

Zaburzenia odżywiania o podłożu sensorycznym

Wielu rodziców zgłasza się do specjalisty integracji sensorycznej z dzieckiem wymieniając wśród niepokojących ich objawów wybiórczość pokarmową.

Wybiórczość pokarmowa czyli selektywność pokarmowa rozumiana jest jako odmawianie przyjmowania niektórych pokarmów i ograniczanie różnorodności spożywanych produktów.

W okresie życia dziecka rodzice obserwują zmiany w charakterze lub nasileniu objawów, jednak najczęściej charakteryzują swoje dzieci jako niejadki.

Procedura diagnostyczna w tym wypadku przebiega podobnie, jak w przypadku innych zaburzeń, polegająca na określeniu profilu sensorycznego:

- rozmowa z rodzicami, wywiad anamnestyczny;
- obserwacja kliniczna (próby kliniczne i testy, obserwacja swobodnej zabawy dziecka, relacje z rodzicem, nawiązywanie kontaktu z diagnostą);
- analiza dokumentacji (medycznej, opinie nauczycieli, specjalistów).

Diagnoza ma na celu określenie czy problemy z jedzeniem są wybiórczymi trudnościami dziecka czy dotyczą również innych sfer funkcjonowania sensorycznego, ruchowego, poznawczego, społecznego.

Diagnosta w trakcie spotkania lub spotkań z dzieckiem i rodzicami sprawdza czy dziecko posiada zaburzenia modulacji sensorycznej, które stanowią jedną z podgrup zaburzeń procesów sensorycznych, wśród których znajdują się trudności w zakresie jedzenia.

U **dzieci z nadwrażliwością** (nadreaktywnością) sensoryczną problemy z jedzeniem zwykle dotyczą odrzucania produktów o pewnych konsystencjach, kolorach, temperaturach, zapachach i smakach. Mogą unikać wizyt w kuchni, na stołówce, w innych publicznych jadalniach, z uwagi na dużą ilość i intensywność bodźców węchowych, ale też dźwięki takie jak: mlaskanie, siorbanie, skrobanie, uderzanie (hałas wydawane przez talerze, sztućce) oraz ogólny gwar, ruch w pomieszczeniu, który nie sprzyja skupieniu się na czynności jedzenia, ale może też być wynikiem unikania tego co nowe, nieznane lub inaczej podane.

Dzieci z podwrażliwością (podreaktywnością) sensoryczną mogą w ogóle nie być zainteresowane jedzeniem lub zapominać, że trzeba zjeść. Natomiast podczas jedzenia preferować, tak jak podczas innych aktywności sensorycznych, wyraźne bodźce czyli pokarmy mocno przyprawione, o wyraźnym smaku (często dodatkowo dosalają, dosładzają, doprawiają), lubią potrawy i napoje o intensywnym kolorze, smaku, twarde, wymagające chrupania, zimne lub gorące. Przejawiają tendencję do długotrwałego wachania, lizania, ssania pokarmów, zanim je zjedzą oraz mocno napychają buzię jedzeniem alby lepiej je poczuć. Często też się brudzą, rozrzucania, rozlewają oraz mają tendencję do nadmiernego ślinienia oraz wkładania do ust przedmiotów niejadalnych (lubią np. gryźć lub lizać zabawki).

Terapeuta po dokonaniu diagnozy przekazuje rodzicowi wyniki oraz wskazówki dotyczące strategii żywieniowych w celu zwiększenia ogólnej organizacji sensorycznej, w tym działań poszerzania preferencji pokarmowych dziecka.

Wśród proponowanych strategii żywieniowych mogą znaleźć się:

1. Pozwalanie dziecku na „zabawę” jedzeniem. W ten sposób poznaje nowe produkty, uczy się ich i się z nimi oswaja. Stwarzanie okazji do dotykania, lizania, zgniatania, ściskania, miażdżenia pokarmów o różnych fakturach, smakach i zapachach; mieszanie tekstur, kolorów, konsystencji, zapachów i smaków.
2. Przed posiłkiem przeprowadzanie zabaw oddechowych typu: dmuchanie baniek mydlanych, dmuchanie przez słomkę (robienie bulgotków w kubku), gwizdanie w gwizdki, granie na harmonijce.
3. Proponowanie małych porcji pokarmów, zwłaszcza nowych. Kiedy dziecko nie chce nawet dotknąć, powąchać, polizać lub spróbować, przekładanie próby na inny dzień.
4. Podawanie pokarmów w kawałkach, niezmielone, z grudkami, aby dziecko było zmuszone do gryzienia, czyli angażowało do jedzenia całą jamę ustną.
5. Zmienianie temperatury oferowanej żywności. Zwracanie uwagi, że to samo jedzenie może być zimne lub ciepłe, a jego faktura, kolor, smak różnią się w zależności od temperatury i sposobu podania.
6. Dbanie o spokojną i przyjemną atmosferę w czasie jedzenia, bez wywierania presji, porównywania z innymi i pospieszania.
7. Obserwowanie sygnałów głodu i sytości, unikanie częstego dokarmiania, przekąsek, które mogą zaburzać łaknienie.
8. Kontrolowanie podczas posiłków nadmiaru wrażeń sensorycznych, takich jak rodzaj oświetlenia, dźwięki, zapachy oraz ruch w najbliższym otoczeniu.
9. Przy nasilonych awersyjnych reakcjach (wypluwanie, wymioty, płacz) odczekanie dłuższego czasu przed kolejną próbą, aby uszanować granice, które dziecko w ten sposób sygnalizuje.
10. Dbanie o ogólną kondycję i higienę układu nerwowego dziecka: w miarę stały plan dnia, pory posiłków, odpoczynku, ruch w pomieszczeniu i na świeżym powietrzu.

Bardzo często diagnoza sensoryczna zakończona jest wskazaniem do pogłębienia badań. Najczęściej zalecane są konsultacje:

- lekarska: badania laboratoryjne pod kątem ogólnej kondycji zdrowotnej dziecka, niedoborów, wykluczenie infekcji pasożytniczych, grzybiczych;
- laryngologiczna: przewlekłe stany zapalne górnych dróg oddechowych, nawracające stany zapalne uszu, niedrożny nos, a za tym brak prawidłowego odczuwania węchu i smaku;
- osteopatyczna: pod kątem m.in. zaburzeń ze strony nerwu błędnego, napięcia mięśniowego;
- psychologiczna: zaburzenia odżywiania o podłożu emocjonalnym lub jako element zaburzeń neurorozwojowych;
- neurologopedyczna: trudności w karmieniu, jedzeniu w związku z dysfunkcjami ustno-twarzowymi, oralno-motorycznymi i rozwojem mowy.

Opracowanie:

Joanna Jaworska-Bieleś pedagog, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej

Na podstawie:

„Strategie sensoryczne w jedzeniu i mówieniu” B. Odowska-Szklachcic, N Górka-Pik;

„Trudności z jedzeniem u dzieci i nastolatków” A. Dutkiewicz

„Nastolatek i jedzenie” D.M. Sikora