

BEBEK VE KÜÇÜK ÇOCUKLARDA BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI

60. BÖLÜM

Canem KAVURMA¹

GİRİŞ

Beslenme ve yeme sorunları çocukluk çağı boyunca sık olarak karşımıza çıkmaktadır ve genellikle normal gelişimin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu sorunlar gelişimi normal olan bebek ve çocuklarda %25-45, gelişiminde gerilik olanlarda ise %80 oranında gözlenmektedir (1). Bebeklik ve çocukluk çağında görülen birçok yeme sorunu geçicidir ve herhangi bir tıbbi girişim gerektirmez (2). Ancak bu sorunların hangilerinin kısa süreli olacağı, hangilerinin ilerleyebileceğinin öngörülebilmesi için yeterli klinik araştırma ve kanıt bulunmamaktadır. Klinik örneklerde beslenme ve yeme sorunları daha çok aşağıda sıralandığı şekilde karşımıza çıkmaktadır (3):

- 1- Beslenme/yeme becerilerinin gelişmemesi veya bu becerilerin geç gelişmesi
- 2- Bazı gıda maddelerinin veya sıvı gıdaların alınmasında zorlanma
- 3- Belirli tatları, özellikleri ve duyuşsal faktörleri oluşturan besinlere karşı isteksizlik veya tamamen red etme
- 4- İştahsızlık
- 5- Yeme davranışlarını kendini uyarma, kendini yatıştırma veya rahatlık sağlamaya yönelik olarak kullanma

Beslenme ve yeme sorunları, genellikle bebek ve çocuklarda 6 ay ve 4 yaş arasında başlangıç göstermektedir. Eğer bu problemler çocukta 6 yaş sonrasına kadar tekrarlayıcı şekilde devam ediyorsa tanımlanmamış eski bir problemin var olduğu akla gelmelidir.

BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Tanısal sınıflandırma sistemlerinde meydana gelen değişikliklerle beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflandırılması ve tanımlanması genişletilmiştir. Günümüze kadar psikiyatrik tanısal sınıflandırma sistemlerinde çocukluk çağı beslenme bozuklukları ve daha sonrasında gelişen yeme bozuklukları tanısı keskin sınırlar ile ayrılmaktaydı. Ancak DSM-5'te ve ICD-11'de, DSM-IV'de bulunan "Bebek ve Küçük Çocuklukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları" ve "Yeme Bozuklukları" tek bir başlık altında toplanarak "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak isimlendirilmiştir. Bu değişiklik pika ve ruminasyon bozukluğunun sadece bebeklerde ve küçük çocuklarda değil daha büyük yaşlarda ve hatta erişkinlikte görülebildiğinin gösterilmesi ile yapılmıştır. Aynı zamanda DSM-IV'te bulunan "Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu" tanı kategorisi spesifik olmaması, yapılan çalışmalarda bir tanı kategorisi olarak kullanılamaması ve 6 yaş sonrası yeme zorlukları başlayan çocukları gözardı etmesi nedeniyle DSM-5'te ve ICD-11'de tekrardan çalışılmıştır. Çalışmalar sonucunda bu tanı kategorisi genişletilerek "Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu" olarak değiştirilmiştir.

Bebeklik ve erken çocukluk döneminin ruhsal ve gelişimsel bozuklukları için günümüzde yaygın olarak kullanılan Tanı Sınıflaması: 0-5™ (The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Ear-

¹ Uzman Doktor, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Genç Psikiyatri Kliniği, canemkavurma@gmail.com
ORCID iD: 0000-0002-1644-4859

rebilir. Kaygı ve korku nedeniyle gıdadan kaçınma varsa bilişsel müdahaleler uygulanırken, duyuşsal nedenli seçicilik ve yemeğe karşı ilgisizlik varsa davranışsal müdahaleler tercih edilmektedir (63). Tedavi uygulamaları bozukluğun şiddetine ve oluşan tıbbî sonuçlara göre ayaktan poliklinik takipleriyle, günübürlük programlarla veya hastane yatışı ile gerçekleştirilebilir (82).

KKYAB'nin ilaçla tedavisini destekleyen randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Klinik uygulamalarda küçük çocuklarda düşük kilolu olanlarda iştah açıcı olarak siproheptadin kullanılabilir. Son dönemde çocuk beslenme kliniğinin olgu kayıtları üzerinde yapılan bir gözden geçirmede, siproheptadin kullanan çocuklarda 6,5 ay periyodunda anlamlı bir kilo alımı saptanmıştır. Ancak çalışma sonunda bu kilo artımı olan olgular yine düşük kilolu olarak görülmüştür ve kontrol grubuna göre kilo alımında anlamlı bir artış saptanmamıştır (83). Son dönemde yayınlanan bir olgu bildiriminde de mirtazapin kullanımının yiyeceğe karşı hissedilecek tiksindirici duygulara olan korkunun azalmasını sağlandığı gösterilmiştir (84). Bir başka çalışmada “çocuk ve ergen yeme bozukluğu programı” içinde bulunan çocuklarda ve ergenlerde düşük doz olanzapin kullananlarda kullanmayanlara oranla yeme miktarlarının arttığı, kilo aldıkları, bilişsel semptomlarının azaldığı gösterilmiştir. Son dönemde 20-58 ay arası KKYAB olan 15 çocuk hasta ile yapılan bir çalışmada sadece davranışsal müdahalelerin yapıldığı ve davranışsal müdahalelere D-sikloserin tedavisinin de eklendiği iki grup karşılaştırılmıştır. D-sikloserin kullanımının olduğu grupta yeme davranışında gelişmeler gözlenmiştir (85). Ancak bu bozukluğun ilaç tedavisi konusunda daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Bebek ve küçük çocuklarda beslenme ve yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, etiyojisi, komorbiditeleri, önlenmesi ve tedavisine dair yapılmış çalışmalar çok kısıtlı sayıdadır. Bebek ve küçük çocuklardaki beslenme bozukluklarının tedavisinde davranışsal yaklaşımlar öncelik taşırken, yeme bozukluklarında ise aile temelli girişimler önerilmektedir. Tüm bu müdahalelerin tıbbî yaklaşımlarla ve diyet düzenlemeleri ile birlikte ele

alınması önemlidir. Farmakolojik tedaviler ilk tercih olmamakla birlikte diğer girişimleri destekleyici olarak kullanılabilir. Ancak ebeveynlerin katılımı tedavide en önemli noktayı oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Cutler JL. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Eleventh Edition. In: Journal of Psychiatric Practice.; 2016.
2. Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D, Tharner A, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Trajectories of picky eating during childhood: A general population study. *Int J Eat Disord.* 2015; 48: 570-9.
3. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2009; 18: 17-30.
4. Keren M. Eating And Feeding Disorders In The First Five Years Of Life: Revising The Dc:0-3R Diagnostic Classification Of Mental Health And Developmental Disorders Of Infancy And Early Childhood And Rationale For The New Dc:0-5 Proposed Criteria. *Infant Ment Health J.* 2016; 37(5): 498-508.
5. Rose EA, Porcerelli JH, Neale AV. Pica: Common but commonly missed. *Journal of the American Board of Family Practice.* 2000; 13: 353-8.
6. Young SL. Craving earth: Understanding pica: The urge to eat clay, starch, ice, and chalk. *Craving earth: Understanding pica: The urge to eat clay, starch, ice, and chalk.* New York: Columbia University Press; 2011.
7. Marchi M, Cohen P. Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990; 29: 112-117.
8. Lar UA, Agene JI, Umar AI. Geophagic clay materials from Nigeria: a potential source of heavy metals and human health implications in mostly women and children who practice it. *Environ Geochem Health.* 2015; 37(2):363-75.
9. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatric Clinics of North America.* 2019; 42(1): 157-167.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
11. Nchito M, Geissler PW, Mubila L. Effects of iron and multimicronutrient supplementation on geophagy: A two-by-two factorial study among Zambian schoolchildren in Lusaka. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene.* 2004; 98: 218-227.
12. Tack J, Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N. Review article: The pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics.* 2011; 33: 782- 800.
13. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2016; 133:277-83.
14. Young SL, Khalfan SS, Farag TH, Kavle JA, Ali SM, Hajji

- H, et al. Association of pica with anemia and gastrointestinal distress among pregnant women in Zanzibar, Tanzania. *Am J Trop Med Hyg.* 2010; 83(1):144-51.
15. Kettaneh A, Eclache V, Fain O, Sontag C, Uzan M, Carbillon L, et al. Pica and food craving in patients with iron-deficiency anemia: A case-control study in France. *Am J Med.* 2005; 118(2):185-8.
 16. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol.* 2015; 27: 84-93.
 17. Von Garnier C, Stünitz H, Decker M, Battegay E, Zeller A. Pica and refractory iron deficiency anaemia: A case report. *J Med Case Rep.* 2008; 2: 324.
 18. Hagopian LP, Rooker GW, Rolider NU. Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities.* 2011; 32: 2114-20.
 19. Etzel RA, Balk SJ, Bearer CF, Miller MD, Shannon MW, Shea KM, et al. Screening for elevated blood lead levels. *Pediatrics.* 1998; 101:1072-8.
 20. Johnson CD, Shynett B, Dosch R, Paulson R. An unusual case of tooth loss, abrasion, and erosion associated with a culturally accepted habit. *General Dentistry.* 2007; 55: 445-8.
 21. Stiegler LN. Understanding Pica Behavior: A Review for Clinical and Education Professionals. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2005; 20: 27-38.
 22. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2015; 48: 452-463.
 23. Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(4):378-387.
 24. Blinder BJ, Salama C. An update on pica: Prevalence, contributing causes, and treatment. *Psychiatric Times.* 2008; 25: 66, 72-73.
 25. Williams DE, McAdam D. Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: Clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Res Dev Disabil.* 2012; 33(6):2050-7.
 26. Piazza CC, Fisher WW, Hanley GP, Leblanc LA, Worsdell AS, Lindauer SE, et al. Treatment of pica through multiple analyses of its reinforcing functions. *J Appl Behav Anal.* 1998; 31(2):165-89.
 27. Ricciardi JN, Luiselli JK, Terrill S, Reardon K. Alternative response training with contingent practice as intervention for pica in a school setting. *Behav Interv.* 2003; 18: 219-226.
 28. Matson JL, Hattier MA, Belva B, Matson ML. Pica in persons with developmental disabilities: Approaches to treatment. *Res Dev Disabil.* 2013; 34: 2564-2571.
 29. Hergüner S, Hergüner AS. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry.* 2010; 34: 1155-6.
 30. Winship DH, Shoralski FF, Weber WN, et al. Esophagus in rumination. *Am J Physiol.* 1964; 207: 1189-94.
 31. Malcolm A, Thumshirn MB, Camilleri M, Williams DE. Rumination syndrome. *Mayo Clinic Proceedings.* 1997; 72: 646-52.
 32. Khan S, Hyman PE, Cocjin J, Di Lorenzo C. Rumination syndrome in adolescents. *J Pediatr.* 2000; 136: 528-31.
 33. Fox M, Young A, Anggiansah R, Anggiansah A, Sanderson J. A 22 year old man with persistent regurgitation and vomiting: Case presentation. *Br Med J.* 2006; 133:134-137.
 34. O'Brien MD, Bruce BK, Camilleri M. The rumination syndrome: Clinical features rather than manometric diagnosis. *Gastroenterology.* 1995; 108:1024-1029.
 35. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology.* 2006; 130:1527- 1537.
 36. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ. Rumination syndrome in children and adolescents: A school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterol.* 2012; 12: 163.
 37. Hartmann AS, Poulain T, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27(11): 1499-1508.
 38. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M. A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. *J Pediatr.* 2016; 179: 139-143.
 39. Fleisher DR. Functional vomiting disorders in infancy: Innocent vomiting, nervous vomiting, and infant rumination syndrome. *J Pediatr.* 1994; 125: S84-S94.
 40. Richman JB, Eddy E, Green M: Rumination: psychosomatic syndrome of infancy. *Pediatrics.* 1958; 22: 49-55.
 41. Flanagan CH. Rumination in Infancy—Past and Present: With a Case Report. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1977; 16: 140-149.
 42. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int J Eat Disord.* 2015; 48: 238-248.
 43. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterology and Motility.* 2017; 29: 1-8.
 44. Barba E, Accarino A, Soldevilla A, Malagelada JR, Azpiroz F. Randomized, Placebo-Controlled Trial of Biofeedback for the Treatment of Rumination. *Am J Gastroenterol.* 2016; 111:1007- 1013.
 45. Vijayvargiya P, Iturrino J, Camilleri M, Shin A, Vazquez-Roque M, Katzka DA, et al. Novel association of rectal evacuation disorder and rumination syndrome: Diagnosis, comorbidities, and treatment. *United Eur Gastroenterol J.* 2014; 2:38-46.
 46. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV - Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology.* Raleigh, NC: Rome Foundation; 2016.
 47. Schroedl RL, Alioto A, Di Lorenzo C. Behavioral treat-

- ment for adolescent rumination syndrome: A case report. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2013; 1: 89-93.
48. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018; 195:134-9.
 49. Ravi K, Katzka DA. Esophageal Impedance Monitoring: Clinical Pearls and Pitfalls. *Am J Gastroenterol*. 2016; 111:1245-56.
 50. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018; 16: 1549-55.
 51. Halland M, Parthasarathy G, Bharucha AE, Katzka DA. Diaphragmatic breathing for rumination syndrome: Efficacy and mechanisms of action. *Neurogastroenterol Motil*. 2016; 28: 384-91.
 52. Chitkara DK, Van Tilburg M, Whitehead WE, Talley NJ. Teaching diaphragmatic breathing for rumination syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 2006; 101: 2449-52.
 53. Rhine D, Tarbox J. Chewing gum as a treatment for rumination in a child with autism. *J Appl Behav Anal*. 2009; 42: 381-5.
 54. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: Successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011; 52: 414-8.
 55. Alioto A, Di Lorenzo C. Long-term follow-up of adolescents treated for rumination syndrome in an inpatient setting. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018; 66: 21.
 56. Pauwels A, Broers C, Van Houtte B, Rommel N, Vanuytsel T, Tack J. A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over study using baclofen in the treatment of rumination syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018; 113: 97-104.
 57. Camilleri M. Functional Dyspepsia and Gastroparesis. *Dig Dis*. 2016; 34: 491-9.
 58. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A, et al. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *International Journal of Eating Disorders*. 2019; 52(4):361-366.
 59. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A 'new Disorder' in DSM-5. *J Adolesc Heal*. 2014; 55(1):49-52.
 60. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, 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.
 61. Kurz S, Vandeyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24(7): 779-85.
 62. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2014; 47(5):495-9.
 63. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *J Adolesc Heal*. 2015; 57(6):673-8.
 64. Chandran JJ, Anderson G, Kennedy A, Kohn M, Clarke S. Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *Int J Eat Disord*. 2015; 48(8):1176-9.
 65. 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): 84-87.
 66. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, 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.
 67. Forbush KT, Wildes JE, Pollack LO, Dunbar D, Luo J, Patterson K, et al. Development and validation of the eating pathology symptoms inventory (EPSI). *Psychol Assess*. 2013; 25(3):859-78.
 68. 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.
 69. Lopes R, Melo R, Curral R, Coelho R, Roma-Torres A. A case of choking phobia: Towards a conceptual approach. *Eat Weight Disord*. 2014; 19(1):125-31.
 70. Zickgraf HF, Franklin ME, Rozin P. Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *J Eat Disord*. 2016; 4: 2.
 71. Zucker N, Copeland W, Franz L, Carpenter K, Keeling L, Angold A, et al. Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics*. 2015; 136 (3): 582-590.
 72. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56(4):370-5.
 73. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports*. 2014; 16(5):446.
 74. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: Results from a randomized pilot trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016;
 75. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2019;
 76. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017; 62(4):658-63.
 77. Hartdorff CM, Kneepkens CMF, Stok-Akerboom AM, Van Dijk-Lokkart EM, Engels MAH, Kindermann A. Clinical tube weaning supported by hunger provocation in fully-tube-fed children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.

- 2015; 60(4):538–43.
78. Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol*. 2008; 33(6):612–20.
 79. Marshall J, Hill RJ, Ware RS, Ziviani J, Dodrill P. Multidisciplinary intervention for childhood feeding difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015; 60(5):680-7.
 80. Ellis JM, Galloway AT, Webb RM, Martz DM, Farrow C V. Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior. *Appetite*. 2016; 1;97:58-6.
 81. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eat Behav*. 2015; 19:106-9.
 82. Fischer AJ, Luiselli JK, Dove MB. Effects of clinic and in-home treatment on consumption and feeding-associated anxiety in an adolescent with avoidant/restrictive food intake disorder. *Clin Pract Pediatr Psychol*. 2015; 3 (2): 154-166.
 83. Sant'anna AMGA, Hammes PS, Porporino M, Martel C, Zyguntowicz C, Ramsay M. Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014; 59:674–678.
 84. Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017; 27(10):920-922.
 85. Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, Criado KK, Sanders R, McCracken CE, et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Transl Psychiatry*. 2017; 7: 1157.