

УДК 616.89+616.393+613.24+616-008-053.2+616.33/.34+159.922.762

ИЗБЕГАЮЩЕ-ОГРАНИЧИТЕЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: НОВЫЙ ДИАГНОЗ ДОПУБЕРТАТНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

© Я.И. Балахонова, С.В. Гречаный

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

Контактная информация:

Северин Вячеславович Гречаный — д. м. н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии. E-mail: svgrachany@mail.ru

Поступила: 20.04.2021

Одобрена: 27.05.2021

Принята к печати: 23.06.2021

Резюме: Введение. Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения (ARFID) — новый диагноз в классификации психических расстройств DSM-5 и ICD-11. На сегодняшний день имеется крупный систематический обзор, основанный на анализе 240 литературных источников из разных поисковых баз за период 2013–2020 гг. Цели и задачи: обобщение новейших источников литературы об ARFID, появившихся в течение 2020–2021 гг. после выхода вышеупомянутого обзора. Материалы и методы: анализ источников базы данных PubMed с использованием поискового запроса «Avoidant/restrictive food intake disorder» с ограничением по датам публикаций 2020–2021 гг. Критерии включения: полнотекстовые публикации, содержащие первичные эмпирические данные, относящиеся к ARFID; исследование с участием лиц до 18 лет с диагнозом ARFID; исследование, описывающее течение, лечение или исход расстройства. Результаты: по ключевому словосочетанию в базе данных PubMed за 2020–2021 гг. было обнаружено 120 публикаций, 31 из которых соответствовала установленным критериям. Найдено 18 статей, касающихся клиники, 8 — диагностики, 6 — распространенности расстройства, 11 — терапии. Выводы: в новейших работах, посвященных ARFID, продолжает обсуждаться возможность выявления расстройства на основании предложенных диагностических критериев, сопоставляются сроки его начала и продолжительности с другими расстройствами пищевого поведения. Обозначилась тенденция к более четкому разграничению острой и затяжной форм ARFID. Уточнены последствия заболевания в аспекте дефицита макро- и микронутриентов. Доказана возможность применения методики SFQ (Stanford Feeding Questionnaire) для скрининга ARFID и шкалы NIAS для рейтинговой оценки выраженности основных проявлений заболевания. Описаны нейробиологические особенности ARFID у пациентов с избыточным весом. Продолжает изучаться возможность использования антидепрессантов для купирования сопутствующих тревожных проявлений при ARFID. В рамках психосоциальной помощи апробирована новая методика «поддерживающего родительства» (SPACE-ARFID), направленная на гибкоадаптивные стратегии психологической адаптации к отклоняющемуся приему пищи ребенка с одновременной модификацией родительского поведения.

Ключевые слова: избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения; ARFID; расстройство пищевого поведения у детей; избирательное питание; гастроинтестинальные расстройства.

AVOIDANT-RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER: THE NEW DIAGNOSIS OF PREPUBERTED EATING DISORDERS IN CHILDREN (BRIEF LITERATURE REVIEW)

© Y.I. Balakhonova, S.V. Grechany

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

Contact information:

Severin V. Grechany — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology.
E-mail: svgrachany@mail.ru

Received: 20.04.2021

Revised: 27.05.2021

Accepted: 23.06.2021

Summary: Background. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is a new diagnosis in classifications of mental disorders DSM-5 and ICD-11. Today, there is a large systematic review based on an analysis of 240 literary

sources from various searching databases for the period 2013–2020. *Purposes and tasks:* to summarize the recent literature on ARFID that emerged during 2020–2021. After the release of the aforementioned review. *Materials and methods:* analysis of PubMed database sources using the search query “Avoidant / restrictive food intake disorder” limited by publication dates 2020–2021. Inclusion criteria: full-text publications containing primary empirical data related to ARFID; a study involving persons under 18 years of age diagnosed with ARFID; a study describing the course, treatment, or outcome of the disorder. Results: 120 publications were found for the keyword phrase in the PubMed database for 2020–2021, 31 of which met the established criteria. Found 18 articles on the clinic, 8 — diagnostics, 6 — the prevalence of the disorder, 11 — therapy. *Conclusion:* in the latest works on ARFID, the possibility of detecting a disorder basing on the proposed diagnostic criteria is continually discussed, and the timing of its onset and duration is compared with other eating disorders. There is a tendency towards a more clear demarcation of acute and protracted forms of ARFID. The consequences of the disease in terms of macro- and micronutrient deficiencies have been clarified. The possibility of using the SFQ (Stanford Feeding Questionnaire) technique for ARFID screening and the NIAS scale for rating the severity of the main manifestations of the disease has been proven. The neurobiological features of ARFID in overweight patients are described. The possibility of using antidepressants to manage the associated anxiety symptoms of ARFID is being explored. Within the framework of psychosocial assistance, a new method of supportive parenting for anxious childhood emotions adapted for avoidant/restrictive food intake disorder (SPACE-ARFID) was tested, aimed at flexible-adaptive strategies of psychological adaptation to deviant food intake of a child with simultaneous modification of parental behavior.

Key words: avoidant-restrictive food intake disorder; ARFID; eating disorder in children; selective eating; gastrointestinal disorders.

Среди психосоматических гастроинтестинальных расстройств детского возраста особое место традиционно уделялось допубертатным расстройствам пищевого поведения. В имеющихся на сегодняшний день пособиях и руководствах подробно изложен материал, касающийся младенческой (инфантильной) анорексии, пищевого недоразвития, синдрома поедания несъедобного, «жвачки» (мерицизм, руминация), клинические проявления и механизмы развития которых принципиально отличаются от расстройств пищевого поведения у подростков и взрослых [1, 2]. Кроме того, частично эти диагнозы были отражены в Международной классификации болезней 10-го пересмотра под рубриками F98.2 «Расстройства приема пищи в младенческом и детском возрасте» и F98.3 «Поедание несъедобного (пика) младенцами и детьми» [3]. Однако, как подчеркивается в комментариях к DSM-5, из-за строгости критериев на практике эти расстройства диагностировались крайне редко [4].

Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) — это новый диагноз в классификации психических расстройств по Руководству по диагностике и статистике психических расстройств 5-го издания (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-5), рубрика 307.59, и Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11, рубрика 6B83) [4]. Включение диагноза в МКБ-11 также позволит диагностировать расстройства приема пищи, в том числе у пациентов с сопутствующими психическими расстройствами, отставанием в развитии, расстройствами аутистического

спектра, последствием удушья, неприятного опыта эзофагоскопии.

К настоящему времени этиология, патофизиология и возможности лечения ARFID до конца не изучены. Но считается, что включение этого диагноза в МКБ-11 даст широкие возможности для выявления данного расстройства в клинической практике и оказания больным помощи [5].

На сегодняшний день имеется крупный систематический обзор, основанный на анализе всех имеющихся источников литературы (240 публикаций в разных поисковых базах), который является своеобразным итогом изучения ARFID за период 2013–2020 гг. [6]. Однако прогрессивно растущее число публикаций по данной тематике, в том числе и в РФ [7], требует дальнейшего анализа для расширения имеющихся знаний об ARFID.

Целью настоящей работы является обобщение сведений литературы об ARFID, появившихся в течение 2020–2021 гг. после выхода вышеупомянутого обзора.

В результате по ключевому словосочетанию «Avoidant/restrictive food intake disorder» в базе данных PubMed за 2020–2021 гг. нами было обнаружено 120 публикаций, 31 из которых соответствовала следующим установленным критериям: 1) полнотекстовая публикация, содержащая первичные эмпирические данные, относящиеся к ARFID-5; 2) исследование с участием лиц до 18 лет с диагнозом ARFID; 3) исследование, описывающее течение, лечение или исход расстройства. Найдено 18 статей, касающихся клиники, 8 — диагностики, 6 — распространенности расстройства, 11 — терапии.

Представленный далее материал основывается на сведениях, почерпнутых из упомянутого систематического обзора 2020 г. [6] с более подробным изложением найденных нами публикаций в 2020–2021 гг.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ARFID

Согласно DSM-5 и ICD-11 диагностическими критериями ARFID являются:

А. Очевидное отсутствие интереса к еде или процессу приема пищи; избегание пищи, основанное на ее сенсорных характеристиках (чрезвычайная чувствительность к внешнему виду, цвету, запаху, текстуре, температуре или вкусу); негативная реакция на пищу вследствие неприятного предшествующего опыта (удушье, рвота, обследования — эзофагоскопия). Это приводит (один или несколько ниже представленных пунктов) к:

- 1) потере в весе или отсутствию его прироста;
- 2) дефициту питательных веществ, задержке роста;
- 3) использованию компенсаторных мер — энтерального питания, назогастрального зонда или гастростомы, использованию пероральных пищевых добавок;
- 4) отрицательным последствиям для психосоциального функционирования (например, ребенок не садится со всеми за стол в семье или не ест в детском саду).

В. Указанные явления не объясняются невозможностью приобрести пищу, временными возрастными явлениями, такими как «пищевые» причуды в младенческом и раннем возрасте, связанные с переходом на новые виды питания или культурно-обусловленными особенностями (в том числе традиционными и религиозными практиками).

С. Указанные расстройства пищевого поведения не являются проявлением дисморфофобии/дисморфомании.

Д. Расстройства приема пищи не объясняются всецело другим психическим заболеванием. Если они наблюдаются в рамках другого психического расстройства, но занимают ведущее место в числе его клинических проявлений, то диагноз ARFID выставляется как самостоятельный.

Опрос, проведенный среди клиницистов относительно возможности использования и пригодности указанных диагностических критериев [8], показал, что специалисты, столкнувшиеся с необходимостью кормления детей, чаще сообщали об осведомленности о диагностических критериях ARFID и были больше уверены в необходимости оказания помощи пациентам. Однако среди клиницистов не было полной уверенности в том, достаточна ли констатация психосоциальных нарушений для постановки диагноза. В связи с этим говорится о вариативности клинических крите-

риев ARFID и недостаточной уверенности в них среди специалистов.

Избегание или ограничение пищи, основанное на ее сенсорных характеристиках (внешний вид, цвет, запах, текстура, температура, вкус), относится к более широкому явлению пищевой избирательности (picky eating), а также «пищевой неophobia», механизмы которой несколько отличны от избирательности [9].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

В систематическом обзоре L. Bourne (2020) приводится ссылка на 16 статей, в которых была принята попытка определить распространенность ARFID в разных подгруппах. Замечена значительная вариативность показателей (выявленная в когортах численностью от нескольких сотен до нескольких тысяч) как среди пациентов с пищевыми расстройствами (1,5–64%), так и в общей популяции (1–15,5%). Приводятся также другие закономерности ARFID. Так, расстройство было больше распространено у представителей мужского пола, средний возраст пациентов оказался меньше, чем при нарушениях пищевого поведения, а продолжительность заболевания длительнее, по сравнению с пациентами с нервной анорексией или булимией. Факторами, затрудняющими истинную оценку распространенности ARFID, являются относительно небольшой объем изученных выборок, большая часть которых изучалась в режиме обращения за помощью к специалистам по расстройствам пищевого поведения.

Одно из исследований 2020 г. [10] выявило относительно высокую распространенность симптомов ARFID путем самоопроса пациентов (опросник EDY-Q) и медицинских записей. Работа проведена среди детей и подростков (8–18 лет), находящихся в стационарном педиатрическом отделении Университетской клиники Лейпцига. Симптомы ARFID были высоко распространены у детей с дефицитом веса вне зависимости от возраста и пола. Несмотря на отсутствие значимой связи между симптомами расстройства и другими заболеваниями, около 10% детей и подростков с гастроинтестинальной патологией демонстрировали проявления ARFID.

ВОЗРАСТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Согласно диагностическим указаниям DSM-5, ARFID чаще начинается в младенчестве или раннем детстве [4]. В дальнейшем оно может длительно сохраняться, даже во взрослом возрасте. Избирательность приема пищи, основанная на ее сенсорных характеристиках, как правило, возникает в первое десятилетие, но также может сохраняться и во взрослой жизни. Избегание приема пищи, основанное на страхе нежелательных последствий (удушье,

рвота, эзофагоскопия в анамнезе) может возникнуть в любом возрасте.

В последней работе 2020 г. [11], посвященной социально-демографическому и клиническому профилю больных ARFID по сравнению с нервной анорексией, были уточнены некоторые временные характеристики заболевания. В частности, средний возраст выборки детей и подростков с ARFID оказался моложе (10,8 против 14,1 года), преобладали лица мужского пола (60,6 против 6,1%), а заболевание начиналось раньше (6,2 против 13,4 года) и продолжалось дольше (61,2 против 8,4 месяцев).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В младенческом и раннем детском возрасте значимыми клиническими проявлениями расстройства являются: потеря веса, отставание в развитии, отказ от груди или вялое сосание (снижение аппетита). Дети бывают раздражительны и плаксивы во время кормления, трудно поддаются утешению или, наоборот, кажутся апатичными и вялыми. В некоторых случаях возникновению проблем с кормлением младенца может способствовать нарушение взаимодействий между родителем и ребенком. Взрослые могут неправильно подавать еду ребенку или ошибочно интерпретировать поведение младенца как агрессивное или отвергающее. К факторам, способствующим снижению интереса к пище и процессу кормления, относят темперамент младенца или нарушения развития.

Для детей раннего возраста характерна задержка в росте, отсутствие или же недостаточная прибавка массы тела, что в свою очередь ведет к отставанию физического и психомоторного развития ребенка.

У детей старшего возраста, подростков и взрослых расстройство чаще проявляется трудностями социального функционирования из-за невозможности пациента принимать пищу или накормить его в общественных местах (в детском саду, в школе, в гостях).

ТЕЧЕНИЕ

Для выстраивания тактики лечения и правильной прогностической оценки важно отличать пациентов с недавно возникшим краткосрочным ARFID и расстройством с длительным течением [12]. Краткосрочное течение обычно наблюдается в случае, когда симптомы заболевания возникли в результате боязни удушья, рвоты или внезапно возникшего гастроинтестинального расстройства. При этом важным является наличие подобного документально зафиксированного эпизода в анамнезе. ARFID с длительным течением охватывает случаи продолжительного отказа от пищи или пищевой избирательности, возникшие еще в младенчестве

или раннем детстве и нередко на фоне затяжной желудочно-кишечной патологии, мешающей нормальному росту и развитию ребенка. Краткосрочные и долгосрочные пациенты с ARFID нуждаются в разных стратегиях лечения; можно ожидать положительных результатов в терапии пациентов с краткосрочным течением ARFID.

ОСЛОЖНЕНИЯ

ARFID обычно приводит к хроническому недоеданию, потере в весе (белково-энергетическая недостаточность, дистрофия), отставанию в росте и психомоторном развитии ребенка. Для коррекции применяют энтеральное питание, пероральные пищевые добавки, а в крайних случаях — назогастральный зонд или гастростому, что, в свою очередь, негативно отражается на психосоциальном функционировании семьи [4].

В работе 2021 г. [13] впервые было проанализировано питание и потребление энергии у детей 0–17 лет, обратившихся в связи с диагнозом ARFID, по сравнению с типично развивающимися детьми того же возраста и пола. Результаты показали значительно более низкое общее потребление энергии и белка у детей с ARFID по сравнению с контрольной группой с тенденциями к более низкому потреблению жиров и углеводов. Пациенты с ARFID получали только 20–30% от рекомендуемой дозы большинства витаминов и минералов. Потребление витаминов B₁, B₂, C, K, цинка, железа и калия было значительно ниже, чем в контрольной группе. Принимаемая пища была гораздо менее разнообразной по всем питательным веществам, кроме углеводов. Это исследование показало, что ARFID сопровождается сокращением повседневного потребления макро- и микронутриентов, что может увеличить риск нарушения роста и развития у таких детей.

ДИАГНОСТИКА И СКРИНИНГ

Опросники для выявления ARFID делятся на диагностические, в том числе рейтинговые, и скрининговые. К первым относятся PARDI, EDA-5, NIAS и модуль ARFID в опроснике EDE. К скрининговым относятся EDY-Q, PARDI, EDA-5.

PARDI (Pica, ARFID, Rumination Disorder Interview) — полуструктурированный опросник для оценки наличия, степени тяжести и планирования помощи пациентам с избегающе-ограничительным расстройством пищевого поведения (ARFID), руминациями (Rumination Disorder Interview) и избирательностью (Pica) [14]. PARDI включает в себя вводную информацию, диагностические пункты и пункты, касающиеся течения оцениваемых расстройств. Частной целью скрининга служит выявление других расстройств пищевого поведения

(нервной анорексии, нервной булимии, компульсивного переедания и др.), которые исключают диагноз ARFID или руминации в соответствии с правилами DSM-5. Вводная часть включает вопросы, оценивающие рост и развитие, а также состояние физического и/или психического здоровья, которое может исключить диагноз расстройства питания, а также текущую схему кормления и/или приема пищи. Остальные пункты состоят из комбинации вопросов, касающихся диагностических критериев Pica, ARFID или RD по критериям DSM-5.

EDA-5 (оценка расстройства пищевого поведения согласно DSM-5) — полуструктурированный опросник, предназначенный для оценки расстройства питания или связанных с ним состояний в соответствии с критериями DSM-5 [15]. EDA-5 запрашивает последнюю информацию о частоте расстройств пищевого поведения. Например: «Сколько раз за последнюю неделю наблюдались эпизоды отказа от пищи?», «Как часто обследуемый отказывался от пищи в последние 3 месяца?», «Как различалась частота отказа от пищи в настоящее время и в последние 3 месяца?».

EDE-ARFID (модуль ARFID в опроснике EDE) является одновременно и диагностическим, и рейтинговым опросником [16]. Модуль ARFID был разработан для использования как взрослыми, так и детьми, чтобы фиксировать симптомы расстройства в любом возрасте (есть версия для родителей). Модуль ARFID оценивает наличие отказов от пищи и/или пищевой избирательности в течение последних 3 месяцев. Опросник учитывает, было ли потребление пищи недостаточным по объему, а также разнообразие употребляемых продуктов. Фиксируется количество дней, когда пациент ел недостаточно в течение последних 3 месяцев. В зависимости от того, была ли задокументирована недостаточность потребления пищи более чем в половине дней в течение каждого из трех месяцев, задаются вопросы о потере веса или замедлении роста. Последний раздел модуля включает вопросы о конкретных схемах питания, ведущих к недостаточному потреблению пищи, — пункт А в рубрике DSM-5.

NIAS (Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen) — опросник из 9 пунктов, оценивающий отказ от еды на основе сенсорных свойств пищи, плохого аппетита, сниженного интереса к пище, страха негативных последствий, связанных с пищевыми продуктами. Он является диагностическим и рейтинговым опросником. Включает в себя три подшкалы: 1) избирательное питание (вопросы об избирательности и особенностях выбора еды); 2) аппетит («Есть ли аппетит?», «Приходится ли заставлять себя есть?»); 3) пищевая боязнь («Есть ли избегание пищи из-за страха дискомфорта в живо-

те?», «Есть ли ограничение употребления определенного вида пищи?») [17].

EDY-Q (анкета расстройств пищевого поведения у лиц молодого возраста) — скрининговый самоопросник для оценки ранних проявлений ARFID у детей 8–13 лет [18]. EDY-Q состоит из 14 пунктов, 12 из которых охватывают симптомы ARFID (избегание приема пищи, избирательное питание, функциональная дисфагия). Два дополнительных пункта кратко касаются избирательности, руминации и других расстройств приема пищи согласно DSM-5.

В недавней публикации от ноября 2020 г. [19] представлен материал по возможностям использования 71-пунктного опросника SFQ (Stanford Feeding Questionnaire) для скрининга ARFID, который выявляет ограничение разнообразия продуктов, а также поведение родителей при кормлении ребенка. SFQ включает 71 вопрос к родителям с просьбой оценить различные виды поведения ребенка и семьи, связанные с едой и кормлением. Например: «Ваш ребенок разборчив в еде?», «Ваш ребенок ест очень ограниченное разнообразие видов пищи?», «Когда ваш ребенок ест с семьей, как часто он/она пытается встать из-за стола пораньше?» или «Когда семья ужинает вместе, как часто вы планируете отдельное питание для вашего ребенка?». Исследование показало психометрические отличия детей с избегающе-ограничительным расстройством пищевого поведения от контрольной группы, особенно по шкале SFQ-ARFID (12 пунктов). У этих пациентов также были выявлены более высокие средние значения по шкалам «Общие проблемы», «Интернализация» опросника «Сильные стороны и трудности» и более низкие значения по гедонистической шкале.

В последней статье от апреля 2021 г. [20], посвященной психометрической диагностике ARFID, изучались возможности использования шкалы NIAS для оценки трех основных проявлений расстройства — избирательного питания, сниженного аппетита и страха перед приемом пищи. Показано, что для скрининга ARFID можно использовать опросник EDE-Q в сочетании с положительным результатом по любой шкале NIAS, т.е. ≥ 10 по шкале NIAS — избирательное питание, ≥ 9 NIAS — аппетит и/или ≥ 10 по шкале страха приема пищи.

ЭТИОЛОГИЯ

Выделяют множество факторов, способствующих развитию ARFID. Это органические факторы, психосоциальные и средовые влияния. На первое место часто ставят неблагоприятную психосоциальную среду. Данный фактор, как правило, связан с нарушением взаимоотношений в системе мать–дети. Материнско-детский конфликт часто основан на хронической семейной дисгармонии и

материнской психопатологии. На данный момент генетическая предрасположенность расстройства не изучена. Предполагается, что возникновению заболевания могут способствовать различные желудочно-кишечные заболевания, в том числе из-за неприятного предшествующего опыта приема пищи [4]. У ребенка, предрасположенного к ARFID, расстройство может быть спровоцировано внешними факторами [6].

Коморбидный профиль пациентов с ARFID включает в себя синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройство аутистического спектра и игровую зависимость [21].

ПАТОГЕНЕЗ

У пациентов с ARFID в условиях недостаточного питания нередко развиваются патофизиологические изменения пищевода, желудка и кишечника. Однако они не всегда коррелируют с выраженностью симптомов расстройства. Ограничительно-избирательному нарушению питания может способствовать целиакия и другие воспалительные заболевания кишечника, а также дисфункция тазового дна и синдром Элерса–Данлоса [22].

До сих пор остается спорным вопрос о возможности формирования симптомов ARFID у больных с избыточным весом. Этому вопросу было посвящено исследование, опубликованное в 2021 г. [23]. Изучались нейробиологические особенности обследованных, проведена функциональная магнитно-резонансная томография и субъективное чувство голода до и после еды. Обследовано 12 детей и подростков (средний возраст 16,92 года, 65% женщин, 87% белых) с обычным весом и 11 с избыточным. Показано, что пациенты с избыточным весом и ARFID демонстрируют более выраженную гиперактивацию в орбитофронтальной коре и переднем островке, по сравнению с участниками с обычным весом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Согласно диагностическим указаниям DSM-5 [4], снижение аппетита, предшествующее ограничению потребления пищи, является неспецифическим симптомом, который может сопровождать ряд других психических диагнозов. Дифференциальную диагностику следует проводить со следующими группами расстройств: 1) гастроинтестинальные заболевания, пищевая аллергия, непереносимость пищевых ингредиентов, скрытые злокачественные новообразования; 2) специфические неврологические/нервно-мышечные или врожденные нарушения и состояния (полости рта, пищевода, глотки), связанные с трудностями при кормлении; 3) реактивное расстройство привязанности детского возраста (расстройство, возникающее в результате отсутствия тесного эмоционального контакта с ро-

дителем); 4) расстройства аутистического спектра (такие пациенты часто имеют нарушения пищевого поведения и повышенную сенсорную чувствительность к пище); 5) специфическая фобия, социальное тревожное расстройство и другие тревожные расстройства (фобия обычно относится к ситуации приема пищи, ранее приводившей к удушью или рвоте и являющейся триггером возникновения страха, беспокойства или избегания пищи, что и определяет диагноз из рубрики «тревожные расстройства»); 6) нервная анорексия (пациенты с нервной анорексией ограничивают питание в связи с нежеланием набрать вес и пополнеть, и у них, как правило, имеет место неправильное восприятие собственного веса и формы тела; эти признаки отсутствуют при ARFID, в связи с чем оба расстройства не могут быть диагностированы одновременно у одного пациента); 7) обсессивно-компульсивное расстройство (такие пациенты отказываются от пищи или ограничивают отдельные продукты из-за чрезмерной озабоченности едой или ритуального пищевого поведения); 8) депрессивное расстройство (при большом депрессивном расстройстве аппетит может быть значительно снижен вплоть до полного отказа от пищи, наблюдается выраженная потеря в весе); 9) расстройства шизофренического спектра (лица с шизофренией, бредовым расстройством или другими психотическими расстройствами могут демонстрировать странности пищевого поведения, избегать определенных продуктов из-за бредовых убеждений или др.); 10) Factitious disorder imposed on another, или синдром Мюнхгаузена «по доверенности» (в этом случае лицо, осуществляющее уход за опекуном, может описывать у подопечного симптомы, отвечающие диагностическим критериям ARFID, или жаловаться на неспособность ребенка набрать вес).

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение направлено на коррекцию отдельных составляющих расстройства. Оно включает в себя устранение тревоги, вызванной необходимостью приема пищи («пищевая боязнь»), систематическую десенсибилизацию (то есть снижение «чувствительности» к определенному виду пищи, приводящей к отказу от нее), структурированный план питания и психотерапию [6]. Использование конкретных методик и режима лечения (амбулаторный, стационарный, неотложная помощь) зависит от длительности и тяжести расстройства (что это: многолетний стойкий отказ или кратковременная реакция, вызванная неудачным медицинским вмешательством?), а также их последствий (гипотрофия, назогастральный зонд). Конкретные цели терапии должны быть релевантны потребностям пациента, реалистичны, принципиально достижимы.

Как правило, ставится задача уменьшения риска негативных реакций на пищу с одновременным контролем за тревогой, что позволяет расширить диапазон отдельных видов принимаемой пищи [6]. Процесс лечения может быть длительным, улучшение состояния пациента обычно происходит постепенно, путем так называемых «этапных достижений».

Медикаментозное лечение

Психофармакология. В качестве потенциально возможных психофармакологических средств для купирования симптомов тревоги и повышения аппетита при ARFID в разное время были испробованы антипсихотики (оланзапин), антидепрессанты (миртазапин, бупирон) [24]. Они, как правило, используются в качестве дополнительных средств.

D-циклосерин. Имеются данные о применении при ARFID противобактериального и противотуберкулезного средства, обладающего ГАМК-активностью (блокатор GABA-рецепторов), D-циклосерина (DCS). Его эффективность изучена в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, где установлено, что препарат усиливает реакцию на поведенческое вмешательство, по сравнению с плацебо-контролем [6].

Ципрагептадин. Препарат относится к блокаторам гистаминовых H_1 -рецепторов с антисеротониновой активностью. Он оказывает противозудное, антиэкссудативное, антихолинергическое и седативное действие. Использованию ципрагептадина (CY) для лечения ARFID посвящен отдельный обзор [6], обобщивший 32 рандомизированных контролируемых исследования и работы с другим дизайном. В подавляющем большинстве случаев курсовая терапия CY приводила к значительному увеличению веса пациентов. Наиболее распространенным побочным эффектом была временная седация от легкой до умеренной степени. Однако, как подчеркивается в систематическом обзоре [6], исследования были методически неоднородными, изучали демографию, характеристики и сопутствующие заболевания пациентов, а также (редко) изменения аппетита.

Психосоциальная терапия. Психосоциальный подход к лечению ARFID у детей в настоящее время эмпирически обоснован двумя пилотными рандомизированными контролируемыми исследованиями, одним пилотным открытым исследованием, отчетами о случаях и ретроспективными анализами случаев. В амбулаторных условиях обычно применяют семейную психотерапию и когнитивно-поведенческую терапию для детей и родителей [25].

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) включает методики, направленные на снижение тревожности, связанной с приемом пищи, и часто используется для лечения ARFID в комплексе дру-

гих расстройств пищевого поведения. 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 [6]. В новом исследовании 2020 г. проводилась оценка КПТ с помощью опросника PARDI [26]. Было показано, что по результатам применения методики тяжесть выраженности расстройства, согласно самоотчетам пациентов и оценке родителей, значительно снизились. После лечения пациенты стали употреблять в среднем 16,7 (SD=12,1) новых продуктов питания, а подгруппа с низким весом продемонстрировала значительное его увеличение, на 11,5 (SD=6,0) фунтов. После окончания терапии состояние 70% пациентов уже не отвечало диагностическим критериям ARFID.

Семейная терапия (FBT) ставит цель расширения возможного участия близких взрослых в терапии ARFID. Она направлена, в частности, на снижение родительского чувства вины и обучения конструктивным психологическим методикам, обеспечивающим выздоровление ребенка в домашних условиях. Используемые методики FBT отвечают основным принципам семейного вмешательства, рекомендованным для других видов расстройств пищевого поведения [27]. Кроме того, они адаптированы для пациентов с ARFID, направлены на коррекцию сенсорной чувствительности, излишних опасений в отношении приема пищи и незаинтересованности пациентов в еде.

Новым направлением является методика «поддерживающего родительства», использующаяся для детей с повышенной тревожностью и адаптированная для ARFID (SPACE-ARFID — Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions adapted for avoidant/restrictive food intake disorder). Она фокусируется на реакции родителей на проблемные пищевые привычки ребенка. Цель методики — достижение гибко-адаптивного подхода в отношении приема пищи. Родителям рекомендуется вносить изменения в свое собственное поведение, чтобы помочь ребенку совладать с симптомами расстройства, одновременно поддерживая достижения [25]. В последнем пилотном исследовании, направленном на оценку эффективности SPACE-ARFID, установлено, что тяжесть и ухудшение симптомов ARFID были значительно снижены после лечения, также наладились условия проживания ребенка в семье, описано повышение гибкости в отношении питания [28].

Апробованы учебные программы для родителей, осуществляемые в режиме телеконсультаций и групповых занятий, направленные на использование методов поведенческой терапии при кормлении детей в домашних условиях. Они могут

эффективно использоваться при пищевой избирательности у пациентов, не нуждающихся в стационарном лечении [6].

На сегодняшний день твердо укрепился мультимодальный подход, предполагающий участие в лечении пациента ARFID междисциплинарной бригады специалистов с использованием широкого спектра вмешательств, что позволяет решать сложные многосоставляющие проблемы, связанные с отказом пищи у ребенка. Эффективность такого подхода была подтверждена рандомизированными исследованиями, где в группе интервенции были продемонстрированы лучшие, по сравнению с контролем, результаты [6]. В частности, описан случай успешного мультимодального лечения с применением КПТ, ФБТ, антидепрессанта (сертралина) и атипичного антипсихотического средства (оланзапина) у 11-летнего мальчика со всеми тремя клиническими проявлениями ARFID, начиная с младенческого возраста. Ребенок страдал сенсорным отвращением, страхом рвоты, что привело к ограниченному употреблению в пищу всего одного продукта питания (йогурта) в течение более чем 5 лет. У мальчика наблюдалась тяжелая железодефицитная анемия, дефицит витаминов А, С, D, Е и цинка. В течение 7-недельного приема наш подход помог пациенту успешно восстановить вес и включить в свой ежедневный рацион по крайней мере три новых продукта питания [29].

В условиях глобальной эпидемии COVID-19 методом анализа и долговременной оценки поведенческого вмешательства становится телемедицина [30].

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошавцев А.Г. Клинико-этиологические аспекты расстройств пищевого поведения и сна в раннем детском возрасте. В кн.: Шевченко Ю.С., ред. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели). М.: Медицинское информационное агентство; 2018: 159–78.
2. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Новикова В.П., Балакирева Е.Е. и др. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. М.: Медпрактика-М; 2015: 296.
3. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: МераПро; 2010: 132.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013: 334–8.
5. 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). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>.
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: 112961. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112961.
7. Балахонова Я.И., Тулинова Н.Д. Избегающе-ограничительное расстройство пищевого поведения в педиатрической практике. Научно-практический журнал для студентов и молодых ученых Forcipe. 2021; 4(1): 686.
8. Jennifer S. Coelho, Mark L. Norris, Stephen C.E. Tsai et al. Health professionals' familiarity and experience with providing clinical care for pediatric avoidant/restrictive food intake disorder. *Eat Disord.* 2021; 54(4): 587–94. DOI: 10.1002/eat.23438.
9. Łoboś P., Januszewicz A. Food neophobia in children. *Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab.* 2019; 25(3): 150–4. DOI: 10.5114/pedm.2019.87711. PMID: 31769273.
10. Schöffel H., Hiemisch A., Kiess W. et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a general paediatric inpatient sample. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(1): 60–73. DOI: 10.1002/erv.2799.
11. Laura Cañas, Carol Palma, Ana M Molano et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population; *Eat Disord Rev.* 2021; 29(2): 245–56. DOI: 10.1002/erv.2815.
12. Zimmerman J., Fisher M., Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4): 95–103. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005. PMID: 28532967.
13. Schmidt R., Hiemisch A., Kiess W. et al. Macro- and Micronutrient Intake in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Nutrients.* 2021; 13(2): 400. DOI: 10.3390/nu13020400.
14. Bryant-Waugh R., Micali N., Cooke L. et al. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 52: 378–87. DOI: 10.1002/eat.22958.
15. Sysko R., Glasofer D.R., Hildebrandt T. et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48: 452–63. DOI: 10.1002/eat.22388.
16. Ricarda Schmidt PhD, Toralf Kirsten PhD, Andreas Hiemisch MSc, Wieland Kiess MD, Anja Hilbert PhD. Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 388–97. <https://doi.org/10.1002/eat.23063>.

17. Zickgraf H.F., Ellis J.M. Initial validation of the nine item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*. 2018; 123: 32–42. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.111.
18. Bryant-Waugh R., Micali N., Cooke L. et al. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *Int. J. Eat. Disord*. 2018; 52: 378–87. DOI: 10.1002/eat.22958.
19. Iron-Segev S., Best D., Arad-Rubinstein S. et al. Feeding, Eating and Emotional Disturbances in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Nutrients*. 2020; 12(11): 3385. DOI: 10.3390/nu12113385.PMID: 33158087.
20. Helen Burton Murray, Melissa J. Dreier, Hana F. Zickgraf, Kendra R. Becker et al. Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *Int J Eat Disord*. 2021. DOI: 10.1002/eat.23520.
21. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. *Int. J. Eat. Disord*. 46; 2013: 420–3. <https://doi.org/10.1002/eat.22093>.
22. Dennis Gibson, Ashlie Watters, Philip S Mehler. The intersect of gastrointestinal symptoms and malnutrition associated with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder: Functional or pathophysiologic? A systematic review *Int J Eat Disord*. 2021; 54(6): 1019–54. DOI: 10.1002/eat.23553.
23. Liya Kerem, Avery L. Van De Water, Megan C. Kuhnle et al. Neurobiology of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Youth with Overweight/Obesity Versus Healthy Weight *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021; 1–14. DOI: 10.1080/15374416.2021.1894944.
24. Naguy A., Roshdy R., Al-Mutairi A. et al. Mirtazapine Improved Eating Patterns in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. 2021. DOI: 10.1097/MJT.0000000000001338.
25. Shimshoni Y., Lebowitz E.R. Childhood Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review of Treatments and a Novel Parent-Based Approach. *Cogn Psychother*. 2020; 34(3): 200–24. DOI: 10.1891/JCP-SY-D-20-00009.
26. Thomas J.J., Becker K.R., Kuhnle M.C. et al. 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.
27. Lock J., Robinson A., Sadeh-Sharvit S. et al. Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from fbt for anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord*; 2018: 1–8. <https://doi.org/10.1002/eat.22994>.
28. Shimshoni Y., Silverman W.K., Lebowitz E.R. SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*; 2020; 53(10): 1623–35. DOI:10.1002/eat.23341.
29. Dolman L., Thornley S., Doxtator K. et al. Multimodal therapy for rigid, persistent avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) since infancy: A case report. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021; 26(2): 451–63. DOI: 10.1177/1359104520981401.
30. Peterson K.M., Ibañez V.F., Volkert V.M. et al. Using telehealth to provide outpatient follow-up to children with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Appl Behav Anal*. 2021; 54(1): 6–24. DOI: 10.1002/jaba.794.

REFERENCES

1. Koshchavtsev A.G. Kliniko-etilogicheskiye aspekty rasstroystv pishchevogo povedeniya i sna v rannem detskom vozraste. [Clinical and etiological aspects of eating and sleep disorders in early childhood]. V kn.: Shevchenko Yu.S., red. Klinicheskaya psikhoterapiya (instinktivno-povedencheskiye i neyropsikhologicheskiye modeli). Moskva: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo Publ.; 2018: 159–78. (in Russian)
2. Bel'mer S.V., Khavkin A.I., Novikova V.P., Balakireva Ye.Ye. i dr. Pishchevoye povedeniye i pishchevoye programmirovaniye u detey. [Food behavior and food programming in children]. Moskva: Medpraktika-M Publ.; 2015: 296. (in Russian)
3. Churkin A.A., Martyushov A.N. Prakticheskoye rukovodstvo po ispol'zovaniyu MKB-10 v psikhiiatrii i narkologii. [A practical guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology]. Moskva: MegaPro Publ.; 2010: 132. (in Russian)
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013: 334–8.
5. 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). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>.
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: 112961. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112961.
7. Balakhonova Ya.I., Tulinova N.D. Izbegayushche-ogranichitel'noye rasstroistvo pishchevogo povedeniya v pediatricheskoj praktike. [Avoidant-restrictive eating disorder in pediatric practice]. Nauchno-prakticheskii zhurnal dlya studentov i molodykh uchenykh Forcipe. 2021; 4(1): 686. (in Russian)

8. Jennifer S. Coelho, Mark L. Norris, Stephen C.E. Tsai et al. Health professionals' familiarity and experience with providing clinical care for pediatric avoidant/restrictive food intake disorder. *Eat Disord.* 2021; 54(4): 587–94. DOI: 10.1002/eat.23438.
9. Łoboś P., Januszewicz A. Food neophobia in children. *Pediatr. Endocrinol. Diabetes Metab.* 2019; 25(3): 150–4. DOI: 10.5114/pedm.2019.87711.PMID: 31769273.
10. Schöffel H., Hiemisch A., Kiess W. et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a general paediatric inpatient sample. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(1): 60–73. DOI: 10.1002/erv.2799.
11. Laura Cañas, Carol Palma, Ana M Molano et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: Psychopathological similarities and differences in comparison to anorexia nervosa and the general population; *Eat Disord Rev.* 2021; 29(2): 245–56. DOI: 10.1002/erv.2815.
12. Zimmerman J., Fisher M., Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4): 95–103. DOI: 10.1016/j.cp-peds.2017.02.005.PMID: 28532967.
13. Schmidt R., Hiemisch A., Kiess W. et al. Macro- and Micronutrient Intake in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Nutrients.* 2021; 13(2): 400. DOI: 10.3390/nu13020400.
14. Bryant-Waugh R., Micali N., Cooke L. et al. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 52: 378–87. DOI: 10.1002/eat.22958.
15. Sysko R., Glasofer D.R., Hildebrandt T. et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48: 452–63. DOI: 10.1002/eat.22388.
16. Ricarda Schmidt PhD, Toralf Kirsten PhD, Andreas Hiemisch MSc, Wieland Kiess MD, Anja Hilbert PhD. Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 388–97. <https://doi.org/10.1002/eat.23063>.
17. Zickgraf H.F., Ellis J.M. Initial validation of the nine item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite.* 2018; 123: 32–42. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.111.
18. Bryant-Waugh R., Micali N., Cooke L. et al. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 52: 378–87. DOI: 10.1002/eat.22958.
19. Iron-Segev S., Best D., Arad-Rubinstein S. et al. Feeding, Eating and Emotional Disturbances in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Nutrients.* 2020; 12(11): 3385. DOI: 10.3390/nu12113385.PMID: 33158087.
20. Helen Burton Murray, Melissa J. Dreier, Hana F. Zickgraf, Kendra R. Becker et al. Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *Int J Eat Disord.* 2021. DOI: 10.1002/eat.23520.
21. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. *Int. J. Eat. Disord.* 2013; 46: 420–3. <https://doi.org/10.1002/eat.22093>.
22. Dennis Gibson, Ashlie Watters, Philip S Mehler. The intersect of gastrointestinal symptoms and malnutrition associated with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder: Functional or pathophysiologic? A systematic review *Int J Eat Disord.* 2021; 54(6): 1019–54. DOI: 10.1002/eat.23553.
23. Liya Kerem, Avery L. Van De Water, Megan C. Kuhnle et al. Neurobiology of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Youth with Overweight/Obesity Versus Healthy Weight *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2021; 1–14. DOI: 10.1080/15374416.2021.1894944.
24. Naguy A., Roshdy R., Al-Mutairi A. et al. Mirtazapine Improved Eating Patterns in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. 2021. DOI: 10.1097/MJT.0000000000001338.
25. Shimshoni Y., Lebowitz E.R.J. Childhood Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review of Treatments and a Novel Parent-Based Approach. *Cogn Psychother.* 2020; 34(3): 200–24. DOI: 10.1891/JCP-SY-D-20-00009.
26. Thomas J.J., Becker K.R., Kuhnle M.C. et al. 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.
27. Lock J., Robinson A., Sadeh-Sharvit S. et al. Applying family-based treatment (FBT) to three clinical presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Similarities and differences from fbt for anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 1–8. <https://doi.org/10.1002/eat.22994>.
28. Shimshoni Y., Silverman W.K., Lebowitz E.R. SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(10): 1623–35. DOI: 10.1002/eat.23341.
29. Dolman L., Thornley S., Doxtator K. et al. Multimodal therapy for rigid, persistent avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) since infancy: A case report. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021; 26(2): 451–63. DOI: 10.1177/1359104520981401.
30. Peterson K.M., Ibañez V.F., Volkert V.M. et al. Using telehealth to provide outpatient follow-up to children with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Appl Behav Anal.* 2021; 54(1): 6–24. DOI: 10.1002/jaba.794.