ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants

Comment aider les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines

Maureen M. Black, Ph.D., Kristen M. Hurley, Ph.D.

University of Maryland School of Medicine, États-Unis

Septembre 2013, 2e éd. rév.

Introduction

La première année de vie est caractérisée par des changements développementaux rapides en matière d'alimentation. Au fur et à mesure que le nourrisson contrôle davantage son tronc, il passe de la position allongée ou semi-allongée sur le dos, dans laquelle il tète des liquides, à la position assise et à l'alimentation composée d'aliments solides. Les habiletés motrices orales passent du mécanisme simple « téter-avaler » le lait maternel ou les préparations lactées à celui de « mâcher-avaler » des aliments semi-solides, puis progressivement des textures complexes.[1,2] Quand les enfants acquièrent des habiletés motrices fines, ils cessent d'être exclusivement alimentés par les autres pour se nourrir de façon partiellement autonome. Leur diète passe progressivement du lait maternel ou des préparations lactées aux céréales et aux aliments pour enfants, puis à la nourriture familiale. À la fin de la première année de vie, les enfants sont capables de s'asseoir seuls, de mâcher et d'avaler des aliments de textures différentes, apprennent à manger seuls et effectuent la transition vers la nourriture et les modèles de repas familiaux.

©2013-2026 ABILIO | ALIMENTATION – GROSSESSE

Au cours de cette période de transition, les recommandations ne touchent pas seulement la nourriture, mais également le contexte des repas. Une variété d'aliments sains permet à l'enfant d'avoir une alimentation de qualité, mais aussi d'accepter la nourriture tôt et de façon soutenue. Les données recueillies sur les nourrissons et les jeunes enfants de 6 à 23 mois dans 11 pays ont révélé un lien positif entre la variété alimentaire et l'état nutritionnel.[3] Les chercheurs ont lié l'exposition aux fruits et aux légumes pendant la prime enfance et la petite enfance à l'acceptation de ces aliments plus tard.[4-6]

Les enfants acquièrent leurs habitudes et leurs préférences alimentaires quand ils sont encore jeunes. Lorsque les enfants refusent des aliments sains comme les fruits et les légumes, les repas peuvent devenir stressants ou conflictuels, et les enfants peuvent se voir privés non seulement des nutriments dont ils ont besoin, mais aussi d'une occasion d'avoir des interactions saines et attentives avec leurs parents. Parmi ces parents, ceux qui sont peu expérimentés, stressés ou qui ont eux-mêmes de mauvaises habitudes alimentaires risquent d'avoir plus spécialement besoin d'aide pour favoriser des comportements sains et nourrissants chez leurs enfants au moment des repas.

Sujet

De 25 % à 35 % de tous les enfants présentent des problèmes liés à l'alimentation, notamment lorsqu'ils sont en train d'acquérir de nouvelles aptitudes et font face à de nouveaux aliments ou à de nouvelles attentes au chapitre des repas.[7] Par exemple, la prime enfance et la petite enfance sont caractérisées par des tentatives d'autonomie et d'indépendance alors que les enfants s'efforcent de faire les choses seuls. Quand ces caractéristiques s'appliquent aux comportements alimentaires, les enfants peuvent être néophobes (hésitants à essayer de nouveaux aliments) et insister pour consommer un éventail limité d'aliments,[8] ce qui leur vaut le qualificatif d'être difficiles.

La plupart des problèmes d'alimentation sont passagers et se résolvent sans difficulté et sans la nécessité d'une intervention particulière. Cependant, si ces problèmes persistent, ils peuvent compromettre la croissance et le développement des enfants et leurs relations avec leurs parents, ce qui peut conduire à des problèmes de santé et de développement à long terme.[9] Les enfants qui ont des problèmes d'alimentation persistants et dont les parents ne cherchent pas de conseils auprès de professionnels avant que ces problèmes deviennent graves risquent de développer des problèmes de croissance ou de comportement.

Problèmes

Les habitudes alimentaires subissent diverses influences environnementales, familiales et développementales. Au moment où les enfants deviennent suffisamment développés pour passer à l'alimentation familiale, les modèles familiaux et culturels prennent souvent le dessus sur leurs signaux régulateurs internes de la faim et de la satiété. Sur le plan familial, les enfants de parents qui ont des comportements alimentaires sains sont susceptibles de consommer plus de fruits et de légumes que les enfants de parents qui ont des comportements alimentaires malsains, tandis que les enfants de parents qui ont des comportements alimentaires moins sains sont susceptibles d'adopter des comportements et des préférences alimentaires qui comprennent des quantités excessives de gras et de sucre.[10] Sur le plan environnemental, l'exposition fréquente des enfants aux restaurants à service rapide et autres restaurants les amène à consommer plus d'aliments à forte teneur en gras tels que les frites plutôt que des aliments plus nourrissants comme les fruits et les légumes.[11] De plus, les parents ne se rendent peut-être pas compte du fait que de nombreux produits commerciaux qui leur sont destinés, comme les boissons sucrées, peuvent satisfaire leur faim ou leur soif, mais que leur apport nutritionnel est minime.[12]

Des enquêtes à l'échelle nationale rapportent une consommation excessive de calories pendant la petite enfance[13,14] et de nombreux enfants continuent à consommer des quantités extrêmement faibles de fruits, de légumes et de micronutriments essentiels, ce qui est alarmant.[15] Plus de la moitié de la boisson que consomment les enfants qui fréquentent l'école élémentaire est composée de boissons sucrées,[16] des habitudes de consommation qui commencent certainement pendant la petite enfance et à l'âge préscolaire. Ces mauvais modèles alimentaires (beaucoup de gras, de sucre et de glucides raffinés, des boissons sucrées et enfin des fruits et des légumes en quantité limitée) augmentent la probabilité de déficiences en micronutriments (p. ex. anémie ferriprive) et de surpoids chez les enfants.[17]

Contexte de la recherche

L'alimentation est souvent étudiée au moyen d'études d'observation ou de rapports des parents sur le comportement des enfants au moment des repas. Certains chercheurs se limitent à des échantillons cliniques d'enfants ayant des problèmes de croissance ou d'alimentation tandis que d'autres recrutent des enfants représentant la norme.

Questions clés pour la recherche

Les principales questions d'intérêt pour la recherche en ce qui a trait aux enfants sont la progression des comportements alimentaires depuis la prime enfance à la petite enfance, les méthodes employées par les enfants pour signifier qu'ils ont faim ou qu'ils sont rassasiés, et les raisons pour lesquelles certains enfants ont des préférences alimentaires sélectives (ceux qu'on appelle les mangeurs « difficiles »). Encourager les jeunes enfants à adopter des comportements alimentaires sains et à consommer des aliments sains, et prévenir les problèmes d'alimentation sont les principales questions relatives aux parents et aux familles.

Résultats récents de la recherche

Attachement et alimentation

Les comportements alimentaires sains commencent pendant la petite enfance, au moment où les tout-petits et leurs parents établissent un partenariat dans lequel ils apprennent à reconnaître et à interpréter les signes de communication verbale et non verbale les uns des autres. Ce processus réciproque forme la base des liens affectifs ou d'attachement entre les tout-petits et les parents, qui sont essentiels au bon fonctionnement social.[18] Si la communication entre les enfants et les parents est perturbée, si elle est caractérisée par des interactions contradictoires et un manque de réceptivité, le lien d'attachement risque d'être ténu, et les repas peuvent se transformer en une zone de batailles vaines et troublantes à propos de la nourriture.

Les enfants qui ne donnent pas de signes clairs à leurs parents ou qui ne réagissent pas aux efforts de leurs parents pour les aider à adopter une routine prévisible d'alimentation, de sommeil et de jeu sont à risque pour tout un éventail de problèmes, y compris des problèmes d'alimentation.[9] Les enfants nés prématurément ou malades ne réagissent pas toujours aussi vivement que les nourrissons nés à terme et en santé et sont parfois moins capables de communiquer leurs sensations de faim ou de satiété. Les parents qui ne reconnaissent pas les signes de satiété de leurs nourrissons peuvent les suralimenter, si bien que les nourrissons en viennent à associer la sensation de satiété à la frustration et au conflit.

Contexte alimentaire entre parents et enfants

Les comportements alimentaires et la croissance des enfants sont liés aux différents contextes alimentaires entre parents et enfants.[19] La sensibilité et la structure parentales, notamment la

perception des parents envers le comportement de leur enfant, ont été appliquées aux contextes alimentaires (figure 1).[20,21,22] Le style alimentaire réceptif fait référence à une tendance réciproque où les parents donnent des conseils et réagissent adéquatement sur le plan développemental aux signes de faim et de satiété de leur enfant. Le style alimentaire non réceptif fait référence à un manque de réciprocité entre le parent et l'enfant. Le parent contrôle souvent de manière excessive l'environnement alimentaire en obligeant ou en restreignant l'ingestion d'aliments, l'enfant contrôle l'environnement alimentaire en exigeant de ne manger que quelques aliments (style alimentaire indulgent) ou le parent ignore les signes de son enfant ou il ne parvient pas à établir des routines alimentaires (style alimentaire détaché).[23,24]

Figure 1. Contexte alimentaire entre parents et enfants : modèles de conduites parentales et de styles alimentaires

SENSIBILITÉ		
	ÉLEVÉE	FAIBLE
ÉLEVÉE	AUTORITAIRE • Impliqué • Réconfortant • Structuré **Style alimentaire réceptif**	AUTOCRATIQUE • Contraignant • Restrictif • Structuré **Style alimentaire contrôlant**
FAIBLE	INDULGENT • Impliqué • Réconfortant • Non structuré **Style alimentaire indulgent**	DÉTACHÉ • Désengagé • Insensible • Non structuré **Style alimentaire détaché**

Le style alimentaire contrôlant, où la structure est forte et la sensibilité faible, est caractéristique des parents qui utilisent des stratégies contraignantes ou restrictives pour contrôler le moment des repas. Ce style fait partie d'un modèle de pratiques parentales globalement autocratique et peut inclure des comportements beaucoup trop stimulants, comme parler fort, forcer l'enfant à manger ou le dominer.[27] Les parents contrôlants peuvent outrepasser les signaux de régulation interne de la faim et de la satiété.[28] La capacité innée des nourrissons à autoréguler leur consommation d'énergie diminue pendant la petite enfance en réaction aux

modèles familiaux et culturels.[29]Le style alimentaire réceptif, qui renvoie à une personne qui fait preuve de beaucoup de sensibilité et de structure, est un type d'éducation autoritaire et est caractéristique des parents qui établissent une relation avec leur enfant où les exigences sont claires et où il y a une interprétation mutuelle des signaux et des demandes d'interaction au moment des repas. Le style alimentaire réceptif est caractérisé par des interactions rapides qui dépendent du comportement de l'enfant, qui sont appropriées à son niveau de développement et où les concessions mutuelles sont facilitées.[22,25,26]

Le style alimentaire indulgent, présentant beaucoup de sensibilité et peu de structure, est représentatif d'un style de pratiques parentales généralement indulgent, et se produit quand les parents permettent aux enfants de prendre des décisions à l'égard des repas, comme le moment de manger et le contenu de l'assiette.[23] Sans directives parentales, les enfants sont susceptibles d'être attirés par des aliments riches en sodium et en sucre plutôt que par une variété alimentaire plus équilibrée qui comprend des légumes.[23] Ainsi, ce style indulgent peut poser problème étant donné les prédispositions génétiques des enfants qui les poussent à préférer les aliments sucrés et salés.[30] Les enfants de parents qui utilisent un style alimentaire indulgent sont souvent plus gros que ceux dont les parents ont recours à d'autres styles alimentaires.[24]

Le style alimentaire détaché, dont la sensibilité et la structure sont faibles, représente souvent les parents qui ont peu de connaissances et d'implication à l'égard des comportements alimentaires de leur enfant au moment des repas.[23] Les caractéristiques de ce style alimentaire sont le peu, voire l'absence d'aide physique active et de verbalisation pendant le repas, le manque de réciprocité entre l'enfant et le parent, l'environnement alimentaire négatif et le manque de structure ou de routine alimentaire. Les personnes de ce style alimentaire ignorent souvent les recommandations en matière d'alimentation infantile ainsi que les signaux de faim et de satiété de leurs jeunes enfants, et ne savent peut-être pas ce que leur enfant mange ni à quel moment il s'alimente. Egeland et Sroufe[31] ont découvert que les enfants de parents détachés ou non disponibles sur le plan psychologique étaient plus susceptibles de développer un attachement anxieux que ceux de parents disponibles. Le style alimentaire détaché fait partie d'un style de conduites parentales globalement détaché.[23]

Plusieurs études systématiques récentes indiquent un lien entre le contrôle alimentaire que les parents exercent et le gain de poids ou le statut du poids chez les enfants en bas âge et pendant la petite enfance.[24,32,33] Le contrôle alimentaire a été lié à un gain de poids élevé (p. ex., les enfants de parents qui utilisent des pratiques d'alimentation restrictives ont tendance à trop manger)[34] et

à un faible gain de poids (p. ex., les enfants qui subissent de la pression pour manger plus n'ont pas tendance à trop manger).[35] Toutefois, la structure transversale de la plupart des études, au même titre que la tendance à se fonder uniquement sur le comportement des parents plutôt que de tenir compte de la nature réciproque des interactions alimentaires, a nui à la compréhension des interactions alimentaires entre les parents et les enfants. Dernièrement, un essai clinique randomisé réalisé auprès d'enfants australiens en bas âge a démontré que fournir des conseils d'ordre préventif concernant le comportement alimentaire des enfants en bas âge a donné lieu à un gain de poids plus sain et à des taux plus élevés de comportement alimentaire réceptif signalés par les enfants eux-mêmes.[36] D'autres essais doivent être effectués afin de mieux comprendre les stratégies visant à encourager les interactions alimentaires et une croissance saines.

Préférences alimentaires

Les enfants qui sont élevés par des parents qui prônent des comportements alimentaires sains, comme une diète riche en fruits et en légumes, développent des préférences alimentaires qui incluent ces aliments.[4]

Les préférences alimentaires sont également déterminées par des circonstances liées aux aliments. Les enfants tendront à éviter les aliments qu'ils associent à des symptômes physiques désagréables tels que la nausée ou la douleur. Ils peuvent aussi éviter les aliments qu'ils associent à l'anxiété ou à la détresse souvent ressentie quand les repas sont le théâtre de disputes et d'affrontements.

Les enfants acceptent ou rejettent aussi les aliments en fonction de leurs qualités – goût, texture, odeur, température, apparence – de même que de facteurs environnementaux tels que le lieu, la présence d'autres personnes et les conséquences attendues du fait de manger ou de ne pas manger. Par exemple, la liste des conséquences du fait de manger peut comprendre le soulagement de la faim, la participation à une activité sociale ou l'attention des parents. De la même façon, si l'enfant ne mange pas, il peut avoir plus de temps pour jouer, devenir le centre d'attention ou se faire donner des aliments à grignoter à la place du repas régulier.

Plus les enfants s'accoutument au goût d'un aliment, plus ils sont portés à l'accepter.[37,38] Les parents peuvent faciliter l'initiation à de nouveaux aliments en les mangeant eux-mêmes, en les combinant aux aliments préférés de leurs enfants et en servant un nouvel aliment de façon

répétée jusqu'à ce qu'il cesse d'être « nouveau ».

Conclusions

Les comportements alimentaires se mettent en place au cours de la petite enfance en fonction de signes internes régulateurs, de l'interaction parents-enfant, de la routine des repas, des aliments offerts et des modèles familiaux. Exposer l'enfant aux fruits et aux légumes tôt dans la vie permet d'établir un comportement où il préférera les fruits et les légumes toute sa vie. Davantage de recherches sont nécessaires pour étudier les déterminants individuels, interactifs et environnementaux du contexte alimentaire entre les parents et les enfants, les relations entre les styles réceptif et non réceptif, le comportement alimentaire et la prise de poids des enfants. Des outils validés propres à une population visant à mesurer ces styles sont aussi nécessaires.[24]

Les comportements alimentaires pendant la petite enfance sont grandement influencés par les parents et s'acquièrent par l'expérience précoce de la nourriture et de l'alimentation. L'éducation et l'appui fournis par les professionnels de la santé (c'est-à-dire les infirmières en santé publique, les médecins de famille et les pédiatres) et les programmes de nutrition doivent être renforcés pour s'assurer que les donneurs de soins disposent de l'infrastructure nécessaire pour traiter les problèmes de comportement alimentaire pendant l'enfance.

Les parents devraient manger avec leurs enfants afin que ces derniers apprennent par observation, et pour que les repas soient considérés comme des occasions agréables de passer du temps ensemble. Le partage des repas permet aux enfants de voir leurs parents essayer de nouveaux aliments et aide les enfants et les parents à communiquer la faim et la satiété de même que le plaisir qu'ils ont à manger certains aliments.[39]

Les parents contrôlent la nourriture offerte et l'ambiance au moment des repas. Leur « travail » consiste à s'assurer d'offrir aux enfants de la nourriture saine selon un horaire prévisible dans un cadre agréable.[39] En instaurant une routine au moment des repas, les parents apprennent aux enfants à prévoir le moment où ils mangeront. Ces derniers apprennent que le sentiment de faim sera bientôt soulagé et qu'il n'est pas nécessaire de se sentir anxieux ou irritable. Ils ne devraient pas grignoter ni manger tout au long de la journée, de façon à ce qu'ils développent une attente et un appétit autour de l'heure des repas.[39]

Les repas devraient être des moments agréables et centrés sur la famille pendant lesquels les membres de la famille mangent ensemble et parlent de ce qui leur est arrivé pendant la journée.

Si les repas sont trop brefs (moins de 10 minutes), les enfants n'auront peut-être pas assez de temps pour manger, surtout s'ils sont en train d'apprendre à manger seuls et risquent ainsi de manger lentement. À l'inverse, les enfants ont souvent du mal à rester assis plus de 20 ou 30 minutes, et s'ils y sont obligés, ils peuvent commencer à ressentir une aversion pour les repas.

Quand il y a des distractions lors des repas (la télévision, des disputes entre membres de la famille ou des activités concurrentes), les enfants peuvent avoir du mal à se concentrer sur la nourriture. Les parents devraient faire une nette séparation entre l'heure du repas et les périodes de jeu et éviter d'utiliser des jouets ou la télévision pour distraire leurs enfants pendant les repas. L'emploi d'articles adaptés aux enfants – chaises hautes, bavettes, petits ustensiles, etc. – peut aider les enfants à manger et à apprendre à manger seuls.

Implications

Les implications sont sur trois plans : l'environnement, la famille et l'individu. Sur le plan environnemental, en encourageant les restaurants à service rapide et autres restaurants à aussi offrir des choix d'aliments sains et appétissants qui plaisent aux jeunes enfants, on peut réduire l'incidence des problèmes d'alimentation qui surviennent lorsque les enfants sont régulièrement exposés à des aliments à forte teneur en gras comme les frites plutôt qu'à des aliments nourrissants comme les fruits et les légumes. Sur le plan familial, les lignes directrices en matière de nutrition des enfants devraient comprendre des renseignements sur les besoins nutritionnels et sur les stratégies pour encourager les comportements alimentaires sains, notamment reconnaître les signes de faim et de satiété chez l'enfant, prévoir des interactions adéquates pour les repas, allouer du temps pour les repas et planifier selon des heures relativement constantes, promouvoir de nouveaux aliments par l'exemple et éviter le stress et les conflits pendant les repas. Au chapitre individuel, les programmes qui aident les enfants à acquérir des habitudes alimentaires saines en mangeant des aliments nourrissants et en mangeant pour satisfaire leur faim plutôt qu'un besoin affectif peuvent prévenir des problèmes de santé et de développement à plus long terme.[40]

Références

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.