

### ***Дифференциальная диагностика нарушений пищевого поведения***

Расстройства, внешне сходные с психогенными нарушениями пищевого поведения, могут отмечаться при некоторых соматических и неврологических заболеваниях раннего возраста. Так, при свинцовой интоксикации наблюдаются нарушения пищевого поведения по типу инфантильной нервной анорексии. Тяжелые соматические заболевания часто приводят к нарушениям питания в виде пищевых прихотей.

Пищевое недоразвитие нередко связано с желудочно-пищеводным рефлюксом и неспецифической диареей. У детей с перинатальным поражением мозга наблюдается длительное привыкание к новой пище, замедленное жевание и проглатывание (элементы пассивного отказа от пищи). Дети предпочитают пищу, характерную для более младшего возраста. Указанные особенности пищевого поведения обычно сочетаются у детей с задержкой психического развития.

Основным отличием психогенно обусловленных нарушений пищевого поведения от расстройств, связанных с соматоневрологической патологией, является их относительная кратковременность, обратимость, зависимость от динамики взаимоотношений в системе мать-дítě.

Психогенные нарушения питания обычно быстро редуцируются после нормализации материнско-детских отношений.

Психогенно обусловленные нарушения пищевого поведения могут возникать вторично на фоне имеющихся у детей врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта. Такие нарушения иногда называют «посттравматическими пищевыми расстройствами». Среди них часто встречается врожденный трахеопищеводный свищ. Дети с данным заболеванием для исключения попадания пищи в легкие питаются через гастростому. Необходимость постоянного наблюдения за детьми в течение длительного времени нередко приводит к тому, что их родители не могут сдерживать досаду и недовольство, вызванную заболеванием ребенка.

Нарушение детско-материнских отношений способствует закреплению патологического пищевого стереотипа. Ввиду психогенных наслоений пищевое поведение у ребенка полностью не восстанавливается даже после успешно проведенного оперативного вмешательства.

Вторичные психогенные пищевые нарушения возникают также у детей, получающих питание через зонд.

Расстройства пищевого поведения в данном случае являются следствием:

- а) нарушения биохимической регуляции цикла «голод—насыщение»;

б) нарушения формирования структуры пищевого поведения от рефлекса до координированного акта сосания и глотания;

в) отрицательных эмоциональных реакций, возникающих вследствие удушья при перекрывании зондом просвета дыхательных путей.

Совершенствование технологии комплексной терапии пороков развития желудочнокишечного тракта не снимает психологических проблем. Вторичные психогенные расстройства пищевого поведения ухудшают прогноз основного заболевания. Для оптимизации лечения необходимо искусственное моделирование акта питания, включающее в себя координирование движений мышц рта и глотки, способствующих поступлению пищи в желудок. Необходимо эмоционально положительное подкрепление каждого вновь выработанного умения. Такой подход, независимо от качества ухода за детьми, позволяет менее чем за 12 нед сформировать у них правильный пищевой стереотип.

### ***Прогноз нарушений пищевого поведения***

Прогноз нарушений питания относительно благоприятный. Большинство психосоматических расстройств пищевого поведения постепенно редуцируются после трехлетнего возраста. Вместе с тем, при исследовании 750 детей в возрасте до 15 мес показано, что нарушения сосания в первые недели и месяцы жизни приводят к риску возникновения пищевого недоразвития и других нарушений питания в более старшем возрасте. У подростков, больных нервной анорексией, в раннем детстве достаточно часто наблюдались различные нарушения питания. При патологии пищевого поведения обращают на себя внимание, в первую очередь, особенности детско-родительских отношений. Например, считается, что общение взрослых с детьми как до начала заболевания, так и после него эмоционально обеднено. В этих условиях пища является единственным «средством коммуникации» родителей и детей. Уделяя чрезмерное внимание питанию ребенка, матери часто рассматривают отказ детей от еды как личное оскорбление. Женщины негодуют из-за того, что малыш «не оправдывает» их ожидания. Они чрезмерно озабочены физическим и телесным благополучием ребенка в ущерб его эмоциональному комфорту.

Достаточно распространено предубеждение, что обильное питание в первые годы жизни — залог будущих интеллектуальных успехов ребенка. Представления матери о значимости для ребенка пищи в данном случае сильно искажены. У детей с пищевыми расстройствами в раннем детском и младшем школьном возрасте наблюдается широкий спектр поведенческих нарушений (40 % против 15 % у детей без пищевых нарушений).

## **Терапия нарушений пищевого поведения**

Основной целью семейной психотерапии при расстройствах пищевого поведения является как коррекция нарушений питания у ребенка, так и, одновременно с этим, нормализация межличностных отношений в системе мать-дитя. Общими принципами психотерапии нарушений пищевого поведения являются :

- 1) обучение матери правильному распознаванию знаков «голода», которые подает ей ребенок с первых месяцев жизни;
- 2) коррекция представлений матери о нутритивных потребностях ребенка;
- 3) коррекция представлений матери о способах воздействия на младенца;
- 4) формирование у ребенка навыков рационального питания;
- 5) использование комплекса психотерапевтического воздействия с медикаментозным лечением.

**1. Обучение матери правильному распознаванию подаваемых младенцем знаков «голода».** Прежде всего, необходимо научить мать распознавать на слух различные типы младенческого крика-плача. Для правильного их распознавания рекомендуется вести дневники крика-плача. В процессе наблюдения за ребенком в левой половине страницы отмечаются характерные особенности крика-плача, а в правой — причина, его вызвавшая («хочу есть», «хочу спать», «я мокрый»). Можно использовать также правило «паузы». Матери предлагается остановиться и задуматься, чего в настоящую минуту может хотеть плачущий ребенок. При необходимости рекомендуется использовать помощь других членов семьи, особенно тех, кто уже имеет опыт ухода за детьми раннего возраста.

**2. Коррекция представлений матери о нутритивных потребностях ребенка** включает в себя разъяснение наиболее распространенных ошибочных представлений о потребностях младенца в пище, динамике прироста его массы тела. Одновременно необходима работа по повышению у матери самооценки. Для этого ей предлагается присутствовать при обсуждении плана лечения, терпеливо объяснять цель и сущность вмешательства. На каждую манипуляцию с ребенком мать должна давать формальное разрешение. Наиболее эффективной методикой коррекции представлений матери о потребностях младенца в пище является метод видеообратной связи. Методика видеообратной связи включает в себя

просмотр пациентом видеозаписи своего собственного поведения, в данном случае процесса кормления матерью ребенка. Таким образом создаются условия для того, чтобы «со стороны» объективно оценить свое поведение. Мать самостоятельно или под руководством врача отмечает допущенные в ходе кормления ошибки, что способствует пересмотру ее позиции и трансформации поведения в более адаптивное.

По способам применения и средствам привлечения внимания к содержанию предъявленной информации различают активную (отобранный фрагмент видеозаписи демонстрируют матерям с подробными комментариями врача) и пассивную видеообратную связь (видеосюжеты используют без их анализа).

По времени предъявления выделяют прямую (в ходе сеансов) и отсроченную (после сеансов) видеообратную связь.

По содержанию отобранных материалов видеообратная связь разделяется на тематически ориентированную (внимание акцентируется на одном из аспектов материнско-детских отношений) и аморфную (матерей ориентируют на восприятие и интерпретацию своего поведения в целом). Видеозапись поведения матери и младенца при кормлении грудью проводят в специальной комнате, в центре которой помещается видеокамера на штативе. Видеокамера постоянно находится в данной комнате до начала эксперимента, чтобы матери относились к ней как к предмету окружающей обстановки. Видеокамеру устанавливают на автоматический режим работы, и в специальной комнате остается мать с новорожденным на руках в фокусе досягаемости объектива. В конце сеанса в комнату возвращается врач, и видеозапись сопровождается его активными комментариями. Оценивают вербальное и невербальное поведение матери в процессе кормления ребенка, а также действия матери при его засыпании. В этот же день мать просматривает видеозапись. Врач проводит разбор записанных фрагментов. Раз в неделю проводят разборы в присутствии группы матерей.

Групповые разборы фрагментов видеозаписи опираются на принцип «положительного примера». Основными отличиями этого психотерапевтического приема являются: наглядность, доступность, возможность сравнения, убедительность. Применение видеообратной связи приводит как к редукции нарушений пищевого поведения у детей, так и к нормализации лактации у матерей. Отмечается также улучшение качества кормления.

Выявлены типичные ошибки матерей при кормлении. К ним относятся:

- 1) неправильное положение младенца у груди;

- 2) неправильное положение рук матери;
- 3) отсутствие стимуляции сосательного рефлекса ребенка, основанное на традиционном заблуждении о невозможности сосания ребенком во время сна;
- 4) кормление из одной груди;
- 5) кратковременность кормления и последующий быстрый докорм из рожка;
- 6) неудобство одежды матери;
- 7) слишком тугое пеленание ребенка.

**3. Коррекция представлений матери о способах воздействия на младенца.** Пищевое поведение ребенка во многом зависит от качества детско-материнской привязанности и, в частности, от поведения матери во время кормления. Надежная детско-материнская привязанность, в свою очередь, возникает при высоком уровне активности младенца в такие режимные моменты, как кормление и бодрствование. Формированию надежной привязанности способствует умение матери во время кормления и бодрствования поддерживать инициативу ребенка, устанавливая с ним контакт взглядов, синхронизировать свои действия с действиями ребенка, общаться в режиме диалога. Кормление ребенка необходимо проводить с учетом мнения Б. Спока о том, что «самый лучший способ сохранить хороший аппетит ребенка — это не мешать ему думать, что он сам хочет есть, а не вы хотите его накормить». Матери предлагают представить, что «она находится во власти неумолимого гиганта, который не понимает ее языка и отнимает у нее так любимый ею кофе, заставляя пить теплую воду». Можно использовать также метафору А. Фромма о том, что «механизм детского питания так же тонок, как устройство часов. Стоит перекрутить завод — и часы перестанут работать. Как только мать перекормит своего ребенка — он совсем откажется от еды». Используется, например, тезис о том, что «дети плохо едят потому, что их родители всеми силами пытаются заставить их есть хорошо». Матери объясняют, что ребенок рождается с «инстинктом упрямства», когда его слишком понукают, и с «инстинктом отвращения» к той пище, с которой у него связаны неприятные воспоминания. Применяется также прием «психотерапевтического зеркала». Матери предлагают представить на минуту себя на месте ребенка, в один из душных дней, когда ей совсем не хотелось есть. Далее мать должна вообразить, что какой-то нервничающий гигант сидит рядом и с беспокойством наблюдает за каждым куском, который она проглатывает. Она съедает немного тех блюд, которых ей

хотелось, и кладет вилку, чувствуя, что насытилась. Но гигант выглядит расстроенным и говорит: «Ты даже не попробовала репу». Мать объясняет, что ей не хочется репы, но он не понимает ее настроения и ведет себя так, как будто бы она нарочно хочет его огорчить. Тогда гигант говорит, что она не встанет из-за стола, пока она не съест всю репу без остатка. Мать пробует ложечку, но чувствует легкую тошноту. Гигант зачерпывает столовую ложку репы и заталкивает ей в рот, отчего она давится (видоизменено по Б.Споку).

**4. Формирование навыков рационального питания** проводится в зависимости от формы нарушения пищевого поведения.

При лечении младенческой анорексии рекомендуется:

- 1) кормить ребенка строго ограниченное время, например, 30 мин, затем прекращать;
- 2) кормить в определенное время, а в промежутках воздерживаться от кормления;
- 3) детям старше 12 мес давать возможность есть самостоятельно, хотя бы частично;
- 4) кормить небольшими порциями, постепенно увеличивая рацион;
- 5) показать матери, как правильно реагировать на пищевое поведение ребенка.

Лечение поедания несъедобных веществ включает в себя:

- 1) обучение матери адекватно реагировать на подаваемые младенцем «пищевые» крики;
- 2) контроль поведения ребенка для ограничения его доступа к бумаге, вате, шерстяным изделиям, коврам;
- 3) рекомендуется соответствующий гигиенический режим в квартире с ежедневной сухой и влажной уборкой;
- 4) предлагается использовать современные игрушки, при манипулировании с которыми не отслаивается краска. При терапии пищевого недоразвития родителям предлагается заносить массу и длину тела ребенка в определенный график для сопоставления с нормативными данными. Повышается уровень знаний матерей о потребностях ребенка в пище. Для этого проводят групповые занятия в поликлиниках, детских больницах. После начала прибавки в массе тела разрешается постепенно изменить диету. Постоянный контроль пищевого поведения должен сохраняться до того времени, когда ребенок не достигнет надлежащей массы тела.

При регургитационных и «жевательных» расстройствах терапия включает в себя:

1) оценку пищевого поведения младенца в основном с точки зрения его эмоциональных потребностей и в меньшей мере физиологических;

2) сужение круга ухаживающих за ребенком лиц для обеспечения постоянства и прочности эмоциональных связей, при этом психотерапевт становится для младенца «главным опекуном» и активно участвует в его кормлении;

3) использование игрушек для простых игр, во время которых оценивается реактивность ребенка и результаты терапии;

4) дозированное увеличение внимания ухаживающих за младенцем лиц, прежде всего матери, подключение ее к процессу терапии;

5) контролирование эффективности лечения для исключения появления новых симптомов патологического пищевого поведения;

6) программу психологического «вознаграждения» и «порицания» для родителей. Детей с пищевым недоразвитием и регургитационными расстройствами необходимо госпитализировать вместе с матерями на педиатрическое отделение раннего возраста.

Для детей с тяжелыми нарушениями пищевого поведения на начальном этапе важно определить дефицит в прибавке массы тела. Если недостаток массы тела соответствует гипотрофии II или III степени (масса тела ниже нормы на 20-30 % и более), необходимо определить полный суточный объем питания. Принято считать, что это одна пятая часть фактической массы тела, вне зависимости от возраста, но для детей первого года жизни не должна превышать 1 л. Далее определяют объем пищи от полного суточного объема, который можно назначить на сегодняшний день.

При гипотрофии II степени это две трети от полного суточного объема, при гипотрофии III степени — одна треть. Увеличивается кратность приема пищи, обычно на 1-2 кормления. Длительность разгрузки зависит от улучшения аппетита у ребенка, если младенец ест охотно, ежедневно прибавляют по однократному разовому объему. Зондовое кормление применяют в состоянии выраженного токсикоза по жизненным показаниям.

5. Комплексная терапия нарушений пищевого поведения. Значительный эффект при тяжелых формах нарушений пищевого поведения дает применение ферментных и биологических препаратов.

Опыт психофармакотерапевтической коррекции психических нарушений при функциональных расстройствах пищевого поведения

показывает, что дифференцированный подход к выбору препарата по спектру действия и наличию противопоказаний позволяет избежать ухудшения состояния, развития побочных эффектов и осложнений.

**Клиническая оценка эффективности терапии** позволяет заключить следующее.

1. При лечении нарушений пищевого поведения целесообразна следующая очередность предпринимаемых мер: мероприятия по поддержанию нормативной массы тела, адекватному поступлению и усвоению питательных веществ, психотерапия, психофармакотерапия.

2. Эффективности психотерапии при психогенных расстройствах пищевого поведения способствует ее дифференциация по целям и задачам, позволяющая адекватно выбрать тот или иной метод.

3. При систематическом поедании несъедобных веществ эффективно применение ноотропов. Препаратом выбора является пирацетам, а при наличии синдрома гипервозбудимости перинатального генеза — пантогам.