

ARFID: restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång

EN PATIENTGRUPP SOM BEHANDLATS STYVMODERLIGT I VÅRDEN

Mattias Strand,
specialistläkare, överläkare

• mattias.strand@sl.se

Yvonne von Hausswolff-Juhlin,
docent, specialistläkare, överläkare, verksamhetschef

Elisabeth Welch,
fil dr, leg psykolog, enhetschef, institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik; samtliga Stockholms centrum för ätstörningar; institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

I den femte upplagan av det amerikanska psykiaterförbundets diagnosförteckning Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 [1], som publicerades 2013, introducerades undvikande/restriktivt ätstörning som en ny diagnos i kapitlet om ätstörningar. Förkortningen ARFID (av engelskans avoidant/restrictive food intake disorder) används även i Sverige och kommer därför att tillämpas genomgående i denna artikel.

Trots att patienter med ARFID blir aktuella inom såväl barn-, ungdoms- och vuxenpsykiatri som barnmedicin, gastroenterologi, habilitering, primärvård och skolhälsovård har det ännu inte publicerats någon kunskapsöversikt på svenska om ARFID-diagnosen. Med denna översiktsartikel vill vi introducera ARFID på bredare front och redogöra för det aktuella kunskapsläget.

Från DSM-IV till DSM-5

En grundförutsättning i arbetet med DSM-5 var att man ville betona ett livslångt kontinuum, där psykisk ohälsa kan ta sig olika uttryck hos barn, ungdomar och vuxna utan att det därmed innebär att det rör sig om väsensskilda tillstånd [2–6]. I denna anda valde man att sammanfoga ätstörningskapitlet med en rad tillstånd som dessförinnan återfunnits i kapitlet »Störningar som vanligen diagnostiseras hos spädbarn, barn eller ungdomar«, såsom pica (dvs att äta icke-födoämnen), idisslande och uppfödningssvårigheter hos spädbarn eller småbarn. Den sistnämnda diagnosen användes sällan, varken i klinisk praktik eller i forskning, och man hade dessutom noterat att dylika svårigheter förekom även hos äldre barn och vuxna [7].

En rad olika diagnostiska begrepp hade tidigare tillämpats för gruppen patienter med restriktivt ätande i frånvaro av typiska ätstörningstankar. Till exempel kan här nämnas »failure to thrive« (bristfällig viktutveckling hos barn) [8], »food avoidance emotional disorder« (undvikande ätbeteende mot bakgrund av känslomässiga besvär) [9–11], »pervasive refusal syndrome« (mer genomgripande svårigheter att äta, dricka, prata, gå eller ta hand om sig själv) [12, 13], selektivt ätande [9–11], funktionell dysfagi [10, 11], icke-fettfobisk anorexia nervosa [14] och ESSENCE-begreppet (early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations) [15].

Med ARFID ville man uttryckligen skapa ett diagnostiskt paraply under vilket många former av restriktivt ätande kan rymmas. I linje med tanken om kontinuitet över livsspannet finns det inget ålderskriterium för ARFID; diagnosen kan ställas oavsett hur gammal patienten är.

Kriterier för diagnos

Hur ser då diagnoskriterierna för ARFID ut? För det första ska det föreligga påverkat ätbeteende och bristande energiintag, som leder till ett eller flera av följande:

- signifikant viktnedgång (eller utebliven förväntad viktuppgång hos barn och ungdomar som fortfarande växer)
- signifikant näringsbrist
- behov av sondnäring eller näringstillskott för att bibehålla kroppsvikten
- inverkan på psykosocial funktion.

I DSM-5 ges också några exempel på vad som kan ligga bakom det hela, t ex generellt ointresse för att äta, undvikande baserat på sensoriskt obehag förknippat med vissa födoämnen eller oro för t ex kräkningar eller att sätta i halsen vid födointag.

För det andra ska beteendet inte huvudsakligen hänga samman med brist på föda eller vara kulturellt sanktionerat, såsom vid religiös fasta.

Det tredje kriteriet är centralt i förståelsen av ARFID: här fastslås att det påverkade ätbeteendet inte ska föreligga som en del av en anorexi- eller bulimisk sjukdom och att det heller inte ska vara förknippat med en störning i hur man upplever den egna vikten eller kroppen. Detta utgör en principiell skillnad jämfört med t ex anorexia nervosa, där restriktivt ätande definitionsmässigt sker just mot bakgrund av kroppsmisnöje, fobisk rädsla för att öka i vikt och en orealistisk uppfattning om den egna kroppsstorleken.

Samtidigt kan denna gränsdragning vara svår, inte minst hos yngre personer. För att kunna uttrycka tankar av detta slag kring den egna kroppen krävs viss abstraktionsförmåga, förståelse av tidsperspektiv och

HUVUDBUDSKAP

- ARFID kännetecknas av undvikande av mat med påföljande undervikt, undernäring eller behov av näringstillförsel via sond, vilket inte, såsom vid anorexia nervosa, beror på missnöje med kropp och vikt.
- Patienter med ARFID tenderar att vara yngre, uppvisa jämnare könsfördelning och ha längre sjukdomsduration än patienter med andra ätstörningar. Såväl somatisk som psykisk samsjuklighet är vanlig.
- Forskning pekar på att sedvanlig etablerad ätstörningsbehandling kan vara av godo också vid ARFID, även om behandlingen behöver individanpassas utifrån underliggande specifika svårigheter. Ett fullt ut normaliserat ätbeteende är dock inte alltid ett realistiskt mål.

konsekvenser samt förmåga att identifiera och benämna egna känslouttryck - kapaciteter som utvecklats gradvis under uppväxten [6].

För det fjärde, slutligen, ska tillståndet inte kunna förklaras bättre av samtidigt förekommande psykisk eller kroppslig sjukdom. Om sådan samsjuklighet föreligger ska påverkan på ätandet vara av större magnitud än vad som brukar vara fallet vid dylika tillstånd och föranleda särskild klinisk uppmärksamhet.

Kliniska och epidemiologiska karakteristika

Sammantaget har man genom retrospektiv journalgenomgång av kliniska populationer inom ätstörningsvården konstaterat att mellan 5 och 15 procent av patienterna skulle uppfylla kriterierna för ARFID [16-21]. I en studie på patienter vid pediatrika gastroenterologkliniker (en grupp där man kan förvänta sig mer uppfödning- och ättsvårigheter än hos andra) fann man att 1,5 procent hade ARFID [22].

Studier på icke-kliniska populationer är en bristvara. En schweizisk studie bland 1 400 skolbarn påvisade en ARFID-prevalens på 3,2 procent [23]. I jämförelse med patienter med anorexia nervosa tycks gruppen av ARFID-patienter överlag vara yngre, uppvisa jämnare könsfördelning med fler pojkar/män och ha mer långdraget sjukdomsförlopp [7, 24]. Patienter med ARFID har ofta blivit föremål för omfattande somatiska utredningar för att utesluta underliggande organiska orsaker, och det finns inte sällan en upplevelse av att patienterna »bollas runt« mellan olika kliniker [25, 26].

Flera studier pekar på att ARFID och anorexia nervosa inte skiljer sig åt i fråga om grad av undervikt [18-20, 27, 28]. Medan patienter med anorexia nervosa oftare tenderar att ha gått ner raskt i vikt innan de blivit aktuella för behandling, har patienter med ARFID dock ofta längre sjukhistoria där låg vikt kan ha förelagat under många år [20, 28].

Detta speglar sannolikt det faktum att grundproblematiken bakom ARFID, såsom selektivt ätande eller ointresse för mat, ofta debuterar i unga år som ett mer eller mindre konstitutivt drag och inte har samma akuta karaktär som t ex anorexia nervosa. Inte sällan har föräldrar eller andra omsorgspersoner kunnat hantera svårigheterna, om än möjligen med viss möda, utan att någon kliniskt relevant problematik utvecklats. Om en incident tillstötter senare, t ex att personen i fråga sätter i halsen eller drabbas av akut gastroenterit, kan det dock föranleda en kvarstående rädsla som ytterligare accentuerar svårigheterna och gör dem ohanterbara i vardagen. En rad kliniska fallbeskrivningar och kunskapsöversikter pekar på att ett sådant förlopp är vanligt vid ARFID [24, 29-35].

Enligt diagnoskriterierna i DSM-5 är det dock som synes inte något strikt krav att undervikt eller undernäring ska föreligga vid ARFID: diagnosen kan t ex bli aktuell även för personer som bibehåller adekvat näringsintag endast med stöd av nasogastrisk sond eller näringsdrycker. Några av de kunskapsöversikter som publicerats på området fokuserar just på barn i behov av sondnäring och hur deras behandling kan optimeras [36-38]. I litteraturen om ARFID i övrigt tas denna grupp dock sällan upp, vilket kan bero på att forskning om ätstörningar respektive pediatrika uppfödningssvårigheter i stora delar utgör separata fält. En större grad av samarbete mellan olika subspecialiteter vore önskvärd,

»En rad studier pekar på hög förekomst av kroppsliga symtom (inte minst i form av gastrointestinala besvär som värk, illamående och uppblåsthet ...) och somatisk samsjuklighet ...«

inte minst för en patientgrupp som denna som tenderar att hamna »mellan stolarna« i klinisk verksamhet.

Trots att ARFID är en explicit åldersneutral diagnos har den absoluta merparten av forskningen på området utförts på pediatrika patient- eller befolkningspopulationer. Det finns ett antal beskrivningar av fall av ARFID hos vuxna patienter [31, 39, 40], och det har föreslagits att ARFID skulle kunna vara relevant även inom geriatriken, som en del i sviktande aptit och sarkopeni [41]. Tydligt är att det behövs mer forskning om ARFID hos vuxna för att ytterligare kunna belägga förekomsten av det livslånga kontinuum som utgör en stomme i DSM-5.

Samsjuklighet mer regel än undantag

En rad studier pekar på hög förekomst av kroppsliga symtom (inte minst i form av gastrointestinala besvär som värk, illamående och uppblåsthet [19, 20, 25, 42]) och somatisk samsjuklighet vid ARFID [43, 44]. Huruvida detta är vanligare än vid t ex anorexia nervosa [45] är dock osäkert. Även psykisk samsjuklighet är frekvent förekommande. I ett par studier på barn och ungdomar med ätstörningar har man t ex sett avsevärt högre förekomst av ångestsyndrom, autismspektrumproblematik, uppmärksamhetsstörningar och inlärningssvårigheter hos patienter med ARFID; depression var dock vanligare bland patienter med anorexia nervosa [27, 44].

Det bör i sammanhanget nämnas att det faktum att ARFID-diagnosen är tänkt att fungera som ett slags paraplybegrepp kan medföra svårigheter i avgränsningen gentemot andra tillstånd. I en stor studie som undersökt skillnader i symtom hos unga patienter med restriktivt ätande har det visat sig vara tämligen enkelt att urskilja separata anorexia nervosa- respektive ARFID-grupper [44]. Desto svårare torde det vara att särskilja ARFID från andra psykiska och somatiska tillstånd som kan medföra restriktivt ätande, såsom autismspektrumproblematik, tvångssyndrom, depression, ADHD, emetofobi, mag-tarmsjukdomar eller metabola sjukdomar. Det har påpekats att barn med autoimmuna neuropsykiatriska störningar efter streptokockinfektion, s k PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections), ofta uppfyller diagnoskriterierna för ARFID, trots att de i andra avseenden tydligt avviker från ARFID-gruppen [46, 47]. ▶

»Även psykisk samsjuklighet är frekvent förekommande.«

Det saknas studier med fokus på avgränsning gentemot andra somatiska eller psykiska sjukdomstillstånd. Många diagnosbegrepp speglar förvisso en mångfasetterad klinisk verklighet. Tanken att en diagnos ska kunna ställas även då de aktuella svårigheterna härrör från en redan identifierad problematik (t ex selektivt ätande vid autism), så länge de är av sådan magnitud att de föranleder särskilt kliniskt fokus, är dock i DSM-5 helt unik för diagnoserna ARFID, pica och idisslande. Trots att all diagnostik kräver ett stort mått av kliniskt sunt förnuft är vår subjektiva erfarenhet att frågan huruvida en ARFID-diagnos alls är relevant i en kontext av annan bakomliggande sjukdom ofta skapar en del huvudbry i praktiken.

Tredimensionell modell

En rad studier [22, 23, 33, 48, 49] pekar på att det inom ARFID går att urskilja tre delvis överlappande undergrupper, i linje med redogörelsen ovan:

- En första undergrupp utgörs av personer som inte upplever någon tydlig aptit och som följaktligen har ett genomgående ointresse för mat.
- En andra undergrupp innefattar personer med selektivt ätande baserat på upplevelse av sensoriskt obehag förknippat med olika egenskaper hos maten, t ex textur och konsistens, färg, temperatur, huruvida olika komponenter av maträtten är ihopblandade eller vidrör varandra på tallriken osv. Det ska sägas att detta slags beteende är mycket vanligt hos barn och i de allra flesta fall vare sig medför hämmad tillväxt eller kvarstående besvär.
- En tredje undergrupp, slutligen, utgörs av personer som undviker att äta på grund av rädsla för negativa konsekvenser kopplade till matintag, t ex att sätta i halsen eller drabbas av matförgiftning och kråkas, vanligtvis mot bakgrund av en tidigare skrämmande upplevelse.

Ett typexempel på en patient med överlappande besvär baserat på alla tre domäner är en ung person med långvarigt selektivt ätande och ett ihållande ointresse för mat, som plötsligt drabbas av magsjuka eller råkar sätta något i halsen. Därpå triggas även en rädsla för nya negativa konsekvenser av att äta, vilket leder till intensifierade svårigheter [33].

Behandlingsrekommendationer

Hur kan man då lämpligen behandla en patient med ARFID? Även här är forskningen i sin linda, och de rekommendationer som finns bygger i stor utsträckning på fallrapporter. Ett genomgående tema är att behandlingen behöver individanpassas utifrån de aktuella underliggande svårigheterna och att arbete i team med bred kompetens är att föredra.

En amerikansk studie av patienter i ett sedvanligt dagvårdsprogram för ätstörningssjukdom [50] har visat att viktnormalisering uppnåddes snabbare vid ARFID än vid anorexia nervosa och att behandlingsresultat i fråga om matrelaterad ångest och kognitiv återhållsamhet var likvärdiga. Liknande godartade utfall har setts i andra studier [42, 51].

Detta tyder på att det trots grundläggande skillnader i vad som orsakar det restriktiva ätandet är möjligt att uppnå goda behandlingsresultat för patienter med ARFID inom sedvanlig ätstörningsvård. Det har

samtidigt poängterats att det inte alltid är realistiskt att uppnå ett fullt normaliserat ätbeteende eller normalvikt vid ARFID [24, 33]. Det är dock i dagsläget påfallande ont om prospektiva behandlingsstudier med fokus på ARFID.

Större förståelse och samsyn

Sammanfattningsvis har ARFID-diagnosen potential att bidra till större förståelse och samsyn för en patientgrupp som tidigare i hög grad har behandlats styvmoderligt inom sjukvården. Patienter med ARFID tycks ofta kunna vara behjälpta av sedvanlig etablerad ätstörningsbehandling. Mer forskning är dock nödvändig för att närmare fastslå hur sådan behandling kan optimeras vid ARFID-tillstånd med varierande klinisk bild. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:E97R

REFERENSER

- Diagnostic and statistical manual of mental illness, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2012;11(2):80-92.
- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(2):79-89.
- Eddy KT, le Grange D, Crosby RD, et al. Diagnostic classification of eating disorders in children and adolescents: how does DSM-IV-TR compare to empirically-derived categories? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(3):277-93.
- Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord*. 2000;28(3):317-24.
- Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al; Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of child and adolescent eating disturbances. *Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents*. *Int J Eat Disord*. 2007;40(Suppl):S117-22.
- 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 Adolesc Health*. 2015;57(1):8-9.
- Shields B, Wacogne I, Wright CM. Weight faltering and failure to thrive in infancy and early childhood. *BMJ*. 2012;345:e5931.
- Bryant-Waugh R, Lask B. Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(2):191-202.
- Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18(1):17-30.
- Watkins B, Lask B. Eating disorders in school-aged children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):185-99.
- Lask B, Britten C, Kroll L, et al. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child*. 1991;66(7):866-9.
- Nunn KP, Lask B, Owen I. Pervasive refusal syndrome (PRS) 21 years on: a re-conceptualisation and a renaming. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(3):163-72.
- Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med*. 1993;23(4):999-1017.
- Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations. *Res Dev Disabil*. 2010;31(6):1543-51.
- Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health*. 2013;53(2):303-5.
- 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. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):49-52.
- Forman SF, McKenzie N, Hehn R, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the National Eating Disorders Quality Improvement Collaborative. *J Adolesc Health*. 2014;55(6):750-6.
- Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(5):495-9.
- Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *J Adolesc Health*. 2015;57(6):673-8.
- Nakai Y, Nin K, Noma S, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2016;24(6):528-30.
- Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):464-70.
- Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(7):779-85.
- Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):95-103.
- Ornstein RM, Nicely TA, Lane-Loney SE, et al. Prevalence and characteristics of the DSM-5 proposed avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young eating disordered patients in day treatment. *J Adolesc Health*. 2013;52(2 Suppl 1):S38.
- 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? *F1000Res*. 2018;7:88.
- Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. 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.
- Sieke EH, Strandjord SE, Richmond M, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa subtypes: how do they compare? *J Adolesc Health*. 2016;58(2 Suppl):S26-7.
- Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):421-31.
- Katzman DK, Stevens K, Norris M. Redefining feeding and eating disorders: what is avoidant/restrictive food intake disorder? *Paediatr Child Health*. 2014;19(8):445-6.
- King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eat Behav*. 2015;19(Suppl C):106-9.
- Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:213-8.
- Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):54.
- Pitt PD, Middleman AB. A Focus on behavior management of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a case series. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57(4):478-80.
- Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, et al. Case 18-2017 - an 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *N Engl J Med*. 2017;376(24):2377-86.
- Sharp WG, Volkert VM, Scahlil L, et al. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *J Pediatr*. 2017;181:116-24.e4.
- Dovey TM, Wilken M, Martin CI, et al. Definitions and clinical guidance on the enteral dependence component of the avoidant/restrictive food intake disorder diagnostic criteria in children. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017;(Jul 1):148607117718479.
- Krom H, de Winter JP, Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. *Eur J Pediatr*. 2017;176(6):683-8.
- Lopes R, Melo R, Curral R, et al. A case of choking phobia: towards a conceptual approach. *Eat Weight Disord*. 2014;19(1):125-31.
- Tsai K, Singh D, Pinkhasov A. Pudendal nerve entrapment leading to avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a case report. *Int J Eat Disord*. 2017;50(1):84-7.
- Dent E. Anorexia of aging and avoidant/restrictive food intake disorder. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(5):449-50.
- Nakai Y, Nin K, Noma S, et al. Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eat Behav*. 2017;24(Suppl C):49-53.
- Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a proposed diagnosis in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2013;52(2 Suppl 1):S9.
- Pinhas L, Nicholls D, Crosby RD, et al. Classification of childhood onset eating disorders: a latent class analysis. *Int J Eat Disord*. 2017;50(6):657-64.
- Norris ML, Harrison ME, Isserlin L, et al. Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: a systematic review. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):216-37.
- Toufexis MD, Hommer R, Gerardi DM, et al. Disordered eating and food restrictions in children with PANDAS/PANS. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(1):48-56.
- Puxley F, Midtsund M, Iosif A, et al. PANDAS anorexia nervosa - endangered, extinct or nonexistent? *Int J Eat Disord*. 2008;41(1):15-21.
- Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2017;51(2):170-3.
- Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder screen (NIAS): a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*. 2018;123:32-42.
- Ornstein RM, Essayli JH, Nicely TA, et al. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2017;50(9):1067-74.
- Peebles R, Lesser A, Park CC, et al. Outcomes of an inpatient medical nutritional rehabilitation protocol in children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2017;5(1):7.

SUMMARY

ARFID: food restriction without fear of weight gain

Avoidant/restrictive food avoidance disorder, or ARFID, is characterized by restrictive eating or avoidance of food in the absence of the cognitive restraint and weight phobia

typically seen in anorexia nervosa. It is often based on a general disinterest in eating, selective eating due to sensory preferences, and/or fear of adverse consequences such as choking, although the diagnostic criteria allow for a number of other clinical presentations. Patients with ARFID tend to be younger, more often male, and have a longer duration of

illness compared to patients with other eating disorders. Delimitation from other disorders affecting food intake can sometimes be problematic. Established specialized treatment models for restrictive eating disorders such as anorexia nervosa appears to be potentially effective in ARFID as well, but prospective treatment studies are much needed.