

ד"ר אלונים חנה

## הפרעות אכילה באוטיזם של הגיל הרך – טיפול משפחתי מחקר וחקר מקרה

רקע תיאורטי

למרות שבעיות אכילה אינן מופיעות כחלק מהקריטריונים הדיאגנוסטיים של אוטיזם DSM-IV א-גורמאליות בהדגלי אכילה קשורה במאפיינים אוטיסטים (Wing, 1987). קשיים בתחום התזונה שכיחים אצל ילדים אלה משלב מוקדם של הינקות. התפתחות כישורי אכילה מושפעת מכמה גורמים: תבניות גדילה והתפתחות אנטומית המעורבים בהאכלה, מצבו הרפואי של התינוק, התפתחותו הסוציו-רגשית, ואלמנטים סביבתיים (Eicher, 1997).

החודשים הראשונים להתפתחותו של התינוק מייצגים את שלב הויסות הנירר-פיסולוגי. האכלה היא מרכיב מרכזי ביכולת של תינוק לווסת את עצמו. תהליך הויסות הסנסורי, רגשי, קוגניטיבי, יקבע את יכולתו של התינוק לפתח תחושת 'I am worthy or unworthy' (Winnicott, 1965). קהר, שחקר את עבודותיו של ויניקוט, מציע שתפישתו של ויניקוט את התופעה המתרחשת להאכלה כאובייקט מעבר (transitional objects) בעצם מתכוונת ל-'Good-enough environment' (Kahr, 2001). הצורך לתקשר הנו מולד ומשפיע על תהליכי זכרון ורגש הקשורים ל"אחר המשמעותי".

*The need for communication is innate and built into the infant's brain, affecting emotional and memory processes connected to 'the significant other' (Bowlby, 1969).*

ניתן לומר, שבשל האינסטינקטים הבסיסיים של הצורך לאכול, והאלמנטים התקשורתיים המעורבים בהאכלה, חרדות בסיסיות מתועלות לתוך צורך זה ויכולות להתרחב בהדרגה לתחומי תפקוד אחרים (Alonim, 2004). אכן, אחד המאפיינים הבולטים בהתפתחות האוטיזם הוא חוסר ויסות אשר ניתן לדאותו בתחומים הפיסיים, סנסוריים, קוגניטיביים ורגשיים כמובן.

*"Infants' relationships with the world are mediated through their mouths. Although the differences in the taste and texture of foods may seem slight to us, they are major and upsetting changes for infants. Changes may include switching formulas or nipples abruptly..." (Kessler & Dawson, 1999).*

יחסיהם של תינוקות עם העולם מתווכים באמצעות הפה. למרות שהשוני בטעמים ומרקמים עשויים להראות לנו קלילים, שינויי פורמולות, פטמות או כל שינוי פתאומי עשוי להיות מאד משמעותי ומעורר עצבנות אצל תינוקות.

ד"ר אלונים חנה, מרכז מפנה

לעתים קרובות, אצל תינוקות שמפתחים הפרעות אכילה נראים קשיים בשלב הראשוני של חייהם, בשלב היניקה. כבר במשך שלושה ימים לאחר הלידה, התינוק לומד להבין – שהשמעת קולות אשר מתפרשים על ידי הסביבה ככבי, מניבים תגובה מיידית: נשיאה על הידיים, החלפת טיטול, מגע, ומעל לכל, תגובה אוראלית, הצורך הבסיסי של אכילה (Stern, 1985).

אצל ילדים עם הפרעה בהתפתחות הקשור, בכי הופך במשך הזמן לכלי תקשורת מרכזי להפעלת הסביבה ולעתים אף כדרך לשליטה. הצורך בשליטה קשור בביטחון של הרוטינה אשר מהווה נקודת אחיזה לרוב הילדים עם קשיי ויסות. ההיאחזות במוכר והבטוח, הנה חלק מההצמדות לסוגי אוכל מסוימים החוזרים על עצמם באותה צורה, טקסטורה, צבע וטעם.

יכולות האכלה עצמית של פעוט במהלך שלוש השנים הראשונות לחייו, תלויות במערכת התפתחותית עצבית ואנטומית ובניסיון נרכש (Stevenson, 1991). בתקופה זו, מופיעים שינויים במיומנות האכילה ובמערכת האוכל כולו. בעוד שבשנה הראשונה משקל התינוק עולה באופן מהיר, תוך כדי ויסות הצרכים והתיאבון, לאחר כשניים-עשר חודשים גרף העלייה במשקל מתאזן ומהירות צמיחתו יורדת. בתקופה זו, התינוק מתחיל לפתח העדפות לטעמים ומרקמים של אוכל ומתחיל בתהליך של האכלה עצמית. עד גיל שנתיים, תינוקות מפתחים בדרך כלל מיומנויות עצמאיות באכילה. תינוקות בשלב זה שונים זה מזה בהתפתחותם הפיזית, ביכולות שלהם, ובהעדפותיהם. בשלבים אלה הקשיים בהתנהגות האכילה אצל ילדים עם אוטיזם נעשים בולטים יותר.

הפרעות בהתנהגות האכילה מייצגות קשת רחבה הכוללת: אי-נומאליות ברפלקס המציצה, סירוב ליניקה, סירוב לאכול, קשיי בליעה, (לעתים בשל הזנה ראשונית על ידי טובה), פליטה מופרזת (רפלקס נשלל), חוסר הסתגלות למוצקים, תנועות לעיסה לא מבוקרות, קיבעונות של מספר מזונות מצומצם, חוסר סקרנות לגבי סוגי מזון, רתיעה מטקסטורה או ריח של מזון.

ילדים רבים פוחדים משינוי הצבירה של המזון בתוך הפה, מהלעיסה הגורמת לשינוי המרקם ומפעולת הבליעה אשר גורמת למזון להיעלם. תחושה שאינה יכולה להיות מוכלת ועלולה לגרום לתחושת אשם וחרדה (Alonim, 1999). יתכן שהחרדה מאבדן המזון אחרי בליעתו היא תוצאה של קואורדינציה לא מפותחת דיה והפרעה בשליטה סנסורית שבתכנון התנועה (Adrien et al., 1992; Baranek, 1999).

סירוב לאכול מוגדר כצריכת מופחתת של קלוריות להן זקוק פעוט, או דחייה של האוכל של Luiselli, 1980 (Riordan, et) (1989); יתר סלקטיביות באוכל מוגדר כבחירה של מספר מצומצם ומוגבל של מאכלים מתוך מבחר מוצע (Luiselli, 1989; Munk & Repp, 1994).

במחקר שהתפרסם בשנת 2004 על ידי שרק, נמצאו בעקבות שאלוני הורים של קבוצת ילדים עם אוטיזם שאכלו רק מגוון מאכלים מצומצם ממה שהוגש להם, הנתונים הבאים:  
48.6% סרבו לאכול 13.8%, דרשו כלי אוכל ספציפיים, 6.5% דחו את האוכל בשל הטקסטורה שלו,  
23.2% סבלו מבעיות אוראליות סנסוריות (Schreck, et al, 2004).

בעיות האכילה אצל ילדים עם אוטיזם נעות בדרגות חומרה מהגדרות תת קליניות כמו: בדרנות באכילה, תת-אכילה, יתר-אכילה, ועד להגדרה קלינית קיצונית כמו סירוב קבוע לאכול, כשל בשגשוג, אשר יכולים להוביל להידרדרות במצב הרפואי של הפעוט.

אספקטים נוספים שנמצאים אצל ילדים עם הפרעה באכילה היא תגובה קיצונית לחום וקור (Budd & Chugh, 1998). כיוון שידוע שאזור ההיפותלמוס במוח שולט הן בחום הגוף והן בתיאבון, קיימת סברה, שבאזור זה קיימת גם התשובה באשר לשאלה, מדוע ילדים מסוימים נרתעים מאוכל מסוים ואחרים לא (Attwood, 1998).

ניתן לראות שקשיי ויסות עוברים בכל הסימפטומים כחוט השני. רוב בעיות האכילה אצל ילדים עם אוטיזם יכולות להיכלל בקטגוריה של הפרעות התנהגותיות וסנסוריות (Schwarz, 2003). ביחד עם זאת, ניתן לראות בהרבה מקרים מאפיינים דומים בהתנהגות האכילה של הילדים וזו של משפחותיהם. נראה שחרדות של הורים סביב נושא האוכל, כפייה, או דפוסים שליליים של האכלה תורמים לחוסר ההסתגלות של הרגלי האכילה אצל ילדים באוכלוסייה זו (Alonim, 2004).

התנהגות אכילה במשפחה בדרך כלל לא נבדקת, אלא אם קיים כשל שגשוג אצל הילד. אך למרבה הפלא – ילדים עם אוטיזם בדרך כלל לא סובלים מרמת בריאות נמוכה בשל היותם סלקטיביים קיצוניים, (Bowers, 2002) למעט אלרגיות שהן סימפטום שכיח באוכלוסייה זו. מסתבר שרוב הילדים אוכלים כמות מספקת של אוכל על מנת לצמוח באופן נורמטיבי, אך לא אוכלים מגוון מספק של מאכלים. ביחד עם זאת, גם אם אין עדות לכשל שגשוג או גדילה, והילד לא מראה מצב בריאותי ברמת סיכון, יש להביא בחשבון את חשיבות ההערכה וטיפול בהתנהגות אכילה אצל ילדים עם אוטיזם.

הרגלי האכילה הנם מרכיבים מרכזיים בהתפתחות בשל הסיבות הבאות:

1. הערך התזונתי המשפיע על התפתחות התפקוד הפיסיולוגי והקוגניטיבי.
2. קבעונות (fixation) אשר מסתעפת לתחומי חיים אחרים. אוכסטיביות במשחק, באופני הקשר וההתנהלות היום יומית.
3. הקשר בין הפעלת שרירי הלסת והפה והתפתחות שפה. כשל בשגשוג יכול להיות בחלקו כתוצאה של בעיות מוטוריות-אוראליות. ילדים עם אוטיזם לעתים קרובות מראים רגישות יתר לצד שליטה מוטורית ירודה, אשר גורם להם להגבלה של טקסטורה מוכרת בלבד.
4. מערכת יחסי הגומלין בתוך המשפחה, סביב הנושא הטעון והבסיסי של הזנה.

בעשור האחרון פורסמו מחקרים באשר לתזונה שהולידו מגוון דיאטות אותן מאמצות משפחות רבות מתוך תקווה לשיפור מצבם של ילדיהם. בעוד הספרות מציעה מאמרים רבים באשר לתזונה אצל ילדים עם אוטיזם, הרי שאינה מתייחסת להיבטים הפסיכולוגיים – סביבתיים כגורמים משפיעים על דפוסי אכילה. אכילה והאכלה יכולים להוות מראה של מערכת יחסי הגומלין במשפחה, הן הגרעינית והן הבין-דורית. אלמנטים של נינוחות, אפשרות בחירה, או לחילופין קוצר רוח, אגרסיביות, כוהניות, ויתור, הם בעלי השפעה מכרעת על התייחסות ראשונית לאוכל. אי לכך, יש לטפל בבעיות אכילה בתוך המשפחה.

## מחקר וטיפול

'How we eat and how we learn to eat are important, so is what we eat' (Aitken, 2009).

למרות שתזונה והרגלי אכילה קשורים זה בזה, המחקר שיוצג כאן בדק אספקטים של הפרעות אכילה ומתמקד בראיית *HABITS* ולא ב*NUTRITION*.

המחקר שנעשה במרכז מפנה הקיף 60 ילדים עד גיל 4 עם אוטיזם אשר אופיינו גם בהפרעות אכילה חמורות, אך התמקד בשישה ניתוחי מקרים שונים, שלושה מהארץ ושלושה מארצות אחרות. המחקר בדק שני מרכיבים מרכזיים בגישת מפנה – התערבות מוקדמת באוטיזם: טיפול בהפרעות אכילה וההשלכות על תחומי התפקוד האחרים, במקביל לטיפול במשפחה (Alonim, et al., 2007).

כל משפחה טופלה במשך 3 שבועות אינטנסיביים במרכז. בטיפול עצמו מתקיימות עם ההורים שיחות יומיומיות, אישיות, זוגיות או משפחתיות, בנוסף לצפייה בטיפול, התנסות וקבלת משובים. על מנת לגרום

לשינוי יש קודם כל לעזור להורה להבין מדוע הוא פועל בדרך זו או אחרת. האם הוא מבין את השלכות ההתנהלות שלו, האם הוא רוצה בשינוי.

במסגרת זו נשאלות שאלות כמו: מדוע בחרת להמשיך להזין את ילדך בבקבוק? מה יקרה אם לא תתני לו את הבקבוק? מה יכולה להיות האלטרנטיבה? מה מפחיד אותך? מה יקרה אם הוא יבכה?

במשך שני העשורים האחרונים, נמצאו אצל רוב זוגות ההורים משתנים בעלי מכנים משותפים. משתנים אלו היו אוניברסאליים.

המשתנים שנברקו אצל ההורים היו:

1. יחסים בין אישיים של בני הזוג
2. בטחון הורי
3. יתר הגנה על הילד
4. לחץ
5. משבר

נתוני המחקר של קבוצת ההורים נתקבלו באמצעות: ראיונות לפני תחילת הטיפול, שיחות טיפוליות במהלך תקופת הטיפול, משובים בתום תקופת הטיפול.

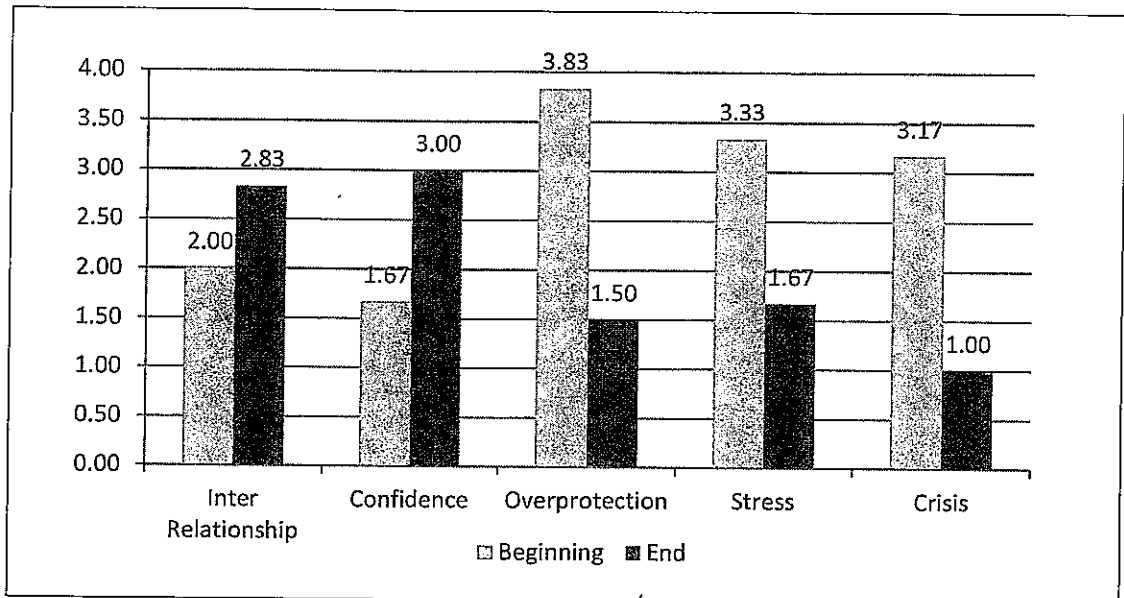
*Findings emerging from interviews at the beginning of the therapy (sample of n = 6):*

Parents	Relationship	Confidence	Over - protection	Stress	Crisis
Family M	M (2)	L (1)	H (4)	H (4)	H (4)
Family L	M (2)	M (2)	H (4)	Mo (3)	Mo (3)
Family S	L (1)	M (2)	H (4)	Mo (3)	Mo (3)
Family Sa	Mo (3)	M (2)	Mo (3)	Mo (3)	Mo (3)
Family P	M (2)	L (1)	H (4)	Mo (3)	Mo (3)
Family A	M (2)	M (2)	H (4)	H (4)	Mo (4)

Key to Table: L – Low M – Mild Mo – Moderate H – High

ניתן לראות בטבלה את ההערכה הנמוכה יחסית במדרד היחסים בין בני הזוג אצל 4 מתוך 5 הזוגות. ההערכה נמוכה במדרד הביטחון ההורי נמצאה אצל כולם. ההערכה גבוהה מאד במדרד של יתר הגנתיות. חפיפה בהערכה הגבוהה של שני מדדי הלחץ והמשבר אצל כל בני הזוג.

*Differences in the average of the parents' measures between the beginning and the end of the therapy*



הגרף מראה שוני משמעותי בכל הפרמטרים בין תחילת הטיפול לסוף הטיפול. ניתן לראות עלייה שהיא שיפור במערכת היחסים של בני הזוג וברמת הביטחון ההורי שלהם, כאשר ניכרת ירידה משמעותית בשלושת המשתנים האחרים: יתרה-הגנה, לחץ ומשבר. כל אלה הביאו כמובן לשיפור בהתנהלות וההתמודדות של הורים אלה.

קיומה של סביבה תומכת ותחושת "אנחנו לא לבד" אפשרה להורים לתעל את נטל חוסר האונים לערוץ פרודוקטיבי, התובנות שרכשו לגבי עצמם אפשרו להם בסופו של דבר לקחת אחריות "עכשיו אנחנו יודעים מה אנחנו צריכים לעשות"...

הילדים, אשר טופלו במהלך היום, שבעה ימים בשבוע, קבלו את ארוחותיהם בחדר הטיפוליים מדי שעתיים. האוכל לא היה נוזלי וגם לא מהסוג הקבוע והמוכר להם, אך רך ומגוון. הילדים לא נתבקשו לאכול, האוכל הובא באופן טבעי לצד המשחק. לא הופעל עליהם כל לחץ. למרות הימצאותו של האוכל בחדר, הילדים לא אכלו בדרך כלל בימים הראשונים מה שגרם להם לחוש תחושת רעב אולי לראשונה בחייהם. היות שמעולם לא אפשרו להם להיות רעבים. כל הילדים החלו בהדרגה לגלות את האוכל. החלו לאכול אוכל רך ובהדרגה עברו למוצקים.

המשתנים שנבדקו במהלך הטיפול היו חופפים למשתנים התנהגותיים רגשיים תפקודיים בחיי היום יום של הילדים:

קבלה ותגובה לאנשים, הצבעה, הבנת שפה, מגע פיסי, קשר עין, קולות, קולות שפה (הברות ומלים), יוזמה, סקרנות, ריכוז, יצירתיות, גמילה מטיטול, לבוש, אכילה, משיכת יד, ניתוק, התנהגות טקסית, התנהגות חזרתית (רפטטיבית). כלי הניתוח במחקר היו כלי המעקב הרוטיניים בטיפול:

1. Daily Evaluation Scale of Observation (DESO)

2. דוחות יומיים של מטפלים

3. תיעוד וידיאו

*One-way analysis of variance regarding differences in the children's measures between the three weeks of the treatment:*

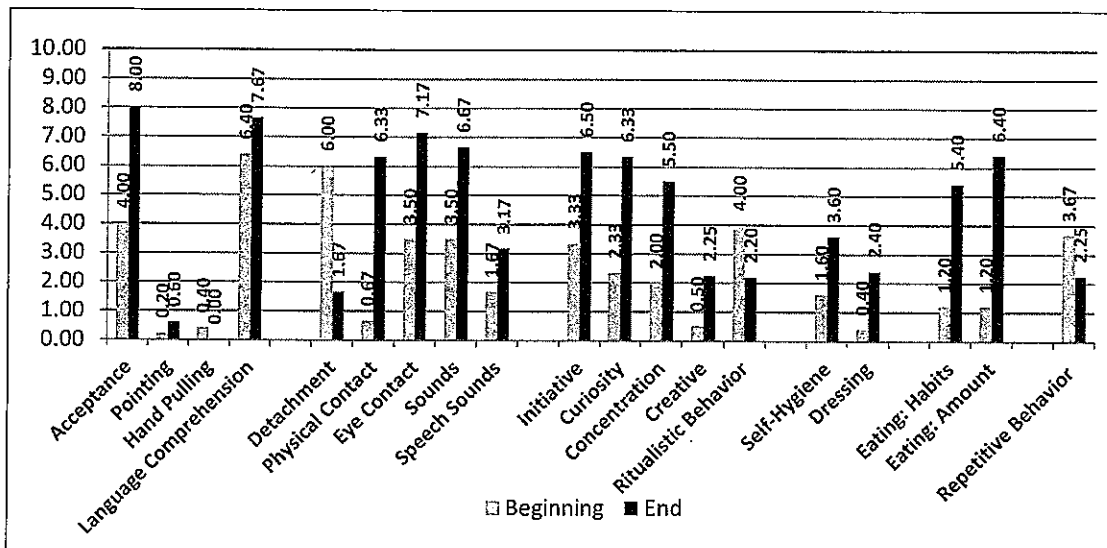
	Beginning		End		t
	M	SD	M	SD	
Acceptance	4.00	2.19	8.00	1.26	-6.93***
Pointing	0.20	0.45	0.60	0.55	-1.63
Language comprehension	6.40	3.65	8.00	2.24	-2.36
Physical contact	0.67	0.82	6.33	0.52	-17.00***
Eye contact	3.50	3.02	7.17	1.83	-5.13***
Sounds	3.50	1.76	6.67	0.52	-4.50**
Speech sounds	1.67	1.51	3.17	1.17	-4.39**
Initiative	3.33	2.73	6.50	1.38	-4.00**
Curiosity	2.33	1.86	6.33	1.51	-6.93***
Concentration	2.00	1.67	5.50	1.38	-10.25***
Creative behaviour	0.50	0.58	2.25	0.50	-3.66*
Self-hygiene	1.60	2.30	3.60	2.88	-3.16*
Dressing	0.40	0.89	2.40	2.07	-1.91
Eating	1.20	1.64	5.40	1.52	-4.88**
Hand-pulling	0.40	0.89	0.00	0.00	1.00
Detachment	6.00	2.00	1.67	0.52	5.14***
Ritualistic behaviour	4.00	2.71	2.25	0.05	1.33
Repetitive behaviour	3.67	2.16	2.25	1.17	1.13

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ ;  $df=5$

כפי שניתן לראות בטבלה זו השינויים בין המדידות משמעותיים. קיים שיפור סטטיסטי מובהק במשתנים של קבלת אנשים, מגע פיסי, קשר עין, קולות, הברות, יוזמה, סקרנות. ריכוז, אכילה וניתוק. במשתנים: משיכת יד, טקסיות וחזרתיות חלה ירידה למרות שלא הייתה מובהקת.

# Autism

*Comparison between the children's average measures for all the different variables at the beginning and end of the treatment*



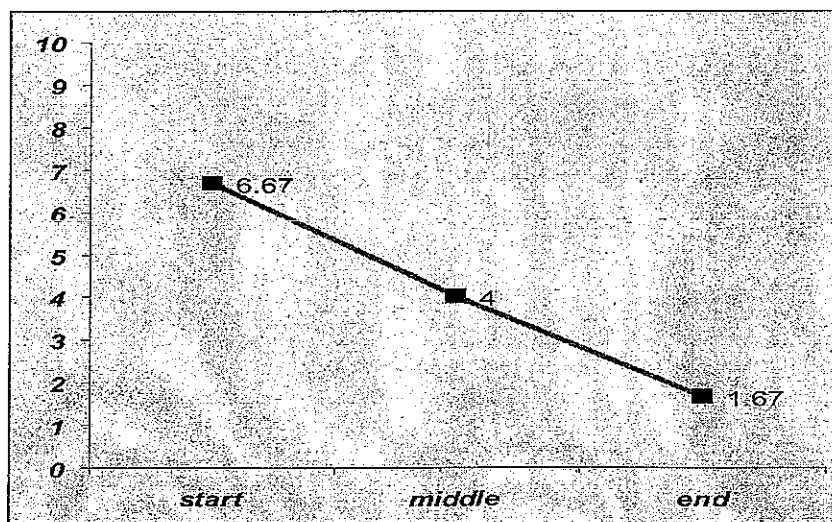
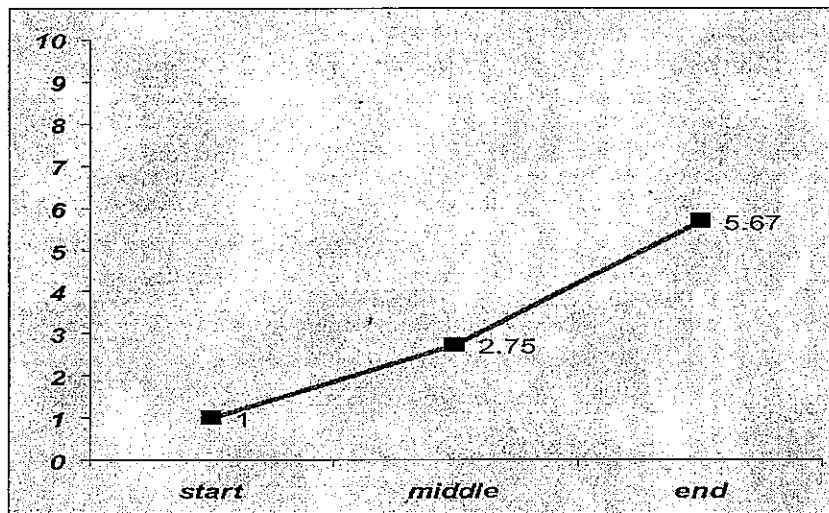
*The relationship between the eating variables and other variables relating to the children*

	Eating: Habits	Eating: Amount
Acceptance	0.77***	0.70***
Pointing	0.43*	0.30
Language comprehension	0.21	0.10
Physical contact	0.92***	0.86***
Eye contact	0.89***	0.81***
Sounds	0.81***	0.75***
Speech sounds	0.68***	0.62***
Initiative	0.96***	0.88***
Curiosity	0.96***	0.93***
Concentration	0.92***	0.87***
Creative behaviour	0.95***	0.91***
Self-hygiene	-0.18	-0.33
Dressing	0.65***	0.54**
Hand pulling	-0.62***	-0.55***
Detachment	-0.93***	-0.89***
Ritualistic behaviour	-0.91***	-0.87***
Repetitive behaviour	-0.83***	-0.82***

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

הטבלה מראה קורלציה חיובית מובהקת בין המשתנים המתמטיים לאכילה ואלו הקשורים להתנהגות סימפטומטית. המשמעות היא, שהרגלי האכילה והדפוסים ההתנהגותיים האחרים השתפרו בד בבד. באופן מפתיע, כל הילדים ידעו ללעוס למרות שלא התנסו בכך קדם לטיפול. כל הילדים בלעו את האוכל בקלות. כל הילדים הבינו שעליהם לקחת אחריות על האכילה שלהם ולאכול בעצמם. כל הילדים נצפו משתמשים בכפית או מזלג למרות שלא התנסו בכך קדם לכן. לכל הילדים היתה נסיגה בת יום או יומיים לאחר שבוע של אכילה, אבל חזרו לאכול ביתר תאבון והתלהבות. ניתן היה לראות כיצד הילדים מפתחים הנאה מפעולת האכילה, החלו ליזום, ביטחונם העצמי עלה כמו גם הקשר עם המטפלים וההורים.

לא ניתן להוכיח אמפירית במחקר זה כי הרגלי האכילה הם שהשפיעו על הדפוסים האחרים, אך בתיעוד הוידאו ניתן לראות, שהרחבת האכילה קדמה תמיד לתפקודים האחרים. ניתן לראות בברור למשל שקשר העין נוצר לראשונה בזמן הארוחות המשותפות. מכל המדידות של המשתנים שנבדקו, מעניין לראות את עליית גרף האכילה בהשוואה לירידת גרף רמת הניתוק.





# Autism

59

הפרעות אכילה באוטיזם של הגיל הרך

גרפים אלו מספקים עניין ומחשבה באשר ליחסי הגומלין שביניהם ולמשפיעים הסביבתיים-סנסוריים-רגשיים באטיולוגיה של ספקטרום האוטיזם.

*For most people, food is a source of comfort, pleasure and security. For many children with autism, food can be a source of fear...*

- Aitken, K.J., 2009. *Dietary interventions in autism spectrum disorders: why they work when they do, why they don't when they don't*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Adrien, J.L., Perrot, A., Sauvage, D., Leddet, I., Larmande, C., Hameury, L. & Barthelemy, C., 1992. Early symptoms in autism from family home movies: using evaluation and comparison between 1st and 2nd year of life. I.B.S.E. Scale. *Acta Paedopsychiatric: International Journal of Child and Adolescent: Psychiatry*, 55, pp.71-77.
- Alonim, A.H., 1999. *Eating disorders in autism*. A paper presented at a conference at Bar Ilan University: Tel-Aviv (In Hebrew).
- Alonim, A.H., 2004. The Mifne method. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 16, pp.39-43.
- Alonim, A.H. 2007. Infants at risk: early signs of autism: diagnosis and treatment. In: A.H. Alonim, S. Acquarone, G. Crespin, L. Danon-Boileau, S. Maestro, H. Massie, F. Muratori, M. Rhode & C. Trevarthen, eds. *Signs of autism in infants: recognition and early intervention*. London: Karnac Books. Ch. 7.
- Alonim, A.H., et al., 2007. *Eating Disorders in Young Children with Autism and Family Therapy*. PhD Thesis, British Academy, UK.
- American Psychiatric Association (APA), 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Attwood, T., 1998. *Asperger syndrome: a guide for parents and professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bowlby, J., 1969. *Attachment and loss, Volume 1: attachment*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bowers, L., 2002. An audit of referrals of children with autistic spectrum disorder to the dietetic service. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15(2), pp.141-144
- Budd, K.S. & Chugh, C.S., 1998. Common feeding problems in young children. *Advances in Clinical Child Psychology*, 20, pp.183-212.
- Eicher, P., 1997. Feeding. In: M. Batshaw, ed. *Children with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Kahr, B., 2001. *Forensic psychotherapy and psychopathology: Winnicottian perspectives*. London: Karnac Books.
- Kessler, D.B. & Dawson, P., 1999. *Failure to thrive and paediatric under nutrition*. Baltimore MD: Paul H. Brooks.
- Luiselli, J.K., 1989. Behavioural assessment and treatment of paediatric feeding disorders in developmental disabilities. *Progress in Behaviour Modification*, 24, pp.91-131.
- Riordan, M.M., Iwata, B.A., Wohl, M.K. & Finney, J.W., 1980. Behavioural treatment of food refusal and selectivity in developmentally disabled children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1(1-2), pp.95-112.
- Schreck, K.A., Williams, K. & Smith, A.F., 2004. A comparison of eating behaviours between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, pp.433-438.
- Schwarz, S.M., 2003. Feeding disorders in children with developmental disabilities. *Infants and Young Children*, 16(4), pp.317-330.
- Stevenson, R.D. & Allaire, J.H., 1991. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), pp.1439-1453.
- Stern, D., 1985. *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Wing, L., 1987. Feeding problems in autism. *Communication*, 21, pp.7-9.