**Избирательность в еде у детей**.

Связи между поведением и питанием Взгляд нейропсихолога. Избирательность в еде Причины и пути помощи.

Я давно обратила внимание на то, что существует определенная связь между отказом ребенка от определенных видов пищи и особенностями его эмоциональности. Особо впечатляющие случаи, когда рацион ребенка ограничивается всего несколькими продуктами, обычно сочетались с раздражительностью и даже агрессивностью и, практически всегда, с тревожностью ребенка.

 «Сыну 5 лет, с 2-х лет отказывается наотрез принимать приготовленную еду. Ест одно и то же, редко каким то чудом удается подключать что то новое. Пробовать новое отказывается, нюхать, трогать и т.д. тоже. Интереса не проявляет к еде никакого. Есть определенный список продуктов, которые прочно вошли в рацион… Ходит голодным, есть не просит…В садике целый день голодный. Все бы ничего, но проблема в том, что наше основное и каждодневное блюдо - драники, жареные на сковороде (в другом виде он их не ест) с сыром и чесноком, недавно чудом удалось подключить мясо (в драники)…Набор сырых продуктов достаточно велик, поэтому голодным не остается». (<https://www.b17.ru/forum/topic.php?id=13722>).

«…ребенок - сын 8 лет… С раннего детства (лет с 2х) проявляет крайнюю избирательность в еде - есть только ограниченный круг блюд и новое пробовать отказывается категорически. Иногда под уговорами пытается что-то попробовать, но если еда ему не нравится - сразу рвотный рефлекс. Также тошнит от некоторых запахов (например вареной цветной капусты). Пыталась расширить меню насильственно (не давая в течение дня "любимых" блюд), но он тогда вообще не ел, а от голода начиналась рвота (ацетонический синдром), поэтому махнула рукой в надежде что подрастет, пойдет в школу и станет есть. "За компанию" с другими детьми ничего нового не ест, даже конфет-шоколад-пирожных». (<http://forums.rusmedserv.com/showthread.php?t=285710>).

Беспокойство, как правило вызывают две вещи: ухудшение в состоянии здоровья ребенка и то, что это существенно ограничивает социализацию ребенка и семьи. Представьте себе, что будет, если ребенок, который ест только пять продуктов, да еще и приготовленных определенным образом, попадет в реанимацию, например, куда не пронесешь домашнюю еду? Я уже молчу про санатории, лагеря, длительные поездки, когда семья питается не дома и т.д.

Итак, избирательность ребенка в еде – отказ от употребления в пищу определенных продуктов, который может принимать формы существенного ограничения рациона ребенка (в некоторых особых случаях до 5 продуктов).

С некоторых недавних пор (в 2013 году), в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям (в нашей стране врачи его используют как дополнительное руководство) появился соответствующий диагноз Расстройство, связанное с избеганием/ограничением приема пищи» (Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), DSM-V, 2013, 307.59, F50.8).

Основные критерии этого расстройства:

А. Нарушение питания или кормления (например, отсутствие интереса к приёму пищи или к самой еде; избегание определенных продуктов на основании их сенсорных качеств (например, цвета, запаха, консистенции и т.д. – О.С.); беспокойство по поводу опасных для здоровья последствий приема пищи), проявляющееся в постоянном недостатке удовлетворения питательных и/или энергетических нужд, связанном с одним (или более) признаком из следующих:

Значительная потеря веса (или невозможность достичь ожидаемого набора веса, или задержка роста у ребёнка).

Значительная нехватка питательных веществ. Так, например, описаны случаи цинги у детей,  полностью отказывающихся от употребления в пищу овощей и фруктов (Ma, Thompson, Weston, 2015).

Зависимость от энтерального питания или оральных пищевых добавок.

Значительное влияние на психосоциальное функционирование.

В. Расстройство не связано с недоступностью пищи или с ограничениями со стороны культурных традиций.

С. Расстройство не наблюдается только лишь в период нервной анорексии или булимии и не связано с переживанием из-за фигуры и веса.

D. Расстройство не является частью другого психического заболевания, усиливаясь в периоды обострений.

Расстройство, когда отказ от пищи связан с какими-то ее сенсорными характеристиками, возникает обычно в течение первого десятилетия жизни ребенка. Расстройство, когда отказ от пищи связан с беспокойством по поводу опасных последствий ее приема, может возникнуть в любой момент жизни человека.

Считается, что на возникновение расстройства могут влиять детско-родительские отношения, например, насильственное кормление, угрозы и конфликты вовремя или после приема пищи, связанные с отказом ребенка от еды и другие воспитательные ошибки.

Нужно иметь в виду, что избирательность в еде может не выходить за рамки нормы. Например, для детей 2-3 лет вполне естественна привередливость в еде. Избирательность в еде, когда она действительно создает серьезные проблемы для ребенка и семьи, может сочетаться с другими психическими расстройствами или быть симптомом в их структуре, поэтому консультация врача необходима, чтобы он мог отделить «зерна от плевел» и помочь выработать правильную тактику сопровождения пациента.

Одним из самых распространенных психических расстройств, сочетающихся с ARFID является тревожное расстройство. Оно наблюдается примерно у 70% детей с ARFID (Nicely et al., 2014). Довольно часто ARFID сочетается с расстройствами аутистического спектра (13%, Nicely et al., 2014). По разным оценкам около 90% детей с ранним детским аутизмом испытывают проблемы с питанием разного рода (Kodak, Piazza, 2008), около 70% демонстрируют избирательность в еде (Twachtman-Reilly et al, 2008).

Так откуда у ребенка может появиться избирательность в еде?

Давайте попробуем разобраться, как осуществляется выбор объекта удовлетворения пищевой потребности?

По нашим представлениям, пищевая потребность ничем не отличается от любой другой потребности, поэтому путь от появления дискомфорта (в данном случае голода) до насыщения всегда один (см. Рисунок). Сначала возникает дискомфорт, а с ним и беспокойство, желание от дискомфорта избавиться. Дискомфорт возникает внутри нас, и большинство правильно определяют его как голод. Некоторые, правда не понимают, что с ними происходит, и я знаю одного мальчика, который в момент наступления голода очень раздражается, громко кричит и никого к себе не подпускает, плюется, если его пытаются накормить, но его мама твердо знает, что стоит ему проглотить хоть несколько ложек пищи, как он сразу успокоится и вернется в благостное расположение духа. Следующий этап - это мотивация, сила, которая побуждает нас к совершению определенных действий. Она может возникнуть только в том случае, если мы четко знаем, каким образом мы собираемся удовлетворить потребность, избавиться от чувства голода. Наше восприятие дает нам подсказки – мы узнаем, что лежит в холодильнике и в шкафу или кто из членов семьи дома и может нам помочь перекусить. Наша память подсказывает нам, какие именно объекты подходят для того, чтобы удовлетворить голод, и как мы их можем добыть, если под рукой нет ничего подходящего. Мы совершаем выбор из нескольких возможностей, оценив, с какой вероятностью нас ждет успех в том или ином случае, формируем план действий и, наконец, действуем.

При этом объектом наших устремлений может стать только что-то потенциально приятное и, естественно, безопасное.



А как наш организм узнает – пригодным или не пригодным для еды является объект? По началу, к сожалению, методом проб и ошибок. Не попробовав трудно определить что вкусно, а что отвратительно. Правда, у маленького ребенка есть родители, которые кормят его, не спрашивая, нравится ему что-то или нет, заставляя попробовать что-то новое. Первым питательным объектом у большинства является материнское молоко, которое довольно вкусно, потому что имеет сладкий привкус и не имеет горького. Горький или сильно кислый вкус сигнализируют нашему организму, что объект потенциально опасен, может быть ядовитым и для ребенка вполне естественно не есть горькое или кислое. Горький привкус содержится в некоторых овощах, например, в редисе, капусте, сельдерее, репчатом луке, брокколи, шпинате. Ребенку это может не понравиться и у него нет оснований доверять взрослым, которые подсовывают ему всякую пакость, особенно, если это происходит регулярно.

Если организм встречается с чем-то вкусным, сладким, то в мозг поступает сигнал, который стимулирует выделение таких веществ как эндорфины и энкефалины. Действие этих веществ связано с переживанием удовольствия. Об этом тут же поступает сигнал в другие структуры мозга, активизируя мозговую систему награды и подкрепления (Brain reward system), которая заставляет нас сконцентрировать внимание и запомнить этот приятный объект. Чем чаще мы с ним будем встречаться, тем лучше его запомним и, при новой встрече, наш мозг уже заранее начнет выделять эндорфины и энкефалины в предвкушении удовольствия, а мозговая система награды и подкрепления будет заставлять нас действовать. Психологи, занимающиеся поведением, называют этот процесс «положительное усиление». Какие-то наши действия награждаются, и мы стремимся их совершать снова и снова. Если же приятный объект вдруг надолго исчезнет из нашего поля зрения, и заменить его будет нечем, мы начнем испытывать страдания, а наша мозговая система награды и подкрепления будет требовать от нас действий, направленных на поиск и возвращение в жизнь удовольствия и гармонии. Так мы можем стать зависимы, например, от сладостей.

Я ем мало сладкого, однако, когда я полностью лишаю себя углеводов, сажусь на диету, мой мозг начинает посылать мне всякие соблазнительные сны и мысли. Через неделю мне кажется, что предел моих мечтаний – кусок кремового торта. Я прямо во сне вижу, как поедаю его с урчанием.

Избирательность в еде может являться результатом «положительного усиления».

Сладкая пища может не только вызвать переживание удовольствия, но и снизить беспокоящее чувство тревоги, вызвать релаксацию. Не даром, именно сладкая пища столь привлекательный для ребенка объект и чаще всего используется для награждения ребенка за желательное поведение и служит средством манипуляции («Если сделаешь как я скажу, получишь конфетку»).

В принципе, у очень тревожного человека, любой вид пищи может стать объектом выбора, если в какой-то момент будет установлена связь этого вида пищи с комфортным состоянием индивиддума. Выпил стакан воды и вдруг почувствовал временное облегчение. Высокая степень тревоги обостряет внимание и, к сожалению, одновременно как цемент фиксирует случайные ассоциации, приводя нас к ложным выводам. По этому механизму происходит формирование и закрепление многих снижающих тревогу действий и ритуалов. Существует подход, рассматривающий навязчивые действия как вариант зависимого поведения (Grassi et al., 2015).

В этом случае избирательность в еде будет связана с требованием соблюдения определенных условий. Например, определенным образом приготовленная еда, определенным образом сервированный стол и т.д. Также она может сочетаться с другими видами навязчивых движений и действий.

Ярко выраженная склонность к поведению, основанному на «положительном усилении» связана с уровнем фетального тестостерона (Laricchiuta, Petrosini, 2014). Такое поведение называется «поведением достижения» и коррелирует с импульсивностью, склонностью к рисковому поведению без достаточной оценки возможных последствий. Определенные виды избирательности в еде, в частности, связанные со стремлением к потреблению только сладостей, могут отмечаться у детей с некоторыми формами СДВГ, проявляющимися в повышенной импульсивности, или у лиц, имеющих когнитивные нарушения. О связи ARFID с СДВГ и задержкой умственного развития свидетельствуют некоторые исследования (Nicely et al., 2014).

На мозговом уровне у лиц с ярко выраженным «поведением достижения» можно видеть интенсивную активацию структур, входящих в систему подкрепления, в сочетании со сниженной активностью лобной коры, обеспечивающей произвольную регуляцию поведения. Характерным для поведения достижения является интенсивное выделение дофамина (Laricchiuta, Petrosini, 2014) – вещества, непосредственно обеспечивающего высокий уровень мотивации и переживание страстного желания.

А теперь давайте разберемся, как формируется поведение избегания, откуда возникает нежелание что-то пробовать, отвращение.

На мозговом уровне поведение избегания возникает в ответ на «отвратительные» стимулы, посредством активности, возникающей в лимбической системе мозга и, в частности, в структуре, именуемой «миндалина». Миндалина получает информацию от всех сенсорных систем и выполняет быструю оценку потенциальной опасности того или иного объекта или явления для организма (Damasio, 1994; Fuster, 2001). Миндалина посылает информацию в кору островка, которая связана с переживанием чувства отвращения, и в лобную кору, которая быстро формирует ответ в виде избегающего поведения. Второй системой мозга, принимающей участие в формировании поведения избегания, является система, структуры которой выделяют ацетилхолин – вещество, влияющее на мозговую систему награды и подкрепления и приводящее к затормаживанию всех видов активности, направленных на достижение (Laricchiuta, Petrosini, 2014). Некоторые индивидуумы с рождения предрасположены к поведению избегания в большей степени, чем к поведению достижения. Интересно, что на такую предрасположенность может повлиять повышенный уровень гормонов стресса и сниженный уровень серотонина («гормона радости») у беременной и кормящей матери (Zoratto et al., 2013).

Роль базовой или ситуативной тревоги в формировании избегающего поведения.

Переживание чувства тревоги связано с активностью лимбической системы мозга, в частности, миндалины и гиппокампа, а также структур лобной коры (Park et al., 2016). Активность миндалины, как мы уже знаем, ассоциируется с обработкой значимой информации, в первую очередь, угрожающих стимулов, и активно вовлечена в поведение избегания. При ее поражениях переживание опасности становится менее интенсивным (Adolphs, 2010). Активность гиппокампа играет существенную роль в переводе информации из кратковременной в долговременную память. При его поражениях наблюдается Корсаковский синдром. Также известно, что активность гиппокампа способствует быстрому закреплению условной связи, особенно в сочетании с активностью миндалины (Dolcos, Denkova, Dolcos, 2012), а  запоминание эмоционально насыщенной информации осуществляется эффективнее по сравнению с запоминанием нейтральной. Активность лобной коры необходима для формирования сложных форм целенаправленного поведения (об этом столько всего написано, что даже не знаю, на кого ссылаться).

Высокий уровень ситуативной тревоги способствует быстрому формированию гипотезы о связи стимула и нежелательных последствий и закреплению избегающего поведения.

В этом случае избирательность в еде имеет связь с определенным событием, которую не всегда просто установить. Это может быть ожег рта и глотки (слишком горячая еда), сильное чувство кислоты или горечи (попался зловредный овощ), прием пищи после хирургического вмешательства на слизистой гортани (больно глотать), случайное подавление куском еды (страх смерти обеспечен), конфликт в момент приема пищи (просто сочетание еды и негативных эмоций) и др. Важно помнить, что неправильное поведение взрослых во время кормления считается одним из существенных факторов риска в формировании ARFID.

Ребенок с повышенным базовым уровнем тревожности будет демонстрировать избегающее поведение не только в еде. Это может проявляться также в избегании социальных контактов, в наличии разного рода страхов и использовании различных компенсаторных механизмов, связанных с потребностью держать все под контролем. Например, родители отмечают, что детей невозможно привлечь к чему-нибудь внезапно, без предупреждения, даже если это что-то интересное и хорошее. Их обязательно нужно информировать обо всем заранее.

Роль измененной чувствительности в формировании избегающего поведения

Повышенная чувствительность к вкусовым, обонятельным, тактильным, болевым, температурным и даже звуковым и зрительным стимулам обычно сопровождается отрицательными эмоциональными переживаниями (стимулы, приемлемые для нормы, переживаются как сверхсильные) и может привести к быстрому формированию условной связи между конкретным видом пищи и неприятным переживанием.

В том, как это скажется на выборе объектов избегания, большую роль играет возраст ребенка. Примерно до 2,5 лет дети воспринимают объекты целостно, не разделяя их на отдельные свойства. В результате, отношение к определенному свойству легко распространяется на весь объект или объекты этого класса (например, попробовав горький огурец, ребенок может решить, что все зеленые длинные предметы, которыми родители хотят его накормить, горькие). Представления о классах у детей в возрасте до 5-6 лет (а иногда и у более старших) тоже довольно своеобразное. Например, они могут не понимать разницу между овощами и фруктами, но четко делить еду на зеленую, красную, белую и т.д. Любое явное свойство объектов внешнего мира может казаться ребенку главным, а объекты, обладающие этим свойством, будут объединяться.

Роль лимбической системы мозга в формировании избегающего поведения:

При гиперактивности лимбической системы разнообразные виды чувствительности обострены.  Чаще всего это обонятельная, вкусовая и звуковая чувствительность. Возможно, это связано с тем, что корковые концы обонятельного, вкусового и слухового анализаторов прилежат к гиппокампу, являющемуся частью лимбической системы) и имеют тесные связи с другими структурами лимбической системы.

В этих случаях чаще всего избирательность в еде достаточно четко связана с определенными свойствами пищи (например, отказ от твердой пищи) и возникает до 2,5 лет. Среди особенностей поведения ребенка при этом выявляются дополнительные черты, такие как непереносимость определенного рода стимулов (громких звуков, прикосновений) и могут наблюдаться другие виды избирательности и консерватизма (например, отказ от шершавой одежды).  Если у ребенка отмечается гиперактивность лимбической системы, то в поведении отмечаются выраженные трудности эмоциональной регуляции, раздражительность.

И последний и, пожалуй, самый важный вопрос, который бы хотелось обсудить, что же с этим всем делать?

В большинстве случаев, когда избирательность в еде носит явно болезненный характер и мешает ребенку нормально существовать в обществе, необходимо комплексное сопровождение пациента, включающее наблюдение невролога (а в некоторых случаях и психиатра), диетолога и других врачей, которые смогут исключить соматические заболевания, ведущие к появлению избирательности (например, гастроэнтеролога), работу психолога.

Приведу лишь один пример, почему избирательность в еде требует не только профильных специалистов:

Ко мне по телефону обратилась мама маленького мальчика, который вдруг стал отказываться от еды и, самое страшное, от питья. Мама сообщила, что у мальчика и так большие сложности с едой, так как он аллергик, а тут и вовсе невозможно стало его накормить. Кроме того, появились и другие тревожные симптомы. Он стал себя вести как-то неадекватно: требовать, чтобы его посадили в ванну в одежде, стал криком реагировать на любимые игрушки. Конечно, первая мысль была, что ребенку срочно требуется консультация психиатра. Когда мальчик пришел к врачу выяснилось, что все его тело покрыто корками и, похоже, что слизистые тоже. Ему было просто очень больно и есть, и пить, и хотелось как-то избавиться от кожного зуда, но непосредственный контакт с водой доставлял ему мучения, поэтому он хотел сидеть в ванне в одежде. Очевидно, что ни психолог, ни невролог, ни психиатр не мог бы ему помочь. При этом даже мама, которая знала своего малыша вдоль и поперек, первым делом подумала, что у него что-то не в порядке с психикой, а психика-то тут была ни при чем.

Методы поведенческой терапии (лучше всего подходят, если не изменена чувствительность, но есть определенная закрепившаяся в поведении избегающая реакция):

1) Подкрепление в случае, когда ребенок пробует какой-либо новый вид пищи. Например, можно завести специальную доску почета (или «тарелку славы»), куда наклеивать либо изображение того продукта, который ребенок попробовал, либо просто интересную для ребенка наклейку. Этот способ будет усиливать желательное поведение – пробовать что-то новое. Поведенческие психологи назвали бы такой способ «позитивным усилением», когда мы усиливаем поведение через позитивные с точки зрения ребенка последствия. В данном случае позитивным последствием будет эмоциональное поощрение.
2) Игнорирование нежелательного поведения (криков, истерик, ухода из-за стола или расшвыривания пищи) и продолжение своей линии при одновременном соблюдении пункта 1. Этот подход будет назван «негативным ослаблением». Ребенок не получает позитивных с его точки зрения последствий (например, не добивается того, чтобы ему дали только вкусное и перестали предлагать то, что он не хочет) и его нежелательное поведение ослабевает без подкрепления.

Сенсорно-интегративные методы, направленные на расширение рациона и изменение чувствительности.

1) Развивающая работа, направленная на дифференциацию разных видов чувствительности. Это позволит постепенно разделить восприятие качеств объекта друг от друга, и ребенок сможет не распространять свое негативное отношение на весь объект (например, поймет, что зеленый и горький это совершенно разные, не связанные друг с другом свойства).
2) Специальные игры, направленные на развитие глубокой чувствительности рта и подвижности всех составляющих жевательно-глотательного аппарата (mouth games). На самом деле, все эти игры очень напоминают логопедическую гимнастику. Также существует целый ряд средств, стимулирующих чувствительность рта, начиная от лимонно-сладких кубиков льда, заканчивая специальной щеточкой (NUK brush), которую используют для массажа и для кормления.
3) При проблеме восприятия текстуры пищи - введение новых продуктов в виде гомогенного пюре. При проблеме вкуса - начинать с введения тех продуктов, которые по вкусу наиболее близки к предпочитаемым, добавлять в любимую пищу немного нелюбимой, постепенно изменяя пропорцию.
4) При проблеме с приемом твердой пищи - исключить слабость жевательных мышц, мышц языка и гортани, а если она обнаружится - выполнять соответствующие развивающие упражнения.
5) Некоторым детям проще пробовать новую пищу, если перед этим снизить чувствительность вкусовых рецепторов, например, дав пососать ребенку кубик льда.
6) В ряде случаев необходимо уделить внимание положению головы и тела ребенка при кормлении, использовать специальные стулья и подушки, регулировать количество принимаемой за один раз пищи (не ложку с горкой, а неполную ложку), использовать специальные ложки и стаканы.

Психотерапевтические методы:

1) Индивидуальная психотерапия. Необходима, когда избирательность идет в контексте тревожного поведения или в тех случаях, когда ребенок пережил травматический опыт, связанный с едой. В работе при этом могут использоваться:
- Специальные пособия, помогающие ребенку научиться справляться со стрессовыми ситуациями, связанными с едой, создать позитивный настрой (позитивные ритуалы, помогающие попробовать новую еду) с помощью специальных сказок, песен.
- Привлечение любимых героев, которые сами пробуют новую еду.
- Повышение мотивации и ослабление негативной эмоциональной окраски приема пищи через игры с едой, совместное приготовление еды, специальное забавное оформление процесса еды, поддержание усилий ребенка (тарелка славы).
- Использование любимой еды в качестве награды за то, что съел что-то новое.

- Очень важно, чтобы сам процесс приема пищи был как можно более позитивным, поэтому никаких скандалов, конфликтов, ссор в этот период быть не должно, если родители хотят помочь ребенку справиться с избирательностью в еде.
2) Семейная психотерапия. Необходима, когда пищевое поведение служит способом манипуляции родителями и ведет, в основном, к тому, что ребенок ест только вкусненькое. Сладость иногда используется родителями как способ успокоить раздраженного ребенка и служит позитивному усилению нежелательного поведения. В частности, психолог может использовать анализ поведения родителей с целью выявить типичные ситуации, когда нежелательное поведение подкрепляется взрослыми и предложить способы изменения воспитательных приемов.

Немного подробнее о методах сенсорной терапии избирательности в еде можно посмотреть в статье Шарона Сермака: [http://specialtranslations.ru/picky-eating-in-children-with-autism-spect...](http://specialtranslations.ru/picky-eating-in-children-with-autism-spectrum-disorders/)