

Nika Šutar¹, Melita Bokalič², Anja Turin Drouet³

Restriktivna izogibajoča motnja prehranjevanja: prikaz kliničnih primerov

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: Case Reports

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: restriktivna izogibajoča motnja prehranjevanja, otroci in mladostniki, motnje hranjenja, duševne motnje, motnja avtističnega spektra

Restriktivna izogibajoča motnja prehranjevanja je motnja prehranjevanja, pri kateri se posameznik zaradi različnih razlogov izogiba določenemu živilu ali skupini živil, pri tem pa izogibanje ni povezano z željo po zmanjšanju telesne mase. Ta značilnost jo ločuje od sorodne motnje hranjenja anoreksije nervoze, ki ima sicer lahko zelo podobno klinično sliko. Vnos nezadostne količine ali pomanjkljivo raznolike hrane lahko resno ogrozi zdravje posameznika, vodi do podhranjenosti, zaostanka v rasti, pomanjkanja ključnih hranil ter do upada šolskega, socialnega in splošnega delovanja. Prevalenca v splošni pediatrični populaciji je ocenjena na 0,5–5,0 %. V članku sta predstavljena dva klinična primera. Prvi je primer 11-letnega dečka, ki je bil zaradi motnje prehranjevanja usmerjen v ambulantno pedopsihiatrično obravnavo in nato ob prepoznavi restriktivno izogibajoči motnji prehranjevanja hospitaliziran na oddelku za otroško psihiatrijo, kar je privedlo do popolne povrnitve telesne mase in splošnega delovanja. Drugi klinični primer opisuje 16-letno mladostnico z neprepoznano tesnobno motnjo ob značilnostih spektroatistične motnje in pridruženo dalj časa trajajočo motnjo prehranjevanja, ki je pripeljala do pomembnega zaostanka v rasti in kronifikacije težav.

ABSTRACT

KEY WORDS: avoidant restrictive food intake disorder, children and adolescents, eating disorders, mental disorders, autism spectrum disorder

Restrictive avoidant food intake disorder (ARFID) is a feeding disorder in which an individual avoids a certain food or group of foods for various reasons, but the avoidance is not related to a desire to lose weight. This is an important characteristic that distinguishes it from related eating disorders such as anorexia nervosa, which can have a very similar clinical picture. Insufficient or inadequate food intake can have serious consequences for an individual's health, leading to malnutrition, stunted growth, a lack of essential nutrients, as well as a decline in educational, social, and overall functioning. The prevalence in general pediatric population is estimated to be between 0.5% and 5.0%. The article will present two clinical cases. The first case will be that of an 11-year-old boy

¹ Nika Šutar, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; nu7439@student.uni-lj.si

² Melita Bokalič, dr. med., Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana

³ Dr. Anja Turin Drouet, dr. med., Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana

who was referred to outpatient pediatric psychiatric treatment due to a feeding disorder. He was later hospitalized at the department of child psychiatry after a diagnosis of avoidant restrictive food intake disorder, which led to complete restoration of body weight and functional recovery. The second clinical case describes a 16-year-old female adolescent with an unrecognized anxiety disorder with characteristics of spectroautistic disorder and a long-standing feeding disorder that led to significant growth retardation and chronic problems.

UVOD

Motnje hranjenja in prehranjevanja sodijo med pogostejše duševne motnje v otroštvu, lahko pa se pojavijo v katerem koli življenjskem obdobju in imajo resne posledice za zdravje posameznika ter se uvrščajo med duševne motnje z najvišjo smrtnostjo (1, 2). Restriktivna izogibajoča motnja prehranjevanja (angl. *avoidant restrictive food intake disorder*, ARFID) se v 11. mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-11; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, ICD-11) uvršča v skupino motenj hranjenja in prehranjevanja pod samostojno diagnozo. V trenutno še vedno uporabljeni 10. Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, ICD-10) pa ARFID še ni šifrirana kot samostojna motnja in je opredeljena v kategorijah Druge motnje prehranjevanja ali Motnje hranjenja v detinstvu in otroštvu (3, 4). ARFID lahko vodi do hude podhranjenosti in/ali pomanjkanja določenih hranil, kar resno ogroža otrokovo življenje in pusti trajne posledice na telesnem in duševnem razvoju (2, 5–7). Nova diagnostična kategorija omogoča zgodnjo prepoznavo, diagnostiko in zdravljenje (5, 6, 8, 9).

OPREDELITEV

ARFID je motnja prehranjevanja, pri kateri se posameznik zaradi različnih razlogov izogiba določenemu živilu ali skupini živil, kar vodi v nezadostno pokritje energijskih

in nutritivskih potreb ter posledično do motenega delovanja organov, pri tem pa izogibanje ni povezano z željo po zmanjšanju telesne mase. Ta značilnost jo ločuje od sorodne motnje hranjenja anoreksije nervoze, ki ima lahko sicer zelo podobno klinično sliko (1–3, 9). ARFID je treba razlikovati tudi od »izbirčnosti pri hrani« v otroštvu (angl. *picky eating*), ki po klasifikaciji v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) ni motnja prehranjevanja (10). Slednja namreč ne vpliva na posameznikovo telesno maso, rast in psihosocialno delovanje, prav tako običajno izzveni; nasprotno pa se ARFID brez zdravljenja nadaljuje v odraslo dobo in je redko samoomejujoča (1, 2, 9). Med pogostimi razlogi za izogibanje določeni hrani so netoleranca do senzoričnega dražljaja ob zaužitju (npr. okus, tekstura, itd.), strah, povezan z zaužitjem živila (npr. strah pred zadužitvijo, bruhanjem, itd.), pomanjkanje teka in drugi (1–3, 11).

EPIDEMIOLOGIJA

Prevalenca bolezni v splošni pediatrični populaciji je ocenjena na 0,5–5,0 %, pri obeh spolih pa se pojavlja enako pogosto (2). V več kot polovici primerov je ARFID pridružena še druga duševna motnja. Najpogostejše pridružene so motnje avtističnega spektra, motnje pozornosti s hiperaktivnostjo (angl. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD), obsesivno-kompulzivne motnje in anksiozne motnje (5, 12).

ETIOLOGIJA

Vzroki za razvoj ARFID za zdaj niso poznani, najverjetneje gre za preplet genetske predispozicije in dejavnikov okolja. Motnja se večinoma razvije v otroštvu in se brez zdravljenja lahko nadaljuje v odraslost (1, 2, 5).

Posameznikovi razlogi za izogibanje določenim hrani so pomanjkanje zanimanja za hrano, netoleranca do senzoričnega dražljaja (tekstura, okus, temperatura itd.) ali strah pred posledicami zaužitja živila, npr. bruhanje in bolečine v trebuhu (2, 13, 14). Razvoj motnje je pogojen z različnimi dejavniki tveganja (2, 8, 9, 13, 14):

- Predispozicijski dejavniki povečajo nagnjenost posameznika za razvoj motnje. Sem spadajo: tesnobne motnje oz. nagnjenost k le tem, motnja avtističnega spektra, ADHD, gastrointestinalne in nevrološke bolezni, alergija na hrano ter izbirčnost v zgodnjem otroštvu.
- Sprožilni dejavniki sprožijo motnjo pri dovzetnejših posameznikih. To so lahko travmatični dogodki, povezani z zaužitjem hrane (bruhanje, dušenje, bolečine v trebuhu itd.), izkušnja bolečine po hranjenju ob boleznih požiralnika ali želodca (ezofagitis, gastritis itd.), boleči posegi v ustih in prebavilih ali pa stresni dogodki v otrokovem življenju (nasilje, smrt bližnjega, neprijetno zdravljenje itd.).
- Vzdrževalni dejavniki otežujejo ali celo preprečujejo posamezniku, da bi ozdravel. Med vzdrževalnimi dejavniki so pomembni odzivi staršev na otrokove prehranjevalne navade ter pomanjkanje motivacije pri otroku za preizkušanje novih živil.

KLINIČNE ZNAČILNOSTI

ARFID delimo glede na razloge za izogibanje hrani na tri podtipе, pri čemer se pri posamezniku lahko prepletajo značilnosti vseh treh. Za podtip 1 je značilno, da ima posameznik zmanjšan tek oz. zmanjšano zanimanje za hrano in hranjenje ter oslabljen občutek lakote. Pogosto se pojavijo tudi posebnosti pri hranjenju, kot so zelo

majhni grizljaji ali podaljšan čas trajanja obroka. Podtip 2 se razvije pri posameznikih s senzoričnimi omejitvami. Zaradi senzoričnih lastnosti, kot so okus, tekstura, temperatura, vonj ali barva hrane, se posameznik izogiba določenim živilom ali skupinam živil. Pri tem je pogosto prisotna tudi neofobija, tj. strah pred preizkušanjem novih živil. Pri podtipu 3 se posameznik izogiba določenim živilom ali skupinam živil zaradi travmatične izkušnje, povezane z njihovim zaužitjem (bruhanje, zadušitev, bolečine v trebuhu), ali zaradi strahu, ki ga povezuje s hranjenjem (npr. strah pred bruhanjem ali davljenjem). Pri tem je pogosto prisotna tudi tesnobnost (2, 3, 5, 8, 15).

Posameznik z ARFID je lahko podhranjen ali normalno prehranjen (6, 8, 15). V anamnezi lahko navaja specifične in nespecifične simptome, ki so posledica pomanjkanja hranil in morebitne podhranjenosti (utrujenost, hujšanje, pogoste okužbe, spremembe razpoloženja, amenoreja itd.) (6, 8, 15, 16). V kliničnem statusu in s krvnimi preiskavami lahko prepoznamo znake pomanjkanja hranil (bledica, petehije, zmanjšana mišična masa, slabokrvnost itd.) (8, 15). Ob sprejemu v bolnišnico so najpogostejše prisotni simptomi slabost, bruhanje in strah pred bruhanjem, med kliničnimi znaki pa sta najpogostejši bradikardija in ortostatska hipotenzija (15).

DIAGNOSTIKA

Za postavitev diagnoze ARFID je potrebna natančna anamneza, ki vključuje natančne podatke o prehranjevalnih navadah, njihovem časovnem poteku, vrsti in količini zaužite hrane, razporeditvi obrokov, načinu priprave jedi, zavračanju določenih živil in razlogih za to ter tudi o preteklih neprijetnih ali travmatskih izkušnjah, povezanih s hranjenjem (5, 8). Povprašati moramo tudi po nespecifičnih simptomih, ki se pojavijo pri pomanjkanju hranil in morebitnem nezadostnem kaloričnem vnosu. Pri kliničnem pregledu moramo biti pozorni na vse

znake, ki so lahko posledica pomanjkanja določenega hranila ali podhranjenosti (2, 3). Pomembno je poudariti, da niso vsi pacienti z ARFID podhranjeni, temveč imajo lahko normalno telesno maso in hkrati pomanjkanje specifičnega hranila (6, 8). Bolnika je pomembno napotiti na laboratorijske preiskave, vključno s hemogramom, biokemičnimi preiskavami, jetrnimi testi, ledvičnimi retenti, določitvijo koncentracije izbranih vitaminov in hormonov ter sedimentacijo,

kakor tudi na pregled h gastroenterologu (2). Izključiti je treba presnovne bolezni, bolezni prebavil, vnetne bolezni in onkološka obolenja. Pri dolgotrajajoči bolezni z vztrajajočo nizko telesno maso je smiselno preveriti tudi kostno gostoto (5, 10).

Klinična slika ARFID se med posamezniki zelo razlikuje, kar otežuje prepoznavo in potrditev diagnoze. Kriteriji za postavitve diagnoze v skladu z ICD-11 in DSM-5 so prikazani v tabelah 1 in 2.

Tabela 1. Kriteriji za postavitve diagnoze restriktivne izogibajoče motnje prehranjevanja v ICD-11 (3). ICD – 11. mednarodna klasifikacija bolezni (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision).

Opis kriterija	
Kriterij 1	Izogibanje ali omejevanje vnosa hrane, ki povzroči eno ali obe izmed posledic: - Vnos nezadostne količine ali raznolikosti hrane, da bi zadostili ustreznim energijskim ali prehranskim potrebam, kar povzroči pomembno izgubo telesne mase, klinično pomembno prehransko pomanjkljivost, odvisnost od peroralnih prehranskih dodatkov ali hranjenja po sondi ali pa kako drugače negativno vpliva na telesno zdravje posameznika. - Pomemben upad na različnih področjih delovanja (osebnem, družinskem, socialnem, šolskem, delovnem in drugih področjih; upad je povezan z negativnim stresom, izhajajočim iz socialnih situacij, ki vključujejo prehranjevanje).
Kriterij 2	Vzorec prehranjevanja ni motiviran s pretirano zaskrbljenostjo s telesno maso ali obliko telesa oz. motnjo telesne sheme.
Kriterij 3	Omejen vnos hrane in posledična izguba telesne mase (ali neuspešno pridobivanje telesne mase) ali drug vpliv na telesno zdravje ni posledica pomanjkanja dostopa do hrane, zdravstvenega stanja (npr. alergije na hrano, hipertiroze itd.), duševne motnje ali delovanja snovi/zdravil (npr. amfetamina), vključno z odtegnitvenimi simptomi.

Tabela 2. Kriteriji za postavitve diagnoze restriktivne izogibajoče motnje prehranjevanja v DSM-5 (10). DSM-5 – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Opis kriterija	
Kriterij A	Motnja prehranjevanja, za katero je značilno trajno neizpolnjevanje prehranskih in/ali energijskih potreb telesa, ki imajo za posledico: - klinično pomembno izgubo telesne mase oz. v pediatrični populaciji zaostanek v rasti, - klinično pomembno pomanjkanje hranil, - potrebo po enteralnem hranjenju ali nadomeščanju hranil s prehranskimi dopolnili in - težave v delovanju na psiho-socialnem področju.
Kriterij B	Motnje prehranjevanja ni mogoče razložiti z nerazpoložljivostjo hrane ali s kulturno/versko sprejeto prakso.
Kriterij C	Motnja prehranjevanja se ne pojavlja izključno med morebitnimi epizodami anoreksije nervoze ali bulimije nervoze, prav tako posameznik nima motene zaznave lastne telesne mase ali oblike.
Kriterij D	Omejevanja/izogibanja hrani ne moremo pripisati drugi bolezni ali duševni motnji. Če se motnja prehranjevanja pojavi v okviru drugega stanja ali motnje, njena resnost presega običajno povezavo s tem stanjem ali motnjo.

DIFERENCIALNA DIAGNOZA

Pomislimi moramo na naslednje bolezni oz. motnje: anoreksijo nervozo in druge motnje hranjenja, gastroezofagealno refluksno bolezen, eozinofilni ezofagitis, kronične vnetne črevesne bolezni, alergije na hrano, celiakijo, kronično zaprtje, strukturne anomalije orofarinksa ali prebavil, ki vplivajo na vnos hrane, ter endokrine motnje (Addisonova bolezen ali hipotiroidizem) (17). Pomembno je poudariti, da pri posameznikih z ARFID ni prisotnega pretiranega vrednotenja pomena telesne mase in postav, kar sicer predstavlja pomemben del klinične slike anoreksije nervoze in nekaterih drugih motenj hranjenja (1, 2, 9). Podobno klinično sliko lahko povzroči tudi strah pred novo hrano, ki je zelo pogosta pri otrocih od drugega do petega leta starosti, vendar sama po sebi ni motnja hranjenja oz. prehranjevanja (14).

Pozorni moramo biti tudi na sočasno prisotnost razvojno-nevroloških (motnja avtističnega spektra, ADHD) ter dugih duševnih motenj (depresivna motnja, socialna fobija, obsesivno-kompulzivna motnja, posttravmatska stresna motnja itd.) (18, 19).

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje ARFID poteka postopno in zahteva večdisciplinaren pristop, ki vključuje zdravnika (poleg psihiatra po potrebi še gastroenterologa in endokrinologa), psihologa, dietetika in družinske člane (2, 8). Na začetku zdravljenja je potrebna natančna ocena bolnikovega prehranskega in telesnega stanja (morebitno pomanjkanje hranil in vitaminov na podlagi laboratorijskih izvidov in natančnega telesnega pregleda), pri obravnavi je treba upoštevati njegovo starost, motivacijo in resnost bolezni (prisotnost podhranjenosti in telesnih zapletov) (2, 8, 13). Sledi načrtovanje prehranske obravnave ob pomoči dietetika, kjer se na podlagi natančne analize posameznikovih prehranskih navad postopoma uvaja prilagojen prehranski načrt, ki upošteva posameznikove

senzorične občutljivosti in prehranske potrebe. Vzporedno dietetski obravnavi poteka psihološka obravnava, ki temelji na kognitivno-vedenjski terapiji, osredotočeni na zmanjševanju tesnobe, povezane s hranjenjem, ter na postopnem širjenju prehranskega repertoarja (2, 20). Specifično se pri ARFID, ki je nastala kot posledica travmatične izkušnje (podtip 3), uporablja terapija, ki temelji na trenutno dobro uveljavljeni kognitivno-vedenjski terapiji za panično motnjo (ang. *panic control therapy*, PCT) (21).

Pri zdravljenju so pomembni tudi pristopi na družino usmerjenega zdravljenja (angl. *family-based treatment*), ki v obravnavo ves čas vključujejo otrokovo družino z namenom podpore pri razvoju bolj funkcionalnih načinov prehranjevanja in dolgoročnejšega vzdrževanja zdravja. Staršem je treba nuditi psihoedukacijo o vzrokih in značilnostih motnje, jim predstaviti prehranski načrt in nuditi pomoč pri podpori svojega otroka v zdravljenju. V obravnavo pediatričnih bolnikov, tako ambulantno kot tudi med hospitalizacijo, je treba vključiti tudi vrtec ali šolo in druge morebitne ustanove, ki jih otrok obiskuje (2, 8, 13, 22).

V začetnih fazah obravnave je priporočljivo postopno širjenje bolnikovega prehranskega repertoarja z uvajanjem novih živil k tistim, ki jih redno uživa (t. i. varna živila). Takšen pristop zmanjšuje tesnobo in senzorno občutljivost. Pogosto uporabljena je metoda veriženja hrane, pri kateri novo živilo temelji na podobnosti z varnim (8, 13). Ker so varna živila pogosto nezdrava, jih postopoma spreminjamo v nutricijsko ustrežnejša (npr. z uporabo polnozrnatih drobtin pri paniranju). Spremembe se uvajajo postopoma in ob krepitvi motivacije, pogosto z nagrajevalnim sistemom in rutino, ki zmanjšujeta tesnobo. Pri otrocih se lahko uvajanje novih hranil izvaja skozi igro, ob upoštevanju otrokovega temperamenta in čustvenega stanja, da se ustvari mirno in varno okolje, ki spodbuja sprejemanje novih živil kot varnih (13, 14).

Poleg navedenih pristopov se v zdravljenju lahko uporabljajo tudi zdravila, predvsem za zmanjšanje s prehranjevanjem povezane tesnobe in za spodbujanje teka (1). V pediatrični populaciji v začetnih fazah zdravljenja pogosto uporabljamo nizke odmerke anksiolitikov (lorazepam) z namenom zmanjševanja postravmatskega strahu, vezanega na prehranjevanje, za dolgo-ročnejši anksiolitični učinek pa uvajamo sertralin (22). V klinični praksi uporabljamo tudi olanzapin, za katerega sicer še ni znanstveno potrjenih dokazov za zdravljenje ARFID, je pa v posameznih kliničnih primerih opisan kot učinkovita oblika farmakološkega zdravljenja ob celostni obravnavi. Olanzapin pomaga pri zmanjševanju tesnobe in miselne preobremenitve, vezane na prehranjevanje, spodbudno vpliva na tek in s sedativnim učinkom zmanjšuje motorični nemir, ki je pogosto prisoten pri posameznikih z motnjami hranjenja oz. prehranjevanja ter pomaga pri urejanju spanja (2, 22, 23).

Za hospitalizacijo se odločimo, ko je bolnikov delež srednjega indeksa telesne mase (ITM) nižji od 75 % priporočenega s pridruženim hudim pomanjkanjem hranil ali ob drugih akutnih zapletih, ki ogrožajo pacientovo življenje (npr. elektrolitske motnje, huda dehidracija, srčnožilna nestabilnost itd.) (5). Tudi pri hospitaliziranih bolnikih ima prednost peroralno nadomeščanje hranil, v nekaterih primerih pa je treba hrano in specifična hranila nadomeščati preko nazogastrične sonde in/ali parenteralno (5, 15). Ob ponovnem uvajanju hranjenja moramo biti pozorni na razvoj t. i. sindroma ponovnega hranjenja (angl. *refeeding syndrome*). Da se mu izognemo, je pomembno postopno višanje kaloričnega vnosa in spremljanje laboratorijskih izvidov (elektrolitov). Ob prisotni podhranjenosti in primarno nizkem kaloričnem vnosu se lahko preventivno doda tudi fosfat (15).

PRIKAZ PRVEGA PRIMERA

V prvem primeru predstavljamo 11-letnega dečka z letom in pol trajajočo ARFID s pridružno gastroezofagealno refluksno boleznijo. Težave so se pri prej zdravem dečku začele po padcu na drsanju, ko se je udaril v predel prsnega koša in trebuha. Dogodek ga je zelo prestrašil, po padcu je tožil za bolečinami v trebuhu in ob tem težko dihal. Opravljen RTG prsnega koša in klinični pregled sta bila po poškodbah v mejah normale. Simptomi so začasno izzveneli, vendar so se bolečine v trebuhu ponovno pojavile čez pet mesecev po obroku v restavraciji. Deček je navajal izrazite bolečine po jedi, ki so se zmanjšale po tem, ko se je spahnil. Povedal je, da je moral hrano zelo prežvečiti in da je občasno občutil težave pri požiranju. V kliničnem statusu je izstopal blago občutljiv trebuh v epigastriju. ITM ob takratnem pregledu je znašal $16,43 \text{ kg/m}^2$ (38. percentil) (24). Izbrana pediaterinja ga je zaradi vztrajajočih bolečin v trebuhu usmerila v gastroenterološko ambulantno. V času do prvega pregleda je v nekaj mesecih izgubil 2,5 kg. V gastroenterološki ambulanti so zaradi suma na eozinofilni ezofagitis opravili gastroskopijo, ki je pokazala znake gastroezofagealne refluksne bolezni. Histološki izvid odvzetih vzorcev po protokolu za celiakijo in eozinofilni ezofagitis so bili v mejah normale. Deček je nato prejel zdravljenje s pantoprazolom, vendar tudi po nekaj mesecih zdravljenja z zaviralcem protonske črpalke bolečine v trebuhu niso izvenele. Ob kontrolnem pregledu pri gastroenterologu je bil napoten na UZ trebuha, ki je bil v mejah normale. Simptomi so se sprva nekoliko umirili, v naslednjih mesecih pa so se znova stopnjevali, ob tem se je nadaljevalo tudi izgubljanje telesne mase. Deček je bil zaradi suma na motnjo hranjenja usmerjen v pedopsihiatrično ambulantno. V tednih do pregleda se je družina ukvarjala le še s prehrano ter dečku kupovala posebna živila, ki jih nato ni pojedel. Užival je le še

smutije in prehranske napitke ter vidno izgubljal na telesni masi (v pol leta je izgubil 5 kg). Telesno je postajal vse bolj šibak, tako da ni več zmogel športnih aktivnosti in je s težavo sledil pouku. Ob pregledu je bil njegov ITM $13,4 \text{ kg/m}^2$ (0. percentil; odstotek srednjega ITM 79 %) (24). Pedopsihiatrinja je ugotavljala prisotnost ARFID s strahom pred bolečinami v trebuhu ob hranjenju. V psihičnem statusu je izstopala tesnoba, vezana na hranjenje, ob odsotni tako želji po zmanjšanju telesne mase kot tudi odsotnih miselnih preobremenitvah, vezanih na telesno maso. Razpoloženje je bilo v srednji legi, brez druge psihopatologije. Deček premorbidno ni imel čustveno-vedenjskih težav. Zgodnji razvoj je potekal brez posebnosti.

Opravljen je bil psihoedukacija dečka in staršev o motnji prehranjevanja ter predlagana uvedba nagrajevalnega sistema z namenom ponovne vzpostavitve hranjenja. Za dodatno podporo pri zniževanju tesnobe in za spodbujanje teka pri oblikovanju primernih obrokov je bilo uvedeno farmakološko zdravljenje z olanzapinom, skupaj z vitaminski nadomestki in prehranskimi napitki. Po treh tednih ambulantne obravnave je bil zaradi nenapredovanja pri vzpostavljanju količinsko in vsebinsko ustreznih obrokov ter vztrajajoči stiski, povezani s prehranjevanjem, sprejet na oddelek za otroško psihiatrijo.

V začetni fazi zdravljenja je prevladovala tesnobna simptomatika, povezana z ločitvijo od mame in prehranjevanjem, ki pa se je ob podpori farmakološkega zdravljenja in psihoedukacije postopoma umirjala. S postopnim povečevanjem energijskega vnosa je deček dosegel povrnitev telesne mase. Obravnava je temeljila na večdisciplinarnem pristopu, ki je vključeval pedopsihiatrično, psihološko, dietetsko in specialno pedagoško obravnavo. Uporabljeni so bili kognitivno-vedenjski pristopi za postopno izpostavljanje virom tesnobe ob uvajanju količinsko in vsebinsko primernih

obrokov, podprti z motivacijskim nagrajevalnim sistemom. Pri delu s starši so bili vključeni elementi družinske terapije. Z namenom krepitve vedenjskih sprememb, povezanih s hranjenjem, je deček tedensko odhajal na terapevtske izhode v domače okolje, da bi spremembe prenesel tudi izven bolnišnice.

V okviru farmakološkega zdravljenja je prehodno v prvem tednu hospitalizacije v anksiolitične namene prejemal lorazepam pred obroki. Nadalje je prejemal olanzapin v nespremenjenem odmerku, pantoprazol ter multivitaminske nadomestke. Za zmanjšanje tesnobne simptomatike je bil uveden nizek odmerek sertralina, ki je bil ukinjen po šestih mesecih ob stabilnem razpoloženju in odsotnosti hujše tesnobe.

Po enomesečni hospitalizaciji, z rednimi tedenskimi terapevtskimi izhodi v domače okolje, je bil deček odpuščen iz bolnišnice v nadaljnjo ambulantno obravnavo. Pred odpustom smo opravili timski sestanek z matično šolo z namenom predaje informacij in zagotavljanja podpore v šolskem okolju. Ob odpustu je bil njegov ITM $16,1 \text{ kg/m}^2$ (22. percentil), ob zadnji ambulantni kontroli pa 18 kg/m^2 (57. percentil). Deček je uspešno vključen v šolski sistem, motnja prehranjevanja je v remisiji, farmakološkega zdravljenja več ne potrebuje.

PRIKAZ DRUGEGA PRIMERA

V drugem primeru predstavljamo 16-letno mladostnico, ki je bila zaradi suma na motnjo hranjenja usmerjena v pedopsihiatrično ambulantno. Pri treh letih je bila zaradi nižje rasti prvič pregledana v gastroenterološki ambulantni. Starši večjih prebavnih težav niso navajali, so pa izpostavili, da je deklica pri hrani zelo izbirična in ima spremenljiv tek. Opisala sta jo kot sicer dobro razpoloženo, živahno in aktivno deklico. Gastroenterolog je priporočil vključevanje kalorično obogatene hrane ter prehranskih napitkov, skupaj z rednim spremljanjem telesne mase pri izbranem pediatru.

Pri enajstih letih je bila deklica s strani izbranega pediatra zaradi nizke rasti in nizke telesne mase usmerjena v endokrinološko ambulantno. ITM je takrat znašal $13,1 \text{ kg/m}^2$ (0. percentil; odstotek srednjega ITM 76 %) (25). Odvzeti laboratorij krvi, vključno s hormonskimi preiskavami, je bil v mejah normale. Opravljena meritev kostne gostote je bila ocenjena kot retarirana, kar je bilo z vidika nadaljnje rasti ocenjeno kot ugodno. Za opredelitev vzroka nizke rasti so bile opravljene kariotipizacija in molekularno-genetske preiskave, pri katerih ni bilo ugotovljenih odstopanj, ki bi lahko pojasnila klinični fenotip. V endokrinološko ambulantno je bila ponovno naročena čez eno leto. V tem času je deklica pridobila na telesni višini (141,7 cm, 5. percentil), manj pa na telesni teži (25,9 kg, 0. percentil), ITM je padel na $12,9 \text{ kg/m}^2$ (0. percentil; odstotek srednjega ITM 72 %) (25). Sveto-vano je bilo povečanje kaloričnega vnosa in predvideno nadaljnje spremljanje. Ob naslednjem kontrolnem pregledu je dodatno pridobila na telesni masi, vendar pa ob vseh nadaljnjih obravnavah ni dosegla vzpostavitve zadostne telesne mase, ITM je vztrajal v območju 0. percentila. Z namenom zmanjševanja pomanjkanja telesne mase je bilo ponovno priporočeno povišanje kaloričnega vnosa, dodatno je bila vključena še v dietetsko obravnavo. Pri starosti 14 let jo je endokrinolog zaradi anamnestičnih podatkov o prisotni bolečini v trebuhu ponovno usmeril v gastroenterološko ambulantno. Ob pregledu je mladostnica navajala prisotnost bolečin v trebuhu, ki jih je spremljal občutek slabosti. Navajala je tudi občutek zgage in bolečine v epigastriju ter za prsnico. Zaradi bolečin naj bi ponoči težje zaspala. Tek naj bi bil ustrezen, po navedbah mame pa je bila mladostnica ves čas zelo izbirična pri prehrani; od mesa je uživala le piščančje meso, odklanjala je sadje in zelenjavo. Od nekdanje uživala majhne obroke na dve uri. Opravljeni laboratorijski izvidi so bili v mejah

normale. Ob sumu na gastritis je bil uveden zaviralec protonske črpalke in svetovano redno uživanje prehranskega napitka. Nadaljevala je z dietetsko obravnavo in kontrolami v gastroenterološki ambulanti, kjer so ob ugotovljeni izbiričnosti pri hrani svetovali postopno uvajanje novih živil. Kljub redni dietetski obravnavi in spremljanju s strani gastroenterologinje, mladostnica na telesni masi ni pridobivala. Zaradi suma na motnjo hranjenja je bila nato usmerjena še v pedopsihiatrično ambulantno.

Ob prvem pregledu v pedopsihiatrični ambulanti je imela takrat 16-letna mladostnica 36 kg pri višini 155,6 cm (10. percentil), ITM je znašal $14,9 \text{ kg/m}^2$ (0. percentil; odstotek srednjega ITM 72 %) (25). Imela je redne menstruacije (menarha pri 14. letih). Ob pregledu je povedala, da ima težave s hrano, zaradi pomanjkanja teka namreč ne uspe pojesti toliko, kot bi morala. Takšne težave so bile sicer prisotne že od nekdaj; vedno je imela nizko telesno maso, zaradi česar je tudi obiskovala številne zdravnike. Povedala je, da kljub močni lakoti ne zmore veliko pojesti, ob hranjenju pa pogosto občuti slabost. Opisala je tudi prisotnost strahu pred slabostjo in bruhanjem ter povedala, da jo je strah pogoltniti zdravila. Izrazito zmanjšane teka opazila od osmega razreda osnovne šole, ko je bila izpostavljena zbadanju s strani vrstnikov. Zbadanje je bilo občasno tako vplivno, da hrane sploh ni mogla zaužiti in je zaradi tega izostajala od pouka.

Pri hranjenju je bila od nekdaj zelo izbirična – nikoli naj ne bi jedla zelenjave, od sadja pa samo banane. Navajala je določene senzorične posebnosti – že ob vonju zelenjave naj bi ji bilo slabo, če je bila ob drugi hrani na krožniku tudi surova zelenjava, ni zmogla pojesti niti ostalega, kuhanu zelenjavo je izločala iz obrokov. Kot najljubšo hrano je navedla palačinke s čokoladnim namazom. Izražala je željo, da bi pridobila na telesni masi. Navajala je še težave z uspavanjem. Povedala je, da je pred spa-

njem pogosto zaskrbljena (da bi se njenim bližnjim kaj zgodilo ali da se ne bi prebudila). Ob strahu pred bruhanjem in jemanjem zdravil je navedla tudi prisotnost številnih drugih strahov (pred govornimi nastopi, ocenjevanjem, višino, smrtjo, žuželkami, iglami, psi itd.).

Mama je glede zgodnjega razvoja povedala, da jo je bilo kot dojenčico težko pomiriti in se je pomirila le ob njej, medtem ko je druge osebe zavračala. Dolgo je imela težave z uspavanjem in ni potrebovala veliko spanja. Mama je izpostavila tudi težave s prilagajanjem na spremembe, vključno z uvajanjem v vrtec in šolo, selitvami ter odhodi na dopust. Pri treh letih je težje sprejela prihod sestrice, kasneje pa je razvila izrazit strah zanjo (če je npr. sestrica padla, je bila izrazito vznemirjena). Nikoli ni bila vodena v razvojni ambulant. Razvojni mejniki so bili doseženi normalno, hitro se je naučila brati in pisati. Uvajanje hrane je sprva potekalo brez posebnosti, težava z zavračanjem hrane pa se je pojavila v vrtcu. Doma hrane sprva ni zavračala. Od nekdanj sicer ni marala, če je v hrani videla koščke, tako da so hrano doma pasirali, zaradi kisa pa je zavračala solato. Težje se je vključevala med vrstnike, ni imela veliko prijateljev in pogosto se je igrala sama. Kot otrok je imela namišljenega prijatelja. V začetku osnovne šole je opravila pregled pri psihologu, ki pa ni ugotavljal odstopanj v njenem psihološkem razvoju ali prisotnosti čustvenih oz. razvojno-nevroloških težav.

Sedaj je dijakinja drugega letnika srednje šole, ocenjevanja in izpostavljanja pred razredom pa zanjo predstavljajo velik vir stresa. V šoli ima dve prijateljici, s katerima se v popoldanskem času ne družijo.

V psihičnem statusu smo ob pregledu ugotavljali prisotnost dalj časa trajajoče tesnobne simptomatike z znižanim tekom in telesnimi ekvivalenti, ki se je dodatno okrepila v zadnjih razredih osnovne šole. Razpoloženska lega ob pregledu ni bila pomembneje znižana. Izstopala je prisotnost

selektivnega prehranjevanja brez sočasno prisotnega strahu pred pridobivanjem telesne mase ali motene telesne sheme in nekatere druge posebnosti zgodnjega razvojnega obdobja (že kot dojenčica se je težko pomirila ter uspavala, dolgo ni usvojila dnevno-nočnega ritma, prisotna je bila izrazita ločitvena tesnoba, težave s prilagajanjem na spremembe in slabša socialna vključenost v vrtcu). Zaradi slednjih smo posumili, da je v ozadju aktualne simptomatike neprepoznana motnja avtističnega spektra.

Mladostnica je bila vključena v nadaljnjo ambulantno obravnavo zaradi tesnobne motnje in ARFID. Opravili smo obsežno psihoedukacijo o naravi njenih aktualnih težav in predlagali proces zdravljenja: uvedbo farmakološkega zdravljenja z namenom zmanjševanja tesnobe in nato postopno prilagajanja jedilnika z namenom povečanja kaloričnega vnosa s ciljem povrnitve telesne teže.

Zaradi strahu pred požiranjem smo v zdravljenje z namenom anksiolize uvajali risperidon v raztopini, ki ga je bolnica zaužila le enkrat, kasneje pa kljub spodbudi staršev nadaljnje jemanje zavračala. Ob kontrolnih pregledih smo jo poskušali dodatno motivirati za sodelovanje v zdravljenju in dosledno farmakološko zdravljenje. Zaradi stresa, ki ga je doživljala v povezavi s šolskim okoljem in ocenjevanji, smo predlagali pomoč šolske svetovalne službe in prilagoditev šolskega procesa, ki so ji prinesle vidno razbremenitev.

Od farmakološkega zdravljenja smo ji nato uvedli sertralin v raztopini, ki ga je samoiniciativno opustila, nazadnje pa smo v anksiolitične namene predlagali še uvedbo olanzapina, ki ga prav tako ni želela jemati. Med ambulantno obravnavo ni prišlo do pomembnejšega napredka v pridobivanju telesne mase.

Mladostnico smo usmerili tudi v klinično-psihološko obravnavo, ki je pokazala prisotnost izrazite tesnobne simptomatike ter

znižane odpornosti na stres ob določenih značilnostih motnje avtističnega spektra. Ugotovljene so bile povprečne besedne in nebesedne intelektualne sposobnosti ter blage težave na področju izvršilnih funkcij (načrtovanje, delovni spomin in organizacija dela). Na podlagi ugotovitev smo svetovali začetek postopka usmerjanja po Zakonu o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami z namenom dolgoročneje podpore in prilagoditev šolskega okolja.

Mladostnica bo še naprej vključena v redno ambulantno pedopsihiatrično vodenje. Za sodelovanje v obravnavi je sicer slabše motivirana in odklonilna tako do farmakološkega zdravljenja kot tudi do morebitne bolnišnične obravnave.

RAZPRAVA

ICD-11 uvaja novo diagnostično kategorijo ARFID, ki bo podlaga za zgodnejšo prepoznavo in obravnavo otrok z motnjami prehranjevanja, ki so bili do sedaj pogosto spregledani, saj je bila pri njih psihopatologija bolj znanih motenj hranjenja odsotna (2, 3). Še posebej pomembna je prepoznavna motenj prehranjevanja pri otrocih z motnjo avtističnega spektra (12, 19).

Predstavljena primera prikazujeta dve različni klinični sliki ARFID, ki poudarjata zapletenost njenega poteka ter ključni pomen zgodnje prepoznavne in ustreznega terapevtskega odziva. Pri 11-letnem dečku je bila motnja prepoznana v zgodnji fazi, kar je omogočilo hitro ukrepanje z večdisciplinarnim pristopom. S pravočasnim ukrepanjem večdisciplinarnega tima ter aktivno vlogo družine je bil dosežen ustrezen prehranski vnos, kar je vodilo do normalizacije telesne mase in preprečilo nadaljnje fizične ter psihosocialne zaplete.

V primeru 16-letne mladostnice je prepletenih več dejavnikov, ki so vplivali na razvoj ARFID ter kronifikacijo težav. Med ključne dejavnike spada temperamentna občutljivost, ki je prisotna že od najzgodnejšega obdobja (težave z vzpostavitvijo

dnevno-nočnega ritma, izrazita ločitvena tesnoba, selektivnost pri hranjenju in težave z uvajanjem na spremembe), kar nakazuje na razvojno-nevrološke posebnosti. V obdobju mladostništva se je tesnoba simptomatika dodatno stopnjevala, spremljali so jo zmanjšana prehranjevalna aktivnost ter številni strahovi, povezani s telesnimi občutki ob hranjenju.

Pozna prepoznavna razvojno-nevrološke in tesnobe simptomatike ter s tem dolgotrajnejša prisotnost težav je pomemben dejavnik, ki prispeva k slabšemu uspehu zdravljenja (21). Specifične značilnosti psihološkega razvoja, izhajajoče iz razvojno-nevroloških posebnosti, so zaradi prenizke telesne mase privedle do upočasnjene telesnega razvoja in zastoja rasti. Posebnosti v prehranjevanju ob senzornih omejitvah je glede na njihovo trajanje psihološko težje naslavljalati in bi jih bilo nujno prepoznati in obravnavati v zgodnjem razvojnem obdobju. Otroci z motnjo avtističnega spektra imajo pogosto pridružene motnje hranjenja, zato bi bilo ob zgodnji prepoznavi osnovne razvojno-nevrološke motnje nujno naslavljanje senzornih omejitev ter presejanje za pridružene motnje (7, 12, 19).

Tesnoba se pri otrocih pogosto izraža s somatizacijo, telesna bolečina pa po principu pozitivne povratne zanke stopnjuje tesnobo. Telesni simptomi otrok pogosto povečajo tesnobo tudi pri starših, kar lahko zaplete situacijo, saj se njihova zaskrbljenost ob prisotnosti simptoma, ki mu številne preiskave ne pokažejo izvora, stopnjuje do te mere, da povzroča dodatno tesnobo pri otroku (26). Opisan proces otežuje zdravljenje zlasti v začetnih fazah, zato je pomembno, da je pristop od samega začetka večdisciplinaren in temelji na jasno izdelanem načrtu zdravljenja, ki ga razumejo in sprejemajo tudi starši (2, 8). V začetku zdravljenja je zelo pomembno staršem razložiti naravo otrokovih težav, način zdravljenja, korake v procesu do ozdravitve ter dejavnike, ki vplivajo na okrevanje. Pri tem je

bistvenega pomena, da so starši ves čas vključeni v proces in predstavljeni kot pomemben dejavnik otrokove ozdravitve (8, 27). Pri dečku je bila zaradi nenapredovanja v ambulantnem zdravljenju ob pomembni podhranjenosti in kritičnem zmanjšanju kaloričnega vnosa potrebna hospitalizacija. Večdisciplinarno zasnovana obravnava je prispevala k zmanjšanju tesnobe pri starših, hkrati pa je uvedba nagrajevalnega sistema okrepila motivacijo dečka za spopadanje z neprijetnimi telesnimi občutki (5). K dečkovemu okrevanju so pomembno pripomogli tudi varovalni dejavniki, ki smo jih med hospitalizacijo naslavljali in krepili: podpora in razumevanje družine, šolska uspešnost, vključenost med vrstnike in želja po vračanju v domače okolje.

Predstavljena mladostnica je bila do sedaj vodena le ambulantno, želeni napredek v zdravljenju pa še ni dosežen. Tudi pri njej je prisotna izrazita tesnoba simptomatika, ki pa ni omejena zgolj na hrano in negativno vpliva na potek in uspešnost zdravljenja motnje prehranjevanja (9, 17). Prisotnost zmanjšanih prilagoditvenih in socialnih spretnosti, ki izhajajo iz osnovnih razvojno-nevroloških posebnosti, ji povzročajo težave pri vzpostavljanju in ohranjanju medvrstniških odnosov ter pri učinkovitem spoprijemanju z učnimi obremenitvami (12, 19). Obravnava je pri njej dodatno otežena zaradi slabše motivacije in odklonilnosti do farmakološkega zdravljenja ter hospitalne obravnave. Kot pozitivna sprememba se je izkazala individualizacija učnega procesa, saj je pripomogla k zmanjšanju tesnobe, vezane na šolske obremenitve in posledično tudi splošne tesnobe, kar je zmanjšalo negativen vpliv le-te na tek (28).

V nadaljnji obravnavi bo ključnega pomena nadaljevati s stopenjskim in celostnim pristopom, z namenom krepitve sodelovanja mladostnice v zdravljenju in zaupanja do terapevtov, kar bi posledično

zmanjšalo tesnobo simptomatiko in težave s prehranjevanjem. Nadaljevali bomo s psihoedukacijo mladostnice in njenih staršev ter mladostnici pomagali pri razvijanju strategij za učinkovitejše spoprijemanje s stresnimi situacijami. Pri tem bomo za krepitev motivacije za sodelovanje v obravnavi uporabljali tehnike motivacijskega intervjuja z željo po ponovnem poskusu uvedbe anksiolitičnega zdravljenja z zaviralcem ponovnega prevzema serotonina, ki bi pripomogel k zmanjšanju tesnobe simptomatike in prispeval k večjemu uspehu psiholoških intervenc, z željo po večji funkcionalnosti tako pri hranjenju kot spopadanju z vsakdanjimi izzivi (29).

Zgodnja prepoznavna ARFID je ključnega pomena za ugodnejši potek bolezni (9, 21). Pravočasno postavljena diagnoza omogoča preventivo pred težjimi telesnimi zapleti ter omogoča boljšo prognozo zaradi večje prilagodljivosti prehranjevalnih navad v zgodnejšem razvojnem obdobju (15). Poleg tega zgodnji terapevtski pristop pogosto zmanjša potrebo po invazivnih posegih, kot je npr. hranjenje po sondi, ter izboljša kakovost življenja bolnika in njegove družine (15). Ključnega pomena je tudi, da je obravnava že od prepoznave problema večdisciplinarna, temelji na usklajenem razumevanju med vključenimi strokovnjaki ter vključuje jasno opredeljene terapevtske cilje, oblikovane v sodelovanju s starši in otrokom oz. mladostnikom (1, 2, 8). Pri zgodnji prepoznavi imajo pomembno vlogo pediatri, ki lahko ob spremljanju otrokovega razvoja vključujejo tudi presejalna vprašanja o vrsti hrane, ki jo otrok redno uživa, ter o prehranjevalnih navadah v družini (30). Tako lahko pediater usmerja starše pri vzpostavljanju ustreznih prehranjevalnih vzorcev in zdravega odnosa do hrane pri otroku, po potrebi pa v zgodnjem razvojnem obdobju vključi tudi druge strokovnjake (dietetika, psihologa itd.) (30).

Kratkoročni cilj zdravljenja ARFID je telesna stabilizacija in povrnitev telesne

mase (8, 15, 21). Vzporedno si prizadevamo za večanje nabora hranil in zmanjševanje tesnobe ob hranjenju, kar omogoča trajno okrevanje (2). Dolgoročni cilj je vzdrževanje telesne mase v zdravem območju oz. nadaljnje pridobivanje telesne mase ter telesna rast v skladu z ravnimi krivuljami. Cilj je tudi vzdrževanje ustrežnejših vzorcev prehranjevanja in dolgoročna normalizacija le-teh (manjša obremenitev družine s strukturo in vsebino obrokov, spontanost pri hranjenju, prehod iz rigidnosti v večjo fleksibilnost obrokov) (2, 15). Prav tako si prizadevamo za izboljšanje splošne funkcionalnosti bolnika ter za zmanjšanje tesnobe simptomatike in morebitnih pridruženih duševnih motenj (8, 15, 20).

Trenutno podatkov o prevalenci ARFID za Slovenijo še ni na voljo, saj se je v preteklosti otroke z omenjenimi težavami vodilo v diagnostičnih kategorijah Druge motnje prehranjevanja (F50.8) in Motnja hranjenja v detinstvu in otroštvu (F98.2), ki pa zajemata tudi druge motnje hranjenja in prehranjevanja. Nova diagnostična kategorija je natančneje opredeljena in bo zato prispevala k boljši prepoznavi, diagnostiki in oceni razširjenosti v slovenski populaciji ter s tem spodbudila nadaljnji razvoj kliničnega dela z bolniki z ARFID, pripravo kliničnih smernic in preventivnih programov.

ZAKLJUČEK

ARFID je zapletena duševna motnja z zelo raznoliko klinično sliko, ki na primarni ravni

otežuje prepoznavo ter napotitev v specialistično obravnavo. Zaradi resnih in dolgoročnih posledic za zdravje posameznika je zgodnja prepoznavna izjemno pomembna. Posebno ključna je pri bolnikih s pridruženimi razvojno-nevrološkimi motnjami, kot je motnja avtističnega spektra. Pri slednji je ARFID pogostejša kot v splošni populaciji. Nova diagnostična kategorija v ICD-11 omogoča natančnejšo opredelitev težav, ki so bile v preteklosti opisane pod kategorijama Druge motnje prehranjevanja ali Motnje hranjenja v detinstvu. Nova kategorizacija bo prispevala k uspešnejši in zgodnejši prepoznavi ARFID pri otrocih in mladostnikih ter preprečila kronifikacijo težav. Prav tako bo spodbudila razvoj večdisciplinarnih obravnav na primarni ravni ter usmerjenega raziskovalnega dela z namenom izboljšanja kakovosti obravnave. Nova diagnostična kategorija bo omogočila tudi oceno prevalence ARFID v slovenski populaciji, ki je pri nas še nimamo, ter na podlagi teh podatkov razvoj strokovnih smernic za obravnavo.

SOGLASJA

Deček in mladostnica v predstavljenih primerih sta ustno privolila v anonimizirano uporabo zdravstvene dokumentacije in kliničnih podatkov za strokovne in/ali izobraževalne namene. Iz obeh opisov primerov identitete bolnika ni mogoče razbrati.

LITERATURA

1. Di Cara M, Rizzo C, Corallo F, et al. Avoidant restrictive food intake disorder: A narrative review of types and characteristics of therapeutic interventions. *Children*. 2023; 10 (8): 1297. doi: 10.3390/children10081297
2. Fonseca NKO, Curtarelli VD, Bertoletti J, et al. Avoidant restrictive food intake disorder: Recent advances in neurobiology and treatment. *J Eat Disord*. 2024; 12 (1): 74. doi: 10.1186/s40337-024-01021-z
3. World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision (ICD-11) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citirano 2025 Jun 20]. Dosegljivo na: <https://icd.who.int>
4. World Health Organization. International classification of diseases, 10th revision (ICD-10) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citirano 2025 Jun 20]. Dosegljivo na: <https://icd.who.int>
5. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, et al. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *Int J Eat Disord*. 2019; 52 (4): 361–6. doi: 10.1002/eat.23042
6. James RM, O'Shea J, Micali N, et al. Physical health complications in children and young people with avoidant restrictive food intake disorder (ARFID): A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open*. 2024; 8 (1): e002595. doi: 10.1136/bmjpo-2024-002595
7. Yazdani S, Bloomberg Z, Klauber R, et al. Avoidant restrictive food intake disorder emerging during COVID-19 pandemic resulting in superior mesenteric artery syndrome. *Eat Weight Disord*. 2022; 27 (7): 2943–5. doi: 10.1007/s40519-022-01415-5
8. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2023; 25 (2): 53–64. doi: 10.1007/s11920-022-01404-6
9. Becker KR, Breithaupt L, Lawson EA, et al. Co-occurrence of avoidant/restrictive food intake disorder and traditional eating-disorder psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 59 (2): 209–12. doi: 10.1016/j.jaac.2019.09.037
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013 [citirano 2025 Jun 20].
11. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, et al. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2023; 31 (2): 226–46. doi: 10.1002/erv.2964
12. Keski-Rahkonen A, Ruusunen A. Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: Epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. *Curr Opin Psychiatry*. 2023; 36 (6): 438–42. doi: 10.1097/YCO.0000000000000896
13. Białek-Dratwa A, Szymańska D, Grajek M, et al. ARFID-Strategies for dietary management in children. *Nutrients*. 2022; 14 (9): 1739. doi: 10.3390/nu14091739
14. Torres TO, Gomes DR, Mattos MP. Factors associated with food neophobia in children: Systematic review. *Rev Paul Pediatr*. 2020; 39: e2020089. doi: 10.1590/1984-0462/2021/39/2020089
15. Cucinotta U, Romano C, Dipasquale V. A systematic review to manage avoidant/restrictive food intake disorders in pediatric gastroenterological practice. *Healthcare*. 2023; 11 (16): 2245. doi: 10.3390/healthcare11162245
16. Estrem HH, Pederson JL, Dodrill P, et al. A US-based consensus on diagnostic overlap and distinction for pediatric feeding disorder and avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2025; 58 (3): 489–99. doi:10.1002/eat.24349
17. Seetharaman S, Fields EL. Avoidant/restrictive food intake disorder. *Pediatr Rev*. 2020; 41 (12): 613–22. doi: 10.1542/pir.2019-0133
18. Kambanis PE, Harshman SG, Kuhnle MC, et al. Differential comorbidity profiles in avoidant/replay a strictive food intake disorder and anorexia nervosa: Does age play a role? *Int J Eat Disord*. 2022; 55 (10): 1397–1403. doi:10.1002/eat.23777
19. Sader M, Weston A, Buchan K, et al. The co-occurrence of autism and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A prevalence-based meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2025; 58 (3): 473–88. doi:10.1002/eat.24369
20. Zickgraf H, Schwartz R. Broadening the conceptualization of panic disorder to include the fear presentation of avoidant/restrictive food intake disorder: The legacy of panic control therapy. *Behav Res Ther*. 2024; 185 (12): 104677. doi:10.1016/j.brat.2024.104677
21. Mulkens S, Waller G. New developments in cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED). *Curr Opin Psychiatry*. 2021; 34 (6): 576–83. doi: 10.1097/YCO.0000000000000745
22. Morrison M, Steel LA. Avoidant/Restrictive food intake disorder: Origins, neurobiology, and psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020; 59 (10): 184–5. doi:10.1016/j.jaac.2020.08.181

23. Muratore AF, Attia E. Psychopharmacologic management of eating disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2022; 24 (7): 345–51. doi:10.1007/s11920-022-01340-5
24. Centers for Disease Control and Prevention. 2 to 20 years: Boys, body mass index-for-age percentiles [internet]. Atlanta: National Center for Health Statistics; 2000 [citirano 2025 Aug 12]. Dosegljivo na: <https://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c021.pdf>
25. Centers for Disease Control and Prevention. 2 to 20 years: Girls, body mass index-for-age percentiles [internet]. Atlanta: National Center for Health Statistics; 2000 [citirano 2025 Aug 12]. Dosegljivo na: <https://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c024.pdf>
26. Fostini A, Zaravinos Tsakos F, Kolaitis G, et al. Parents' reflective functioning, emotion regulation, and health: Associations with children's functional somatic symptoms. *Psychol Int.* 2025; 7 (2): 31. doi: 10.3390/psycholint7020031
27. Kim YK, Di Martino JM, Nicholas J, et al. Parent strategies for expanding food variety: Reflections of 19,239 adults with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2022; 55 (1): 108–19. doi: 10.1002/eat.23639
28. Steare T, Gutiérrez Muñoz C, Sullivan A, et al. The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *J Affect Disord.* 2023; 339: 302–17. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.028
29. Herbst RB, Corley AMS, McTate E, et al. Motivational interviewing in pediatric mental health. *Pediatr Clin North Am.* 2024; 71 (6): 1047–58. doi: 10.1016/j.pcl.2024.07.012
30. Feillet F, Bocquet A, Briend A, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr.* 2019; 26 (7): 437–41. doi: 10.1016/j.arcped.2019.08.005

Prispelo 6. 7. 2025