ПИТАНИЕ – БЕРЕМЕННОСТЬ

Помощь детям в развитии привычек здорового питания

Морин М. Блэк, PhD, Кристен М. Херли, PhD

Мэрилендский университет, медицинский факультет, США

сентября 2013 г., 2e éd. rév.

Введение

Первый год жизни ребенка характеризуется быстрыми возрастными изменениями, имеющими отношение к питанию. По мере того, как младенцы приобретают контроль над собственным телом, они переходят от стадии сосания жидкостей в лежачем положении или полулежа к стадии потребления твердой пищи в сидячем положении. Развиваются оральные моторные умения, осуществляется переход от базового механизма «сосание-глотание», основанного на питании грудным молоком или смесью, к механизму «жевание-глотание» на основе потребления полутвердой пищи, постепенно переходя к более сложным комбинированным видам пищи.[1,2] Когда младенцы уже хорошо регулируют свои движения, они переходят от пассивного питания, при котором их кто-то кормит, к самостоятельному питанию хотя бы эпизодически. Рацион младенца обогащается: посредством введения в питание пюре и специально приготовленной пищи осуществляется переход от грудного молока и смесей для кормления к семейному рациону. К концу первого года жизни дети уже способны самостоятельно сидеть, жевать и глотать, потребляя разные по структуре виды пищи, учатся питаться самостоятельно и переходят к рациону и режиму питания, характерному для всей семьи.

По мере того, как дети осуществляют переход к семейному рациону питания, рекомендации касаются уже не только пищи, но и условий питания. Разнообразие здоровой пищи улучшает качество рациона так же, как раннее и регулярное узнавание ребенком новых видов пищи. Данные о младенцах и маленьких детях в возрасте от 6 до 23 месяцев, собранные в 11 странах мира, свидетельствуют о наличии положительной связи между разнообразием рациона и состоянием питания (nutritional status, нутритивным статусом).[3] Приучение ребенка к потреблению фруктов и овощей в период младенчества и раннего детства связывается с принятием этих видов пищи в старшем возрасте.[4-6]

Пищевые привычки и предпочтения формируются у детей в раннем возрасте. Если дети отказываются от пищи, богатой питательными веществами, например, от фруктов и овощей, время приема пищи может стать напряженным или связанным с борьбой. В результате, дети могут быть лишены как необходимых им питательных веществ, так и здоровых, полных взаимопонимания отношений между ними и ухаживающими взрослыми. Неопытным или испытывающим стресс взрослым, а также тем, кто сам имеет нездоровые пищевые привычки, требуется помощь с целью организации здорового и полноценного пищевого поведения у детей в процессе приема пищи.

Предмет

Проблемы, связанные с питанием, встречаются у 25% – 45% всех детей в особенности в тот период, когда дети овладевают новыми навыками, а новые виды пищи или ожидания, связанные с ее приемом, становятся для них настоящим испытанием.[7] Например, период младенчества и раннего детства характеризуется стремлением к независимости – дети пытаются всё делать самостоятельно. Когда данные характеристики относятся и к пищевому поведению, это говорит о том, что дети могут страдать неофобией (боязнью пробовать новые виды пищи) и настаивать на ограниченном наборе потребляемых продуктов,[8] что в дальнейшем ведет к восприятию этих детей как привередливых едоков.

Большинство проблем, связанных с принятием пищи, носят временный характер и легко решаются либо при минимальном вмешательстве, либо без такового. Тем не менее, когда подобные проблемы продолжаются длительное время, их наличие может замедлять рост ребенка, его развитие и ухудшать отношения с людьми, заботящимися о нем. Это ведет к длительным проблемам со здоровьем и развитием ребенка.[9] Дети, постоянно испытывающие проблемы с приемом пищи, могут быть подвержены риску возникновения

проблем, связанных с ростом и поведением, если люди, осуществляющие уход за ребенком, вовремя не обратятся за помощью, допуская развитие критической ситуации.

Проблематика

Пищевые привычки подвержены возрастному, семейному или средовому влиянию. По мере того, как взрослеют и становятся способными совершить переход к семейному рациону, их внутренние регулятивные сигналы о голоде и насыщении могут быть подавлены семейными и культурными устоями. В семьях, где взрослые подают пример здорового питания, дети с большей вероятностью будут употреблять больше фруктов и овощей, чем дети из семьи, где этого не делают. В то же время в семье, где принято употреблять менее здоровую пищу, злоупотреблять перекусами, дети скорее всего будут иметь пищевые привычки и вкусовые предпочтения, характеризующиеся употреблением избыточного количества жира и сахара.[10] С точки зрения влияния среды, приучение детей к питанию в ресторанах быстрого обслуживания и других подобных заведениях привело к повышенному потреблению пищи с высоким содержанием жира, например, картофеля фри, на фоне недостаточного употребления пищи, более богатой питательными веществами, например, фруктов и овощей.[11] Более того, взрослые могут не осознавать, что многие коммерческие продукты, рекламируемые как товары для детей (например, сладкие напитки), способны утолить голод или жажду, но обеспечивают при этом минимальное поступление в организм питательных веществ.[12]

В результате проведения ряда общенациональных исследований было зафиксировано избыточное употребление высококалорийной пищи в период раннего детства,[13,14] при этом многие дети употребляют критически низкое количество фруктов, овощей и необходимых микроэлементов.[15] Ко времени поступления в начальную школу многие дети половину необходимого количества потребляемой жидкости получают из сладких напитков.[16] Данная пищевая привычка, несомненно, вырабатывается в период раннего детства и дошкольного возраста. Наличие подобных нездоровых пищевых привычек (употребление продуктов с высоким содержанием жира, сахара и рафинированных углеводов; сладких напитков; употребление ограниченного количества фруктов и овощей) увеличивает вероятность возникновения дефицита микроэлементов (например, железодефицитной анемии) и набора избыточной массы тела у детей раннего возраста.[17]

Научный контекст

Процесс употребления пищи часто исследуется по данным наблюдений, либо по отчетам взрослых о поведении во время приема пищи. Некоторые исследователи полагаются на изучение в клинических условиях групп детей с отставанием в росте или имеющих проблемы с питанием, другие отбирают для исследований детей без каких-либо отклонений.

Ключевые вопросы

Ключевые вопросы состоят в изучении процесса развития пищевых привычек, начиная с младенчества и в течение всего периода раннего детства, а также методов, с помощью которых дети сообщают о чувстве голода или насыщения. Помимо этого сюда входит изучение причин, по которым у некоторых детей (так называемых «разборчивых едоков») имеются выборочные пищевые предпочтения. Ключевые задачи для лиц, осуществляющих уход за ребенком, и семей заключаются в поиске методов поддержания здоровых пищевых привычек у детей раннего возраста, методов стимулирования детей потреблять здоровую пищу и предотвращения проблем, связанных с кормлением и ростом.

Результаты последних исследований

Привязанность и питание

Здоровые пищевые привычки вырабатываются в младенчестве по мере того, как между младенцами и их родителями устанавливается сотрудничество, в процессе которого они распознают и интерпретируют как вербальные, так и невербальные коммуникационные сигналы друг друга. Этот обоюдный процесс формирует базу для построения эмоциональной связи или привязанности у младенцев и ухаживающих взрослых, что является неотъемлемой частью здоровой социального функционирования.[18] Если процесс коммуникации между ребенком и взрослыми нарушен, что характеризуется непоследовательным, неотзывчивым взаимодействием, то узы привязанности могут быть ненадежными, вследствие чего процесс принятия пищи может превратиться в непродуктивные выматывающие ссоры из-за еды.

Младенцы, не подающие четких сигналов о своих потребностях или не реагирующие на попытки ухаживающих взрослых привить им регулярные и предсказуемые навыки, связанные с режимом питания, сна и игры, рискуют приобрести регулятивные проблемы, связанные также и с процессом потребления пищи.[9] Недоношенные или больные дети

могут обладать более медленной реакцией по сравнению с доношенными детьми, поэтому таким детям труднее выразить чувство голода или насыщения. Взрослые, не распознающие признаков насыщения у своих детей, склонны перекармливать их, вызывая у младенцев ассоциирование чувства насыщения с огорчением и конфликтами.

Кормление в контексте отношений «взрослый-ребенок»

Изменчивость в контексте отношений «взрослый-ребенок» при кормлении связана с пищевым поведением и ростом ребенка.[19] Аспекты родительского поведения и опеки, в которых заключаются факторы восприятия и понимания поведенческой линии ребенка, применимы и к характеру кормления (Таблица 1).[20,21,22] Отзывчивое кормление отражает основанную на взаимодействии модель поведения, следуя которой взрослые обеспечивают контроль и соответствующую определенному этапу развития реакцию на сигналы ребенка о голоде или насыщении. Неотзывчивый процесс кормления отмечен недостатком взаимности между взрослыми и ребенком. Это характеризуется тем, что родители излишне контролируют процесс кормления (заставляя ребенка есть или ограничивая его в питании), или тем, что ребенок сам контролирует процесс кормления (например, требует предоставить ограниченное меню, или ест только после долгих уговоров), или тем, что взрослый игнорирует сигналы ребенка, либо не может организовать правильный режим питания (обособленное кормление).[23,24]

Таблица 1. Контекст отношений «взрослый-ребенок» в процессе кормления: паттерны воспитания и кормления ребенка

ОПЕКА		
	ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ	НИЗКИЙ УРОВЕНЬ
ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ	АВТОРИТЕТНЫЙ • Увлеченный • Заботливый • Структурированный **Отзывчивый**	АВТОРИТАРНЫЙ • Силовой • Ограничивающий • Структурированный **Контролирующий**
НИЗКИЙ УРОВЕНЬ	ПОТАКАЮЩИЙ • Увлеченный • Заботливый • Бесструктурный **Потакающий**	ОТСТРАНЕННЫЙ • Пассивный • Равнодушный • Бесструктурный **Отстраненный**

Отзывчивый стиль кормления, с высоким уровнем проявления заботы, хорошо структурированный является результатом авторитетного стиля воспитания, при котором родители и ребенок находятся в отношениях, где четко выражены требования и имеется взаимная интерпретация сигналов к кормлению. Отзывчивое кормление характеризуется краткосрочным взаимодействием, основанным на особенностях поведения и сообразным с определенным этапом развития ребенка. В ходе данного взаимодействия обе стороны легко идут на компромисс.[22,25,26]

Контролирующий стиль кормления, хорошо структурированный, но характеризующийся низким уровнем проявления заботы, присущ родителям, использующим силовые или ограничивающие стратегии с целью контролирования процесса приема пищи. Контролирующий стиль кормления является элементом авторитарной модели воспитания и может включать в себя чрезмерно настойчивые виды поведения, такие как громкая речь, принудительное кормление или иные способы заставить ребенка выполнить желаемое.[27] Родители, контролирующие процесс кормления, могут подавлять внутренние регулятивные сигналы ребенка о голоде или насыщении.[28] Врожденная способность младенцев к самостоятельной регуляции энергопотребления исчезает в период раннего детства в связи с влиянием семейных и культурных моделей.[29]

Потакающий стиль кормления, характеризующийся высоким уровнем проявления заботы и меньшей структурированностью, является элементом потакающей модели воспитания. При подобном стиле кормления родители позволяют ребенку самому решать, что ему есть и когда.[23] Если родители не направляют ребенка, он, вероятнее всего, будет выбирать пищу, содержащую высокое количество соли и сахара, вместо более сбалансированного рациона, включающего овощи.[23] Таким образом, потакающий стиль кормления может стать источником проблем, принимая во внимание генетическую предрасположенность младенцев к потреблению соленой или сладкой пищи.[30] Дети, чьи родители практикуют потакающий стиль кормления, зачастую имеют больший вес, чем дети родителей, использующих иные стили кормления.[24]

Отстраненный стиль кормления, характеризующийся как низким уровнем проявления заботы, так и менее упорядоченной структурой, присущ родителям с недостатком знаний и участия в пищевом поведении своего ребенка.[23] Отстраненный стиль кормления может иметь такие признаки, как отсутствие активной помощи или вербализации во время кормления, недостаточное взаимопонимание между родителями и ребенком, негативная обстановка в процессе кормления и отсутствие упорядоченной структуры или определенного режима кормления. Безучастные родители часто игнорируют как рекомендации по кормлению ребенка, так и его сигналы о голоде или насыщении; они могут не знать, что и когда ест их ребенок. Egeland and Sroufe[31] обнаружили, что дети отстраненных или психологически недоступных родителей с большей вероятностью подвержены тревоге по сравнению с детьми, чьи родители активно включены в процесс. Соответственно, отстраненный стиль кормления является элементом отстраненного стиля воспитания.[23]

По данным нескольких недавних систематических обзоров, существует связь между родительским контролированием процесса кормления и набором массы тела у младенцев и детей раннего возраста и/или их весовой категорией.[24,32,33] Контролирующий тип кормления связывают с набором лишнего веса (например, дети, чьи родители придерживаются ограничивающего стиля кормления, склонны к перееданию)[34] и со снижением массы тела (например, дети, которых заставляют есть больше, не склонны переедать).[35] Однако срезовый характер большинства исследований в сочетании с тенденцией полагаться исключительно на данные о поведении родителей, не рассматривая при этом важности взаимодействия сторон в процессе кормления, затрудняет понимание взаимодействия

родителя и ребенка во время кормления. В ходе недавно проведенного в Австралии исследования младенцев на основе двойного слепого метода было установлено, что соблюдение профилактических рекомендаций в отношении пищевого поведения младенцев ведет к нормальному набору массы тела и улучшению взаимного понимания во время кормления по собственным оценкам респондентов.[36] Требуется проведение дополнительных исследований для того, чтобы лучше понять стратегии стимулирования здоровых взаимоотношений, важных для кормления и здорового роста ребенка.

Пищевые предпочтения

У детей, воспитывающихся в семьях, где родители подают пример здорового пищевого поведения (например, соблюдают рацион, богатый фруктами и овощами) вырабатываются схожие пищевые предпочтения.[4]

Пищевые предпочтения также находятся под влиянием сопутствующих условий. Дети, вероятнее всего, будут избегать пищи, связанной в их восприятии с неприятными физическими симптомами, такими как тошнота или боль. Они также могут не принимать пищу, ассоциирующуюся с тревогой или дистрессом, которые вызваны спорами и столкновениями во время кормления.

Дети также выбирают пищу на основе ее качеств, таких как вкус, текстура, запах, температура или внешний вид, а также на основе средовых факторов, таких как обстановка, присутствие других людей и предполагаемые следствия принятия или отказа от пищи. Например, следствия принятия пищи могут включать насыщение, участие в социальной функции или родительское внимание. Следствия отказа от пищи могут включать такие факторы, как дополнительное время на игру, нахождение в центре внимания или перекус вместо нормального приема пищи.

Степень знакомства со вкусом пищи увеличивает вероятность того, что ребенок примет ее.[37,38] Родители могут облегчить введение в рацион новых видов пищи, регулярно комбинируя ее с уже знакомыми блюдами, пока эта пища не станет привычной для малыша.

Выводы

Пищевые привычки вырабатываются на ранних этапах развития как ответная реакция на внутренние регулятивные сигналы, отношения между родителями и ребенком, режим

питания, предлагаемую пищу и примеры поведения членов семьи. Приучение детей к употреблению фруктов и овощей на ранних этапах развития вырабатывает предпочтительное употребление этих продуктов в течение всей жизни. Необходимо проведение исследований факторов, определяющих контекст взаимоотношений взрослый-ребенок в ситуации кормления, на индивидуальном уровне, в ситуации взаимодействия и на уровне внешней среды. Необходимо также исследовать отношения между отзывчивым/неотзывчивым стилями кормления и пищевым поведением детей в связи с набором веса, а также разработать валидные для конкретных популяций инструменты измерения характеристик отзывчивого/неотзывчивого кормления.[24]

Пищевое поведение в период раннего детства во многом зависит от родителей и вырабатывается посредством приобретения опыта обращения с пищей и ее употреблением. Следует наладить систему обучения и поддержки с участием специалистов здравоохранения (т.е., патронажных сестер, семейных врачей и педиатров) и обеспечения программ питания, чтобы у родителей всегда была возможность обратиться за помощью по вопросам пищевого поведения своего ребенка.

Родителям следует совмещать собственный прием пищи с кормлением ребенка, чтобы привить ему схожие пищевые привычки, а также чтобы процесс приема пищи стал приятным событием для ребенка. Совместный прием пищи позволяет детям наблюдать за тем, как родители пробуют новые блюда, и помогает им выразить чувство голода и насыщения, а также удовольствия от употребления определенной пищи.[39]

Родители контролируют как выбор пищи, так и создание определенной атмосферы в процессе кормления. Их «работа» заключается в том, чтобы обеспечить детей здоровой пищей в определенное время и в приятной обстановке.[39] Вырабатывая определенный режим питания, родители помогают детям приучиться к осознанному ожиданию следующего приема пищи. Дети приобретают знание о том, что чувство голода скоро пройдет, и что у них нет оснований тревожиться или раздражаться. Дети не должны перекусывать или есть в течение всего дня – так вырабатывается чувство ожидания приема пищи и возникновение аппетита в определенное время.[39]

Прием пищи должен стать приятным семейным событием, когда все члены семьи вместе едят и обсуждают события дня. Когда длительность приема пищи сокращена (менее 10 минут), детям может не хватить времени, чтобы поесть, особенно в тот период, когда они

учатся есть самостоятельно, и процесс приема пищи замедляется. В то же время, ребенку тяжело дается прием пищи длительностью более чем 20 или 30 минут, поэтому такая еда может вызвать чувство отвращения.

Когда кормление сопровождается отвлечениями на просмотр телевизора, семейные споры или иную постороннюю деятельность, детям бывает трудно сосредоточиться на еде. Родителям следует отделять время приема пищи от игровой деятельности и избегать использования игрушек, игр, не смотреть телевизор – все эти факторы способны отвлечь ребенка от еды. Специальное оборудование для детей – высокие стульчики для кормления, детские нагрудники и маленькая посуда – способствует питанию и позволяет детям приобрести навыки самостоятельного приема пищи.

Рекомендации

Рекомендации могут касаться окружающей обстановки, семьи или носить индивидуальный характер. Если говорить об окружающей обстановке, то наличие здорового и вкусного меню для детей младшего возраста в ресторанах быстрого питания может помочь избежать многих проблем, связанных с регулярным употреблением пищи с высоким содержанием жира (например, картофель фри) вместо пищи, содержащей больше питательных веществ, например фруктов и овощей. Рекомендации по кормлению детей должны содержать следующую информацию: данные о пищевых потребностях ребенка, о методах стимулирования здорового пищевого поведения (включая умение распознавать сигналы о голоде или насыщении и выработку определенного типа взаимодействия между родителями и ребенком в процессе кормления), информацию о выборе подходящего времени для кормления, об обеспечении регулярных часов кормления, о введении новой пищи в рацион посредством его моделирования, данные о способах нейтрализации стрессовых и конфликтных ситуаций во время кормления. Если говорить об индивидуальном консультировании, то программы, помогающие детям развивать полезные пищевые привычки посредством употребления пищи, богатой питательными веществами, и выработать навык питания с целью удовлетворения чувства голода, а не эмоциональных потребностей, могут помочь предотвратить возможные проблемы со здоровьем и развитием.[40]

Литература

1. Bosma J. Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In: Groher ME, ed. *Dysphagia: Diagnosis and management*. 3rd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997:131-138.

2. Morris SE. Development of oral motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings *Dysphagia* 1989;3:135-154.

3. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition* 2004;134:2579-2585.

4. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002;34(6):310-315.

5. Schwartz C, Scholtens PA, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011;57(3):796-807.

6. Mennella JA, Nicklaus S, Jagolino AL, Yourshaw LM. Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiol Behav*. 2008;22;94(1):29-38.

7. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York, NY: Guilford Press; 2003:481-498.

8. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs tasting. *Appetite* 1987;9(3):171-178.

9. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):27-35.

10. Palfreyman Z, Haycraft E, Meyer C. Development of the Parental Modeling of Eating Behaviours Scale (PARM): links with food intake among children and their mothers. *Maternal and Child Nutrition*. 2012 [Epub ahead of print].

11. Zoumas-Morse C, Rock CL, Sobo EJ, Neuhouser ML. Children’s patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(8):923-925.

12. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-443.

13. Ponza M, Devaney B, Ziegler P, Reidy K, Squatrito C. Nutrient intakes and food choices of infants and toddlers participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):71-79.

14. Devaney B, Kalb L, Briefel R, Zavitsky-Novak T, Clusen N, Ziegler P. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):8-13.

15. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Murray-Kolb L, McConahy KL. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106(1):109-114.

16. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1475-1477.

17. Brotanek JM, Gosz J, Weitzman M, Flores G. Secular trends in the prevalence of iron deficiency among US toddlers, 1976-2002. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2008;162:374-81.

18. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press, 1978.

19. Rhee K. Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2008;615:11–37.

20. Baumrind D. Rearing competent children In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow.* San-Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1989:349-378.

21. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, ed. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development. Vol 4*. New York, NY: John Wiley; 1983:1-101.

22. Black MM & Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition* 2011;141(3):490-4.

23. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44(1):83-92.

24. Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *Journal of Nutrition* 2011;141:495-501.

25. Leyendecker B, Lamb ME, Scholmerich A, Fricke DM. Context as moderators of observed interactions: A study of Costa Rican mothers and infants from differing socioeconomic backgrounds. *International Journal of Behavioural Development* 1997;21(1):15-24.

26. Kivijarvi M, Voeten MJM, Niemela P, Raiha H, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behaviour and infant behaviour in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):627-640.

27. Beebe B, Lachman F. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2002.

28. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5):1054-1061

29. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine* 1991;324(4):232-235.

30. Birch LL. Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition* 1999;19:41-62.

31. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.

32. DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *International Journal of Obesity* 2011;35:480-92.

33. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* 2004;12(11):1711-1722.

34. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003;78(2):215-220.

35. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.

36. Daniels LA, Mallan KM, Battistutta D, Nicholson JM, Perry R, Magarey A. Evaluation of an intervention to promote protective infant feeding practices to prevent childhood obesity: outcomes of the NOURISH RCT at 14 months of age and 6 months post the first of two intervention modules. *International Journal of Obesity (Lond)*. 2012 Oct;36(10):1292-8.

37. Birch LL. Children’s preferences for high-fat foods. *Nutrition Reviews* 1992;50(9):249-255.

38. Birch LL, Marlin DW. I don’t like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children’s food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-360.

39. Satter E. *Child of mine: Feeding with love and good sense*. Palo Alto, CA: Bull Publishing; 2000.

40. Black MM, Cureton LA, Berenson-Howard J. Behaviour problems in feeding: Individual, family, and cultural influences. In: Kessler DB, Dawson P, eds. *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1999:151-169.