رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۶، شماره پیاپی ۷۵، شهریور ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(6), 2022

نشانگان اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در کودکان؛ عوامل زمینه‌ساز، پیامدها و درمان

The Symptoms of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children; Underlying factors, outcomes and treatment

بهارک دل آور (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر زینب خانجانی
استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر مجید محمود علیلو
استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
دکتر تورج هاشمی
استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

اختلال اجتناب/ محدودیت غذا به عنوان یک اختلال تغذیه و خوردن جدید در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی، معرفی شده و یک طبقه تشخیصی نسبتا جدیدی از اختلالات تغذیه و خوردن می‌باشد. افراد دارای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا به دلایل مختلف و نه به دلیل تمایل به کاهش وزن یا به دلیل اختلال در تصویر بدنی، از غذا اجتناب می‌کنند یا به آن بی‌علاقه هستند. بروز چنین اختلالی در کودکان به دلیل قرار گرفتن آنها در دوره رشدی می‌تواند منجر به عوارض جبران ناپذیری پزشکی و اختلا عملکردی_ اجتماعی شود. از آنجایی که از زمان تعریف این اختلال، پژوهش‌های اندکی در مورد شیوع، تشخیص، درمان و پیامدهای گوناگون این اختلال در کودکان وجود دارد، بنابراین هدف از این مقاله توصیف و روشن کردن معیارهای تشخیصی، تظاهرات بالینی، شیوع، سبب‌شناسی، پیامدها، پیشگیری و درمان اختلال اجتناب/محدودیت غذا در کودکان است. تا زمینه نظری جهت پژوهش‌های بیشتر، آگاهی برای والدین و حمایت و دانش لازم جهت تشخیص و درمان بهتر توسط درمانگران فراهم شود.

واژه‌های کلیدی: *اختلال اجتناب/ محدودیت غذا، کودکان*

Baharak Delavar*
Ph.D Student of psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
baharakdelavar96@gmail.com
Dr. Zeynab Khanjaani
Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Dr. Majhed Mahmoud- Aliloo
Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
Dr. Touraj Hashemi
Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Abstract

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is introduced as new eating and eating disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), and is a relatively new diagnostic category of eating and eating disorders. People with ARFID avoid or are uninterested in food for various reasons, not because of a desire to lose weight or a body image disorder. The occurrence of such a disorder in children due to their developmental period can lead to irreversible medical complications and functional-social disorders. Since the definition of this disorder, studies on the prevalence, diagnosis, treatment, and outcome in the pediatric population have been very limited, so the purpose of this article is to describe and clarify the diagnostic criteria, clinical manifestations, prevalence, etiology, consequences, prevention, and treatment of ARFID restriction in children. It is hoped that the theoretical basis for further research, parental awareness, and support and knowledge for better diagnosis and treatment by therapists will be provided.

Keywords: *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), Children*

نوع مقاله : مروری سیستماتیک **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۱** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

مقدمه

دوران کودکی یک دوره رشدی است که بنیاد تمامی مهارت‌هایی که فرد در طول دوران زندگی بدان نیاز دارد، کسب می‌شود و کودک علاوه بر کسب مهارت‌ها و رفتارها، با محیط زندگی خود نیز انطباق پیدا می‌کند (ارکان و سوپ[1]، ۲۰۱۸). گاهی ممکن است کودکان در حین فرایند انطباقی و کسب مهارت با مشکلاتی مواجه شوند و اگر قادر به حل آن‌ها نباشند، می‌تواند منجر به بروز رفتارهای ناسازگارانه شود (کاگداش و سسر[2]، ۲۰۰۶). تغذیه و غذا خوردن نیز یک مهارت است و می‌تواند برای کودکان مشکل‌ساز شود (دتورو[3] و همکاران، ۲۰۲۱)، چراکه تغذیه فرآیند پیچیده‌ای است که نیاز به تعامل هماهنگ بین سیستم‌های مختلف بدن را دارد و این هماهنگی مستلزم مهارت‌های اکتسابی متناسب با مرحله رشد کودک است که در چارچوب دوتایی مراقب_کودک رخ می‌دهد، بنابراین اختلالات خوردن ممکن است تظاهر تغییر در هر حوزه‌ای باشد (بریانت_واوگ[4] و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات تغذیه‌ای در کودکان طیفی است که از یک رفتار غذایی عادی که از دید والدین به عنوان یک مشکل تلقی می‌شود، از طرد یا اجتناب در تغذیه بدون علت ظاهری عبور می‌کند و می‌تواند به اختلالات غذایی برسد (کرزنر[5]و همکاران، ۲۰۱۵؛ بورن[6]و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از مشکلات تغذیه‌ای که ممکن است کودکان با آن روبرو شوند، اختلال اجتناب/محدودیت غذا[7]می‌باشد (انجمن روانپزشکی امریکا[8]، ۲۰۱۳). اختلال اجتناب/محدودیت غذا برای اولین بار در سال ۲۰۱۳ توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان زیرگروهی از اختلالات خوردن مطرح شده است که دارای پیامدهای منفی در عملکرد جسمی، اجتماعی، عاطفی و یا شناختی کودک و پیامدهای افزایش استرس و اختلال در سلامت روان مراقبین است (سیلورام[9] و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال پیشینه غنی و اطلاعات کاملی در خصوص علل و عواملی ایجاد کننده اختلال، نشانه‌های آن و همچنین تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی آن بر کودکان وجود ندارد.

لذا با توجه به پیامدهای اختلال اجتناب/ محدودیت غذا، آثار مختل‌کننده آن در دوره‌های رشدی کودکان و خلاءهای پژوهشی موجود، در ادامه مقاله حاضر سعی شده است تا به توصیف نشانگان، عوامل سبب‌ساز، پیامدها و درمان اختلال اجتناب- محدودیت غذا در کودکان پرداخته شود.

نشانگان اختلال اجتناب/ محدودیت غذا

اختلال مصرف غذای محدود/اجتنابی به کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم به عنوان فرمول مجدد اختلال تغذیه تشخیصیDSM-IV در دوران نوزادی و اوایل کودکی اضافه شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال اجتناب/ محدودیت غذا یک بیماری جدی سلامت روان است که با اجتناب یا محدودیت در مصرف غذا مشخص می‌شود و به دلیل نگرانی‌های شکل یا وزن نیست (توماس[10] و همکاران، ۲۰۲۰). ویژگی بارز این اختلال اجتناب از غذا یا محدودیت است که با حساسیت به ویژگی‌های حسی غذا، ترس از عواقب ناخوشایند و منفی خوردن، یا عدم علاقه به خوردن یا غذا همراه است. مشخصات حساسیت حسی با اجتناب از غذا به دلیل خواص حسی غذا (مانند بافت، طعم) مشخص می‌شود. افرادی که از پیامدهای ناخوشایند ترس دارند، معمولاً به دنبال یک رویداد آسیب‌زا مرتبط با غذا خوردن (مانند خفگی، استفراغ و یا ناراحتی‌های گوارشی)، اجتناب یا محدودیت از غذا را نشان می‌دهند. در نهایت، کسانی که با مشخصات فقدان علاقه مراجعه می‌کنند، معمولاً کمبود گرسنگی یا سیری زودرس را تأیید می‌کنند، که باعث می‌شود آن‌ها خوردن یا مصرف حجم کم غذا را فراموش کنند. این تغییرات باید آنقدر قابل توجه باشد که باعث کاهش وزن قابل توجه یا عدم دستیابی به وزن مورد انتظار، کمبود تغذیه، وابستگی به تغذیه وریدی یا مکمل‌های غذایی خوراکی و تداخل با عملکرد روانی_اجتماعی شود. در برخی از کودکان اجتناب از غذا یا محدود کردن آن ممکن است به علت ویژگی‌های حسی نسبت به کیفیت غذاها باشد، مانند حساسیت زیاد نسبت به ظاهر، رنگ، بو، بافت، دما یا مزه غذا باشد که چنین رفتاری تحت عنوان خوردن محدود، خوردن گزینشی، یا امتناع مزمن

1 Erkan & Sop
2 Çağdaş & Seçer
3 De Toro
4 Bryant-Waugh
5 Kerzner
6 Bourne
7 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
8 APA
9 Silverman
10 Thomas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

از خوردن یا نو هراس غذا (امتناع یا هراس از خوردن غذاهای جدید) توصیف شده است. افراد مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا فقط در صورت عدم وجود نگرانی در مورد وزن یا شکل قابل تشخیص هستند. علاوه بر این، اختلال در تغذیه یا خوردن را نمی‌توان با کمبود غذای در دسترس یا با یک رویه فرهنگی تایید شده مرتبط، توضیح داد و منحصرا در طول دوره بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی رخ نمی‌دهد. همچنین نمی‌تواند به یک وضعیت پزشکی همزمان نسبت داده شود یا با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه شود. اگر اختلال خوردن در زمینه بیماری یا اختلال دیگری رخ دهد، شدت اختلال خوردن باید بیشتر از آن چیزی باشد که معمولاً با این وضعیت یا اختلال همراه است و نیاز به توجه بالینی بیشتری دارد (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا ممکن است علائم فیزیکی مشابهی با افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی داشته باشند، اما اختلال اجتناب- محدودیت غذا با محدودیت قابل توجه در دریافت غذا نیز (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، مانند ظاهر لاغر، توقف رشد و پیشرفت بلوغ، انگیزه‌های پشت اختلالات متفاوت است (مامل و اورنستین[1]، ۲۰۱۷). در مقایسه با بی‌اشتهایی عصبی، بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا فاقد نگرانی‌های مربوط به شکل، تصویر ذهنی بدن و تمایل به لاغری هستند (اسچمیدت[2]و همکاران، ۲۰۱۸)، در عوض، آن‌ها اغلب دارای طیف محدودی از غذاهای پذیرفته شده بر اساس طعم، بافت، رنگ، ظاهر یا بو، ترس از بلع، خفگی یا استفراغ و یا عدم علاقه به غذا یا انزجار هستند (مامل و اورنشتاین، ۲۰۱۷؛ نوریس[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ ریلی[4] و همکاران، ۲۰۱۹؛ زیکگراف[5] و همکاران، ۲۰۱۹).

تظاهرات بالینی

تظاهرات بالینی ممکن است بسته به عوامل خطر فردی مانند خلق و خو، محیط و استعداد ژنتیکی متفاوت باشد (آویرام[6]و همکاران، ۲۰۱۵). اجتناب به دلیل ترس از عواقب ناخوشایند می‌تواند در هر سنی ایجاد شود، در حالی که اجتناب به دلیل عدم علاقه به غذا یا ویژگی‌های حسی غذا معمولاً در اوایل کودکی ایجاد می‌شود و به طور کلی تا بزرگسالی پایدار است (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳). اختلال اجتناب/خوردن غذا در کودکان بیشتر از بزرگسالان رخ می‌دهد و اغلب یک تاخیر طولانی بین شروع و تظاهرات بالینی وجود دارد (میکالی[7]و همکاران، ۲۰۱۱). از نظر بالینی، افراد مبتلا به اختلال اجتناب/خوردن غذا با ترس از عواقب ناخوشایند در ابتدا شروع به محدود کردن مصرف غذا می‌کنند، زیرا معتقدند که برخی از غذاها باعث می‌شوند که برای آن‌ها درد یا ناراحتی ایجاد شود، اما بعدها به جای رفع درد، محدودیت و کاهش وزن ناشی از آن صرفا مشکلات حرکتی معده را تشدید می‌کند و غذا خوردن منظم را چالش برانگیزتر می‌کند (توماس و همکاران، ۲۰۱۷). مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که اختلال اجتناب- محدودیت غذا اغلب در زمینه مشکلات پزشکی دوران کودکی ایجاد می‌شود که منجر به اختلال عملکرد یا درد دستگاه گوارش شده است (چاندران[8] و همکاران، ۲۰۱۵؛ تیساری[9] و همکاران، ۲۰۱۷). در بسیاری از موارد علائم فیزیکی مانند وزن کم و رشد آهسته قبل از عادات غذایی نامناسب، قابل مشاهده است، به همین دلیل مراقبان کودکان دارای علائم اختلال اجتناب/خوردن غذا اغلب در ابتدا به خدمات عمومی اطفال، غدد درون‌ریز یا دستگاه گوارش مراجعه می‌کنند (کنی[10]و همکاران، ۲۰۱۸؛ ایدی[11] و همکاران، ۲۰۱۵). نوزادان مبتلا به این اختلال ممکن است به دلیل عدم توانایی در غذا خوردن دچار بی‌حالی، پریشانی شوند و یا بیش از حد آشفته باشند، به طوریکه زمان غذا خوردن به زمان ناخوشایندی هم برای کودک و هم برای مراقبان او تبدیل می‌شود (کوگلان و اوتاسویی[12]، ۲۰۱۹). همچنین علائم فیزیکی از جمله عدم رشد، رفلاکس معده به مری، یبوست، حالت تهوع، سیری زودرس، درد شکم و تاخیر رشد از تظاهرات بالینی رایج اختلال اجتناب/خوردن غذا هستند (ایدی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کنی و همکاران، ۲۰۱۸)، حتی ممکن است کودک به دلیل اثرات گرسنگی و تغذیه ناکافی، احساس سرما یا

1 Mammel & Ornstein
2 Schmidt
3 Norris
4 Reilly
5 Zickgraf
6 Aviram
7 Micali
8 Chandran
9 Tsai
10 Cooney
11 Eddy
12 Coglan & Otasowie

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

تحریک پذیری کند، تمرکز ضعیف یا خستگی را تجربه کند، این تظاهرات بالینی ممکن است در خانه و مدرسه مشهود باشند و بر روابط بین فردی و مشارکت تحصیلی تأثیر بگذارند. کودکان ممکن است از خوردن ناهار در مدرسه خودداری کنند زیرا از نگرش انتخابی یا محدودکننده خود نسبت به وعده‌های غذایی خجالت می‌کشند و یا کودکان بزرگ‌تر ممکن است با مشکلات عاطفی عمومی‌تری مواجه شوند درحالیکه معیارهای تشخیصی اضطراب یا افسردگی را برآورده نمی‌کنند (کوگلان و اوتاسویی، ۲۰۱۹).

شیوع و همه‌گیرشناسی

اختلال اجتناب/ محدودیت غذا یک اختلال بالینی رایج، با نرخ شیوع نقطه‌ای ۳.۲٪ در جمعیت عمومی کودکان است (فیلت[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ کورز[2] و همکاران، ۲۰۱۵). بیشتر گزارش‌های بروز در محیط‌های بالینی براساس موارد طبقه‌بندی شده به صورت گذشته‌نگر بوده است و در بین بیمارانی که به برنامه‌های اختلال غذا خوردن اطفال مراجعه می‌کنند از ۵٪ تا ۱۴٪ متغیر بوده است (نوریس و همکاران، ۲۰۱۶؛ فیشر[3] و همکاران، ۲۰۱۴). طی پژوهشی در بین کودکان مدرسه ابتدایی بروز ۳.۲٪ ویژگی‌های اختلال اجتناب/ محدودیت غذا گزارش شد (کورز و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش دیگر توسط کنی و همکاران (۲۰۱۸)، در بین بیمارانی که در ارزیابی اولیه با اختلال اجتناب/ محدودیت غذا تشخیص داده شده‌اند، میزان بروز ۸٪ نشان داده شد، همچنین شیوع اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در بین کودکان و نوجوانانی که برنامه‌های درمانی روزانه برای اختلالات خوردن در کلینیک‌های سرپایی گوارش اطفال آمریکای شمالی دریافت می‌کردند، از ۱.۵٪ تا ۲۳٪ متغیر بوده است (ایدی و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر اختلال اجتناب/محدودیت غذا در بین کودکان و پسران کوچک‌تر شیوع بیشتری دارد و اغلب با علائم فیزیکی و روانی همزمان و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است (کروم[4] و همکاران، ۲۰۱۹). این اختلال در گروه سنی جوان‌تر (۴ تا ۱۱ سال) و در مقایسه با بیماران مبتلا به سایر اختلالات خوردن مانند پرخوری عصبی و بی‌اشتهایی عصبی، شایع‌تر و مدت طولانی‌تری دارد (استراندجرد[5] و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال اجتناب- محدودیت غذا در مقایسه با سایر اختلالات خوردن معمولاً با علائم روان‌پزشکی و/یا پزشکی همراه تشخیص داده می‌شوند (نوریس و همکاران، ۲۰۱۶؛ توماس و همکاران، ۲۰۱۸). در این راستا فیشر و همکاران (۲۰۱۴)، طی پژوهشی گزارش کردند که اختلال اجتناب- محدودیت غذا شامل یک گروه بالینی ناهمگن است که تمام گروه‌های سنی از کودکان خردسال تا بزرگسالان را در برمی‌گیرد، در این مطالعه که شامل بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا ۱۰ تا ۱۸ ساله بود، ۳۰٪ مرد، ۵۵٪ شرایط پزشکی همراه و ۵۸٪ اختلالات اضطرابی داشتند و به طور قابل توجهی در مقایسه با کودکان مبتلا به سایر اختلالات خوردن شایع‌تر بود (فیشر و همکاران، ۲۰۱۴). از سوی دیگر نتایج پژوهش گلدنبرگ[6] و همکارانش (۲۰۲۰)، نشان داد که هفت نفر از ۱۹۰ بیمار (۳.۷٪) مراجعه کننده به کلینیک درمانی، در معرض خطر ابتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا شناسایی شدند و همه بیماران در معرض خطر اختلال اجتناب/ محدودیت غذا نسبت به بیمارانی که در معرض خطر این اختلال نبودند، به طور قابل توجهی شاخص توده بدنی پایین‌تری داشتند. با این حال مطالعات نسبتا کمی در توصیف ویژگی‌های بالینی اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در کودکان کمتر از ۱۰ سال منتشر شده است، درحالی که در مورد اختلالات تغذیه عمومی در بیماران جوان اطلاعات بیشتری وجود دارد (کروم و همکاران، ۲۰۱۹).

سبب‌شناسی

برای اختلال اجتناب/محدودیت غذا به سختی می‌توان به یک علت منحصر به فرد اشاره کرد، با این حال، مرور پیشینه پژوهشی مشخص می‌کند که الگوی در حال تحول اختلال اجتناب/محدودیت غذا و اختلال در غذا خوردن از یک تعامل پیچیده بین عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و محیطی ایجاد می‌شود (گوپتا[7]، ۲۰۲۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مدل‌های پیشنهادی در باب سبب‌شناسی بیان می‌کند که ناهنجاری‌های بیولوژیکی در ادراک حسی، اشتهای هموستاتیک و پاسخ‌دهی به ترس، زیربنای سه عامل رایج مشاهده شده در اجتناب یا محدودیت غذا هستند، یعنی اجتناب مبتنی بر حس، عدم علاقه به غذا یا خوردن و نگرانی در مورد پیامدهای بد و منفی غذا خوردن (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ توماس و همکاران، ۲۰۱۷).

1 Feillet
2 Kurz
3 Fisher
4 Krom
5 Strandjord
6 Goldberg
7 Gupta

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

نویسندگان این مدل از طریق پیشنهاد مدل ابعادی تاکید می‌کنند که اگر چه قدرت این عوامل محرک ممکن است در شدت متفاوت باشد، اما آن‌ها متقابلاً منحصر به فرد نیستند، که توسط دیگران نیز مشاهده شده است (برایانت_ واو[1]، ۲۰۱۹؛ ریلی[2] و همکاران، ۲۰۱۹؛ زیکگراف و همکاران، ۲۰۱۹). اختلالات عصبی رشدی مانند اختلال کم توجهی/بیش‌فعالی، اختلال طیف اوتیسم و ناتوانی ذهنی می‌توانند به عنوان عوامل مستعدکننده باشند (برایانت واو و همکاران، ۲۰۱۰)، به طوریکه حواس‌پرتی، عدم علاقه به خوردن و سطح بالای برانگیختگی کودکان دارای کم‌توجهی/ بیش‌فعالی در زمان صرف غذا می‌تواند بر رفتار خوردن تأثیر بگذارد (کوگلان و اوتاسویی، ۲۰۱۹)، در مورد اختلال طیف اوتیسم، حساسیت‌های حسی کودکان ممکن است بر توانایی آن‌ها برای خوردن غذاهای خاص تأثیر بگذارد، زیرا ظاهر، بافت یا بوی آن را ناخوشایند می‌دانند و ممکن است به این معنی باشد که خود را محدود به خوردن یک برند خاص از غذا می‌کنند (کوگلان و اوتاسویی، ۲۰۱۹). در این راستا یک مفهوم‌سازی جایگزین از علت‌شناسی در اختلال اجتناب/محدودکننده غذا پیشنهاد می‌کند که انعطاف ناپذیری شناختی و رفتاری و یا ناهنجاری‌های عصبی زیستی در پردازش حسی که معمولاً در اختلالات اوتیسم و اضطراب دیده می‌شود، می‌تواند رفتارهای غذایی محدود کننده، مجموعه غذایی محدود و یا عدم انعطاف مربوط به رفتار خوردن را ترغیب کند (زیکگراف و همکاران، ۲۰۲۰). ماریس و نیکولز[3] (۲۰۱۴)، به این نتیجه رسیدند که برخی از ویژگی‌های اختلال اجتناب/ محدودیت غذا شباهت زیادی به اختلالات اضطرابی دارند (مانند فوبیای خفگی/استفراغ) و احتمالاً علت‌شناسی مشابه‌ای داشته باشند. طی پژوهشی مشخص شد که انزجار، از طریق میانجی‌گری ارتباط بین اضطراب و اختلال اجتناب/محدودیت غذا، نقش محوری در علت‌شناسی دارد (هریس[4] و همکاران، ۲۰۱۹). در راستای عوامل دیگر پژوهش نیکلی[5] و همکاران (۲۰۱۴)، نشان دادن که بخش بزرگی از کودکانی که مشکلات خوردن دارند، یک بیماری اولیه پزشکی مرتبط دارند، که معمولاً یک اختلال گوارشی و عصبی، و همچنین آلرژی غذایی است. همچنین در برخی از کودکان میتلا به اختلالات خوردن نیز شکست در زمینه سوء استفاده، غفلت یا اختلالات دلبستگی رخ داده است که می‌توانند به عنوان عوامل مستعدکننده موثر باشند (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳). کوگلان و اوتاسویی (۲۰۱۹)، طی پژوهشی مشخص کردند که عواملی مانند تجربه یا مشاهده یک دوره آسیب‌زا از ناراحتی شکمی، استفراغ، خفگی یا بند آوردن یک ماده غذایی خاص می‌توانند به عنوان عوامل تشدید کننده اختلال اجتناب/محدودیت غذا باشند به طوریکه کودک با تجربه این موارد از خوردن غذای مشابه ترسیده و از مصرف آن‌ها کاملاً اجتناب می‌کنند. همچنین عواملی مانند ناامیدی والدین و تغذیه کودک با غذاهای مورد علاقه خود (یا اجتناب از ارائه غذاهای جدید) در پاسخ به امتناع کودک باعث حفظ اختلال اجتناب/محدودیت غذا و کمک به مشکلات تغذیه می‌شود (میچل[6] و همکاران، ۲۰۱۳).

پیامدها

الگوی اختلال خوردن در بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا با دریافت ناکافی از نظر نیازهای کلی انرژی و یا نیازهای تغذیه‌ای آن‌ها همراه است که منجر به عوارض جانبی حاد و مزمن می‌شود (سیثارامان و فیلدز[7]، ۲۰۲۰). مشکلات تغذیه ناشی از این اختلال می‌تواند منجر به تغذیه نامناسب و درنتیجه سوءتغذیه، تزلزل در رشد و کمبودهای تغذیه‌ای شود (کرزنر، ۲۰۰۹؛ سیلورمن[8]، ۲۰۱۰). سوء تغذیه ناشی از این اختلال نیز موجب تاخیر در بلوغ، تاخیر در رشد، کاهش تراکم استخوان، علائم مربوط به کمبود درشت مغذی‌ها (به عنوان مثال، سوء تغذیه با کالری پروتئین)، و ریزمغذی‌ها (به عنوان مثال، کم خونی فقر آهن، کمبود ویتامین دی) مانند کم خونی فقر آهن و درنتیجه بی‌حالی می‌شود (کاتزمن[9] و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماران در معرض خطر آمنوره، برادی کاردی (ناکای[10] و همکاران، ۲۰۱۷)، فاصله QT طولانی در نوار قلب و ناهنجاری‌های الکترولیتی مانند هیپوکالمی هستند (ترانجورد[11] و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که در اختلال اجتناب/خوردن غذا و سایر اختلالات غذایی محدود کننده، کمبودهای تغذیه‌ای خاص، مانند کمبود ویتامین C، B1، B6، B9، B12، D یا کمبود کالری پروتئین و استفراغ‌های مکرر می‌تواند باعث التهاب، آتروفی

1 Bryant-Waugh
2 Reilly
3 Mairs &Nicholls
4 Harris
5 Nicely
6 Mitchell
7 Seetharaman & Fields
8 Silverman
9 Katzman
10 Nakai
11 trandjord

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

سیستم گوارش و اختلال عملکرد سیستم ایمنی شود که به نوبه خود منجر به عوارض پزشکی در سیستم گوارشی می‌شوند (بنزک[1] و همکاران، ۲۰۲۰؛ برن و او برین[2]، ۲۰۱۳؛ برن و همکاران، ۲۰۱۶، للی[3]و همکاران، ۲۰۱۴؛ تومیتا[4] و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، این احتمال وجود دارد که این اختلال با بیماری‌های گوارشی اشتباه گرفته شود و درنتیجه نادیده گرفتن تشخیص اختلال اجتناب/خوردن غذا، پیامدهای بالینی خاص آن آثار مخرب روان‌شناختی و فیزیکی بر کودکان می‌گذارد (برن و او برین، ۲۰۱۳). در موارد شدیدتر بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا وابستگی قابل توجهی به تغذیه روده‌ای (تغذیه وریدی) و یا مکمل‌های غذایی خوراکی دارند که می‌توانند به اندازه بیماران مبتلا به سایر اختلالات خوردن بیمار از نظر تغذیه در معرض خطر باشند (فلت و همکاران، ۲۰۱۹؛ نوریس و همکاران، ۲۰۱۴). تغذیه وریدی می‌تواند منجر به از دست دادن اشتها، بیزاری از غذا، تأخیر انتقال به تغذیه خوراکی شود (کروم و همکاران، ۲۰۱۸؛ ویلکن[5]و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین مراجعه به بیمارستان، تعویض لوله‌های تغذیه، تغذیه‌درمانی، استرس در طول وعده‌های غذایی و مشکلات مربوط به تعامل والدین_کودک بر زندگی این کودکان تأثیر منفی می‌گذارد (کروم و همکاران، ۲۰۱۹). به طوریکه این مشکلات تغذیه و عوارض ناشی از آن می‌تواند بر رشد و تکامل کودک، فرصت‌های اجتماعی شدن، مشارکت اجتماعی و در مجموع بر عملکرد روانی_اجتماعی کودکان و خانواده آن‌ها تأثیر بگذارد و اغلب منجر به افزایش استرس مراقبین می‌شود (گونزالز[6]و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین اختلال اجتناب/ محدودیت غذا مستقیماً با انواع پیامدهای سلامتی کوتاه مدت و بلندمدت از جمله عقب ماندگی رشد، سوء تغذیه، نقایص رشدی و روانی، پیشرفت تحصیلی ضعیف، مشکلات اجتماعی، اقدامات پزشکی تهاجمی (مانند قرار دادن لوله تغذیه) یا حتی مرگ مرتبط است (کداک و پیازا[7]، ۲۰۰۸؛ شارپ[8] و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال اجتناب- محدودیت غذا در دوران کودکی به عنوان یک عامل خطر برای علائم روان‌پزشکی آینده نیز شناخته شده است (زوکر[9] و همکاران، ۲۰۱۵).

پیشگیری

بسیاری از والدین در مورد تغذیه و غذا خوردن نوزاد و کودک، به خصوص در کم خوری، نگرانی‌هایی دارند. به طور خاص، بسیاری از والدین نگران این هستند که فرزندشان به اندازه کافی غذا نمی‌خورد، که اغلب حتی زمانی که کودک به طور قابل پیش‌بینی رشد می‌کند و وزن کمی ندارد منجر به فشار آوردن یا رشوه دادن به کودک برای غذا خوردن می‌شود (براون[10] و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعات در حوزه تغذیه مشخص کرد که فشار والدین برای غذا خوردن واقعاً تأثیر منفی بر دریافت غذا دارد و با سطوح بالاتر تند غذا خوردن و کاهش وزن در دوران کودکی، مرتبط است (فیلت و همکاران، ۲۰۱۹؛ ونتورا و بیرچ[11]، ۲۰۰۸) و می‌تواند هم به تفکیک نشانه‌های غذا خوردن و گرسنگی/سیری و هم به عادات غذایی غیرعادی به دلایل بیرونی مانند هیجانات کمک کند (وان‌استرین و بازلیر[12]، ۲۰۰۷؛ کارپر[13] و همکاران، ۲۰۱۶). طی پژوهشی مشخص شد که فشار والدین برای غذا خوردن اما نه بد غذا خوردن در دوران کودکی با رفتارهای غذایی مختل بیشتر در بزرگسالی مرتبط است (الیس[14] و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین که فشار والدین ممکن است در رشد طبیعی غذا خوردن اختلال ایجاد کند (زیمرمان[15] و فیشر، ۲۰۱۷). در چنین مواردی متخصصان اطفال باید از نگرانی بالای والدین در مورد مصرف غذای کودک آگاه باشند و والدین را آگاه سازند که فشاری که ایجاد می‌کنند اغلب بیشتر به اضطراب آن‌ها مربوط می‌شود تا خطر تغذیه‌ای برای فرزندانشان (زیمرمان و فیشر، ۲۰۱۷). بنابراین در چنین مواردی مشاوره والدین در مورد اثرات مضر فشار تغذیه و تأیید مصرف رژیم غذایی متعادل توسط فرزندانشان باید بخشی از اقدامات معمول بالینی کودکان باشد (فیلت و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر متخصصان اطفال

1 Benezech
2 Bern & O'Brien
3 Lelli
4 Tomita
5 Wilken
6 González
7 Kodak & Piazza
8 Sharp
9 Zucker
10 Brown
11 Ventura & Birch
12 Van Strien & Bazelier
13 Carper
14 Ellis
15 Zimmerman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

می‌توانند خانواده‌ها را در ایجاد شیوه‌های تغذیه مناسب برای نوزادان و کودکان راهنمایی کنند، که کودک را قادر می سازد تا رابطه سالم با غذا و شایستگی در خوردن داشته باشد و به طور قابل پیش‌بینی رشد کند (زیمرمان و فیشر، ۲۰۱۷). مدل دینامیک تغذیه ساتر، شامل تقسیم مسئولیت در تغذیه، به عنوان یک استاندارد طلایی برای تغذیه کودک توسط آکادمی اطفال آمریکا، آکادمی تغذیه و رژیم غذایی و وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا (USDA) پذیرفته شده است (ساتر[1]، ۲۰۰۳). تقسیم مسئولیت در تغذیه شامل انتساب نقش‌های مختلف به والدین و کودک است اینکه والدین مسئول چه، زمان و مکان تغذیه هستند. کودک مسئول این است که چقدر بخورد و اصلا بخورد یا نه. نقش والدین شامل تهیه و ارائه وعده‌های غذایی و میان‌وعده‌ها در زمان‌های ثابت، خوشایند کردن وعده‌های غذایی، الگوبرداری از رفتار مناسب در زمان صرف غذا و فشار نیاوردن به کودکان برای خوردن است. والدین نباید هر زمان که کودک درخواست می‌کند "دستورالعمل" غذا بدهند، بلکه باید زمان‌های تعیین شده کلی برای وعده‌های غذایی و میان وعده را رعایت کنند. پیروی از دستورالعمل‌های مناسب برای تغذیه کودک به کودکان کمک می‌کند تا یاد بگیرند غذاهایی را که والدین می‌خورند بخورند، نشانه‌های تنظیم داخلی غذا را ایجاد کنند و با غذا خوردن راحت باشند. این امر پیشگیری از اختلال اجتناب/محدودیت غذا را تضمین نمی‌کند، اما شانس داشتن رفتار غذا خوردن موفق و شایسته به کودک می‌دهد (ساتر، ۲۰۰۳؛ زیمرمان و فیشر، ۲۰۱۷).

مدیریت

مدیریت اختلال اجتناب/محدودیت غذا بسیار پیچیده است و ارائه مراقبت‌های درمانی جامع برای کودکان مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا مانند بسیاری از اختلالات خوردن دیگر براساس یک رویکرد یکپارچه شامل مراقبت‌های پرستاری، روان‌پزشکی و پزشکی است، تظاهرات و نظارت منظم بر این بیماران بسیار مهم است، بنابراین مدیریت اختلال اجتناب/محدودیت غذا به یک تیم تخصصی و چند رشته‌ای اختلال خوردن با درک مشترک از ارجاع برای جلوگیری از عوارض و تأثیری که این اختلال بر بدن می‌گذارد، نیاز دارد (گوبتا، ۲۰۲۱).

درمان دارویی

دارودرمانی به‌عنوان یک درمان کمکی و نه یک درمان مستقل، می‌تواند در درمان اختلال اجتناب/محدودیت غذا کودکان موثر باشد. استفاده از طیف وسیعی از داروها با اثرات مثبت در بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا یا با تظاهرات مشابه گزارش شده است، که از جمله اولانزاپین، سیپروهپتادین (اسپتیگو[2] و همکاران، ۲۰۱۸)، دی‌سیکلوسرین (شارپ[3] و همکاران، ۲۰۱۷)، ریسپریدون (پنل[4] و همکاران، ۲۰۱۶)، آریپیپرازول (سیوری[5] و همکاران، ۲۰۱۸)، فلوکستین، فلووکسامین (اسپتیگو و همکاران، ۲۰۱۸) و میرتازیپین (گرای[6] و همکاران، ۲۰۱۸) می‌باشند. برورتون[7] و همکاران (۲۰۱۷)، نشان دادند زمانی که دوز کم اولانزاپین یک داروی ضد روان پریشی و یک مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین، مانند فلوکستین به عنوان مکمل سایر روش‌های درمانی استفاده شود، غذا خوردن، افزایش وزن و کاهش علائم اضطراب و افسردگی را تسهیل می‌کند. همچنین گزارش‌های موردی استفاده از میرتازاپین (توماس و همکاران، ۲۰۱۷) یا لورازپام (کارداس[8] و همکاران، ۲۰۱۴) را برای کاهش اضطراب مرتبط با غذا خوردن و داروی اولانزاپین (برورتون و همکاران، ۲۰۱۷) نیز برای کاهش عدم انعطاف شناختی در باورها در مورد غذا و افزایش وزن موثر دانستند. طی یک بررسی دیگر در مورد دارودرمانی به عنوان مکمل درمانی بیمارستانی برای تسهیل مصرف وعده غذایی و یا افزایش وزن در کودکان کم وزن، مشخص شد که پس از تجویز میرتازاپین (در مقایسه با قبل) میزان وزن کودکان به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (گرای و همکاران، ۲۰۱۸). در مود بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا، که پس از یک رویداد خفگی امتناع از خوردن و یا نوشیدن مایعات رخ داده است، SSRIها می‌توانند مفید باشد (هوسوگلو و آکسا[9]، ۲۰۱۸؛ کلیک[10] و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر استفاده از داروهای محرک اشتها مانند سیپروهپتادین با مقدار محدود می‌تواند در کودکان مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا مفید باشد، اما مکانیسم اثر آن‌ها به خوبی شناخته شده نیست

1 Satter
2 Spettigue
3 Sharp
4 Pennell
5 Sivri
6 Gray
7 Brewerton
8 Kardas
9 Hosoğlu
10 Celik

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

(هریسون و همکاران، ۲۰۱۹). مکمل‌های ویتامین B12، آهن، روی، کلسیم، ویتامین D یا مولتی ویتامین به میزان کم مصرف و در موارد کمبود به ویژه در دوره بهبود تغذیه به دلیل افزایش نیاز توصیه می‌شود (هریسون[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ دتورو[2] و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان غیردارویی

از آنجایی که اختلال اجتناب/محدودیت غذا بسیار جدید است، در حال حاضر درمان روان‌شناختی مبتنی بر شواهد محدودی برای این اختلال وجود دارد (توماس و همکاران، ۲۰۱۸) و رویکردهای درمانی مستند شده در مطالعات عمدتاً شامل رویکرد شناختی‌ـرفتاری (مورفی و زلومک[3]، ۲۰۱۶)، رویکردهای مبتنی بر خانواده (بلوفیلد[4]و همکاران، ۲۰۱۹؛ بروان[5] و همکاران، ۲۰۲۰؛ شیمشونی[6]و همکاران، ۲۰۲۰) و مدیریت والدین (داهلسگارد و بودیه[7]، ۲۰۱۹) هستند. درواقع درمان مبتنی بر خانواده و درمان شناختی‌ـرفتاری برای کودکان به عنوان درمان‌های امیدوارکننده شناسایی شده‌اند (کوتوریر[8] و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان مبتنی بر خانواده: چنین درمانی در جهت توانمندسازی اعضای خانواده برای حمایت از بهبودی بیمار در محیط خانه با ارائه آموزش به والدین و خواهران و برادران در رفع سرزنش، گناه و اضطراب از خانواده و بیمار، آگاهی در مورد جدی بودن بیماری و تشویق والدین به اجرای استراتژی‌های تغذیه مجدد طراحی شده است (لاک و گرانگ[9]، ۲۰۱۵). در این درمان وظیفه تغذیه را والدین بر عهده دارند، اما از والدین خواسته می‌شود که نه تنها در حجم رژیم غذایی، بلکه در تنوع رژیم غذایی نیز از فرزندان خود حمایت کنند (ساد‌ـشارویت[10] و همکاران، ۲۰۱۸). در این راستا گزارش موردی مورفی و زلومک (۲۰۱۶)، نشان داد استفاده از مداخله آموزش رفتاری والدین که شامل تقویت افتراقی، قرار گرفتن تدریجی در معرض غذاهای جدید و مدیریت احتمالی است منجر به پذیرش ۳۰ غذای جدید در یک کودک شش ساله با تنوع غذایی محدود، می‌شود. همچنین طی پژوهش دیگر روی کودکان ۵ تا ۱۲ ساله امکان درمان مبتنی بر خانواده سرپایی در مقایسه با مراقبت‌های معمول برجسته شد (لاک و همکاران، ۲۰۱۹).

درمان شناختی‌ـرفتاری: پژوهش‌های مختلفی به نقش درمان شناختی‌ـرفتاری در بهبود کودکان مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا اشاره می‌کنند (آلوی[11]و همکاران، ۲۰۱۸؛ توماس و همکاران، ۲۰۱۷؛ فیچر[12]و همکاران، ۲۰۱۵). عناصر مداخلات شناختی‌ـرفتاری برای اختلال اجتناب/محدودیت غذا شامل غذا خوردن منظم (توماس و همکران، ۲۰۱۷؛ استین و واد، ۲۰۱۸)، خود نظارتی بر مصرف غذا (استین و واد[13]، ۲۰۱۸)، قرار گرفتن در معرض و پیشگیری از پاسخ (توماس و همکاران، ۲۰۱۷؛ مورفی و زلومک، ۲۰۱۶)، آموزش تمدد اعصاب (مورفی و زلومک، ۲۰۱۶) و آزمایش‌های رفتاری (استین و واد، ۲۰۱۸) است. طی پژوهشی توسط دومونت[14] و همکاران (۲۰۱۹)، روی یازده مورد از کودک و نوجوان ۱۰ تا ۱۸ ساله مشخص شد که درمان فشرده شناختی‌ـرفتاری به صورت روزانه در بیمارستان منجر به کاهش قابل توجه علائم اختلال اجتناب/محدودیت غذا می‌شود (دومونت و همکاران، ۲۰۱۹).

سایر رویکردهای درمانی روان‌شناختی که در مطالعات به آن‌ها اشاره شده است شامل درمان مواجهه مبتنی بر پذیرش برای کودکان (زوکر[15] و همکاران، ۲۰۱۹) و حساسیت‌زدایی منظم حرکت چشم و پردازش مجدد (دروس و دجانگ[16]، ۲۰۰۸) می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

1 Harrison
2 De Toro
3 Murphy & Zlomke
4 Bloomfield
5 Brown
6 Shimshoni
7 Dahlsgaard & Bodie
8 Couturier
9 Lock & Grange
10 Sadeh-Sharvit
11 Aloi
12 Fischer
13 Steen & Wade
14 Dumont
15 Zucker
16 De Roos & de Jongh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

اختلال اجتناب/ محدودیت غذا (ARFID) برای اولین بار در سال ۲۰۱۳ توسط انجمن روانپزشکی آمریکا به عنوان زیرگروهی از اختلالات خوردن مطرح شده است و نشانگان آن به شکل علاقه محدود به غذا یا خوردن، اجتناب غذایی بر اساس ویژگی های حسی غذا (حساسیت افراطی به ادراک شکل، بو یا مزه غذا) و استرس قابل توجهی که ناشی از عواقب ناخوشایند و احتمالی خوردن غذا است. اگرچه برخی از محققان این سه معیار تشخیصی را به عنوان سه زیر گروهی از اختلال اجتناب/محدودیت غذا تفسیر می‌کنند، اما پژوهش‌های محدود صورت گرفته، این نوع از نگاه تفسیری را تایید نمی‌کنند. این طبقه تشخیصی جدید، بر اساس ملاک‌های تشخیص گذاری واضح و دقیقی از سایر اختلالات خوردن مانند اختلال انورکسیا، اختلال بولیمیا، عوامل پزشکی همزمان یا سایر اختلالات روانی و یا رفتاری متمایز شده است. افراد با اختلال اجتناب/ محدودیت غذا نگرانی افراطی با وزن یا تصویر بدنی خود ندارند. در این گروه وزن ممکن است کم، نرمال یا زیاد باشد و این در حالی است که یک اختلال تغذیه‌ای قابل توجهی نیز وجود دارد، که اگر بیمار وزن طبیعی داشته باشد، مشکل او به درستی تشخیص داده نمی‌شود. مرور مطالعات نشان دادند که نرخ شیوع اختلال اجتناب/محدودیت غذا در بین کودکان و نوجوانان از ۱.۵٪ تا ۲۳٪ در میان درمان‌های روزانه اختلال خوردن و موقعیت‌های درمان بستری است و همچنین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اجتناب/محدودیت غذا بیشتر از بین پسران کوچکتر هستند و در مقایسه با بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مدت طولانی‌تری با بیماری خود درگیر هستند. بروز این اختلال در دوران کودکی و سنین پایین، آثار مخربی بر تغذیه، رابطه مادر و کودک، تنش‌های خانوادگی دارد و موجب بروز مشکلات عمده‌ای در رشد و نمو بدنی و روانی کودک می‌شود، چنین پیامدهایی اهمیت و ضرورت بررسی این اختلال را می‌رساند.

مطالعات در مورد اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در حال افزایش است و نیاز به توجه زیادی به برخی از شکاف‌های پژوهشی دارد. به طوریکه مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهند که اطلاعات کاملی در باب سبب‌شناسی این اختلال در دسترس نیست با این حال تعداد محدودی از مطالعات به تعاملی از عوامل بیولوژیکی، محیطی و روان‌شناختی در بروز این اختلال اشاره دارند. همچنین تعدادی دیگر با ارائه مدل‌های ابعادی پیشنهاد کردند که مکانیزم‌های عصبی_ بیولوژیکی و عصبی_ رفتاری ممکن است پایه‌ای برای شروع و تداوم نشانگان اختلال اجتناب/ محدودیت غذا باشند. در امر پیشگیری این اختلال آموزش والدین بسیار مهم است به طوریکه والدین از طریق آگاهی نسبت به عوامل موثر در بروز نشانگان اختلال و دریافت مشاوره و راهنمایی در جهت کنترل اضطراب و نگرانی‌های خود نسبت به تغذیه کودک، می‌تواند تا حدی در پیشگیری از بروز این اختلال نقش داشته باشند. پیشنهاد می‌شود غربالگری رژیم غذایی کوتاه مدت باید به عنوان بخشی از پیگیری اطفال انجام شود تا از پیامدهای تغذیه‌ای و روانی این اختلال تازه تعریف شده جلوگیری شود. در حوزه درمان اختلال اجتناب/ محدودیت غذا علاوه بر کامل نبودن اطلاعات، بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته به گزارشات موردی و بررسی‌های گذشته نگر محدود می‌شوند. در حال حاضر، توصیه‌های مربوط به درمان اساساً براساس پروتکل‌های درمانی موجود برای اختلالات خوردن، با یا بدون برخی اصلاحات است. مرور پژوهش‌های مختلف نشان دادند که درمان دارویی اختلال اجتناب/ محدودیت غذا هنوز داروی مورد تاییدی مطرح نشده است، اما بررسی‌های موردی نشان از ثمربخش بودن برخی داروها دارند. در حوزه درمان‌های روان‌شناختی، بیشتر مطالعات کاربرد رویکرد شناختی_رفتاری، رویکرد مبتنی بر خانواده و مدیریت والدین را برجسته می‌کنند. با این حال، شواهد استراتژی‌های درمانی کمیاب است و اطلاعات کمی در مورد اینکه چگونه بیماران مبتلا به اختلال اجتناب/ محدودیت غذا در طول عمر به بهترین شکل درمان می‌شوند، در دسترس است، بنابراین بررسی گزینه‌های درمانی جدید و مناسب برای رشد و ارزیابی اثربخشی این گزینه‌ها در سطوح مختلف مراقبت مورد نیاز است و برای اطمینان از هدایت مناسب این امر، کاوش و آزمایش بیشتر مدل‌های اتیولوژیک و طولی مورد نیاز است. در این راستا افزایش اطلاعات نظری در مورد اختلال اجتناب/ محدودیت غذا و بیماری‌های پزشکی و روانی همراه با آن و اینکه چگونه ممکن است بر درمان تاثیر بگذارد، می‌تواند مدیریت و درمان را تسهیل کند و به ما امکان می‌دهد مراحل مختلف شدت را بررسی کنیم. در جهت غربالگری، ارزیابی دقیق‌تر این اختلال و ارزیابی نتایج درمان باید معیارهای معتبر روان‌سنجی گسترش یابند. در نتیجه محدودیت‌های پژوهشی در مورد اختلال اجتناب/ محدودیت غذا، ضرورت مطالعات اپیدمیولوژیک طولی بیشتر، کاوش عوامل خطر و پاتوفیزیولوژی برای گسترش راهبردهای درمانی موثر را می‌رساند. همچنین مشاوره والدین در مورد اثرات مضر فشار تغذیه و بررسی میزان مصرف رژیم غذایی متعادل توسط فرزندانشان می‌تواند بخشی از اقدامات معمول بالینی کودکان باشد.

بنابراین باتوجه به شیوع و پیامدهای مخرب اختلال اجتناب/محدودیت غذا، امر پیشگیری و مدیریت و درمان اهمیت فراوانی می‌یابد. در دسترس نبودن پیشینه طولانی و غنی و اطلاعات کامل در خصوص علل و عوامل ایجاد کننده اختلال، نشانه‌ها و مدیریت و درمان آن به ویژه در کشور ایران نشان از وجود خلا پژوهشی دارد و گزارش تجربه بالینی برای تولید دانش بیشتر حیاتی است. در این پژوهش سعی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

گردید تا معیارهای تشخیصی، علت، مداخلات مدیریتی و درمانی هدفمند با رویکردهای مختلف روشن و توصیف شوند تا علاوه بر فرآهم کردن زمینه نظری برای بررسی و پژوهش‌های بیشتر، کمکی در جهت پیشگیری، ارزیابی، تشخیص و درمان سریع‌تر توسط درمانگران و افزایش آگاهی و حمایتی برای والدین باشد.

منابع

Aloi, M., Sinopoli, F., & Segura-Garcia, C. (2018). A case report of an adult male patient with avoidant/restrictive food intake disorder treated with CBT. *Psychiatria Danubina*, 30(3), 370—373. https://doi.org/10.24869/psyd.2018.370

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Aviram, I, Atzaba-Poria, N, Pike, A, et al. (2015) Mealtime dynamics in child feeding disorder: the role of child temperament, parental sense of competence, and paternal involvement. *Journal of Pediatric Psychology*, 40: 45–54. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu095

Benezech, S., Hartmann, C., Morfin, D., Bertrand, Y., & Domenech, C. (2020). Is it leukemia, doctor? No, it's scurvy induced by an ARFID!. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74, 1247–1249. https://doi.org/10.1038/s41430-020-0640-5

Bern, E. M., & O'Brien, R. F. (2013). Is it an eating disorder, gastrointestinal disorder, or both? *Current Opinion in Pediatrics*, 25, 463–470. doi: 10.1097/MOP.0b013e328362d1ad

Bern, E. M., Woods, E. R., & Rodriguez, L. (2016). Gastrointestinal manifestations of eating disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 63, e77–e85. doi: 10.1097/MPG.0000000000001394

Bloomfield, B. S., Fischer, A. J., Clark, R. R., & Dove, M. B. (2019). Treatment of food selectivity in a child with avoidant/restrictive food intake disorder through parent teleconsultation. *Behavior Analysis in Practice*, 12(1), 33—43. https://doi.org/10.1007/s40617-018-0251-y

Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J., & Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288, 112961. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112961

Brewerton, T. D., & D'Agostino, M. (2017). Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorders program. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(10), 920-922. https://doi.org/10.1089/cap.2017.0133

Brown, C. L., Pesch, M. H., Perrin, E. M., Appugliese, D. P., Miller, A. L., Rosenblum, K., & Lumeng, J. C. (2016). Maternal concern for child undereating. *Academic Pediatrics*, 16(8), 777-782. https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.06.004

Brown, M., & Hildebrandt, T. (2020). Parent-facilitated behavioral treatment for avoidant/restrictive food intake disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 231—251. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.05.002

Bryant-Waugh, R, Markham, L, Kriepe, RE, et al. (2010) Feeding and eating disorders in childhood. International Journal of Eating Disorders, 43: 98–111. https://doi.org/10.1002/eat.20795

Bryant-Waugh, R. (2019). Feeding and eating disorders in children. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 157—167. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005

Çağdaş, A., & Seçer, Z. (2006). Anne-baba eğitimi (2nd ed.). Ankara: Kök Publishing.

Carper, J. L., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35(2), 121-129. https://doi.org/10.1006/appe.2000.0343

Celik, G., Diler, R. S., Tahiroglu, A. Y., & Avci, A. (2007). Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in 2-year-old twins. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(2), 233-236. https://doi.org/10.1089/cap.2006.0057

Chandran, J. J., Anderson, G., Kennedy, A., Kohn, M., & Clarke, S. (2015). Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1176-1179. https://doi.org/10.1002/eat.22450

Coglan, L., & Otasowie, J. (2019). Avoidant/restrictive food intake disorder: what do we know so far?. *BJPsych advances*, 25(2), 90-98. https://doi.org/10.1192/bja.2018.48

Cooney, M., Lieberman, M., Guimond, T., & Katzman, D. K. (2018). 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*, 6(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s40337-018-0193-3

Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., McVey, G., Webb, C., Findlay, S., Bhatnagar, N., Snelgrove, N., Ritsma, A., Preskow, W., Miller, C., Coelho, J., Boachie, A., Steinegger, C., Loewen, R., Loewen, T., Waite, E., Ford, C., Bourret, K., Gusella, J., Geller, J., LaFrance, A., LeClerc, A., Scarborough, J., Grewal, S., Jericho, M., Dimitropoulos, G., & Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 4. https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8

Dahlsgaard KK, & Bodie J (2019). The (extremely) picky eaters clinic: A pilot trial of a seven-session group behavioral intervention for parents of children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(3);492–505. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.11.001

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

De Roos, C., & de Jongh, A. (2008). EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 201—211. doi.10.1891/1933-3196.2.3.201

De Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know. *Andes Pediatrica: Revista Chilena de Pediatria*, 92(2), 298-307. 10.32641/andespediatr.v92i2.2794

Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, & Mulkens S (2019). A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 447–458. https://doi.org/10.1002/eat.23053

Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., ... & Becker, A. E. (2015). Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 464-470. https://doi.org/10.1002/eat.22350

Ellis, J. M., Galloway, A. T., Webb, R. M., Martz, D. M., & Farrow, C. V. (2016). Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior. *Appetite*, 97, 58-63. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.020

Erkan, N. S., & Sop, A. (2018). Analyzing The Relationship Between Parenting Styles, Behavioural Problems And School Readiness Through The Mediating Role Of Self-Regulation. https://doi.org/10.15390/EB.2018.7474

Feillet, F., Bocquet, A., Briend, A., Chouraqui, J. P., Darmaun, D., Frelut, M. L., ... & Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2019). Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Archives de Pédiatrie*, 26(7), 437-441. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.005

Fischer, A. J., Luiselli, J. K., & Dove, M. B. (2015). Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 3(2), 154. https://doi.org/10.1037/cpp0000090

Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., … Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "new disorder" in DSM-5. *The Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49–52. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013

Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S. E., & Colborn, D. (2015). Family-based therapy for avoidant restrictive food intake disorder: families facing food neophobias. In Family therapy for adolescent eating and weight disorders (pp. 276-296). Routledge.

Goldberg, H. R., Katzman, D. K., Allen, L., Martin, S., Sheehan, C., Kaiserman, J., ... & Kives, S. (2020). The prevalence of children and adolescents at risk for avoidant restrictive food intake disorder in a pediatric and adolescent gynecology clinic. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(5), 466-469. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.06.004

González, M. L., Mulderink, T. D., & Girolami, P. A. (2018). Avoidant restrictive food intake disorder. In Principle-based stepped care and brief psychotherapy for integrated care settings (pp. 53-64). *Springer*, Cham.

Gray, E., Chen, T., Menzel, J., Schwartz, T., & Kaye, W. H. (2018). Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(4), 288-289. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.011

Gupta, R. (2021). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)–What is it and what to do with them. *Journal of Medical & Clinical Nursing*. SRC/JMCN-117. (2), 110, 3. doi.org/10.47363/JMCN/2021(2)110

Harris, A. A., Romer, A. L., Hanna, E. K., Keeling, L. A., LaBar, K. S., Sinnott-Armstrong, W., Strauman, T. J., Wagner, H. R., Marcus, M. D., & Zucker, N. L. (2019). The central role of disgust in disorders of food avoidance. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 543—553. https://doi.org/10.1002/eat.23047

Harrison, M. E., Norris, M. L., Robinson, A., Spettigue, W., Morrissey, M., & Isserlin, L. (2019). Use of cyproheptadine to stimulate appetite and body weight gain: A systematic review. *Appetite*, 137, 62-72. https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.012

Hoşoğlu, E., & Akça, Ö. F. (2018). Escitalopram in the treatment of a 3-year-old child with posttraumatic feeding disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(2), 153-154. https://doi.org/10.1089/cap.2017.0162

Kardas, M., Cermik, B.B., Ekmekci, S., Uzuner, S., Gokce, S. (2014). Lorazepam in the treatment of posttraumatic feeding disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 24(5), 296–297. 10.1089/cap.2013.0149

Katzman, D. K., Norris, M. L., & Zucker, N. (2019). Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 45-57. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003

Kerzner, B. (2009). Clinical investigation of feeding difficulties in young children: A practical approach. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 48(9), 960–965. https://doi.org/10.1177/0009922809336074

Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630

Kodak, T., & Piazza, C. C. (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(4), 887-905. https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.06.005

Krom, H., van der Sluijs Veer, L., van Zundert, S., Otten, M. A., Benninga, M., Haverman, L., & Kindermann, A. (2019). Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 410-418. https://doi.org/10.1002/eat.23037

Krom, H., van Zundert, S. M. C., Otten, M. A. G. M., van der Sluijs Veer, L., Benninga, M. A., & Kindermann, A. (2018). Prevalence and side effects of pediatric home tube feeding. *Clinical Nutrition*, 38(1), 234–239. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.01.027

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(7), 779–785. https://doi.org/10.1007/s00787-014-0622-z

Lelli, L., Castellini, G., Gabbani, T., Godini, L., Rotella, F., & Ricca, V. (2014). Associations between liver enzymes, psychopathological and clinical features in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 22, 443–447. https://doi.org/10.1002/erv.2317

Lock J, Sadeh-Sharvit S, & L'Insalata A (2019). Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 746–751. https://doi.org/10.1002/eat.23077

Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford publications.

Mairs, R., Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101: 1168–75. http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481

Mammel, K. A., & Ornstein, R. M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Opinion in Pediatrics*, 29, 407–413. https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000507

Micali, N, Simonoff, E, Elberling, H, et al. (2011) Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32: 572–80. doi: 10.1097/DBP.0b013e31822bc7b7

Mitchell, GL, Farrow, C, Haycraft, E, et al. (2013) Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*, 60: 85–94. https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.014

Murphy, J., & Zlomke, K. R. (2016). A behavioral parent-training intervention for a child with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(1), 23. https://doi.org/10.1037/cpp0000128

Nakai, Y., Nin, K., Noma, S. I., Hamagaki, S., Takagi, R., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2017). Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eating behaviors*, 24, 49-53. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.004

Nicely, TA, Lane-Loney, S, Masciulli, E, et al. (2014) Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1): 21. https://doi.org/10.1186/s40337-014-0021-3

Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499. https://doi.org/10.1002/eat.22217

Norris, M. L., Spettigue, W., Hammond, N. G., Katzman, D. K., Zucker, N., Yelle, K., … Obeid, N. (2018). Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 170–173. https://doi.org/10.1002/eat.22814

Norris, M. L., Spettigue, W. J., & Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: Current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 213–238. doi: 10.2147/NDT.S82538

Ornstein, RM, Essayli, JH, Nicely, TA, et al. (2017) Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50: 1067–74. https://doi.org/10.1002/eat.22737

Pennell, A., Couturier, J., Grant, C., & Johnson, N. (2016). Severe avoidant/restrictive food intake disorder and coexisting stimulant treated attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 1036—1039. https://doi.org/10.1002/eat.22602

Reilly, E. E., Brown, T. A., Gray, E. K., Kaye, W. H., & Menzel, J. E. (2019). Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. *European Eating Disorders Review*, 27, 429–435. https://doi.org/10.1002/erv.2670

Sadeh-Sharvit, S., Robinson, A., Lock, J. (2018). FBT-ARFID for younger patients: lessons from a randomized controlled trial. Workshop presented at the International Conference on Eating Disorders; Chicago, Illinois.

Satter, E. (2003). Ellyn Satter's division of responsibility in feeding. Ellyn satter institute website. http://ellynsatterinstitute.org/ dor/divisionofresponsibilityinfeeding.php; Accessed 05.11.16.

Schmidt, R., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Pathological and non-pathological variants of restrictive eating behaviors in middle childhood: A latent class analysis. *Appetite*, 127, 257–265. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.030

Schöffel, H., Hiemisch, A., Kiess, W., Hilbert, A., & Schmidt, R. (2021). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a general paediatric inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 60-73. https://doi.org/10.1002/erv.2799

Seetharaman, S., & Fields, E. L. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder. *Pediatrics in review*, 41(12), 613-622. https://doi.org/10.1542/pir.2019-0133

Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. F., & Herzinger, C. V. (2010). Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 13(4), 348-365. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0079-7

Sharp, W. G., Stubbs, K. H., Adams, H., Wells, B. M., Lesack, R. S., Criado, K. K., Simon, E. L., McCracken, C. E., West, L. L., & Scahill, L. D. (2016). Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: Results from a

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

randomized pilot trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(4), 658—663. doi: 10.1097/MPG.0000000000001043

Shimshoni, Y., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2020). SPACEARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1623—1635. https://doi.org/10.1002/eat.23341

Silverman, A. H. (2010). Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 160–165. https://doi.org/10.1177/0884533610361609

Silverman, A. H., Erato, G., & Goday, P. (2021). The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. *Journal of Child Health Care*, 25(1), 69-80. https://doi.org/10.1177/1367493520905381

Sivri, R. C¸., Gülsen, H. H., & Yilmaz, A. (2018). Phagophobia successfully treated with low-dose aripiprazole in an adolescent: A case report. *Clinical Neuropharmacology*, 41(4), 148—150. doi: 10.1097/WNF.0000000000000288

Spettigue, W., Norris, M. L., Santos, A., & Obeid, N. (2018). Treatment of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder: A case series examining the feasibility of family therapy and adjunctive treatments. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 20. https://doi.org/10.1186/s40337-018-0205-3

Steen, E., & Wade, T. D. (2018). Treatment of co-occurring food avoidance and alcohol use disorder in an adult: Possible avoidant restrictive food intake disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 373-377. https://doi.org/10.1002/eat.22832

Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M., & Rome, E. S. (2015). Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673-678. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.003

Thomas, J. J., Becker, K. R., Kuhnle, M. C., Jo, J. H., Harshman, S. G., Wons, O. B., ... & Eddy, K. T. (2020). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1636-1646. https://doi.org/10.1002/eat.23355

Thomas, J. J., Brigham, K. S., Sally, S. T., Hazen, E. P., & Eddy, K. T. (2017). Case 18-2017—an 11-year-old girl with difficulty eating after a choking incident. *New England journal of medicine*, 376(24), 2377-2386. doi: 10.1056/NEJMcpc1616394

Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current psychiatry reports*, 19(8), 1-9. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5

Tomita, K., Haga, H., Ishii, G., Katsumi, T., Sato, C., Aso, R., … Ueno, Y. (2014). Clinical manifestations of liver injury in patients with anorexia nervosa. *Hepatology Research: The Official Journal of the Japan Society of Hepatology*, 44, E26–E31.

Tsai, K., Singh, D., & Pinkhasov, A. (2017). Pudendal nerve entrapment leading to avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 84-87. https://doi.org/10.1002/eat.22601

van Strien, T., & Bazelier, F. G. (2007). Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7–12-year-old boys and girls. *Appetite*, 49(3), 618-625. https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.03.227

Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. International *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15

Wilken, M., Bartmann, P., Dovey, T. M., & Bagci, S. (2018). Characteristics of feeding tube dependency with respect to food aversive behaviour and growth. *Appetite*, 123, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.107

Zickgraf, H. F., Murray, H. B., Kratz, H. E., & Franklin, M. E. (2019). Characteristics of outpatients diagnosed with the selective/neophobic presentation of avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 367–377. https://doi.org/10.1002/eat.23013

Zickgraf, H. F., Richard, E., Zucker, N. L., & Wallace, G. L. (2020). Rigidity and sensory sensitivity: Independent contributions to selective eating in children, adolescents, and young adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1—13. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738236

Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 95-103. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005

Zucker, N. L., LaVia, M. C., Craske, M. G., Foukal, M., Harris, A. A., Datta, N., Savereide, E., & Maslow, G. R. (2019). Feeling and body investigators (FBI): ARFID division——An acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 466—472. https://doi.org/10.1002/eat.22996

Zucker, N., Copeland, W., Franz, L., Carpenter, K., Keeling, L., Angold, A., & Egger, H. (2015). Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*, 136(3), e582-e590. https://doi.org/10.1542/peds.2014-2386

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.6.17.4]