

Що таке розлади харчової поведінки в дітей

Розлади харчової поведінки (РХП) — це група психічних розладів, за яких порушується ставлення людини до їжі, власного тіла та процесу харчування настільки, що завдається суттєва шкода фізичному здоров'ю, психологічному стану й повсякденному функціонуванню. Попри те що в суспільній свідомості такі розлади досі переважно асоціюються з підлітками старшого віку або молодими жінками, сучасні клінічні дані переконливо свідчать: РХП трапляються в дітей будь-якого віку, включно з дошкільнятами, і не обмежуються певною статтю, соціальним прошарком чи культурним середовищем. Розуміння природи цих розладів є необхідною передумовою для їх вчасного розпізнавання та ефективної допомоги.

ІСТОРІЇ КЛІЄНТІВ

Батько 8-річного хлопчика з РХП

Коли люди чують словосполучення “розлад харчової поведінки”, вони уявляють собі підлітка. Ніхто не сприймав нашого сина як дитину з такою проблемою. Але він постійно тривожився через їжу, пропускав приймання їжі й дедалі більше замикався в собі. Учителька казала, що він виглядає втомленим. Ми шукали причину будь-де, тільки не в харчуванні.

Ключова відмінність розладу харчової поведінки від звичайних харчових уподобань або тимчасових труднощів із їжею полягає у ступені виразності порушень і їхній стійкості. Діти часто проходять через періоди вибірковості в їжі, відмови від нових продуктів або зниження апетиту. Такі явища можуть бути частиною нормального розвитку й не потребують медичного втручання. Про розлад харчової поведінки говорять тоді, коли порушене ставлення до їжі або власного тіла зберігається тривалий час, виходить за межі вікової норми, завдає страж-

дань самій дитині або суттєво порушує її життя: фізичний розвиток, соціальні взаємини, навчання й емоційний добробут.

ІСТОРІЇ КЛІЄНТІВ

Мати 7-річної дівчинки з РХП

Я довго переконувала себе, що це просто такий період. Адже майже в усіх дітей так буває, правда? Мій племінник у три роки їв лише макарони, і нічого, виріс здоровим. Я навіть казала педіатру: так, вона погано їсть, але ж розвивається. Потім під час чергового огляду лікар показав мені графік росту. За останній рік донька виросла значно менше, ніж очікувалося для її віку. Я дивилася на той графік і не могла зрозуміти, як не помітила цього. Адже вона була поруч зі мною щодня.

З клінічного погляду розлади харчової поведінки належать до психічних розладів і додані до двох основних міжнародних класифікацій: DSM-5¹ та МКХ-11². Такий статус означає, що йдеться не про слабку силу волі, примхи чи помилки виховання, а про стани з чітко визначеними діагностичними критеріями, нейробіологічними механізмами та доказовими методами лікування. Усвідомлення медичної природи РХП має принципове значення, оскільки саме її нерозуміння найчастіше затримує звернення сім'ї по професійну допомогу.

Сучасна класифікація виділяє кілька основних форм розладів харчової поведінки, які найчастіше трапляються в дитячому віці.

- *Нервова анорексія* характеризується стійким обмеженням споживання їжі, інтенсивним страхом набрати вагу або “потовстіти” та спотвореним сприйняттям власного тіла.
- *Нервова булімія* проявляється повторюваними епізодами переїдання з подальшою компенсаторною поведінкою: викликанням блювання, зловживанням проносними засобами або надмірними фізичними навантаженнями.
- *Компульсивне переїдання* характеризується повторюваними епізодами неконтрольованого споживання великої кількості їжі

¹ Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, п'яте видання.

² Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, одинадцятий перегляд.

без регулярної компенсаторної поведінки та супроводжується виразним почуттям сорому й дистресом.

- *Розлад вибіркового харчування*, або розлад уникнення/обмеження споживання їжі (ARFID), відрізняється від нервової анорексії тим, що обмеження харчування не пов'язане зі стурбованістю масою тіла чи зовнішністю. Причиною стають сенсорна чутливість, страх вдаватися або негативні очікування, що пов'язані з їжею.

Окрім цих основних форм, класифікації містять атипові та змішані варіанти, за яких симптоми не повністю відповідають жодній із основних категорій, але за своїми наслідками залишаються не менш серйозними. Докладніше кожен з цих форм розглянуто в розділі ІІІ. На цьому етапі важливо підкреслити, що розлади харчової поведінки являють собою не одне захворювання, а спектр клінічно різних станів.

У дитячому віці розлади харчової поведінки мають низку особливостей, які принципово відрізняють їх від проявів у дорослих. По-перше, діти рідше можуть словами описати своє ставлення до власного тіла або усвідомити, що їхня поведінка пов'язана зі стурбованістю масою тіла. Це особливо характерно для дітей молодшого шкільного та дошкільного віку. Через це класичні діагностичні критерії, що були розроблені на основі спостережень за дорослими пацієнтами, можуть не виявити розлад у дитини, навіть якщо він уже розвинувся. Педіатрична клінічна практика давно зіткнулася з цією проблемою, і сьогодні фахівці визнають, що в дітей діагностичні ознаки часто проявляються інакше або представлені не в повному обсязі. По-друге, наслідки розладів харчової поведінки для організму, що росте, значно тяжчі, ніж для дорослого. Недостатнє харчування в період активного росту призводить до затримки фізичного розвитку, порушення формування кісткової тканини, гормональних збоїв і неврологічних наслідків. Дитячий організм перебуває у стані безперервного росту й розвитку, тому будь-які суттєві порушення харчування швидше та сильніше позначаються на цих процесах. По-третє, діти залежать від дорослих, що водночас створює додаткові труднощі, оскільки дитина не може самостійно звернутися по допомогу, і відкриває додаткові можливості. Батьки здатні чинити потужний терапевтичний вплив, якщо правильно розуміють, що відбувається.

Батько 10-річного хлопчика з РХП

Я весь час чекав, що син якось розповість, що його турбує. У фільмах підлітки говорять про свої комплекси, переживання, страх набрати вагу, а він просто дедалі більше замикався в собі. Коли лікар пояснив, що діти часто не можуть описати свої почуття так, як дорослі, багато що стало на свої місця. Проблема існувала вже давно, просто ми шукали її не там.

Статистичні дані щодо поширеності розладів харчової поведінки серед дітей різняться залежно від використаних діагностичних критеріїв, вікової групи та методології дослідження. Проте сукупність епідеміологічних даних свідчить, що ці розлади трапляються значно частіше, ніж прийнято вважати. За різними оцінками, на РХП страждають від одного до шести відсотків дітей і підлітків, залежно від віку та застосованих діагностичних критеріїв. Водночас ARFID, який тривалий час не виділяли як самостійну категорію, за сучасними даними належить до найпоширеніших розладів у педіатричній практиці. Важливо також враховувати, що офіційна статистика, найімовірніше, суттєво недооцінює реальну поширеність. Багато випадків не діагностується вчасно, частину класифікують як інші стани, а деякі сім'ї взагалі не звертаються по допомогу. Усе це означає, що фактична кількість дітей із РХП помітно перевищує показники офіційної статистики.

Питання щодо причин виникнення розладів харчової поведінки досі залишається предметом активних наукових досліджень. Водночас сучасна медицина дотримується *біопсихосоціальної моделі*, згідно з якою жоден окремий чинник сам собою не є достатнім для розвитку розладу. Генетична схильність відіграє важливу роль. Дослідження близнюків показують, що спадковість нервової анорексії становить приблизно від 50 до 80%. Проте генетика створює лише вразливість, а не визначає майбутній розвиток подій. Така вразливість реалізується через взаємодію з психологічними особливостями дитини, зокрема рівнем тривожності, схильністю до перфекціонізму та особливостями емоційної регуляції, а також із зовнішніми чинниками: сімейною системою, соціальним оточенням і культурними уявленнями про тіло та харчування. Така модель має важливе практичне значення, оскільки пояснює, чому неможливо виділити одну “причину” розладу й чому

успішне лікування завжди потребує роботи водночас на кількох рівнях. Докладно чинники ризику розглядаються в розділі IV.

Нейробіологічні дослідження останніх двох десятиліть суттєво змінили розуміння розладів харчової поведінки. Сьогодні накопичено переконливі дані про те, що за цих розладів порушується робота нейронних мереж, які відповідають за регуляцію апетиту, систему винагороди, емоційну обробку інформації та прийняття рішень. Зокрема, у разі нервової анорексії виявлено зміни в *дофамінергічній системі*, що впливають на те, як мозок обробляє сигнали винагороди та підкріплення. Через це обмеження в їжі за анорексії може викликати в пацієнта не дискомфорт, а, парадоксальним чином, зниження тривоги й відчуття контролю, що суттєво ускладнює лікування. Нейровізуалізаційні дослідження також виявляють структурні зміни в ділянках мозку, які відповідають за *інтероцепцію*, тобто сприйняття сигналів власного тіла. Такі зміни частково пояснюють порушене сприйняття голоду, насичення та фізичного стану, що характерне для багатьох клієнтів із РХП. Такі дані наочно демонструють: поведінка дитини з розладом харчової поведінки не є маніпуляцією чи свідомим вибором. Мозок дитини справді функціонує інакше, ніж мозок здорової людини, тому спроби вплинути на ситуацію за допомогою переконань, тиску або погроз не лише неефективні, а й можуть погіршити стан.

Важливу роль у розумінні РХП у дітей відіграє *концепція критичного періоду*. Деякі дослідники зазначають, що ранній початок розладу, тобто до завершення статевого дозрівання, пов'язаний як із тяжкими медичними наслідками, так і з іншим прогнозом порівняно з випадками, коли захворювання виникає в пізньому підлітковому або дорослому віці. Така обставина підкреслює важливість ранньої діагностики: що раніше виявлено розлад і розпочато лікування, то меншої шкоди зазнає організм, який розвивається, і тим вища ймовірність повного одужання. Міжнародні дослідження показують, що за своєчасного початку лікування більшість дітей із РХП досягає повного одужання. Проте на практиці від появи перших симптомів до встановлення діагнозу часто минає кілька років. Саме скороченню цього проміжку присвячена значна частина цієї книги.

Батькам, які зіткнулися з підозрою на розлад харчової поведінки у своєї дитини, надзвичайно важливо від самого початку зрозуміти

одну принципову річ: РХП не виникають через неправильне виховання й не є наслідком батьківської помилки. Такий факт не означає, що сімейний контекст не має значення. Навпаки, він є дуже важливим, але причинно-наслідкові зв'язки набагато складніші, ніж може здаватися на перший погляд. Почуття провини й сорому, які переживають багато батьків після того, як у дитини виявляють розлад харчової поведінки, не лише не дають користі, а й заважають ефективній допомозі. Вони забирають сили й час, що необхідні для лікування. Сучасна клінічна практика розглядає батьків не як частину проблеми, а як ключовий ресурс терапії, особливо в педіатричному контексті, де саме сім'я є головним середовищем життя дитини.

ІСТОРІЇ КЛІЄНТІВ

Мати 9-річної дівчинки з РХП

Коли фахівець уперше сказав, що хвороба виникла не через якусь одну мою помилку, я розплакалася просто в кабінеті. Кілька місяців я без кінця перебирала в голові кожне своє рішення: чи не дозволяла їй занадто багато солодкого, чи не надто часто говорила про здоров'я, чи не була надмірно вимогливою. Здавалося, що якщо донька захворіла, то я десь серйозно її підвела. Почуття провини буквально не давало думати ні про що інше.

Ця книга побудована в такий спосіб, щоб дати батькам цілісне розуміння харчової поведінки дітей: що саме відбувається, як проявляються розлади, як відрізнити їхні ознаки від нормальних вікових особливостей і коли необхідно негайно звернутися по професійну допомогу. Вона не призначена для самодіагностики й не замінює консультацію фахівця. Її мета полягає в тому, щоб скоротити проміжок між появою перших симптомів і отриманням кваліфікованої допомоги, який сьогодні залишається однією з головних проблем у сфері дитячих розладів харчової поведінки.