

## ***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-дитя.

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 пытаются 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 желудочно-кишечного 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 тематическиориентированную (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, устанавливать 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 затачивает ей в рот, отчего она давится (виоизменено 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. Препаратором выбора является пирацетам, а при наличии синдрома гипервозбудимости перинатального генеза — пантогам.