe swojego dziecka poprzez lepsze zrozumienie jego temperamentu i sposobów radzenia sobie z jego zachowaniem podczas posiłków⁴³. Konieczne jest także, aby podjęli odpowiednie działania w celu zmiany praktyk dotyczących karmienia dziecka.

W przypadku niemowlęcia z anoreksją, pierwszą istotną strategią żywienia powinno stać się wzmocnienie jego odczuć głodu i sytości oraz zwiększenie apetytu na późniejszą satysfakcję z karmienia. Dlatego, rodzice winni spełnić określone zalecenia: 1) zapewnić dziecku trzy posiłki i popołudniową przekąskę z ponad 3-godzinnymi przerwami między nimi; 2) rozpocząć jedzenie w ciągu 15 minut i ograniczyć czas posiłku do 20-30 minut; 3) usunąć pożywienie, jeśli dziecko nie zacznie lub nie skończy posiłku w odpowiednim czasie; 4) nie proponować dziecku soku ani przekąsek pomiędzy posiłkami, a jedynie wodę; 5) zachęcać do samodzielnego spożywa-

⁴¹ Tamże.

⁴² G. Jagielska, mp.pl <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/zywienie/80169,zaburzenia-odzywiania-w-niemowlectwie-i-wczesnym-dziecinstwie>, [dostęp: 02.02.2021].

⁴³ P. Enright, *Study Pinpoints Predictors of Infantile Anorexia*.

nia posiłków tak szybko, jak pozwala na to rozwój dziecka. Drugą strategią jest zminimalizowanie lub uniknięcie rozpraszania karmienia i wykorzystanie limitu czasu po to, aby podczas posiłku nie dochodziło do pojawienia się uciążliwych zachowań i niepożądanych nawyków⁴⁴. Nie wolno natomiast rodzicom dopuszczać się przymusowego karmienia dziecka lub innych zachowań wzmagających przykre napięcie podczas karmienia (np. rzucania w złości przedmiotami). Takie zachowania mogą bowiem przynosić jedynie niepożądany skutek, kojarzyć się dziecku ze stresem i potęgować jego konflikt w relacji z opiekunami. Tymczasem, zarówno psychoterapia, jak i wprowadzona rutyna jedzeniowa powinny służyć eliminowaniu źródeł problemowych relacji i zmianie niekorzystnych schematów w kontaktach między niemowlęciem a rodzicami, a docelowo uregulowaniu jego zaburzonych zachowań związanych z karmieniem.

Zakończenie

Anoreksja niemowlęca jest zaburzeniem potencjalnie uleczalnym, pod warunkiem jej rozpoznania i zastosowania odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. W przypadku ich niepodjęcia, patologiczne objawy mogą utrzymywać się, stanowiąc coraz poważniejsze zagrożenie dla zdrowia dziecka, zwłaszcza że wiek do 2. roku życia jest okresem krytycznym w rozwoju wielu narządów, a szczególnie układu nerwowego. Zatem, niedożywienie w tych latach życia może pozostawić trwałe, nieodwracalne zmiany. Oczywiście, w odniesieniu do anoreksji niemowlęcej, jak i każdej innej patologii, należy uznać, że najkorzystniej byłoby nie dopuścić do jej wystąpienia. Dlatego tak znaczącą rolę odgrywają wszelkie działania profilaktyczne. Przede wszystkim zapewnienie niemowlęciu bezpiecznej więzi z rodzicami. Spełnienie tego warunku wymaga od rodziców odpowiednich kompetencji w relacji z dzieckiem. Bywa, że są one niewystarczające, na przykład z powodu ich własnych niekorzystnych doświadczeń przywiązaniowych, problemów zdrowia psychicznego lub braku wiedzy. W związku z tym, w wielu wypadkach należałoby stosownie wcześniej proponować potencjalnym rodzicom ich własną psychoterapię. Poza tym, nieodzowne jest edukowanie rodziców (w zakresie rozwoju i żywienia dziecka) oraz wszelkie pomocne działania wspierające ich w tworzeniu wczesnych więzi z własnymi dziećmi, jak też pomoc w sytuacjach doświadczania przez nich trudności w ich karmieniu.

⁴⁴ H.R. Yang, *How to approach feeding difficulties in young children*; <https://www.e-cep.org/journal/view.php?doi=10.3345/kjp.2017.60.12.379> [dostęp: 05.02.21].

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M., Gallese V., *The Birth of Intersubjectivity: Psychodynamics, Neurobiology, and the Self*, W.W. Norton & Company, New York 2014.
- Atzaba-Poria N., Meiri G., Millikovsky M., Barkai A., Dunaevsky-Idan M., Yerushalmi B., *Father-child and mother-child interactions in families with a child feeding disorder: the role of paternal involvement*, *Infant Ment. Health J.*, 2010, 31.
- Barriguet M.J.A., Lebovici S., Salinas J.L., Moro M.R., Solis L., Botbol M. i in., *Les fonctions du père. Troubles de la conduite alimentaire dans la clinique des interactions précoces*, [w:] *La Parentalité*, red. L. Solis, Paris 2002.
- Benoit D., *Feeding disorders, failure to thrive, and obesity* [w:] *Handbook of Infant Mental Health*, red. C.H. Zeanah, The Guilford Press, New York 2000.
- Calati D., De Ronchi M., Bellini A., Serretti A., *The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: a meta-analysis*, *Int. J. Eat. Disord.*, 2011, 44.
- Casper R.C., *Eating Disturbances and Eating Disorders in Childhood*, acnp.org <http://www.acnp.org/g4/GN401000162/CH.html> [dostęp: 02.02.21].
- Chatoor I., Egan J., Getson P., Menvielle E., O'Donnell R., *Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 19 27(5).
- Chatoor I., Hirsch R., Persinger M., *Facilitating Internal Regulation of Eating: A Treatment Model for Infantile Anorexia*, *Infants & Young Children*, 1997, 9, 4, https://journals.lww.com/iycjournal/Abstract/1997/04000/Facilitating_Internal_Regulation_of_Eating__A.4.aspx [dostęp: 01.02.21].
- Chatoor I., Hirsch R., Ganiban J., Persinger M., Hamburger E., *Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1998, 37(9).
- Chatoor I., Ganiban J., Hirsch R., Borman-Spurrell E., Mrazek D., *Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39(6).
- Chatoor I., Ganiban J., Surles J., Doussard-Roosevelt J., *Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004, 43.
- Chen Q., Kang W., Jiang J., Fan M., Zhang S., Yu S. i in., *The 5-HTTLPR confers susceptibility to anorexia nervosa in Han Chinese: evidence from a case-control and family-based study*, *PLoS ONE*, 2015, 10:e0119378. 10.1371/journal.pone.0119378
- Cimino S., Cerniglia L., Porreca A., Simonelli A., Ronconi L., Ballarotto G., *Mothers and fathers with binge eating disorder and their 18-36 months old children: a longitudinal study on parent-infant interactions and offspring's emotional-behavioral profiles*, *Front. Psychol.*, 2016, 7.
- Cooper P.J., Whelan E., Woolgar M., Morrell J., Murray L., *Association between childhood feeding problems and maternal eating disorders: role of the family environment*, *British J. Psychiatry*, 2004, 184.
- Compan V., *Serotonin 4 receptors: A cornerstone in anorexia nervosa?*, *Autism-Open Access*, 2017, 17(2).
- Compan V., Laurent L., Jean A., Macary C., Bockaert J., Dumuis A., *Serotonin signaling in eating disorders*, *Wiley Interdiscipl. Rev.*, 2012, 1.
- Emde R.N. i in., *DC: 0 - 3 R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa*, wyd. poprawione, przekł. D. Senator, Oficyna Wydawnicza Fundament, Warszawa 2005.

- Enright P., *Study Pinpoints Predictors of Infantile Anorexia*, newswise.com; <https://www.newswise.com/articles/study-pinpoints-predictors-of-infantile-anorexia> [dostęp: 05.02.21].
- Fadda R., Lucarelli L., Parisi M., *Interazioni madre-bambino e competenze socio-comunicative nell'infanzia*, *Psicol. Clin. Dello Svilupp*, 2014, 18.
- Feldman R., *Parent-infant synchrony. Biological foundations and developmental outcomes*, *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 2007, 16.
- heartsinhealthcare.com, *Infantile Anorexia*, <https://www.heartsinhealthcare.com/mental-disorders/infantile-anorexia.html> [dostęp: 11.01.2021].
- Jagielska G., mp.pl <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/zywienie/80169,zaburzenia-odzywiania-w-niemowlectwie-i-wczesnym-dziecinstwie>, [dostęp: 04.12.2020].
- Jean A., Laurent L., Bockaert J., Charnay Y., Dusticier N., Nieoullon A. i in., *The nucleus accumbens 5-HTR4-CART pathway ties anorexia to hyperactivity*, *Transl. Psychiatry*, 2012, 2, e203.
- Kaye W.H., Fudge J.L., Paulus M., *New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa*, *Nat. Rev. Neurosci.*, 2009, 10.
- Kaye W.H., Wierenga C.E., Bailer U.F., Simmons A.N., Bischoff-Grethe A., *Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa*, *Trends Neurosci.*, 2013, 36.
- Kumar K.K., Tung S., Iqbal J., *Bone loss in anorexia nervosa: leptin, serotonin, and the sympathetic nervous system*, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2010, 1211.
- Lucarelli L., Speranza A.M., *The relationship between maternal attachment/psychopathology and the severity of Infantile Anorexia*, *Proceedings of the 14th Congress of World Association for Infant Mental Health*, *Infant Mental Health Journal*, 2014, 35.
- Lucarelli L., Ammaniti M., Porreca A., Simonelli A., *Infantile Anorexia and Co-parenting: A Pilot Study on Mother – Father – Child Triadic Interactions during Feeding and Play*, *Front. Psychol.*, 2017, 8.
- Murray L., *The Psychology of Babies. How Relationships Support Development from Birth to Two*, Constable & Robinson Ltd., London 2014.
- Medicover.pl, *Zaburzenia odżywiania i karmienia u niemowląt i dzieci*, <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-odzywiania-i-karmienia-u-niemowlat-i-dzieci,6536,n,192>, [dostęp: 01.02.2021].
- Moskowitz L., Weisberg E., *Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa*, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2017, 47(4).
- Paolacci S., Kiani A.K., Manara E., Beccari T., Ceccarini M.R., Stuppia L., Chiurazzi P., Ragione L.D., Bartelli M., *Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment*, *Mol Genet Genomic Med.*, 2020 Jul, 8(7): e1244.
- Pilecki M.W., Śmierciak N., *Co pediatra powinien wiedzieć o zaburzeniach odżywiania się?*, *ResearchGate.net* https://www.researchgate.net/publication/330970261_Co_pediatrician_powinien_wiedziec_o_zaburzeniach_odzywiania_sie_What_should_a_pediatrician_know_about_eating_disorders, [dostęp: 10.12.20].
- Pruszkowska P., *Geny sprawcą zaburzeń odżywiania?*, *Biotechnologia.pl* <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/artykuly/geny-sprawca-zaburzen-zywienia,14316> [dostęp: 10.12.20].
- Simonelli A., Parolin M., Sacchi C., De Palo F., Vieno A., *The role of father involvement and marital satisfaction in the development of family interactive abilities: a multilevel approach*, *Front. Psychol.*, 2016, 7.
- Socha J., Socha P., Wikieł V., *Zaburzenia karmienia – przyczyny, możliwości zapobiegania i leczenia*, *Nowa Pediatrya*, 2004, 2.

- Stein A., Woolley H., McPherson K., *Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes*, Br. J. Psychiatry, 1999, 175.
- Stróżyk A., medicover.pl <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-odzywiania-i-karmienia-u-niemowlat-i-dzieci,6536,n,192>, [dostęp: 11.01.2021]
- Su X., Liang H., Yuan W., Olsen J., Cnattingius S., Li J., *Prenatal and early life stress and risk of eating disorders in adolescent girls and young women*, Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 2016, 25.
- Urmańska W., *Anoreksja niemowlęca – czy to możliwe?*, Materiały na II zjazd Centrum Nauki o Laktacji, 2009, <http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/anoreksja.pdf>, [dostęp: 11.01.2021].
- Yang H.R., *How to approach feeding difficulties in young children*; <https://www.e-cep.org/journal/view.php?doi=10.3345/kjp.2017.60.12.379> [dostęp: 05.02.21].
- Yilmaz Z., Hardaway A., Bulik C., *Genetics and epigenetics of eating disorders*, Advances in Genomics and Genetics, 2015, 5.
- Zeanah C.H. Jr, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York 2005.