УДК 159.922+616.89+392.8+641.5+616-053.2
DOI: 10.56871/CmN-W.2025.56.38.022

ИЗБЕГАЮЩЕ-ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (ARFID) У ГОДОВАЛОГО РЕБЕНКА

© Андрей Гелиевич Кощавцев, Екатерина Владимировна Ильичева

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация:
Андрей Гелиевич Кощавцев — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии. E-mail: mdspb@yandex.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3861-4134 SPIN: 5449-3953

Для цитирования:
Кощавцев А.Г., Ильичева Е.В. Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения (ARFID) у годовалого ребенка. Children's Medicine of the North-West. 2025;13(2):236–241. DOI: https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.56.38.022

Поступила: 26.03.2025 **Одобрена: 05.05.2025** **Принята к печати: 18.06.2025**

РЕЗЮМЕ. Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения (ARFID) представляет собой патологическую избирательность или ограничение приема пищи. Наряду с пикацизмом (употреблением в пищу непитательных или непищевых веществ) и руминационным расстройством (повторными срыгиваниями съеденной пищи), оно составило относительно новую диагностическую категорию «Расстройства питания и приема пищи» в DSM-5 (2013) и МКБ-11 (2020). Типичным возрастом начала считается младенческий и ранний детский, однако данные расстройства наблюдаются также у более старших детей, подростков и взрослых. В работе представлен случай из клинической практики, в котором проявления ARFID развились в раннем детском возрасте и привели к характерным последствиям — хроническому недоеданию, потере массы тела (белково-энергетическая недостаточность, дистрофия), отставанию роста и психомоторного развития ребенка (психомоторное развитие в год на уровне шестимесячного возраста), необходимости применения гастростомы для обеспечения поступления питательных веществ в организм (с характерным негативным влиянием этого на психосоциальное функционирование семьи). В парадигме психиатрии младенческого возраста в этиопатогенезе данного случая ARFID прослеживается бессознательное отвержение матерью ребенка (на фоне нежелания рождения ребенка со стороны отца и его семьи), недостаточная ориентировка матери в потребностях младенца и, как следствие, делегирование значительной части заботы о ребенке медицинскому персоналу.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения, ARFID, расстройство пищевого поведения у детей, избирательное питание, гастроинтестинальные расстройства*

DOI: 10.56871/CmN-W.2025.56.38.022

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER (ARFID) IN A ONE-YEAR-OLD INFANT

© Andrey G. Koshchavtsev, Elena V. Ilyicheva

Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation

Contact information:
Andrey G. Koshchavtsev — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology.
E-mail: mdspb@yandex.ru ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3861-4134 SPIN: 5449-3953

For citation:
Koshchavtsev AG, Ilyicheva EV. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in a one-year-old infant. Children's Medicine of the North-West. 2025;13(2):236–241. (In Russian). DOI: https://doi.org/10.56871/CmN-W.2025.56.38.022

Received: 26.03.2025 **Revised: 05.05.2025** **Accepted: 18.06.2025**

ABSTRACT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) represents a pathological selectivity or restriction of food intake. Along with Pica (eating non-nutritious or non-food substances) and Rumination Disorder (repeated regurgitation of eaten food), it makes a relatively new diagnostic category of "Feeding and Eating Disorders" in the DSM-5 (2013) and ICD-11 (2020). The typical age of onset is considered to be infancy and early childhood, but these disorders are also observed in older children, adolescents, and adults. This article presents a clinical case, in which the manifestations of ARFID developed in early childhood and led to characteristic consequences — chronic malnutrition, weight loss (protein-energy deficiency, dystrophy), retardation of growth and psychomotor development of the child (psychomotor development at one year is at the level of six months of age), the need for a gastrostomy to ensure the intake of nutrients into the body (with a characteristic negative impact on the psychosocial functioning of the family). In the paradigm of infant psychiatry, the etiopathogenesis of this case of ARFID is traced to the mother's unconscious rejection of the child (against the background of the unwillingness of the father and his family to have a child), lack of orientation of the mother in the needs of the baby and, as a result, delegation of a significant part of the child care to medical personnel.

KEYWORDS: *avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID, eating disorder in children, selective eating, gastrointestinal disorders*

ВВЕДЕНИЕ

У пациентов детского возраста с психическими расстройствами, задержками развития, расстройствами аутистического спектра, последствиями удушья, опытом зондового кормления в ряде случаев отмечается избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) (DSM-5, категория 307.59; ICD-11, категория 6B83) [1]. Предполагается, что включение этого диагноза в МКБ-11 предоставит большие возможности для выявления этого расстройства в клинической практике и оказания помощи детям [2, 3].

Диагностическими критериями ARFID являются:

A. Отсутствие интереса к еде или привычке есть; избегание пищи из-за ее сенсорных характеристик (чрезмерная чувствительность к внешнему виду, цвету, запаху, текстуре, температуре или вкусу); неблагоприятная реакция на пищу из-за предыдущего негативного опыта (удушье, рвота, обследование — эзофагоскопия). Это может привести к одному или нескольким из следующих симптомов: 1) потере веса; 2) задержке роста; 3) применению компенсаторных методов — энтеральное питание, назогастральный зонд или гастростома, применению пероральных пищевых добавок; 4) негативным последствиям для социального функционирования (например, ребенок не сидит за столом в семье или не ест в школе).

B. Вышеуказанные состояния не объясняются невозможностью приобрести пищу, возрастными факторами, такими как избирательность приема пищи в младенчестве и детстве, связанными с переходом на новые виды пищи, или культурно обусловленными факторами (включая традиции и религиозные обычаи).

C. Расстройства пищевого поведения не были определены как проявление дисморфофобии/дисморфомании.

D. Расстройства пищевого поведения нельзя объяснить другими психическими расстройствами. Если оно встречается в рамках другого психического расстройства, но занимает доминирующее положение в его клинических проявлениях, то ARFID считается отдельным диагнозом.

Согласно диагностическим рекомендациям DSM-5, ARFID чаще всего начинается в младенчестве или детстве [1]. Отмечается затяжное течение расстройства, его проявления могут иметь место даже во взрослой жизни. Избирательное питание, основанное на характеристиках пищи, возникает в течение первого десятилетия жизни, но сохраняется и во взрослом возрасте. Избегание приема пищи из-за страха неблагоприятных последствий (удушье, рвота, перенесенная эзофагоскопия) встречается в любом возрасте.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка С., 1 год 2 месяца. ***Жалобы. Анамнез.*** Ребенок длительно пребывает на педиатрическом отделении в связи с невозможностью принимать пищу через рот (2–3 дня ест, далее — рвота), в связи с чем питается через гастростому в течение последних месяцев. Из анамнеза известно, что беременность первая, протекала без особенностей, роды на 41-й неделе, выписана из родильного дома в срок, психомоторно развивалась с задержкой, проблемы с кормлением, со слов матери, «были всегда».

История семьи. Наследственность: со слов, дед по линии матери страдает алкоголизмом, в отношениях в ряде случаев использует физическое насилие. Брак не зарегистрирован. Семья матери религиозная, при этом отец ребенка — представитель иной конфессии. Со слов матери, отец не сообщил в своей родительской семье, что у него есть ребенок.

История развития младенца. Материнские ожидания в отношении ребенка были негативны, поскольку рождение ребенка скрывалось от родителей партнера, она отказалась принять иную веру, чтобы ее приняла семья отца ребенка. Поведение мужа заключается в редком посещении ребенка и в целом в отсутствии вовлеченности в его воспитание. Первые материнские впечатления о ребенке были положительными; двигательные, эмоциональные и познавательные «вехи» заключались в отставании в развитии. Ребенок начал переворачиваться только к 6 месяцам, до настоящего времени не сидит самостоятельно; первая улыбка в 3 месяца, время появления комплекса оживления после 8-месячного возраста (до сих пор полностью не угас), в отношении к незнакомцам только в последнее время появилась настороженность; манипулирование с предметами и исследовательская деятельность соответствуют приблизительно шестимесячному возрасту; ранее младенческое поведение заключалось в невозможности успокоить ребенка в первые месяцы жизни: со слов матери, девочка никогда не могла успокоиться самостоятельно, мать не могла успокоить ее, когда она «орет». Основной уровень активности нейтральный. Несмотря на проблемы

с питанием, отмечается относительно регулярный сон, график кормления; к новым стимулам приспосабливается медленно. Тестирование развития проводилось по Денверской оценочной методике. Девочка тестировалась по 20 пунктам. Использовалось как прямое наблюдение, так и сведения, полученные от матери. Отмечалось 10 невыполненных пунктов, что соответствует аномальному развитию.

Диагностические игры. *Игры «Возьми-отдай».* Ребенку предлагалась яркая небольшая кукла, чтобы она могла ее ухватить. Девочка была пассивна, реагировала только тогда, когда куклу практически вкладывали в руку. *Игры с маленькими предметами.* Мы использовали скрепки и магнит, предлагая ребенку складывать на магнит рассыпанные скрепки. Никакого интереса к игре девочка не продемонстрировала. *Ролевые игры.* В игре с идентичными ролями («ладушки», «коза рогатая») ребенок только улыбался, без элементов подражания взрослому. *Игры с исчезающими предметами.* Части пирамидки накрывались платком — девочка мгновенно теряла интерес к спрятанному предмету.

Оценка матери. *А. Базовая оценка.* По результатам приблизительной оценки психологического здоровья матери (в пределах одной беседы) мать, наиболее вероятно, страдает нервно-психическими расстройствами пограничного уровня. Мать сообщает, что до постановки гастростомы не справлялась, «чувствовала, свою беспомощность, что вылечить ее (дочь) не могу». Мать понимает, что «нет оснований» для возникновения рвоты. Говорит, что привыкла к разным медицинским учреждениям, «привыкла к палате, отделению». Создается впечатление, что мать бессознательно индуцирует у своего ребенка страдания, отношение к ребенку простирается от утрированной нежности до жестких формулировок. Мать, являясь основным опекуном ребенка, выглядит довольной и не расстроена из-за госпитализации дочери.

Б. *Оценка специфических способностей родителей.* 1) Способность родителей организовать поведение младенца. Такая способность особенно важна для младенцев раннего возраста, поскольку они особенно зависимы от своих матерей. Она состоит в умении сознательно или бессознательно изучить индивидуальные характеристики поведения своего ребенка и, используя это, иметь гармоничные материнско-детские отношения. Мать пациентки С., «не чувствует», в какой позе ее ребенку удобней спать, как его быстрее успокоить («переверни — начинает “психовать”», девочка раздражает мать, «выхожу из палаты, комнаты, чтобы “отдышаться”»). 2) Восприимчивость и пригодность ухаживающих за ребенком лиц. Три вида крика-плача, вокализируемые младенцем после месячного возраста: «Хочу есть», «Хочу спать» и «Я мокрый». «Эмоционально-положительный» крик, вокализируемый после 2-3-месячного возраста. Мать пациентки С. не дифференцирует правильно эти знаки. 3) Реактивность поведения родителей. Реактивность родителей можно оценить, осведомившись об их ответных реакциях на крик-плач своего ребенка. Мать пациентки С. старается незамедлительно реагировать на различные виды крика-плача (но часто неадекватно) и обладает высокой реактивностью поведения. 4) Стимуляция как средство дать ребенку почувствовать, что он может сделать что-то сам, пока не прослеживается в этой диаде «мать–дитя».

Соматический статус при осмотре. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, кожа — с несколько синеватым оттенком. Отмечается некоторая пастозность тканей при пальпации. Носовое дыхание свободное. Дыхание в легких хорошо проводится, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Артериальное давление (АД) 90/55 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) — 114 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Неврологический статус. Сознание ясное. Девочка доступна, контактна и фокусируется на заданиях. Обоняние не нарушено. Глазные щели D=S. Зрачки D=S. Фотореакция живая. Движения глаз не ограничены, нистагма нет. Конвергенция, аккомодация не нарушены. Диплопии нет. Окончания тройничного нерва безболезненны. Носогубные складки симметричны. Слух не нарушен (на «кастрюльную пробу» реагирует адекватно). Язык находится по средней линии. Глотание не нарушено. Диапазон движений в конечностях полный. Парезов нет. Симметричный гипотонус мышц (берет в рот пальцы ног). Рефлексы с рук живые, D=S, коленные рефлексы живые, ахилловы рефлексы живые, D=S. Патологических рефлексов нет. Тесты на координацию выполнены хорошо. Менингеальных знаков нет.

Данные лабораторных методов обследования, со слов лечащего врача, не отличаются от нормативных показателей.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном клиническом примере ARFID привел к хроническому недоеданию, потере веса (белково-энергетическая недостаточность, дистрофия), отставанию

в росте и психомоторном развитии ребенка (психомоторное развитие годовалого ребенка внешне соответствует шестимесячному возрасту). Для коррекции была применена гастростома, что, как известно, негативно отражается на психосоциальном функционировании семьи [4]. С точки зрения младенческой психиатрии [2, 3] обращает на себя внимание сознательное и бессознательное отвержение матерью ребенка (ребенок нежеланный, который родился против желания отца и его семьи (семья отца не осведомлена о рождении девочки)). Мать с трудом ориентируется в потребностях младенца и фактически делегировала заботу о ребенке медицинскому персоналу. Кроме того, у матери отмечаются элементы «синдрома Мюнхгаузена по доверенности», когда мать вызывает у своего ребенка страдания от заболевания, преувеличивает проявления болезни с целью привлечения внимания и сочувствия окружающих (после выписки из больницы способна удержаться дома не более трех дней, далее вызывает «скорую помощь»). Намечается также практика, которая известна как «поход по врачам» или «переезд из одной больницы в другую» — смена врачей или клиники, пока не найдутся специалисты, которые возьмут ответственность на себя, будут готовы поставить «нужный» диагноз (в том числе провести хирургическое вмешательство) и тем самым смогут удовлетворить ее неосознанные потребности.

Для лечения ARFID в комплексе других расстройств пищевого поведения часто используется когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Она, как известно, включает методики, направленные на снижение тревожности, связанной с приемом пищи. Разработаны вмешательства, направленные на отдельные компоненты расстройства, такие как чувство отвращения, предубеждения в отношении употребления некоторых продуктов, преувеличенные представления о последствиях приема некоторых видов пищи) [5]. Показано, что по результатам применения методики тяжесть выраженности расстройства, согласно самоотчетам пациентов и оценке родителей, значительно снижаются [7], и после окончания терапии состояние 70% пациентов уже не отвечают диагностическим критериям ARFID.

В вышеописанном случае была предпринята попытка проведения КПТ в диаде «мать–дитя» в виде смартфонотерапии. При контрольном посещении через неделю оказалось, что мать не входила в программу и не заполняла ее пункты. Динамика имевшихся расстройств заключалась в хирургическом сопровождении гастростомы и возвращении на педиатрическое отделение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно критериям DSM-IV (2000), расстройства приема пищи, характерные для младенческого и раннего детского возраста, наиболее часто должны дебютировать на первом году жизни, а начало в возрасте 2–3 лет рассматривалось как более позднее. По современным представлениям (DSM-V, 2013; МКБ-11, 2020) проявления ARFID наблюдаются также у детей более старшего возраста, подростков и взрослых. При этом наиболее трудным возрастом для постановки диагноза попрежнему является младенческий. Имеющиеся опросники и диагностические интервью (в том числе разработанное в 2019 г. The Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview — PARDI) ограничены возрастом от двух лет. В более раннем возрасте практически единственным методом диагностики остается клинико-психопатологическое исследование. Причем в этих случаях обнаруживаются специфические возрастные особенности этиопатогенеза, которые следует учитывать в диагностике. Приведенный выше клинический случай ставит вопрос о ключевом патогенетическом влиянии отношений в системе «мать–дитя» на развитие целого ряда расстройств у детей раннего возраста. Возрастная несформированность способности ребенка младшего возраста к самостоятельному удовлетворению жизненно важных потребностей обусловливает не только его естественную зависимость от активности взрослого (в частности, матери), но и особую уязвимость к изменению поведения или отношения взрослого к ребенку. В этом контексте ранние проявления ARFID можно отнести к категории типичных ранних форм патологических реакций психической сферы ребенка на неблагоприятные факторы социальной среды (наряду с младенческой нервной анорексией, пикацизмом, руминационным расстройством, расстройствами сна, а также нарушением психического развития и формирования личности).

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие законных представителей пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from legal representatives of the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013:334–38.
2. Балахонова Я.И., Гречаный С.В. Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения: новый диагноз допубертатных расстройств пищевого поведения у детей (краткий обзор литературы). Children's Medicine of the North-West. 2021;9(2):28–37. EDN: IEAUKK.
3. Stein D.J., Szatmari P., Gaebel W. et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. BMC Med. 2020:18–21. DOI: 10.1186/s12916-020-1495-2.
4. Кощавцев А.Г. Клинико-этиологические аспекты расстройств пищевого поведения и сна в раннем детском возрасте. В кн.: Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели). Шевченко Ю.С., ред. М.: Медицинское информационное агентство. 2018:159–78.
5. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. Краткое руководство. СПб.: Питер; 2001. EDN: RQCRGV.
6. Bourne L., Bryant-Waugh R., Cook J., Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. Psychiatry Res. 2020:288–293. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112961.
7. Thomas J.J., Becker K.R., Kuhnle M.C., Jo J.H., Harshman S.G., Wons O.B., Keshishian A.C., Hauser K., Breithaupt L., Liebman R.E., Misra M., Wilhelm S., Lawson E.A., Eddy K.T. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. Int J Eat Disord. 2020;53(10):1636–46. DOI: 10.1002/eat.23355.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013:334–38.
2. Balakhonova Ya.I., Grechany S.V. Avoidant-restrictive eating disorder: a new diagnosis of prepubertal eating disorders in children (a brief review of the literature). Children's Medicine of the North-West. 2021;9(2):28–37. (In Russian). EDN: IEAUKK.
3. Stein D.J., Szatmari P., Gaebel W. et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. BMC Med. 2020:18–21. DOI: 10.1186/s12916-020-1495-2.
4. Koshchavtsev A.G. Clinical and etiological aspects of eating and sleep disorders in early childhood. In: Clinical psychotherapy (instinctive-behavioral and neuropsychological models). Shevchenko Yu.S., ed. Moscow: Medical Information Agency. 2018:159–78. (In Russian).
5. Mikirtumov B.E., Koshchavtsev A.G., Grechany S.V. Clinical Psychiatry of Early Childhood: Brief Guide. Saint Petersburg: Piter; 2001. (In Russian). EDN: RQCRGV.
6. Bourne L., Bryant-Waugh R., Cook J., Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. Psychiatry Res. 2020:288–293. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112961.
7. Thomas J.J., Becker K.R., Kuhnle M.C., Jo J.H., Harshman S.G., Wons O.B., Keshishian A.C., Hauser K., Breithaupt L., Liebman R.E., Misra M., Wilhelm S., Lawson E.A., Eddy K.T. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. Int J Eat Disord. 2020;53(10):1636–46. DOI: 10.1002/eat.23355.