

PSYCHOTERAPIA 3 (198) 2021

strony: 33–47

DOI: 10.12740/PT/141443

Dorota Maria Sikora

**LECZENIE ZABURZENIA POLEGAJĄCEGO NA
OGRANICZANIU/UNIKANIU PRZYJMOWANIA
POKARMÓW (ARFID) Z DOMINACJĄ PREZENTACJI
LĘKOWEJ. PROPOZYCJA PROTOKOŁU POSTĘPOWANIA
TERAPEUTYCZNEGO**

**THE TREATMENT OF AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER (ARFID)
WITH PREDOMINANCE OF ANXIETY PRESENTATION. A PROPOSAL OF A PROTOCOL
FOR THERAPEUTIC PROCEDURE.**

Centrum Specjalistycznej Diagnozy i Terapii w Pszczynie

**avoidant/restrictive food intake disorder
therapeutic procedure
cognitive-behavioral therapy**

Streszczenie

Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (ARFID) jest rzadko diagnozowaną jednostką zaburzeń zarówno u dzieci, młodzieży i dorosłych, na co niemały wpływ ma stosunkowo niedawne jej pojawienie się w klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Za granicą podejmowane są liczne badania w celu zwiększenia wiedzy na temat ARFID oraz poszukiwania standardów diagnozy i leczenia opartego na dowodach. Proponowane są protokoły postępowania terapeutycznego oparte na terapii poznawczo-behawioralnej, wykorzystuje się również Family-Based Treatment (FBT). Autorka przedstawia podejmowane za granicą oddziaływania terapeutyczne w leczeniu ARFID, a także — łącząc własne doświadczenie w pracy z pacjentem i dane z najnowszych publikacji — proponuje protokół leczenia i opisuje poszczególne etapy postępowania terapeutycznego.

Summary

Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) is a rarely diagnosed disorder in children, adolescents and adults, which is largely due to its relatively recent appearance in the classification of mental disorders. Numerous studies are undertaken abroad in order to increase knowledge about ARFID and search for standards of diagnosis and evidence-based treatment. Therapeutic protocols are proposed, based on cognitive-behavioral therapy, and Family-Based Treatment (FBT) is also used. The author presents the therapeutic interactions undertaken abroad in the treatment of ARFID, at the same time, combining own experience in working with the patient and data from the latest publications, proposes a treatment protocol and describes individual stages of the therapeutic procedure.

Wprowadzenie

W 2013 roku zaburzenie polegające na unikaniu /ograniczaniu przyjmowania pokarmów (ARFID) znalazło swoje miejsce w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V), jednak wciąż wiedza na jego temat jest ograniczona [1]. Przed 2013 rokiem osoby przejawiające symptomy ARFID kwalifikowane były do grupy nieokreślonych zaburzeń odżywiania (*eating disorder not otherwise specified*, EDNOS) lub zaburzeń odżywiania w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie (*feeding disorder od infancy and early child*, FEDIC). Podczas opracowywania piątej edycji DSM podjęto prace nad wprowadzeniem zmian w kategoriach diagnostycznych, by zwiększyć ich użyteczność oraz zmniejszyć częstotliwość występowania kategorii EDNOS poprzez określenie nowych jednostek zaburzeń odżywiania [2]. Zebrano informacje dotyczące klinicznej prezentacji pacjentów wykazujących restrykcyjne zachowania żywieniowe, ale niewyrażających obaw o masę ciała ani kształt sylwetki. Po umieszczeniu tej jednostki w DSM-5, w kategorii zaburzeń odżywiania, ARFID zostało zaakceptowane przez system diagnostyczny Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i umieszczone w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) [1].

Zakłada się, że ARFID może występować w pełnym cyklu życia, jednak obecnie wiadomo, że okresem sensorywnym dla ujawniania się tego zaburzenia jest okres dzieciństwa [3]. Trudności wynikające z ARFID są tak samo poważne, a nawet poważniejsze niż w przypadku innych zaburzeń odżywiania, np. anoreksji psychicznej [4], jednak często są bagatelizowane, gdyż wiedza i rozumienie zaburzenia, jakim jest ARFID, nadal są niedostateczne, m.in. wśród pracowników służby zdrowia [1], do których pacjenci zgłaszają się zwykle w pierwszej kolejności [5].

ARFID — charakterystyka zaburzenia

W literaturze definiuje się trzy kliniczne prezentacje ARFID (tab. 1), mianowicie wrażliwość sensoryczną, brak zainteresowania jedzeniem i lęk przed awersyjnymi konsekwencjami jedzenia, mogące występować w odosobnieniu lub współwystępować ze sobą [3, 6]. Badania pokazują, że 22 do 50% pacjentów z diagnozą ARFID ma mieszaną prezentację [7, 8]. Bryant-Waugh postuluje, aby wrażliwość sensoryczną, brak zainteresowania jedzeniem i lęk przed awersyjnymi konsekwencjami jedzenia traktować nie jako podtypy, tylko przyczyny unikania i ograniczania przyjmowania pokarmów [1].

Tabela 1. Opis prezentacji klinicznych ARFID

Wrażliwość sensoryczna

Charakteryzuje się niechęcią do konkretnych konsystencji i tekstur, smaków i zapachów, a jej konsekwencją jest unikanie produktów o określonych cechach. W związku z tym repertuar żywieniowy może być bardzo ograniczony, składać się z kilkunastu, a nawet kilku produktów. Jednostka unika sytuacji związanych z jedzeniem (zakupy, gotowanie, wspólne posiłki), odrzuca ją zapach jedzenia, możliwość jego dotykania, a nawet patrzenia na nie.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Brak zainteresowania jedzeniem

Wiąże się z nieodczuwaniem głodu czy też brakiem potrzeby jedzenia. Jednostka zapomina o posiłkach, ma ograniczoną objętościowo dietę. Przejawia słaby apetyt. Jedzenie definiowane jest przez nią jako obowiązek, który musi spełnić, zwykle nie czerpie z niego przyjemności lub podchodzi do niego z obojętnością.

Lęk przed awersyjnymi konsekwencjami jedzenia

Jednostka, ze względu na negatywne doświadczenia związane z określonymi produktami, odczuwa lęk i unika ich spożywania. Unikanie może rozszerzać się najpierw na produkty o podobnych do odrzuconych cechach, a następnie na całe grupy produktów żywnościowych. Jednostka może się obawiać zakrztuszenia, zadławienia, wymiotów, problemów żołądkowo-jelitowych czy też wstrząsu anafilaktycznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [36].

Zauważa się, że ARFID często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi i neurorozwojowymi [2, 9, 10], w tym z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD), zaburzeniami ze spektrum autyzmu, zaburzeniami lękowymi [2, 9], zaburzeniami nastroju [2, 11], zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, depresją, zaburzeniem pica czy zespołem patologicznego unikania (PDA) [12]. Kambanis i wsp. sugerują nawet, że konkretne jednostki zaburzeń psychicznych współwystępujących z ARFID są związane z nasileniem określonej prezentacji tego zaburzenia [10]. Wyniki ich badań wskazują na powiązanie zaburzeń neurorozwojowych (ADHD, ASD) i depresyjnych z nasileniem wrażliwości sensorycznej oraz zaburzeń lękowych i obsesyjno-kompulsyjnych z nasileniem lękowej prezentacji ARFID. Natomiast Leme de Souza i wsp. twierdzą, że objawy zaburzeń współwystępujących, czyli nadpobudliwość, deficyty uwagi i nastrój depresyjny, nasilają się wraz z pogłębianiem symptomów ARFID. Zdaniem autorów eskalacja tych objawów dodatkowo utrudnia jednostce funkcjonowanie w społeczeństwie [13].

Porównanie pacjentów z rozpoznaniem ARFID do pacjentów z innymi zaburzeniami odżywiania wskazuje, iż są oni zwykle młodsi [14, 15], obejmują większy odsetek mężczyzn [2, 15, 16], są bardziej narażeni na wystąpienie zaburzeń współwystępujących, głównie zaburzeń lękowych [2, 6], później zgłaszają się do leczenia [5, 17] i nie prezentują objawów zaburzonego obrazu ciała [18].

Dane na temat etiologii ARFID są ograniczone. Aktualnie mówi się o etiologii wieloczynnikowej, uwzględniając udział czynników biologicznych (w tym podatności genetycznej, uwarunkowań temperamentalnych, stanów medycznych), czynników psychologicznych (np. podłoża lękowego, wstrętu, deficytu uwagowego, skłonności do zachowań impulsywnych oraz wysokiego poziomu pobudzenia) i czynników społeczno-kulturowych (m.in. zachowań opiekunów związanych z karmieniem czy problemów natury psychicznej występujących u opiekunów) [19, 20]. Zwraca się uwagę na niejednorodność zaburzenia i duże zróżnicowanie objawów klinicznych, co może wskazywać na występowanie interakcji między różnymi czynnikami predysponującymi, wyzwalającymi i podtrzymującymi ARFID (tab. 2) [20, 21].

Tabela 2. Czynniki predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące ARFID

Czynniki predysponujące	<ul style="list-style-type: none"> — występowanie zaburzeń neurorozwojowych (ADHD, ASD), — niepełnosprawność intelektualna, — nieprawidłowości anatomiczne, — tendencje lękowe, — doświadczenia nadużycia lub zaniedbania, — zaburzenia więzi
Czynniki wyzwalające	<ul style="list-style-type: none"> — doświadczenie traumatycznej sytuacji związanej z jedzeniem (np. ból brzucha, wymioty, zadławienie, zakrzuszenie)
Czynniki utrzymujące	<ul style="list-style-type: none"> — występowanie zaburzeń neurorozwojowych (ADHD, ASD), — zaburzona relacja rodzic-dziecko, — rodzinny konflikt dotyczący sfery jedzenia, — wysoki lęk rodziców/opiekunów, — unikanie ekspozycji na niepreferowaną żywność

Źródło: opracowanie własne na podstawie [21].

Dane dotyczące występowania ARFID w populacji ogólnej nie są znane, jednak dostępne są wyniki badań pochodzące m.in. z Ameryki Północnej, które potwierdzają, że cierpiący z powodu ARFID stanowią uznaną populację kliniczną [22]. Zgodnie z dostępnymi danymi częstość występowania ARFID w populacji ogólnej szacowana jest w granicach 1,5–17,4% [19]. Badania dotyczące populacji dzieci wskazują na częstość występowania od 3% do 23% [9].

Diagnoza kliniczna ARFID

Zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5), ARFID to upośledzenie odżywiania się/jedzenia związane z trudnościami w zaspokajaniu potrzeb odżywczych i energetycznych. Zaburzenie wiąże się z występowaniem przynajmniej jednego z wymienionych czynników:

- znaczącej utraty masy ciała i/lub zaburzenia procesu wzrastania,
- poważnych niedoborów odżywczych,
- konieczności stosowania suplementacji doustnej lub żywienia dojelitowego,
- zaburzonego funkcjonowania psychospołecznego [23].

Problemy te nie mogą być wynikiem braku dostępności jedzenia ani praktyk żywieniowych obecnych w danej kulturze, nie mogą też być związane z zaburzeniami obrazu własnego ciała i sylwetki oraz lękiem przed wzrostem masy ciała. Jeśli ARFID współwystępuje z innym stanem medycznym lub zaburzeniem, dla postawienia diagnozy ARFID konieczne jest stwierdzenie, że nasilenie występujących objawów przekracza nasilenie objawów charakterystycznych dla danego stanu lub zaburzenia [23, 24].

Utrata masy ciała w ARFID zwykle ma związek z unikaniem produktów należących do określonych grup żywności i przyjmowaniem zbyt małej ilości kilokalorii względem

potrzeb organizmu. ARFID nie zawsze jednak wiąże się z utratą masy ciała. Często obserwuje się u pacjentów adekwatną do wieku i wzrostu masę ciała lub nadwagę, co wynika z kaloryczności preferowanej przez nich żywności [25]. Pacjenci wybierający wysoko przetworzoną żywność dostarczają organizmowi nadmiaru kilokalorii, przy jednocześnie ubogiej zawartości składników mineralnych i witamin [25]. Do tej pory nie zostało dokładnie zdefiniowane, kiedy możemy mówić o znacznej utracie masy ciała, wspomnianej w kryteriach wg DSM-V [26]. Nie każda utrata masy ciała lub brak oczekiwanego jej przyrostu będzie alarmującym sygnałem, jednak w tej sytuacji konieczna jest obserwacja i wdrożenie działań, jeśli problem będzie się utrzymywał lub ulegnie nasileniu. Nie każda utrata masy ciała lub brak jej przyrostu będzie wiązał się z występowaniem u dziecka ARFID [26].

Niedobory składników odżywczych u dzieci i młodzieży rozpoznajemy na podstawie zebranego wywiadu żywieniowego, badania fizykalnego i laboratoryjnego oraz występowania poważnych konsekwencji zdrowotnych. Dovey [26] podkreśla, że stosowanie tego kryterium jako podstawy diagnozy ARFID budzi wątpliwości. Niedobory witamin i składników mineralnych są powszechne w populacjach krajów rozwiniętych, stwierdza się je u dzieci z wybiórczością pokarmową, nie są one zatem zarezerwowane wyłącznie dla ARFID. Ponadto nie zawsze metody wykorzystywane do ich diagnozowania są adekwatne i dają współmierne wyniki. W diagnozie klinicznej powinniśmy opierać się jedynie na danych o poziomie składników odżywczych, które pochodzą z badania laboratoryjnego krwi [26].

Niedożywienie i zaburzenia wzrostu u dzieci i młodzieży z ARFID mogą skutkować wdrożeniem suplementacji lub karmienia przez zgłębnik [27], czego konsekwencją może być utrata apetytu, trudności w przejściu z karmienia enteralnego do doustnego, a także zaburzone funkcjonowanie psychospołeczne dziecka i jego rodziny [28, 29]. Tę formę leczenia powinno wykorzystywać się jedynie w przypadku ostrego niedożywienia pacjenta i traktować jako narzędzie tymczasowe, zmierzając ku właściwemu odżywieniu poprzez karmienie doustne [5].

Upośledzenie funkcjonowania psychospołecznego definiuje się jako trudności w uczestniczeniu w powszechnych sytuacjach społecznych. Tworzą się one na bazie unikania lub ograniczania jedzenia [26]. Dziecko unika sytuacji społecznych, związanych z jedzeniem, co ogranicza jego kontakty społeczne [25]. Obawia się jedzenia w towarzystwie, w związku z czym unika spotkań rówieśniczych, uroczystości rodzinnych. Przeżywa rozterki podczas posiłków w placówce edukacyjnej [30]. Unika sytuacji związanych z jedzeniem, generujących silne bodźce sensoryczne (np. zakupy, wspólne gotowanie) i reaguje na nie drażliwością, złością i lękiem. Może obawiać się wyjazdu na wakacje, szczególnie, jeśli jego repertuar żywieniowy jest bardzo zawężony i „wymagający” (kwestia dostępu do danej żywności i jej przygotowania). Mniejszy wzrost, będący konsekwencją unikania lub ograniczania jedzenia, może prowadzić do spadku poczucia własnej wartości i niestabilnego stanu psychicznego, a także budowania negatywnego wizerunku własnego ciała [2, 9, 21].

Istotne jest to, że polska kultura jest mocno zakorzeniona w jedzeniu — często celebруемy ważne chwile właśnie poprzez wspólne biesiadowanie. U dziecka z ARFID może to być przyczyną nasilającego się lęku i wycofania, a nawet wyalienowania.

Mimo dostępności kryteriów ARFID (tab. 3), ujętych w DSM-5, wciąż pozostają niejasności związane z diagnozą tego zaburzenia. Wśród naukowców i klinicystów panują

podzielone zdania dotyczące kryterium A — część z nich nie akceptuje występowania upośledzenia psychospołecznego jako wystarczającego do postawienia diagnozy ARFID [31]. Powstała jednak propozycja rozszerzenia diagnostyki o osoby, które doświadczają znacznych zaburzeń psychospołecznych powiązanych ze sferą jedzenia, jednak nie wykazują spadku masy ciała, zaburzeń wzrastania, niedoborów odżywczych i uzależnienia od suplementów [15]. Aspektem procesu diagnostycznego, który sprawia klinicydom trudność, jest ocena istotności występujących u pacjenta objawów innych zaburzeń czy stanów medycznych i ich nasilenia względem objawów typowych dla ARFID [32].

W procesie opracowywania diagnozy różnicowej należy wziąć pod uwagę wiele problemów natury medycznej i psychiatrycznej (tab. 3). Jako że ARFID zwykle ma swój początek w okresie dzieciństwa [3], konieczne jest różnicowanie go z rozwojową neofobią żywieniową, która zaczyna się najwcześniej około 18. miesiąca życia i charakteryzuje się niechęcią do próbowania nowych produktów spożywczych. Zwykle stopniowo zanika ona w okresie dzieciństwa [33], w odróżnieniu od trudności wynikających z ARFID, które narastają i prowadzą do poważnych konsekwencji zdrowotnych i psychologicznych [5].

Tabela 3. **Diagnoza różnicowa ARFID**

Diagnoza różnicowa ARFID
<ul style="list-style-type: none"> – zaburzenia karmienia, – zaburzenia odżywiania (anoreksja i bulimia psychiczna, zaburzenie z napadami objadania się, pica), – zaburzenia lękowe (w tym fobia specyficzna, uogólnione zaburzenie lękowe, fobia społeczna), – zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, – zaburzenia należące do spektrum autyzmu, – nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD), – niepełnosprawność intelektualna, – zaburzenia depresyjne, – zaburzenia ze spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne, – PANDAS/PANS, – Internet Gaming Disorder, – reaktywne zaburzenie przywiązania, – zaburzenia neurologiczne, wady wrodzone i stany związane z trudnościami karmienia, – inne stany medyczne (zespół jelita drażliwego, nieswoiste choroby zapalne jelit, refluks żołądkowo-przelykowy, alergie, nietolerancja pożywienia, nowotwory złośliwe, nadczynność tarczycy, choroby zakaźne, nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha).

Źródło: opracowanie własne na podstawie [1, 24].

Leczenie zaburzenia polegającego na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (ARFID)

Biorąc pod uwagę heterogeniczność objawów i niejasną, wieloczynnikową etiologię ARFID, planowane leczenie powinno uwzględniać różnorakie problemy, w tym: behawioralne, psychologiczne, organiczne, motoryczne i dietetyczne [34]. Multidyscyplinary

zespół powinien składać się m.in. z lekarza pierwszego kontaktu, psychiatry, neurologa, gastrologa/gastroenterologa, dietetyka, psychologa, logopedy/neurologopedy [5]. Tak zbudowany zespół jest w stanie zapewnić pacjentowi adekwatną opiekę, wspierając go nie tylko w zakresie trudności związanych bezpośrednio z zaburzeniem, ale również w zakresie trudności współwystępujących, wynikających z zaburzeń towarzyszących lub wtórnych skutków ARFID. Interdyscyplinarne leczenie daje większe szanse na poprawę funkcjonowania pacjenta, również w sferze społeczno-emocjonalnej. Podejmowane działania powinny być zindywidualizowane — planowane zawsze po dokładnym zapoznaniu się z sytuacją pacjenta i jego trudnościami, współwystępującymi zaburzeniami i zakładanymi przez pacjenta i jego rodzinę celami [21]. W proponowanych modelach leczenia wciąż zakłada się niewiele interwencji dotyczących współwystępujących zaburzeń emocjonalnych [11, 35], które mogą mieć istotny wpływ na utrzymywanie się ARFID.

Aktualnie nie ma opartego na dowodach leczenia odpowiedniego dla wszystkich prezentacji ARFID [36, 22]. Podejmowane interwencje skupiają się na kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych i poprawnych relacji z jedzeniem [12]. Wdrażane przez specjalistów działania są zależne od aktualnego stanu zdrowotnego pacjenta. Zbyt niska masa ciała i niedobory żywieniowe, stanowiące poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, wymagają szybkich interwencji behawioralnych, skupiających się na wyrównaniu deficytów i zwykle związanych z hospitalizacją. W sytuacji, gdy stan medyczny pacjenta jest stabilny, podejmuje się leczenie ambulatoryjne [5, 21, 37]. Bryant-Waugh i wsp. zaproponowali poddaną wstępnym testom ścieżkę opieki ambulatoryjnej dla dzieci i młodzieży z podejrzeniem ARFID [22].

W literaturze naukowej wymienia się wiele podejść terapeutycznych proponowanych w pracy z pacjentami z diagnozą ARFID, w tym terapię poznawczo-behawioralną (CBT) [21, 36], Family-Based Treatment (FBT) [35], terapię opartą na ekspozycji [38, 39], transdiagnostyczną terapię poznawczo-behawioralną zaburzeń emocjonalnych [35] oraz terapię dialektyczno-behawioralną (DBT)[40], wciąż jednak badana jest efektywność każdego z tych podejść w leczeniu ARFID.

CBT-AR i techniki ekspozycyjne

Oparta na dowodach (z ang. *evidence based treatment*, EBT) terapia poznawczo-behawioralna (z ang. *cognitive-behavioral therapy*, CBT) jest stosowana w leczeniu zaburzeń odżywiania i zaburzeń lękowych oraz dominuje w oddziaływaniach terapeutycznych względem dzieci i młodzieży. Stanowi najlepiej udokumentowaną i efektywną — jak do tej pory — formę pomocy [41–43]. Biorąc pod uwagę, że u niektórych pacjentów dominuje lęk, stosowanie powyższej terapii wydaje się rozwiązaniem, które pozwoli przepracować występujące trudności, zwłaszcza u dzieci. CBT-AR stosowany ambulatoryjnie zalecany jest dla pacjentów od 10. roku życia, stabilnych pod względem medycznym i niewymagających karmienia przez zgłębnik [36]. Terapia ARFID w nurcie poznawczo-behawioralnym obejmuje od 20 do 30 sesji (pacjenci ze znaczną niedowagą wymagają większej liczby sesji w celu wprowadzenia pracy nad wzrostem masy ciała). Postępowanie terapeutyczne podzielone jest na 4 etapy [36]. W pierwszym terapeuta zajmuje się psychoedukacją pa-

pacjenta i jego opiekunów na temat ARFID i CBT-AR. W przypadku pacjenta z niedowagą podejmuje się interwencje związane ze zwiększeniem dziennego spożycia o 500 kilokalorii w celu uzyskania wzrostu masy ciała o 0,5–1,0 kg na tydzień [36]. Nieocenione w tej sytuacji staje się wsparcie dietetyka. Z pacjentem o stabilnej masie ciała podejmuje się rozmowę na temat zestawu preferowanych produktów i planuje pierwsze zmiany w jego zakresie. Etap drugi zakłada psychoedukację na temat niedoborów żywieniowych i ich skutków dla zdrowia, a także ich roli w podtrzymywaniu ARFID. Następuje dalsza analiza zestawu żywieniowego pacjenta i wybór odpowiednich produktów, co pozwoli stopniowo niwelować niedobory odżywcze. W etapie trzecim następuje wybór modułów leczenia zależnych od dominującej u pacjenta prezentacji ARFID. W przypadku występowania wielu mechanizmów podtrzymujących zaburzenie należy rozpocząć pracę od tego najbardziej pierwotnego lub najbardziej upośledzającego funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta. Następnie wprowadzona zostaje technika ekspozycji [36]. Pacjent wspólnie z terapeutą tworzą listę produktów/sytuacji lękotwórczych tak, aby określić ich hierarchię od najmniej do najbardziej dyskomfortowego. Ekspozycje na produkt odbywają się w gabinecie i są kontynuowane w domu. W przypadku pacjentów niezainteresowanych jedzeniem stosuje się ekspozycje interoceptywne w celu oswojenia go z odczuciami płynącymi z ciała np. związanymi z wypełnianiem się żołądka. Etap czwarty to ocena postępów i opracowanie planu zapobiegania nawrotom [36].

Technika ekspozycji na bodźce pozwala testować przekonania pacjenta niezgodne z rzeczywistością. Polega na wytworzeniu nowego skojarzenia z pierwotnie powodującym lęk bodźcem poprzez wystawienie na jego działanie. Zabieg ten daje pacjentowi możliwość zauważenia rozbieżności pomiędzy własnymi przekonaniem dotyczącymi bodźca a rzeczywistym jego oddziaływaniem [44]. Zadaniem terapeuty jest zabezpieczenie odpowiednich warunków, by mógł on doświadczyć zjawiska habituacji i zmodyfikować własne przekonania dotyczące lęku [43]. Badania Dumonta i wsp. wskazują na poprawę funkcjonowania pacjentów z ARFID w wyniku terapii ekspozycyjnej [44].

Thomas i wsp. [36] przedstawili model poznawczo-behawioralny dla ARFID, w którym zakładają, że niektórzy pacjenci mają biologiczne predyspozycje do wrażliwości sensorycznej, lęku przed jedzeniem czy braku zainteresowania jedzeniem, które warunkują negatywne przewidywania względem jedzenia (mogą być one aktywowane lub dodatkowo wzmocnione przez traumę związaną z jedzeniem). Narastająca tendencja do ograniczania jedzenia może prowadzić do spadku masy ciała i wystąpienia niedoborów żywieniowych, które dodatkowo warunkują niechęć do spożywania określonych produktów. W konsekwencji, z uwagi na ograniczone możliwości ekspozycji, wzrasta ryzyko wykluczania większej ilości produktów z repertuaru żywieniowego [36].

Propozycja protokołu postępowania terapeutycznego — FBT+UP

Proponowanym leczeniem ARFID jest integracja podejścia Family-Based Treatment (FBT) i ujednoliconego protokołu transdiagnostycznego leczenia zaburzeń emocjonalnych (UP) [45]. Leczenie zwykle zaczyna się od technik typowych dla podejścia FBT — ważenia dziecka, psychoedukacji i włączenia rodziny w system leczenia, oddzielenia

problemu jedzenia od dziecka (eksternalizacja) oraz przejęcia odpowiedzialności i kontroli nad jedzeniem dziecka przez dziecko i jego rodziców/opiekunów [45]. W razie potrzeby zaleca się przyrost masy ciała i aranżuje obserwację rodziny podczas wspólnego posiłku. Następnie włącza się w leczenie protokół UP-C (dla dzieci) lub UP-A (dla młodzieży). Ujednolicony transdiagnostyczny protokół UP jest leczeniem opartym na dowodach (EBT), koncentrującym się na zaburzeniach emocjonalnych u dzieci, młodzieży i dorosłych [35], łączy różne techniki poznawczo-behawioralne, w tym ponowną ocenę poznawczą, ekspozycje czy techniki uważności. Pozwala skupić się na procesach emocjonalnych, które są odpowiedzialne za utrzymywanie się objawów różnych zaburzeń, co jednocześnie ułatwia pracę nad współwystępującymi problemami. Koncentruje się na odczuwanych przez pacjenta silnych, niechcianych emocjach, awersyjnych reakcjach lub negatywnych przekonaniach dotyczących emocji oraz zachowaniach mających na celu ich uniknięcie. Uczy zakotwiczenia w terażniejszości i radzenia sobie z emocjami bez konieczności wdrażania strategii unikania [45].

Leczenie FBT przede wszystkim wspiera rodziców, a przy tym cały system rodzinny. Nie skupia się na przyczynach trudności żywieniowych dziecka, co pozwala zmniejszyć poczucie winy rodziców. Terapeuta pełni rolę konsultanta, zaś rodzic staje się ekspertem, co doprowadza do osłabienia jego poczucia bezradności. Rodzina staje się bardziej zaangażowana i kompetentna do pracy z dzieckiem, co dodatkowo daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Dzięki eksternalizacji (oddzieleniu problemu jedzenia od dziecka) rodzicom łatwiej jest rozpoznawać i nazywać zachowania wynikające bezpośrednio z ARFID [46]. Wzmocnienie rodziców poprzez interwencje FBT daje fundament do dalszej pracy, jednak na kolejnych etapach powinna ona być odpowiednio dostosowana do zakładanego celu. Z różnych opracowań [por. 35, 46] wynika, że leczenie dziecka z ARFID powinno być zindywidualizowane, a metody i techniki dobrane ze względu na występującą prezentację zaburzenia (wrażliwość sensoryczna, lęk przed niepożądanymi konsekwencjami jedzenia, brak zainteresowania jedzeniem) lub ich kombinacje, a także cele, które rodzina chce osiągnąć.

W tabeli 4. przedstawiono propozycję protokołu leczenia ARFID z dominacją prezentacji lękowej u pacjentów od 10. roku życia. Opisano poszczególne jego etapy. Przewodzone w ten sposób terapeutycznie trzech nastolatków, z których każdy deklarował subiektywnie postrzeganą poprawę w zakresie objętości repertuaru żywieniowego (2–5 nowych produktów) oraz w zakresie funkcjonowania społeczno-emocjonalnego (poprawa relacji z otoczeniem, lepsze radzenie sobie z emocjami, w tym z lękiem). Skuteczność zaproponowanego protokołu nie była do tej pory weryfikowana. Zaznaczyć trzeba, że przedstawiony plan leczenia nie w przypadku każdego pacjenta z diagnozą ARFID może być efektywny. Leczenie powinno być dostosowane do trudności pacjenta, dlatego rzetelna diagnoza problemów wynikających z ARFID staje się kluczowa dla wyboru ścieżki leczenia. W związku z tym w przyszłych badaniach konieczne jest ustalenie, kiedy i dla kogo FBT+UP jest najbardziej skuteczną formą leczenia. Wśród propozycji postępowania terapeutycznego dla ARFID z wysokim poziomem lęku bierze się pod uwagę terapię poznawczo-behawioralną (CBT-AR), terapię behawioralną, interwencję rodzicielską skoncentrowaną na lęku, trening nabywania nawyków, terapię rodzinną, terapię grupową i wzmocnioną psychoedukację [22].

Tabela 4. **Propozycja leczenia ARFID z wysokim poziomem lęku.**
Poszczególne etapy leczenia.

Sesja	Przebieg sesji
FBT sesja 1.–2.	<p>Wywiad z rodzicami. Ważenie, psychoedukacja (specyficzna dla pacjentów z ARFID), uzewnętrznienie problemu, zaangażowanie rodziny i przejęcie kontroli rodziców nad jedzeniem dziecka, wstępne ustalenia dotyczące korzystania z systemu wzmacnień.</p> <p>Ważne: psychoedukacja pacjenta i rodziny ma na celu zwiększenie świadomości przeżywanych trudności i mechanizmów je podtrzymujących. Dzięki temu są oni gotowi przejąć odpowiedzialność za proces leczenia. Ważne jest budowanie relacji z dzieckiem i jego rodziną już od pierwszego momentu.</p>
FBT sesja 3.	<p>Dalsza ocena sposobu odżywiania pacjenta, analiza zachowań utrudniających osiągnięcie sukcesu, wsparcie rodziny w podjęciu procesu pomagania dziecku w dokonywaniu zmian w jedzeniu.</p> <p>Propozycja: analiza nagrań wspólnych posiłków w celu rozpoznania zachodzących w rodzinie procesów i mechanizmów podtrzymujących problem. Omówienie nagrań z rodzicami.</p>
FBT sesja 4. (i więcej)	<p>Etap przeznaczony dla pacjentów z niedowagą. W jego ramach budowana jest współpraca z rodzicami, rozwijane są zdolności rodzica do wspólnej pracy nad zadaniem dziecka przybierania na wadze i powiązаныmi trudnościami, w tym unikaniem posiłków, obawami związanymi z jedzeniem itp. Liczba sesji w ramach tego etapu uzależniona jest od postępów związanych ze wzrostem wagi pacjenta. (Pacjenci bez niedowagi lub odpowiednio przybierający na wadze przechodzą do sesji UP).</p>
FBT+UP: Moduł 1. 1–2 sesje	<p>Wprowadzenie do ujednoliconego protokołu leczenia zaburzeń emocjonalnych u dzieci:</p> <p>Na tym etapie dziecko i rodziców zapoznaje się z modelem leczenia i opisuje umiejętności, które dziecko ma nabyć w jego wyniku, rozpoczyna się budowanie świadomości emocjonalnej oraz diagnozuje najważniejsze problemy i przyjmuje cele leczenia. Problemy te mogą wiązać się bezpośrednio z ARFID lub dotyczyć zaburzeń współwystępujących.</p>
FBT+UP: Moduł 2. 1–2 sesje	<p>Poznanie i rozumienie własnych emocji:</p> <p>W tym module praca skupia się na nauce rozpoznawania, nazywania i oceny intensywności różnych emocji. Inne zadania do wykonania to normalizacja doświadczeń emocjonalnych, omówienie cyklu unikania, określenie nagród w wyniku pożądanego zachowania.</p> <p>Propozycja: wprowadzenie modelu emocji ARC (A — okoliczności poprzedzające; R — reakcja; C — konsekwencje), co pozwoli na dokonywanie analizy przeżywanych przez pacjenta emocji i lepsze rozumienie sytuacji.</p>
FBT+UP: Moduł 3. 1–2 sesje	<p>Uważna świadomość emocji:</p> <p>Moduł polega na wypracowaniu poprzez regularne ćwiczenia umiejętności zauważania przeżywanych przez pacjenta emocji bez automatycznego ich oceniania. W celu wypracowania uważnej świadomości wykorzystujemy kierowaną medytację, a następnie słuchanie wywołującego emocje utworu muzycznego. Poprzez obserwację wszystkich komponentów reakcji emocjonalnej pacjent uczy się stosować podejście oparte na uważności. Następnie pomagamy mu zastosować te umiejętności w naturalnych sytuacjach wywołujących emocje.</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>FBT+UP: Moduł 4. 3 sesje</p>	<p>Wprowadzenie do elastycznego myślenia, identyfikacja zniekształceń poznawczych, czyli tzw. pułapek w myśleniu.</p> <p>Propozycja: omówienie wszystkich rodzajów zniekształceń poznawczych i ćwiczenia w formie zadania domowego, mające na celu „wylapywanie” zniekształconych myśli oraz przyporządkowanie ich do określonych zbiorów. Wprowadzenie pojęcia „zdrowej myśli”. Nauka badania myśli w celu określenia jej zdrowego/niezdrowego wpływu na funkcjonowanie pacjenta.</p>
<p>FBT+UP: Moduł 5. 2 sesje</p>	<p>Przeciwdziałanie zachowaniom emocjonalnym zabezpieczającym:</p> <p>Zdefiniowanie pojęcia i typów zachowań emocjonalnych służących unikaniu i kontrolowaniu emocji lub ucieczce przed nimi. Omówienie roli tych zachowań w podtrzymywaniu zaburzeń pacjenta.</p> <p>Propozycja: pacjent ma za zadanie stworzyć listę własnych zachowań zabezpieczających, dzięki którym unika napięcia emocjonalnego związanego z jedzeniem i z sytuacjami związanymi z jedzeniem.</p>
<p>FBT+UP: Moduł 6. 1–2 sesje</p>	<p>Nauka identyfikowania wskazówek z ciała dla różnych emocji, ćwiczenia doświadczania sygnałów z ciała bez stosowania unikania czy rozpraszania uwagi (ekspozycje interoceptywne). Pacjent zauważa, jak doznania z ciała wpływają na jego myśli i zachowanie, a także jak jego myśli i zachowanie oddziałują na doznania z ciała.</p> <p>Przykładem może być wywoływanie uczucia pełności, mdłości, zawrotów głowy itp. Należy zobrazować wzajemny wpływ doznań z ciała, myśli i zachowań za pomocą wykresu i omówić je z pacjentem.</p>
<p>FBT+UP: Moduł 7. 1–2 sesje</p>	<p>Wprowadzenie do koncepcji wykorzystania eksperymentów w celu zmierzenia się z silnymi emocjami:</p> <p>Omówienie z pacjentem i rodzicami techniki ekspozycji. Pierwsze ćwiczenia — wykorzystanie przykładowej ekspozycji sytuacyjnej na emocje. Przygotowanie planu zindywidualizowanych ekspozycji sytuacyjnych na emocje.</p> <p>Propozycja: ekspozycje dotyczące nietolerowanego produktu — zaczynamy od produktu wywołującego najmniejsze emocje (warto stworzyć listę produktów — od produktu wywołującego najmniejszy lęk do produktu wywołującego największy lęk). Analogicznie możemy skupić się na sytuacjach związanych z jedzeniem wywołujących lęk na różnym poziomie. Poziom ocenia pacjent. Lista może być edytowana na każdym etapie terapii przez samego pacjenta. Stosujemy zarówno ekspozycje wyobrażeniowe, jak i in vivo. Możemy korzystać z wszelkich pomocy edukacyjnych typu filcowe lub drewniane owoce czy warzywa, książki dotyczące jedzenia itp. Pacjent tworzy plan, który będzie wykorzystywany w kolejnym module — efektem jest zwiększenie poczucia kontroli, normalizacja napięcia.</p> <p>Ważne: w ramach pierwszego ćwiczenia z ekspozycją zaleca się wybór sytuacji/ produktu, który generuje najmniejszy poziom lęku, ale zauważalny i wywołujący dyskomfort.</p>

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<p>FBT+UP: Moduł 8.</p> <p>Liczba sesji uzależniona jest od liczby pozycji w planie ekspozycji</p>	<p>Wdrożenie przygotowanego planu zindywidualizowanych ekspozycji sytuacyjnych na emocje:</p> <p>Dodatkowe czynności związane z ekspozycją na emocje sytuacyjne w przyszłych sesjach i w domu.</p> <p>Ważne: ekspozycje muszą mieć miejsce zarówno w gabinecie, jak i w domu, z naciskiem na to drugie. Początkowo terapeuta daje wsparcie, kontroluje sytuację, jednak stopniowo powinien wycofywać się z roli na rzecz pacjenta (uzależnione jest to od wieku i możliwości pacjenta). Ćwiczone przez pacjenta zdolności muszą znaleźć odzwierciedlenie w jego codziennym życiu, nie tylko w gabinecie. Tutaj nieoceniona staje się pomoc rodziny, dlatego po każdej sesji ekspozycyjnej zaleca się konsultację z rodzicami i wdrożenie planu ekspozycji na najbliższy tydzień w domu.</p> <p>Sugerowane jest wydłużenie sesji do 1,5 h:</p> <p>15–30 minut — nawiązanie relacji, omówienie samopoczucia i pracy własnej, omówienie zaplanowanej ekspozycji;</p> <p>30–45 minut — ekspozycja z omówieniem;</p> <p>15–30 minut — omówienie z rodzicem, zaplanowanie ekspozycji w domu.</p>
<p>FBT+UP: Moduł 9.</p> <p>3 sesje</p>	<p>Przygotowanie planu podtrzymywania i zapobiegania nawrotom:</p> <p>Plan pozwala „wylapywać” symptomy nawracających trudności i wdrażać nabyte umiejętności dla podtrzymania efektów terapii.</p>

Źródło: poszerzenie i modyfikacja własna propozycji Eckhardt i wsp. [35] połączenia FBT+UP.

Podsumowanie

ARFID jest zaburzeniem złożonym, o niejednorodnym charakterze objawów klinicznych i zróżnicowanej etiologii, co utrudnia postawienie diagnozy [21]. Aktualna wiedza specjalistów o tym zaburzeniu jest ograniczona, co ma niebagatelny wpływ na dokonywanie prawidłowej diagnozy i podejmowanie adekwatnych kroków w leczeniu, a w konsekwencji prowadzi do nasilenia się wtórnych do ARFID trudności — zarówno medycznych, jak i psychospołecznych [9]. Niejednorodny charakter objawów klinicznych ogranicza możliwość ustalenia uniwersalnego leczenia [21], a dotychczasowe propozycje wymagają zbadania pod względem skuteczności. Specjaliści pracujący z dziećmi i młodzieżą, w tym m.in. lekarze, psycholodzy i logopedzi, powinni mieć wiedzę w zakresie objawów typowych dla ARFID, zwiększając w ten sposób szansę na prawidłową diagnozę i dostosowanie podejmowanych oddziaływań do potrzeb jednostki [47].

Piśmiennictwo

1. Bryant-Waugh R. Overview of diagnosis and presentation. W: Bryant-Waugh R, Higgins C, red. Avoidant restrictive food intake disorder in childhood and adolescence: a clinical guide, New York: Routledge; 2020, s. 41–52.

2. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli A, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J. Eat. Disord.* 2014; 2(1): 21. DOI: 10.1186/s40337-014-0021-3.
3. 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; 19(8): 54. DOI: 10.1007/s11920-017-0795-5.
4. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Frelut ML i wsp. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch. Pédiatr.* 2019; 26(7): 437–441.
5. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food disorder (ARFID) in adolescents. *Curr. Pediatr. Rep.* 2018; 6(2): 107–113.
6. Zickgraf H, Lane-Loney S, Essayli J, Ornstein R. Further support for diagnostically meaningful ARFID symptom presentations in an adolescents medicine partial hospitalization program. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(4): 402–409.
7. Norris ML, Spettigie W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K i wsp. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 51(2): 170–173.
8. Reilly EE, Brown TA, Gray EK, Kaye WH, Menzel JE. Exploring the co-occurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2019; 27(4): 429–435.
9. Davis E, Stone EL. Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID), more than just picky eating: a case discussion and literature review. *J. Nurse Pract.* 2020; 16(10): 713–717.
10. Kambanis P, Kuhnle M, Wons O, Jo J, Keshishian A, Hauser K. i wsp. Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 2020; 53(2): 256–265.
11. Duncombe Lowe K, Barnes TL, Martell C, Keery H, Eckhardt S, Peterson CB, Lesser J, Le Grange D. Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: examining differences by age, weight status, and symptom duration. *Nutrients* 2019; 11(8): 1955. DOI: 10.3390/nu11081955.
12. Leonidas, Carolina & Souza, Ana Paula & Azevedo, Livia & Ferreira, Isabella & Pessa, Rosane & Santos, Manoel. (2020). Emotional and feeding aspects of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a case report. *Int. J. Psychiatr.* 5. 21.
13. <https://www.arfidawarenessuk.org/> dostęp: 2021-01-02
14. Kerry H, LeMay-Russell S, Barnes TL, Eckhardt S, Peterson CB, Lesser J i wsp. Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *J. Eat. Disord.* 2019; 7(31). DOI: 10.1186/s40337-019-0261-3
15. Becker KR, Keshishian AC, Liebman R, Coniglio KA, Wang SB, Franko DL. Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(3): 230–238.
16. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES i wsp. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in children and adolescents: a „new disorder” in DSM-5. *J. Adol. Health* 2014; 55(1): 49–52.
17. Chew CSE, Siobhan K, MClinc AB, Oh JY, Rajasegaran K, Davis C. First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian children. *Int. J. Eat. Disord.* 2021; 54: 81–87.
18. 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. *J. Adol. Health* 2015; 57(1): 8–9.

19. Gupta R. Avoidant restrictive food intake disorder — what is it and what to do with them? *J. Med. Nurs.* 2021; 2(10): 1–3.
20. Micali N, Cooper-Vince CE. Aetiology and epidemiology. W: Bryant-Waugh R, Higgins C, red. *Avoidant restrictive food intake disorder in childhood and adolescence: a clinical guide.* New York: Routledge; 2020, s. 41–52.
21. Coglan L, Otasowie J. Avoidant/restrictive food intake disorder: What do we know so far? *Brit. J. Psych. Adv.* 25. 90–98. DOI. 10.1192/bja.2018.48.
22. Rachel Bryant-Waugh, Rachel Loomes, Alfonse Munuve, Charlotte Rhind, Towards an evidence-based out-patient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder. *J. Behav. Cogn. Ther.* 2021; 31(1): 15–26.
23. Gałęcki P, Święcicki Ł, red. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5.* Desk reference. Wrocław: Edra Urban&Partner; 2013.
24. First M. *DSM-5. Podręcznik diagnostyki różnicowej.* Wrocław: Edra Urban&Partner; 2016.
25. Harshman SG. A Diet high in processed foods, total carbohydrates and added sugars, and low in vegetables and protein is characteristic of youth with avoidant/restrictive food intake disorder. *Nutrients* 2019; 11(9): 2013. DOI 10.3390/nu11092013.
26. Dovey TM, Kumari V, Blissett J. Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different? *Europ. Psychiatry* 2019; 61: 56–62.
27. Krom H, van der Sluijs Veer L, van Zundert S, Otten M-A, Benninga M, Haverman L i wsp. Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *Int. J. Eat Disord.* 2019; 52:410–418.
28. Hartdorff CM, Kneepkens CM, Stok-Akerboom AM, van DijkLokkart EM, Engels MA, Kindermann A. Clinical tube weaning supported by hunger provocation in fully-tube-fed children. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2015; 60(4): 538–543. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000647
29. Krom H, de Winter JP, Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. *Europ. J. Pediatr.* 2017; 176(6): 683–688.
30. Higgins C, Pillay P. Psychological assessment of child and family. W: Bryant-Waugh R, Higgins C, red. *Avoidant restrictive food intake disorder in childhood and adolescence: a clinical guide,* New York: Routledge; 2020, s. 79–86.
31. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A i wsp. Radcliffe ARFID Workgroup: Commentary on diagnosis, multi-disciplinary assessment and treatment, and directions for the field. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(4): 361–366.
32. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM i wsp. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48(5): 464–470.
33. Dovey TM, Aldridge VK, Martin CI, Wilken M, Meyer C. Screening avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in children: outcomes from utilitarian versus specialist psychometrics. *Eat. Behav.* 2016; 23: 162–167.
34. Sharp WG, Stubbs KH. Avoidant/restrictive food intake disorder: A diagnosis at the intersection of feeding and eating disorders necessitating subtype differentiation. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(4): 398–401.
35. Eckhardt S, Martell C, Duncombe Lowe K, Le Grange D, Ehrenreich-May J. An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *J. Eat. Disord.* 2019; 7(1): 34.

36. Thomas JJ, Wons O, Eddy E. Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr. Opin. Psychiatry* 2018; 31(6): 425–430.
37. 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; 29(4): 407–413.
38. Zimmerman J, Fsher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 2017; 47(4): 95–103. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005.
39. Zucker NL, LaVia MC, Craske MG, Harris AA, Datta N. i wsp. Feeling and body investigators (FBI): ARFID division — an acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 52(4): 1–7.
40. Reilly E, Orloff N, Luo T, Berner L, Brown T, Claudat K. i wsp. Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. *Eat. Disord.* 2020; 28(2): 122–141.
41. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioural therapy: a review of meta-analyses. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 17–31.
42. Southam-Gerow MA, Kendal PC. Cognitive-behaviour therapy with youth: adveqances, challenges and future directions. *Clin. Psych. Psychother.* 2000; 7(5): 343–366.
43. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.
44. Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, Mulkens S. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 52(4): 444–458.
45. Cassiello-Robbins C, Barlow DH, Boettcher HT, Bentley KH, Bullis JR, Ellard KK i wsp. Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych. Gdańsk: GWP; 2020.
46. Rosania K, Lock J. Family-based treatment for a preadolescent with avoidant/restrictive food intake disorder with sensory sensitivity: a case report. *Front Psychiatry* 2020; 11: 350.
47. Ziółkowska B. Zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów — rozważania w świetle wyników badań. *Pediatr. Pol.* 2017; 92(6): 733–738.

Adres: dorota.zytkowska@gmail.com