

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА  
MEDICINE

DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-4-0-8

УДК 616.89-008.441.42

# Избегающее ограничительное расстройство, связанное с приемом пищи – новая диагностическая категория расстройства пищевого поведения в DSM-V (аналитический обзор)

Л.И. Захарова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»,  
ул. Карла Маркса, д. 3, г. Курск, 305041, Российская Федерация  
Автор для переписки: Л.И. Захарова ([lil.zakharova2015@yandex.ru](mailto:lil.zakharova2015@yandex.ru))

## Резюме

**Актуальность:** Избегающее ограничительное расстройство, приема пищи – Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) было включено в DSM-V в 2013 году. Начинается расстройство в основном в возрасте 8-13 лет, коморбидно с расстройствами аутистического спектра, умственной отсталостью, генерализованным тревожным расстройством, вызывает потерю веса, ухудшение роста, трудности в социальной жизни и посещаемости школы. **Цель исследования:** Обобщение клинически значимой информации об ARFID для своевременной диагностики и терапии. **Материалы и методы:** Основное внимание уделялось литературе с момента введения ARFID (с 2012-2015 гг.) с использованием термина «избегающее / ограничительное расстройство при приеме пищи». В обзор включались статьи, из баз Web of Science, Scopus, PubMed. **Результаты:** Установлено, что в общей популяции среди детей в возрасте 8-13 лет 3,2% удовлетворяют диагностическим критериям ARFID. Среди детей и подростков, проходящих стационарное лечение с расстройствами пищевого поведения ARFID выявляется от 7,2% до 22,5% случаев. Дети и подростки с ARFID по своим социально-демографическим и клиническим характеристикам отличаются от тех, кто страдает нервной анорексией и нервной булимией. У них меньший вес, большая продолжительность болезни и большая вероятность возникновения сопутствующих соматических осложнений и психических расстройств. Симптомы ARFID многообразны: трудности с пережевыванием определенных продуктов, отказ от определенных цветов или текстур пищи, употребление только очень маленьких порций, отсутствие аппетита или боязнь принимать пищу после пугающего приступа удушья или рвоты. Факторы риска

ARFID включают ряд биологических, психологических и социокультурных проблем. **Заключение:** При лечении требуется учитывать психический статус пациента, сочетание терапии с другим методами, восстановление веса, управление питанием. Важно вовлечение родителей в терапевтический процесс. Необходимо дальнейшее изучение избегающего ограничивающего расстройства, связанного с приемом пищи и его коморбидности с психическими нарушениями для выработки оптимальных подходов к терапии.

**Ключевые слова:** расстройства пищевого поведения; расстройства аутистического спектра; тревога; депрессия

**Для цитирования:** Захарова ЛИ. Избегающее ограничительное расстройство, связанное с приемом пищи – новая диагностическая категория расстройства пищевого поведения в DSM-V (аналитический обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2020;6(4):524-537. DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-4-0-8

## Avoidant restrictive food intake disorder – a new diagnostic category in DSM-V (analytical review)

Lilia I. Zakharova 

Kursk State Medical University,  
3 Karl Marx St., Kursk, 305041, Russia

*Correspondence author: Lilia I. Zakharova (lil.zakharova2015@yandex.ru)*

### Abstract

**Background:** Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) was included in DSM-V in 2013. The disorder begins mainly at the age of 8-13. It is comorbid with autism spectrum disorders, mental retardation, generalized anxiety disorder, causes weight loss, impaired growth, difficulties in social life and school attendance. **The aim of the study:** The review aims to summarize clinically relevant information about ARFID for timely diagnosis and therapy. **Materials and methods:** The focus has been on the literature since the introduction of ARFID (from 2012-2015) using the term “avoidant/restrictive eating disorder”. The review included articles from Web of Science, Scopus, Pub Med. **Results:** The 3.2% of children aged 8-13 years satisfy the diagnostic criteria of ARFID. In children and adolescents undergoing inpatient treatment with eating disorders ARFID was detected from 7.2% to 22.5% of cases. Children and adolescents with ARFID differ in their socio-demographic and clinical characteristics from those who suffer from anoxia nervosa and bulimia nervosa. They have a lesser weight, a longer duration of the disease and a greater likelihood of concomitant somatic complications and mental disorders. The symptoms of ARFID are manifold: difficulties in digesting certain foods, refusing certain colors or textures of food, eating only very small portions, lack of appetite or fear of eating after a frightening attack of suffocation or vomiting. ARFID risk factors include a number of biological, psychological, and sociocultural issues. **Conclusion:** During treatment, it is required to take into account the patient’s mental status, combination of therapy with other methods, weight recovery, and nutrition management. It is important to involve parents in the therapeutic process.

Further study of the avoiding restrictive food intake disorder associated with eating and its comorbidity with mental disorders is needed in order to develop optimal approaches to therapy.

**Keywords:** eating disorders; autism spectrum disorders; anxiety; depression

**For citation:** Zakharova LI. Avoidant restrictive food intake disorder – a new diagnostic category in DSM-V (analytical review). Research Results in Biomedicine. 2020;6(4):524-537. Russian. DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-4-0-8

**Введение.** Понятие ARFID (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) – «Избегающее/ограничительное расстройство приема пищи» было введено в DSM 5 (307.59) в 2013 году. ARFID – это фактически переформулировка диагноза DSM-IV: «Расстройства питания младенческого или раннего детства». Он был расширен, чтобы включить гетерогенные нарушения питания, которые приводят к дефициту энергии или питания [1,2]. На пересечении расстройств пищевого поведения и питания ARFID характеризуется недостаточным питанием или потреблением калорий, приводящим к непреднамеренной потере веса, дефициту питательных веществ, добавкам (включая энтеральное питание) зависимость и / или значительное психосоциальное нарушение. В МКБ-10 [3] это расстройство может рассматриваться в рубрике F50.8 (другие расстройства приема пищи).

Выделяют 3 группы особенностей питания [4], которые приводят к симптомам ARFID и поэтому мотивируют отказ от пищи, каждый из которых имеет свои особенности:

1) ограниченное разнообразие питания, связанное с сенсорными особенностями (например, привередливость или придиристичность при приеме пищи);

2) ограниченное потребление пищи вследствие плохого аппетита или незначительного интереса к еде;

3) избегание употребления пищи как реакция на негативное событие, связанная с боязнью последствий приема пищи (изжога, рвота, чувство удушья).

Одно из самых значительных изменений в диагностике расстройства пищевого поведения [5] в DSM-5 заключались в

том, что расстройство питания в младенчестве или раннем детстве было переименовано в избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ARFID) и его критерии были значительно расширены [6] (DSM-V). Версия DSM-IV не смогла в полной мере описать характеристики, течение и исход расстройства питания, вызванного не стремлением похудеть, а иными причинами [7, 8]. Кроме того, было очевидно, что такое расстройство встречается не только у детей до 6 лет, а может присутствовать или сохраняться в зрелом возрасте [9]. Перечисленное послужило причиной включения в DSM-V избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ARFID).

**Цель обзора.** Обобщение клинически значимой информации об ARFID для своевременной диагностики и терапии данного расстройства.

**Материал и методы обзора.** Основное внимание уделялось литературе с момента введения ARFID (с 2012-2015 гг.) с использованием термина «избегающее / ограничительное расстройство при приеме пищи». В обзор включались статьи, индексируемые базами WebofScience, Scopus, PubMed.

**Результаты и их обсуждение.** Диагностическими критериями для ARFID согласно DSM-V [6] являются:

1. Нарушение питания / приема пищи (например, явное отсутствие интереса к еде или пище; избегание, основанное на сенсорных характеристиках пищи; беспокойство по поводу неблагоприятных последствий приема пищи), что проявляется в постоянном отказе удовлетворить соответствующие потребности в питании и /

или энергии, связанные с одним (или более) из следующего:

- Значительная потеря веса (или неспособность достичь ожидаемого увеличения веса или прерывистый рост у детей).
- Значительный дефицит питательных веществ.
- Зависимость от энтерального питания или пероральных пищевых добавок.
- Нарушение психосоциального функционирования.

2. Расстройство не объясняется нехваткой доступной пищи или культуральными запретами.

3. Нарушение питания происходит не только во время нервной анорексии или нервной булимии, и нет никаких свидетельств нарушения чувства своего веса или формы тела.

4. Нарушение питания не связано с сопутствующим заболеванием или другим психическим расстройством. Когда расстройство пищевого поведения происходит в контексте другого состояния или расстройства, тяжесть расстройства пищевого поведения превышает уровень, обычно связанный с состоянием или расстройством, и требует дополнительного клинического внимания.

Пациенты с ARFID, как правило, моложе, чем те, у кого диагностируется «нервная анорексия», или «нервная булимия» и отсутствуют симптомы искаженного восприятия образа тела, а также боязнь прибавки веса [10, 11, 12].

В настоящее время нет доказательных исследований, описывающих эту группу пациентов. Поэтому не известны этиологические факторы и клиническая динамика расстройства. Клиницисты сообщают, что пациенты с ARFID переносили эпизоды удушья или рвоты с последующим развитием боязни есть твердую пищу. В других случаях имело место ограниченное питание с раннего детства, боль в животе после приема пищи, которая в последующем уменьшала объем принимаемой пищи [13]. Поскольку ARFID является относительно новым диагнозом, многие врачи еще не знакомы с ним и не владеют

конкретными диагностическими критериями, которые определяют диагноз [14].

В аспекте клинической самостоятельности ARFID существуют различные точки зрения. Так одни авторы [11,15] в связи с ранним началом ARFID предполагают, что этот диагноз не самостоятельное расстройство, проблема, связанная с неправильным поведением родителей, чем первичным расстройством пищевого поведения. Существует и другая точка зрения [16], согласно которой – ARFID является психическим расстройством.

### **Распространенность ARFID**

Изучение распространенности ARFID при помощи опросника в начальной школе среди детей в возрасте 8-13 лет в Швейцарии показало, что 3,2% удовлетворяют диагностическим критериям ARFID [17].

Данные о распространенности ARFID среди детей и подростков, проходящих стационарное лечение с расстройствами пищевого поведения, различаются. Так, в одних исследованиях [18] приводятся цифры от 1,5% до 23%, в других – до 14% [19]. В психиатрическом стационаре ARFID у детей наблюдается в 5-13% случаев [20]. Среди пациентов с расстройством пищевого поведения ARFID выявляется от 7,2% до 17,4% [19,21], а у проходящих лечение в дневном стационаре – до 22,5% [22].

### **Клинические проявления ARFID**

ARFID в основном начинается в младенчестве или в детстве в возрасте 8-13 лет, вызывает потерю веса, ухудшение роста, трудности в социальной жизни и посещаемости школы [17].

Проявляется ARFID отсутствием аппетита или интереса к еде, резким ограничением количества съеденной пищи, придирчивым питанием – т.е. ограничением ассортимента предпочитаемых продуктов (с тенденцией к его сужению) и выбором для питания продуктов, обладающих определенной текстурой, что приводит к выраженной потере веса. Характерны жалобы на боли в животе, запоры, непереносимость холода и иные расплывчатые и по-

лиморфные проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта во время приема пищи, которые не подтверждаются при клинических и инструментальных обследованиях. Отмечается страх удушья или рвоты во время еды, но нет никаких нарушений образа тела или боязни прибавки в весе.

Дети и подростки с ARFID демографически и клинически отличаются от тех, кто страдает нервной анорексией и нервной булимией. Они имеют значительно меньший вес при более длительной болезни и большую вероятность возникновения сопутствующих соматических осложнений и многообразных психических расстройств. Так среди пациентов с ARFID были лица с избирательным питанием с раннего детства (28,7%), генерализованным тревожным расстройством (21,4%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (19,4%), некоторые обнаруживали в анамнезе рвоту, или удушье (13,2%) и пищевую аллергию (4,1%). Пациенты с ARFID чаще, чем с нервной анорексией или булимией [19] имели сопутствующее соматическое заболевание (55% против 10%), тревожное расстройство (58% против 35%-33%) и реже обнаруживали симптомы расстройств настроения (19% против 31% – 58%). Кроме того, пациенты с ARFID по сравнению с анорексией [18], имеют большую вероятность коморбидных психических расстройств (обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, расстройства аутистического спектра, расстройство обучения и когнитивные нарушения).

Диагноз ARFID устанавливается в случаях, когда симптомы нарушений приема пищи не соответствуют критериям для традиционных диагнозов расстройства пищевого поведения, но которые, тем не менее, испытывают клинически значимую борьбу с едой. Симптомы ARFID нередко выявляются в детстве [23] и присутствуют или сохраняются в зрелом возрасте. Люди ограничивают ассортимент своих предпочтительных продуктов, иногда исключая и отказываясь от целых групп продуктов и /

или избегая пищи различной текстуры и даже температуры. Высокий уровень сопутствующих психиатрических и медицинских симптомов, по-видимому, интерпретируется в основном как последствия, а не как причины расстройства, хотя DSM-5 отмечает, что заболевание желудочно-пищеводного рефлюкса или удушье в анамнезе могут способствовать расстройству.

Проблемы с питанием, когда может устанавливаться диагноз ARFID, многообразны: это трудности с перевариванием определенных продуктов, отказ от определенных цветов или текстур пищи, употребление только очень маленьких порций, отсутствие аппетита или боязнь принимать пищу после пугающего приступа удушья или рвоты.

Нередко человек с ARFID не может получать достаточное количество калорий в результате ограничений, и, в конечном итоге, худеет. У людей с ARFID могут быть проблемы в школе или на работе из-за проблем с питанием – таких как отказ от рабочих обедов, невыполнение школьных заданий из-за времени, необходимого для еды, избегание встреч с друзьями на мероприятиях где еда присутствует. При отсутствии адекватного лечения ARFID может привести к задержке роста, дефициту питательных веществ и нарушению психосоциального функционирования [24].

Поскольку как анорексия, так и ARFID связаны с неспособностью удовлетворить потребности в питании, оба расстройства имеют сходные физические признаки и медицинские последствия. К ним относятся неспецифические и полиморфные жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (боль, спазмы, расстройство стула, гастроэзофагиальный рефлюкс и т.д.), нарушение менструального цикла у лиц женского пола (вплоть до аменореи), изменение лабораторных показателей крови (анемия, низкий уровень гормонов щитовидной железы, низкий уровень калия). Характерны астения (утомляемость, трудности с концентрацией внимания, голово-



кружение, проблемы со сном), периодические обмороки, мышечная слабость, нарушение терморегуляции, ознобы. Становятся сухими и ломкими волосы и ногти. Возможны отеки нижних конечностей.

### **Факторы риска формирования ARFID**

Как и при всех расстройствах пищевого поведения, факторы риска для ARFID включают целый ряд биологических, психологических и социокультурных проблем. Эти факторы могут по-разному взаимодействовать у разных людей, что означает, что два человека с одним и тем же расстройством пищевого поведения могут иметь очень разные взгляды, переживания и симптомы.

Факторами риска формирования ARFID могут быть (DSM-5): расстройства аутистического спектра, обсессивно-компульсивное расстройство и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), хотя встречаются случаи и без психиатрического диагноза [25]. Поэтому считают, что ARFID не следует относить исключительно к сопутствующему заболеванию [26]. У некоторых людей с ARFID может развиваться другое расстройство пищевого поведения, такое как анорексия или булимия. У детей ограничение в приеме пищи может быть основано на сенсорных ее характеристиках в 60,9% случаев [17]. Данный вид расстройства чаще встречается у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра.

Аффективные расстройства настроения, тревожные расстройства, депрессивные или биполярные симптомы, обсессивно-компульсивные нарушения, могут вызывать избегание приема пищи или избирательное питание, особенно у детей старшего возраста или подростков [19]. Избегание пищи часто происходит от условного отрицательного ответа после неприятных переживаний, таких как удушье или рвота (до 15,2%) случаев [17].

У некоторых пациентов избегающее/ограничительное расстройство приема пищи может возникнуть из-за отсутствия интереса к еде [17] или из-за отсутствия чувства голода [6].

Физиологические условия, такие как желудочно-кишечные проблемы (например, рефлюкс), также могут увеличить риск избегания или ограничения пищи [27].

Существенное значение в формировании ARFID имеет микросоциальное окружение. Матери детей с расстройствами питания, как правило, непредсказуемы, неконтролируемы, навязчивы, склонны к наказаниям, злы и враждебны, менее ласковы, менее гибкие, часто используют насильственное кормление и испытывают трудности в распознавании эмоций ребенка [28, 29, 30]. Имеются наблюдения [31], что воспитатели часто имели расстройства пищевого поведения, страдали депрессией, тревогой или обнаруживали другие проблемы с психическим здоровьем.

Семейная тревога, дефицит взаимодействия между родителями и ребенком из-за психопатологии родителей (например, расстройство пищевого поведения матери) или неправильное толкование поведения ребенка также может способствовать развитию или поддержанию расстройства [6].

### **Подходы к лечению пациентов с ARFID**

Общенационального консенсуса в отношении путей оказания помощи при ARFID на текущий момент не существует, и поэтому пациенты, как правило, обращаются в основные службы охраны психического здоровья детей и подростков, а также специализированные службы по борьбе с расстройствами питания [24].

При лечении ARFID, как правило, требуется госпитализация с более длительными сроками, чем у пациентов с другими расстройствами пищевого поведения, приводящими к госпитализации [22, 32, 33].

Критериями, требующими госпитализации пациента с ARFID [34, 35] являются симптомы, аналогичные симптомам нервной анорексии (брадикардия, ортостатическая гипотензия, электролитные нарушения), а также малый вес – ниже 80% от нормы или потеря более 20% массы тела [36].

Большинство методов лечения пациентов с ARFID включают медицинские и психологические вмешательства, а также рекомендации по питанию [14]. Процедуры лечения должны начинаться с оценки риска, постановки целей и здоровья или психообразование. Психообразование должно сосредоточиться как на физических, так и на психологических последствиях ARFID [37].

Выбор способа терапии зависит от оценки возможных последствий отказа от пищи или ограничения ее потребления, потери веса, дефицита роста, связанными с этим дистрессом и ухудшением социального и эмоционального функционирования [29].

Как и во многих случаях, изменение схемы питания без какого-либо ограничения не является ни реалистичным, ни желательным, поэтому терапевт должен, прежде всего, стремиться минимизировать физический или пищевой риск, изменяя поведение людей через управление тревогой, пробуя новые продукты и расширяя диетическое потребление [29].

У некоторых пациентов с ARFID имеется высокий риск развития анорексии. Поэтому в процессе лечения следует тщательно контролировать динамику психического состояния пациента и своевременное реагирование на смену ведущей психопатологической симптоматики [21].

В аспекте терапии при ARFID предлагается [38] комбинация фармакотерапии с основным упором на восстановление веса, управление питанием и психотерапевтические вмешательства. При лечении детей в процесс также должны быть вовлечены родители. Поведенческая терапия, систематическая десенсибилизация, когнитивно-поведенческая терапия с когнитив-

ной реструктуризацией, управление тревогой и семейные вмешательства оказались наиболее полезными психотерапевтическими вмешательствами. При этом важно своевременно выявить симптомы-мишени как для психофармакотерапии, так и для психотерапии. Важно своевременно выявить симптомы депрессии и тревоги и назначить соответствующую терапию [22].

На сегодняшний день отсутствуют четкие рекомендации по психофармакотерапии при ARFID. Главной целью, как правило, является восстановление здорового веса пациента и снижение уровня дистресса и тревоги, связанных с приемом пищи [39]. В этом аспекте показано назначение анксиолитиков и атарактиков. Важно указать, что использование психофармакологических препаратов должно быть в комплексе с другими подходами к лечению (включая поведенческую психотерапию) и междисциплинарными вмешательствами.

Бензодиазепины (например, лоразепам) могут быть рассмотрены для некоторых крайне напряженных пациентов в (очень) краткосрочные периоды, чтобы уменьшить беспокойство, связанное с едой; например, при внедрении системы плана питания.

Ципрогептадин был идентифицирован как безопасный и эффективный для применения у детей младшего возраста, испытывающих трудности с питанием, связанные с низким аппетитом [11].

Оланзапин в низкой дозировке использовался для уменьшения беспокойства, стимулирования аппетита и облегчения процесса приема пищи у молодых пациентов с ARFID. Одно недавнее исследование даже упоминает о пользе использования D-циклосерина чтобы помочь в вмешательствах воздействия при тревожных расстройствах [40].

При депрессивных расстройствах, коморбидных ARFID в педиатрической практике затруднительно применять селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (например, флуоксетин, сертралин), что связано с некоторыми их по-

тенциальными побочными эффектами, особенно в начале лечения (тошнота, рвота, снижение аппетита). Они могут усугубить трудности с приемом пищи у пациента с ARFID. В этих случаях предпочтительно использовать Миртазапин [4], не только снижающий тревогу и улучшающий сон, но и уменьшающий тошноту, помогающий испытывать чувство голода и улучшающий процесс пищеварения.

Терапевтические последствия ARFID до конца не изучены и требуют исследования. Тем не менее, признание ARFID в DSM-5 будет стимулировать дальнейшие исследования его характеристик и обеспечит разработку подходов к лечению и выяснению долгосрочного прогноза [19].

#### Диагностика ARFID

Для диагностики ARFID у лиц от 8 до 13 лет используется опросник [41] «Eating Disorders in Youth Questionnaire» (EDY-Q – Опросник расстройств пищевого поведения у молодежи) – это анкета, включающая 14 пунктов-утверждений для оценки ограничительных нарушений питания с ранним началом посредством само-

отчета. Утверждения основаны на критериях «Избегающего/ограничительного расстройства приема пищи (ARFID) согласно DSM-5; критериях GreatOrmondStreet; и литературе о ранних ограничительных нарушениях питания. Из четырнадцати утверждений, двенадцать охватывают симптоматику ARFID, включая три его подвида предложенных варианта [28], эмоциональное расстройство, связанное с избеганием пищи (FAED), избирательное питание (SE) и функциональную дисфагию (FD). Два дополнительных пункта кратко касаются расстройства, связанного с поеданием несъедобных вещей и расстройства руминации, двух других ранних расстройств питания, описанных в DSM-5. Перевод опросника приводится ниже.

#### Инструкция

Пожалуйста, прочитайте следующие утверждения и обозначьте  в той ячейке, которая соответствует описанию Вашего отношения к пище в наибольшей степени (от 0 – совершенно не верно, до 6 – абсолютно верно) (таблица).

Таблица

### Опросник расстройств пищевого поведения у молодежи

Table

#### Eating Disorders in Youth Questionnaire

№ п/п	Вопросы	Ответы						
		0	1	2	3	4	5	6
1	Если бы мне разрешили, я бы не ел	0	1	2	3	4	5	6
2	Еда / пища меня не интересует	0	1	2	3	4	5	6
3	Я не ем, когда мне грустно, когда я переживаю или испытываю тревогу	0	1	2	3	4	5	6
4	Другие люди думают, что я вешу слишком мало	0	1	2	3	4	5	6
5	Я бы хотел весить больше	0	1	2	3	4	5	6
6	Я чувствую себя толстым, даже если другие люди не согласны со мной.	0	1	2	3	4	5	6
7	Пока я не выгляжу слишком толстым или не вешу слишком много, все остальное не имеет значения	0	1	2	3	4	5	6
8	Я придирчивый едок	0	1	2	3	4	5	6
9	Я не люблю пробовать новую еду	0	1	2	3	4	5	6
10	Я боюсь удушья или рвоты во время приема пищи	0	1	2	3	4	5	6
11	Я боюсь глотать еду	0	1	2	3	4	5	6
12	Я не люблю пробовать еду со специфическим запахом, вкусом, внешним видом или определенной консистенцией (например, хрустящую или мягкую)	0	1	2	3	4	5	6
13	Мне нравится есть вещи, которые не предназначены для еды (например, песок)	0	1	2	3	4	5	6
14	Я срыгиваю пищу, которую уже проглотил	0	1	2	3	4	5	6



## Интерпретация

Каждый пункт оценивается по 7-балльной шкале в диапазоне от 0 = никогда до 6 = всегда. Эти пункты охватывают три варианта ARFID, эмоциональное расстройство, связанное с избеганием пищи (пункты 1-3), избирательное питание (пункты 8, 9 и 12) и функциональную дисфагию (пункты 10 и 11). Кроме того, оцениваются воспринимаемые проблемы с весом при слишком малой массе тела (пункты 4 и 5), относящиеся к неспособности удовлетворить соответствующие потребности в энергии при ARFID. Искаженные представления о весе или форме тела (пункты 6 и 7) оцениваются как критерий исключения ARFID. Из EDY-Q могут быть получены следующие оценки:

1. Общий средний балл (пункты 1-5 и 8-12).

2. Все следующие показатели должны были соблюдаться при указанных пороговых значениях, чтобы подтвердить наличие симптомов ARFID в соответствии с DSM-5:

- По крайней мере, один из вариантов ARFID на основе DSM-5 (пункты 2, 10, 12) оценивается, по крайней мере, как «часто» ( $\geq 4$ ).

- Проблемы с весом (пункт 4) регистрируются как минимум часто ( $\geq 4$ ).

- Искаженные представления о весе или форме (пункты 6 и 7) сообщаются реже, чем иногда ( $< 3$ ).

3. Пункты, касающиеся расстройства, связанного с поеданием несъедобных вещей (пункт 13) и расстройства руминации (пункт 14), можно оценить описательно.

## Дифференциальная диагностика ARFID

При наличии других психических расстройств [42], которые могут быть фактором риска для ARFID (тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства с дефицитом внимания и расстройства аутистического спектра), диагноз ARFID можно ставить

только в том случае, если само нарушение питания вызывает значительные клинические нарушения, требующие вмешательства, выходящего за рамки того, что обычно требуется для другого состояния. Точно так же у людей желудочно-кишечными заболеваниями в анамнезе (гастроэзофагеальный рефлюкс), могут развиваться нарушения питания, но диагноз ARFID следует выставлять только тогда, когда они требуют значительного лечения сверх того, которое необходимо для желудочно-кишечных проблем.

**Заключение.** Таким образом, можно обобщить, что в общей популяции 3,2% детей в возрасте 8-13 лет удовлетворяют диагностическим критериям ARFID. Среди детей и подростков, проходящих стационарное лечение с расстройствами пищевого поведения, ARFID выявляется от 7,2% до 22,5% случаев. Дети и подростки с ARFID по своим социально-демографическим и клиническим характеристикам отличаются от тех, кто страдает нервной анорексией и нервной булимией. У них меньший вес, большая продолжительность болезни и большую вероятность возникновения сопутствующих соматических осложнений и психических расстройств. Симптомы ARFID многообразны: трудности с перевариванием определенных продуктов, отказ от определенных цветов или текстур пищи, употребление только очень маленьких порций, отсутствие аппетита или боязнь принимать пищу после пугающего приступа удушья или рвоты. Факторы риска ARFID включают ряд биологических, психологических и социокультурных проблем.

При лечении необходимо учитывать психический статус пациента, требуется сочетание фармакотерапии с другими, немедикаментозными методами, восстановление веса, управление питанием. Важно вовлечение родителей в терапевтический процесс. Необходимо дальнейшее изучение избегающего ограничивающего расстройства, связанного с приемом пищи и его коморбидности с психическими нару-

шениями для выработки оптимальных подходов к терапии.

### Информация о финансировании

*Финансирование данной работы не проводилось.*

### Financial support

*No financial support has been provided for this work.*

### Конфликт интересов

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### Conflict of interests

*The author has no conflict of interest to declare.*

### Список литературы

1. Todd K. Eating Disorders: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Today's Dietitian. 2015;17(10):70.
2. Kennedy GA, Wick MR, Keel PK. Eating disorders in children: is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment? F1000Research. 2018;7:88. DOI: 10.12688/f1000research.13110.1
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internet]. 10th Revision. 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
4. Naviaux A-F. Management of ARFID (avoidant restrictive food intake disorder) in a 12-year-old on a paediatric ward in a general hospital: use of mirtazapine, partial hospitalisation model and family based therapy. Psychiatria Danubina. 2019;31(Suppl 3):421-426.
5. Norris ML, Katzman DK. Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. Journal of Adolescent Health. 2015;57(1):8-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.021>
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association and American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Norris ML, Spettigie WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2016;12:213-8. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>
8. Waller G. ARFID: old wine in a new bottle? Commentary on... avoidant/restrictive food intake disorder. BJ Psych Advances. 2019;25(2):99-100. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.73>
9. Fitzgerald M, Frankum B. Food avoidance and restriction in adults: a cross-sectional pilot study comparing patients from an immunology clinic to a general practice. Journal of Eating Disorders. 2017;5:30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0160-4>
10. Madden S, Morris A, Zrynski YA, et al. Burden of eating disorders in 5e13-year-old children in Australia. The Medical Journal of Australia. 2009;190(8):410-414. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02487.x>
11. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. Psychiatric Clinics of North America. 2019;42(1):157-167. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>
12. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. The British Journal of Psychiatry. 2011;198(4):295-301. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>
13. Watkins B, Lask B. Eating disorders in school-aged children. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2002;11(2):185-199. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00003-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00003-7)
14. Katzman DK, Stevens K, Norris M. Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder? Paediatrics and Child Health. 2014;19(8):445-446. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/19.8.445>
15. Lucarelli J, Pappas D, Welchons L. Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 2017;38(1):79-80. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000362
16. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, et al. A Systematic Review and MetaAnalysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? The Journal of Pediatrics. 2017;181:116-124.e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
17. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. European Child and Adolescent Psychiatry. 2015;24(7):779-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>

18. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2019;42(1):45-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
19. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(1):49-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
20. Spicer L, Strudwick K, Kelly V. GP82 Prevalance rates for avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) in tertiary feeding clinic in UK. *Archives of Disease in Childhood*. 2019;104:A63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2019-epa.148>
21. Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Journal of Eating Disorders*. 2014;47(5):495-499. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22217>
22. Nicely T, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of ARFID in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2014;2:21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3>
23. Clemens R. ARFID: A new eating disorder classification. *Food technology*. 2015;69(9):20.
24. Coglani L, Otasowie J. Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJ Psych Advances*. 2019;25(2):90-98. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.48>
25. Williams KE, Gibbons BG, Schreck KA. Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2005;17(3):299-309. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10882-005-4387-7>
26. Williams KE, Hendy HM, Field DG, et al. Implications of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on children with feeding problems. *Children's Health Care*. 2012;44(4):307-21. DOI: <https://doi.org/10.1080/02739615.2014.921789>
27. Kenney L, Walsh T. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Defining ARFID. Eating Disorders Review*. 2013;24(3):1-4.
28. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, et al. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(2):98-111. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20795>
29. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(5):420-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22093>
30. Ammaniti M, Ambrozzi AM, Lucarelli L, et al. Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. *Journal of the American College of Nutrition*. 2004;23(3):259-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07315724.2004.10719369>
31. Coulthard H, Harris G. Early food refusal: the role of maternal mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2003;21(4):335-45. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646830310001622097>
32. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, et al. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian paediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2011;165(10):895-899. DOI: [10.1001/archpediatrics.2011.145](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.145)
33. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(6):673-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.003>
34. Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, et al. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *Journal of Adolescent Health*. 2008;43(5):425-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.04.010>
35. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al. Position paper of the society for adolescent health and medicine: Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):121-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.259>
36. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, et al. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a de-

scriptive study. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6:7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>

37. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*. 2015;19:106-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.010>

38. Dömötör ST, Cserép M. Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrijadas*. 2017;49(1):5-24. DOI: <https://doi.org/10.5937/PsihDan1701005D>

39. Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, et al. Case 16. 18-2017: An 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *New England Journal of Medicine*. 2017;376:2377-2386. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcpc1616394>

40. Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Translational Psychiatry*. 2017;7:e1157. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.126>

41. Hilbert A, van Dyck Z. *Eating Disorders in Youth-Questionnaire* [Internet]. University of Leipzig; 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246>

42. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: Care, Health and Development*. 1997;23(3):265-278. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1997.tb00968.x>

## References

1. Todd K. *Eating Disorders: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Today's Dietitian. 2015;17(10):70.

2. Kennedy GA, Wick MR, Keel PK. Eating disorders in children: is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment? *F1000Research*. 2018;7:88. DOI: [10.12688/f1000research.13110.1](https://doi.org/10.12688/f1000research.13110.1)

3. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* [Internet]. 10th Revision. 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

4. Naviaux A-F. Management of ARFID (avoidant restrictive food intake disorder) in a 12-year-old on a paediatric ward in a general hospi-

tal: use of mirtazapine, partial hospitalisation model and family based therapy. *Psychiatra Danubina*. 2019;31(Suppl 3):421-426.

5. Norris ML, Katzman DK. Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(1):8-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.021>

6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association and American Psychiatric Publishing; 2013.

7. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:213-8. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S82538>

8. Waller G. ARFID: old wine in a new bottle? Commentary on... avoidant/restrictive food intake disorder. *BJ Psych Advances*. 2019;25(2):99-100. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.73>

9. Fitzgerald M, Frankum B. Food avoidance and restriction in adults: a cross-sectional pilot study comparing patients from an immunology clinic to a general practice. *Journal of Eating Disorders*. 2017;5:30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0160-4>

10. Madden S, Morris A, Zrynski YA, et al. Burden of eating disorders in 5e13-year-old children in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2009;190(8):410-414. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02487.x>

11. Bryant-Waugh R. *Feeding and Eating Disorders in Children*. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019;42(1):157-167. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>

12. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198(4):295-301. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>

13. Watkins B, Lask B. Eating disorders in school-aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2002;11(2):185-199. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00003-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00003-7)

14. Katzman DK, Stevens K, Norris M. Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder? *Paediat-*



rics and Child Health. 2014;19(8):445-446. DOI: <https://doi.org/10.1093/pch/19.8.445>

15. Lucarelli J, Pappas D, Welchons L. Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2017;38(1):79-80. DOI: [10.1097/DBP.0000000000000362](https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000362)

16. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, et al. A Systematic Review and MetaAnalysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*. 2017;181:116-124.e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>

17. Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2015;24(7):779-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z>

18. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2019;42(1):45-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>

19. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*. 2014;55(1):49-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>

20. Spicer L, Strudwick K, Kelly V. GP82 Prevalance rates for avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) in tertiary feeding clinic in UK. *Archives of Disease in Childhood*. 2019;104:A63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2019-epa.148>

21. Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Journal of Eating Disorders*. 2014;47(5):495-499. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22217>

22. Nicely T, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of ARFID in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2014;2:21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3>

23. Clemens R. ARFID: A new eating disorder classification. *Food technology*. 2015;69(9):20.

24. Coglans L, Otasowie J. Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far? *BJ Psych Advances*. 2019;25(2):90-98. DOI: <https://doi.org/10.1192/bja.2018.48>

25. Williams KE, Gibbons BG, Schreck KA. Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2005;17(3):299-309. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10882-005-4387-7>

26. Williams KE, Hendy HM, Field DG, et al. Implications of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on children with feeding problems. *Children's Health Care*. 2012;44(4):307-21. DOI: <https://doi.org/10.1080/02739615.2014.921789>

27. Kenney L, Walsh T. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Defining ARFID. Eating Disorders Review*. 2013;24(3):1-4.

28. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, et al. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(2):98-111. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20795>

29. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(5):420-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22093>

30. Ammaniti M, Ambrozzi AM, Lucarelli L, et al. Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interactions: Clinical Assessment and Research Implications. *Journal of the American College of Nutrition*. 2004;23(3):259-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/07315724.2004.10719369>

31. Coulthard H, Harris G. Early food refusal: the role of maternal mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2003;21(4):335-45. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646830310001622097>

32. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, et al. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian paediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2011;165(10):895-899. DOI: [10.1001/archpediatrics.2011.145](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.145)

33. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized



for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*. 2015;57(6):673-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.003>

34. Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, et al. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *Journal of Adolescent Health*. 2008;43(5):425-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.04.010>

35. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al. Position paper of the society for adolescent health and medicine: Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):121-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.259>

36. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, et al. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6:7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3>

37. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eating Behaviors*. 2015;19:106-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.010>

38. Dömötör ST, Cserép M. Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrijadas*. 2017;49(1):5-24. DOI: <https://doi.org/10.5937/PsihDan1701005D>

39. Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, et al. Case 16. 18-2017: An 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *New England Journal of Medicine*. 2017;376:2377-2386. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcpc1616394>

40. Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Translational Psychiatry*. 2017;7:e1157. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.126>

41. Hilbert A, van Dyck Z. Eating Disorders in Youth-Questionnaire [Internet]. University of Leipzig; 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246>

42. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: Care, Health and Development*. 1997;23(3):265-278. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1997.tb00968.x>

Статья поступила в редакцию 16 июня 2020 г.  
Поступила после доработки 2 сентября 2020 г.  
Принята к печати 15 сентября 2020 г.

Received 16 June 2020

Revised 2 September 2020

Accepted 15 September 2020

#### Информация об авторе

**Лилия Ивановна Захарова**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», г. Курск, Российская Федерация, E-mail: [lil.zakharova2015@yandex.ru](mailto:lil.zakharova2015@yandex.ru), ORCID: 0000-0003-2964-8364.

#### Information about the author

**Lilia I. Zakharova**, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor at the Department of Psychiatry, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, E-mail: [lil.zakharova2015@yandex.ru](mailto:lil.zakharova2015@yandex.ru), ORCID: 0000-0003-2964-8364.