

e-ISSN: 2345-0592 Online issue Indexed in <i>Index Copernicus</i>	Medical Sciences Official website: www.medicisciences.com	
--	--	---

Avoidant/restrictive food intake disorder: a literature review

Elija Jankauskaitė¹, Žavinta Laikūnaitė¹, Algirdas Musneckis²

¹Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania

²Lithuanian University of Health Sciences Kaunas Hospital, Department of Psychiatry, Kaunas, Lithuania

Abstract

Background. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is a relatively recently defined eating disorder in which food restriction is driven not by concerns about body weight or shape, but by sensory sensitivity, fear of adverse consequences of eating, or a low interest in food. Although it may appear less visible than other eating disorders, persistent restriction can result in nutritional deficiencies, impaired growth, or significant psychosocial difficulties.

Aim. This review aims to summarise current evidence on ARFID diagnostic criteria, differential diagnosis, and treatment approaches.

Materials and methods. A literature review was performed using PubMed and Google Scholar databases. Articles published during the past ten years focusing on ARFID diagnosis, clinical presentation, differential diagnosis, and management were analysed. The following search terms were used: “eating disorders”, “avoidant restrictive food intake disorder”, and “ARFID”.

Results. ARFID commonly presents in three clinical patterns: sensory sensitivity to food characteristics, avoidance following a negative eating experience, and low interest in food or eating. Diagnosis is considered when restriction results in weight loss or inadequate weight gain, nutritional deficiencies, dependence on supplements or enteral feeding, or significant impairment in daily functioning. Differential diagnosis includes other eating disorders, anxiety disorders, and gastrointestinal conditions. Treatment is individualised and primarily based on structured behavioural interventions and nutritional rehabilitation.

Conclusion. ARFID is a heterogeneous and often under-recognised eating disorder requiring careful clinical assessment and an individualised treatment approach.

Keywords: eating disorders, avoidant restrictive food intake disorder, ARFID.

Vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas: literatūros apžvalga

Elija Jankauskaitė¹, Žavinta Laikūnaitė¹, Algirdas Musneckis²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė, Psichiatrijos klinika, Kaunas, Lietuva

Santrauka

Įvadas. Vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas (ARFID) – palyginti neseniai apibrėžtas valgymo sutrikimas, kuriam būdingas maisto ribojimas, nesusijęs su kūno svorio ar išvaizdos vertinimu. Tai sutrikimas, dažniausiai kylantis dėl sensorinio jautrumo, baimės patirti nemalonių pasekmių valgant ar sumažėjusio intereso maistui. Nors iš pirmo žvilgsnio jis gali būti mažiau pastebimas nei kiti valgymo sutrikimai, ilgalaikis maisto ribojimas gali lemti mitybos nepakankamumą, augimo sutrikimus ar reikšmingus psichosocialinius sunkumus.

Tyrimo tikslas. Apibendrinti naujausią informaciją apie ARFID diagnostinius kriterijus, diferencinę diagnostiką ir gydymo galimybes.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Atlikta literatūros apžvalga, naudojant PubMed ir Google Scholar duomenų bases. Analizuoti per pastaruosius dešimt metų publikuoti straipsniai apie ARFID diagnostiką, klinikinę raišką, diferencinę diagnostiką ir gydymą. Paieškai naudoti raktažodžiai: „valgymo sutrikimai“ (*angl. eating disorders*), „vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas“ (*angl. avoidant/restrictive food intake disorder*), „ARFID“.

Tyrimo rezultatai. ARFID dažniausiai pasireiškia trimis klinikinėmis formomis: ryškiu sensoriniu jautrumu maistui, vengimu po nemalonios patirties valgant ir sumažėjusiu interesu maistui ar apetitu. Diagnozė svarstoma, kai maisto ribojimas lemia svorio kritimą ar nepakankamą prieaugį, mitybos nepakankamumą, papildų ar enterinio maitinimo poreikį arba reikšmingą kasdienio funkcionavimo sutrikimą. Diferencinėje diagnostikoje svarbu atmesti kitus valgymo, nerimo ir virškinamojo trakto sutrikimus. Gydymas pritaikomas individualiai, dažniausiai taikomi elgesio metodai ir mitybos atkūrimas.

Išvados. ARFID yra heterogeniškas ir dažnai nepakankamai atpažįstamas valgymo sutrikimas, kuriam būtinas kruopštus klinikinis įvertinimas ir individualiai pritaikytas gydymo planas.

Raktažodžiai: valgymo sutrikimai, vengiamasis ribojantis maisto vartojimo sutrikimas, ARFID.

1. Įvadas

Vengiamasis / ribojantis maisto vartojimo sutrikimas (angl. *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, ARFID) – tai valgymo sutrikimas, kuriam būdingas nuolatinis maisto vartojimo vengimas arba ribojimas, sukeliantis reikšmingas medicininės ar psichosocialines problemas [1]. Skirtingai nuo kitų valgymo sutrikimų, ARFID nėra grindžiamas siekiu keisti kūno svorį ar išvaizdą. Maisto vengimas šio sutrikimo metu dažniausiai susijęs su sensoriniu jautrumu, baime patirti neigiamas pasekmes valgant, tokias kaip užspringimas ar vėmimas, arba sumažėjusiu susidomėjimu maistu [2,3].

ARFID kaip atskira diagnostinė kategorija buvo įtraukta į Diagnostinį ir statistinį psichikos ligų vadovą (DSM-5) 2013 m. Naujausioje tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-11) jis taip pat apibrėžiamas kaip savarankiškas sutrikimas [2,4]. Dėl įvairios klinikinės raiškos ARFID gali būti painiojamas su kitais valgymo sutrikimais, nerimo sutrikimais ar somatinėmis virškinamojo trakto ligomis [2,5]. Neatpažintas ar pavėluotai diagnozuotas sutrikimas gali lemti mitybos nepakankamumą, mikroelementų trūkumus, augimo ir vystymosi sutrikimus. Dėl to ypač svarbus savalaikis ir tikslus klinikinis įvertinimas [1,2].

Šios literatūros apžvalgos tikslas – apžvelgti ARFID diagnostinius kriterijus, diferencinės diagnostikos aspektus, gretutines būkles bei pagrindinius gydymo principus, remiantis naujausia mokslinė literatūra.

2. Metodika

Literatūros apžvalga atlikta naudojant PubMed ir Google Scholar duomenų bases. Į apžvalgą įtraukti moksliniai straipsniai, publikuoti per pastaruosius 10 metų, nagrinėjantys ARFID diagnostiką, klinikinės ypatybes, diferencinę diagnostiką ir gydymo principus. Paieškai naudoti raktažodžiai: „valgymo sutrikimai“ (angl. *eating disorders*), „vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo

sutrikimas“ (angl. *avoidant/restrictive food intake disorder*), „ARFID“.

3. Rezultatai ir jų aptarimas

3.1 Vengiamojo/ribojančio maisto vartojimo sutrikimo diagnostikos kriterijai ir pagrindinės klinikinės formos

3.1.1 Diagnostiniai kriterijai pagal DSM-5

Pagal DSM-5, vengiamasis / ribojantis maisto vartojimo sutrikimas (ARFID) diagnozuojamas tuomet, kai nuolatinis maisto vartojimo vengimas arba ribojimas sukelia kliniškai reikšmingas pasekmes [1,6]. Tai gali pasireikšti nepakankamu energijos ar maistinių medžiagų suvartojimu, svorio kritimu ar nepakankamu prieaugiu vaikystėje. Kai kuriais atvejais nustatomas mitybos nepakankamumas ar atsiranda poreikis vartoti maisto papildus arba taikyti enterinį maitinimą [5,6]. Be somatinių pasekmių, dažnai stebimas ir ryškus psichosocialinio funkcionavimo pablogėjimas. Šie požymiai nebūtinai pasireiškia kartu – kai kuriais atvejais pakanka vieno jų, kad būtų svarstoma ARFID diagnozė [6,7].

Esminis ARFID diagnostinis bruožas yra tai, kad maisto ribojimas nėra susijęs su kūno svorio ar formų vertinimu. Skirtingai nei nervinės anoreksijos ar nervinės bulimijos atvejais, ARFID sergantys asmenys paprastai nepatiria baimės priaugti svorio ir neturi iškreipto kūno vaizdo. Būtent šis aspektas dažniausiai leidžia atskirti ARFID nuo kitų valgymo sutrikimų, kurių klinikinė raiška glaudžiai susijusi su svorio kontrole [8].

Vertinant ARFID svarbu atsižvelgti ne tik į objektyvius rodiklius, bet ir į poveikį kasdieniam funkcionavimui. Psichosocialinės pasekmės gali pasireikšti vengimu valgyti socialinėse situacijose, sunkumais mokykloje ar darbe, didesne priklausomybe nuo šeimos narių ar gyvenimo kokybės pablogėjimu. Kai kuriais atvejais būtent šie

sunkumai tampa pagrindiniu diagnostiniu orientyru, net ir nesant ryškaus svorio kritimo [8,9].

ARFID atveju svarbu vertinti ne tik maisto ribojimo pobūdį, bet ir jo pasekmes bei motyvą, todėl kiekvienas atvejis vertinamas individualiai [6,8,9].

3.1.2 Pagrindinės klinikinės formos

ARFID kliniškai pasireiškia įvairiomis formomis, tačiau literatūroje dažniausiai aprašomos trys pagrindinės klinikinės formos.

Sensorinis jautrumas

Viena dažniausių ARFID klinikinių formų yra sensorinis jautrumas maistui. Tokiais atvejais maisto pasirinkimą riboja jo tekstūra, kvapas, skonis, spalva ir kiti sensoriniai aspektai. Pacientai apibūdina, kad tam tikri maisto produktai sukelia stiprų pasibjaurėjimą ar diskomfortą dar prieš ragaujant [2,3,10]. Dėl to mityba tampa labai ribota ir stereotipinė, apsiribojanti nedideliu „saugių“ produktų skaičiumi. Ši klinikinė forma ypač dažna vaikystėje, tačiau gali išlikti ir suaugus, ypač jei nebuvo atpažinta ankstyvame amžiuje [11,12].

Baimė dėl neigiamų pasekmių

Ši klinikinė forma siejama su baime patirti neigiamas pasekmes valgant, tokias kaip užspringimas, vėmimas, pykinimas ar pilvo skausmas. Dažnai tokia baimė išsivysto po konkretaus nemalonaus įvykio, pavyzdžiui, užspringimo ar ūmaus virškinamojo trakto sutrikimo [11,13]. Nors pirminė somatinė problema gali būti išnykusi, maisto vengimas išlieka dėl išmoktos baimės. Šiais atvejais maisto ribojimas gali progresuoti palaipsniui, o pacientai dažnai vengia tam tikrų tekstūrų ar maisto formų, kurios siejasi su neigiama patirtimi [13,14].

Mazgas interesas maistui ar valgymui

Trečioji klinikinė forma pasižymi sumažėjusiu interesu maistui ar pačiam valgymo procesui. Pacientai apibūdina, kad nejaučia alkio, greitai pajunta sotumą, pamiršta pavalgyti ar valgo tik

prisiminus. Maistas jiems nėra emociškai reikšmingas ar malonus, o valgymas suvokiamas kaip pareiga [10,15,16]. Ši klinikinė forma gali būti susijusi su sumažėjusiu energijos suvartojimu ir ilgai lemti svorio kritimą ar mitybos nepakankamumą [16].

Praktikoje dažnai nustatomos kelios tarpusavyje persidengiančios klinikinės formos. Todėl klinikinio vertinimo metu svarbu ne tik nustatyti dominuojančią klinikinę formą, bet ir įvertinti, kaip maisto ribojimas veikia paciento somatinę būklę bei kasdienį funkcionavimą [10,11,16].

3.2 Diferencinė diagnostika

3.2.1 Vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas ir kiti valgymo sutrikimai

Nors ARFID ir kiti valgymo sutrikimai gali pasireikšti maisto ribojimu, jų klinikinė prasmė ir motyvai iš esmės skiriasi. Svarbiausias skirtumas tarp ARFID ir nervinės anoreksijos yra tai, kad ARFID metu maisto vengimas nėra susijęs su kūno svorio ar išvaizdos pokyčių baime. Pacientai paprastai nesiekia sulieknėti ir neturi iškreipto kūno vaizdo suvokimo, nors objektyviai gali būti nustatomas svorio kritimas ar nepakankama mityba [2,11,17].

Skiriant ARFID nuo nervinės bulimijos, svarbus persivalgymo epizodų ir kompensacinio elgesio nebuvimas. ARFID atveju nebūdingi pasikartojantys persivalgymai, paciento sau sukeltas vėmimas ar kitos svorio kontrolės strategijos. Maisto ribojimas dažniau siejamas su kitais mechanizmais, tokiais kaip sensorinis jautrumas, baimė dėl neigiamų pojūčių valgant ar sumažėjęs interesas maistui [2,18].

3.2.2 Vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas ir nerimo sutrikimai

ARFID dažnai pasireiškia kartu su nerimo simptomais, todėl diferencinė diagnostika su nerimo

sutrikimais gali būti sudėtinga. Maisto vengimas ARFID atveju būna susijęs su baime patirti neigiamus išgyvenimus valgant ar jausti stiprų diskomfortą. Tokiais atvejais maistas tampa nerimą keliančiu stimulu, o vengimas – būdu sumažinti patiriamą įtampą [11,19]. ARFID diagnozė svarstoma tuomet, kai vengimas nuolatinis, neproporcingas situacijai ir lemia reikšmingas mitybos ar psichosocialines pasekmes. Klinikinio vertinimo metu svarbu išdiferencijuoti, ar nerimas yra pirminė problema, ar jis veikia kaip vienas iš veiksnių, palaikančių vengimą [15,19,20].

3.2.3 Vengiamasis/ribojantis maisto vartojimo sutrikimas ir somatinės ligos

ARFID diferencinė diagnostika dažnai apima ir somatinės ligas, ypač virškinamojo trakto sutrikimus. Pilvo skausmas, pykinimas, ankstyvas sotumas ar diskomfortas pavalgis gali lemti maisto vengimą, todėl pradžioje šie simptomai neretai vertinami kaip pirminės somatinės patologijos išraiška [21,22]. ARFID turėtų būti svarstomas, kai maisto vengimas išlieka ar progresuoja net ir stabilizavus somatinę būklę. Tai ypač aktualu esant funkciniam virškinamojo trakto sutrikimams, kai objektyvūs tyrimai nepaaiškina ryškaus mitybos apribojimo [21,23].

3.3 Gydomo principai

ARFID gydymas priklauso nuo vyraujančios klinikinės formos ir mitybos nepakankamumo laipsnio, todėl vieningo gydymo modelio nėra. Literatūroje pabrėžiama, kad gydymo tikslai turėtų būti nukreipti ne tik į suvartojamo maisto kiekio didinimą, bet ir į mechanizmus, palaikančius maisto ribojimą, tokius kaip sensorinis jautrumas, baimė dėl neigiamų pasekmių ar sumažėjęs interesas valgymui. Dėl šios priežasties ARFID dažniausiai gydomas teikiant individualizuotą, etapais vykdomą strategiją [2,16,24].

Psichoterapinės intervencijos ARFID atveju nukreiptos į veiksnius, palaikančius maisto vengimą [24]. Taikomi elgesio metodai, grindžiami kognityvinės elgesio terapijos principais, orientuoti į palaipsnį vengiamo maisto įtraukimą, kartu dirbant su baime, sensoriniu diskomfortu ar sumažėjusia motyvacija valgyti. Svarbų vaidmenį atlieka pakartotinis, struktūruotas kontaktas su maistu, kuris leidžia mažinti išmoktas vengimo reakcijas ir formuoti toleranciją anksčiau netoleruotiems pojūčiams [24,25].

Farmakologinis gydymas ARFID atveju nėra pirmo pasirinkimo metodas ir literatūroje vertinamas kaip pagalbinė priemonė. Vaistai gali būti naudingi tais atvejais, kai ryškus nerimas, nuotaikos sutrikimai ar sumažėjęs apetitas trukdo psichoterapiniam darbui ar palaiko maisto vengimą. Nors aprašomi įvairūs farmakologiniai bandymai, vaistų vaidmuo ARFID gydyme dažniau vertinamas kaip papildomas [24,26].

Mitybos korekcija yra būtina tais atvejais, kai nustatomas mitybos nepakankamumas ar reikšmingas svorio kritimas. Literatūroje aprašoma, kad mitybos atkūrimas turėtų vykti palaipsniui, atsižvelgiant į paciento toleranciją ir psichologinį pasirėngimą. Esant ryškiam mitybos nepakankamumui, gali būti taikomi geriamieji maisto papildai arba laikinas enterinis maitinimas, siekiant stabilizuoti somatinę būklę. Pagrindinis gydymo tikslas išlieka savarankiško ir pakankamo valgymo atkūrimas [1,2,10].

4. Išvados

Vengiamasis / ribojantis maisto vartojimo sutrikimas yra kliniškai heterogeniškas ir sunkiai atpažįstamas valgymo sutrikimas, nes nėra susijęs su kūno svorio ar išvaizdos vertinimu. Maisto ribojimą dažniausiai lemia sensorinis jautrumas, baimė dėl neigiamų patirčių valgant arba sumažėjęs interesas maistui. Diagnozuojant būtina vertinti tiek ribojimo pobūdį,

ties jo pasekmes – mitybos nepakankamumą, augimo ar svorio pokyčius bei psichosocialinius sutrikimus, kartu atliekant diferencinę diagnostiką. Gydymas orientuojamas į maisto vengimą palaikančių mechanizmų mažinimą ir pakankamos, įvairios mitybos bei kasdienio funkcionavimo atkūrimą.

Literatūros sąrašas

1. Kohn JB. What Is ARFID? *J Acad Nutr Diet*. 2016 Nov 1;116(11):1872.
2. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017 Apr 1;47(4):95–103.
3. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Curr Opin Pediatr*. 2017 Aug 1;29(4):407–13.
4. Gradl-Dietsch G, Herpertz-Dahlmann B, Degenhardt F, Hebebrand J. [Feeding and eating disorders in ICD-11]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2021 Nov 1; 49(6):443–52.
5. 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. *J Eat Disord*. 2017 Sep 18;5(1).
6. Becker KR, Keshishian AC, Liebman RE, Coniglio KA, Wang SB, Franko DL, et al. Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2018 Mar 1;52(3):230.
7. Nakai Y, Nin K, Noma S, Teramukai S, Wonderlich SA. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2016 Nov 1;24(6):528–30.
8. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr 1;52(4):331–60.
9. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Mar 1;42(1):45–57.
10. Menzel JE, Perry TR. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Review and Recent Advances. *Focus: Journal of Life Long Learning in Psychiatry*. 2024 Jul;22(3):288.
11. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Aug 1;19(8).
12. Ellis JM, Galloway AT, Webb RM, Martz DM, Farrow C V. Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior. *Appetite*. 2016 Feb 1;97:58–63.
13. Gianneschi JR, Washington KA, Nicholas J, Pilato I, LeMay-Russell S, Rivera-Cancel AM, et al. Assessing Fears of Negative Consequences in Children with Symptoms of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Int J Eat Disord*. 2024 Dec 1;57(12):2329.
14. D'Adamo L, Smolar L, Balantekin K, Taylor CB, Wilfley D, Fitzsimmons-Craft E. Prevalence, Characteristics, and Correlates of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder among Adult Respondents to the National Eating Disorders Association Online Screen: A Cross-Sectional Study. *Res Sq*. 2023 Jun 5.
15. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Curr Pediatr Rep*. 2018 Jun 1;6(2):107–13.

16. Fonseca NKO, Curtarelli VD, Bertoletti J, Azevedo K, Cardinal TM, Moreira JD, et al. Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *J Eat Disord.* 2024 Dec 1;12(1):74.
17. Stern CM, McPherson I, Dreier MJ, Coniglio K, Palmer LP, Gyduis J, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder differs from anorexia nervosa in delay discounting. *J Eat Disord.* 2024 Dec 1;12(1):19.
18. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Mar 1;42(1):157–67.
19. Lowe KD, Barnes TL, Martell C, Keery H, Eckhardt S, Peterson CB, et al. Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Examining Differences by Age, Weight Status, and Symptom Duration. *Nutrients.* 2019 Aug 1;11(8):1955.
20. Kaul R, Jansson-Knodell C, Simons ML, Weekley K, Gardinier D, Rubio-Tapia A. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Celiac Disease. *Nutrients.* 2025 Oct 1;17(20):3197.
21. Nicholas JK, van Tilburg MAL, Pilato I, Erwin S, Rivera-Cancel AM, Ives L, et al. The diagnosis of avoidant restrictive food intake disorder in the presence of gastrointestinal disorders: Opportunities to define shared mechanisms of symptom expression. *Int J Eat Disord.* 2021 Jun 1;54(6):995.
22. Weeks I, Abber SR, Thomas JJ, Calabrese S, Kuo B, Staller K, et al. The Intersection of Disorders of Gut-Brain Interaction with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Clin Gastroenterol.* 2023 Aug 21;57(7):651.
23. Boerner KE, Coelho JS, Syal F, Bajaj D, Finner N, Dhariwal AK. Pediatric Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder and gastrointestinal-related Somatic Symptom Disorders: Overlap in clinical presentation. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021 Apr 1;27(2):385.
24. Winten CG, Ross LJ, Strodl E, Heruc G, Thomas JJ. Dietetic-Led Cognitive Behavioral Therapy for ARFID: A Novel Approach to Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder With Case Studies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics.* 2025 Aug 1;38(4):e70087.
25. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2023 Feb 1;25(2):53.
26. Mahr F, Billman M, Essayli JH, Lane Loney SE. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Hydroxyzine in the Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: Rationale and Evidence. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2022 Mar 1;32(2):117–21.