



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Störung mit Vermeidung/Einschränkung der Nahrungsaufnahme (ARFID)

Dr. Ricarda Schmidt

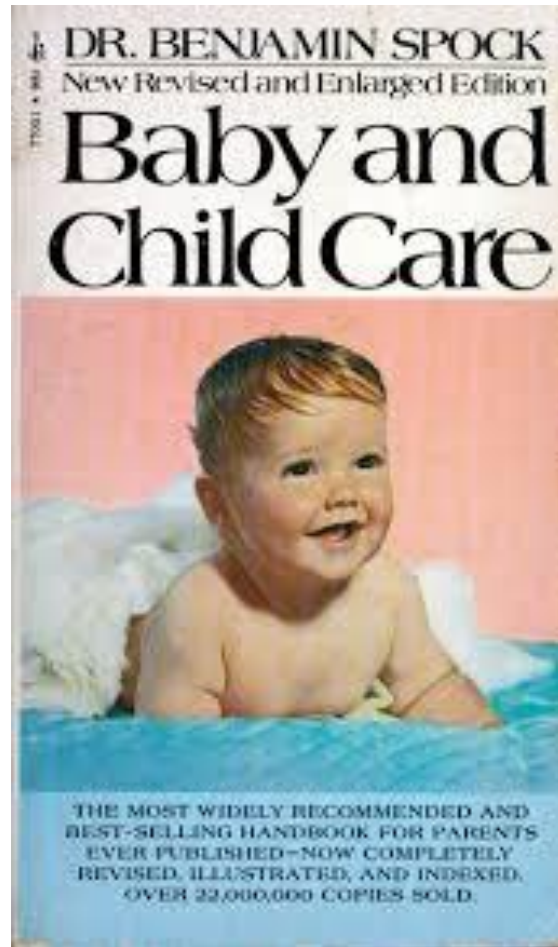
Forschungsbereich Verhaltensmedizin

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsmedizin Leipzig

Email: arfid@medizin.uni-leipzig.de

1940er



© PNTS

1980er

Essstörung Arfid

Wenn Menschen weder Erdbeeren noch Orangen essen können

19. Mai 2025, 8:44 Uhr Quelle: dpa

TAGESSPIEGEL

Anm



T+ **Mäkelig oder Essstörung?** „Das ist wie beim Dschungelcamp, wenn Menschen Innereien nicht essen können“

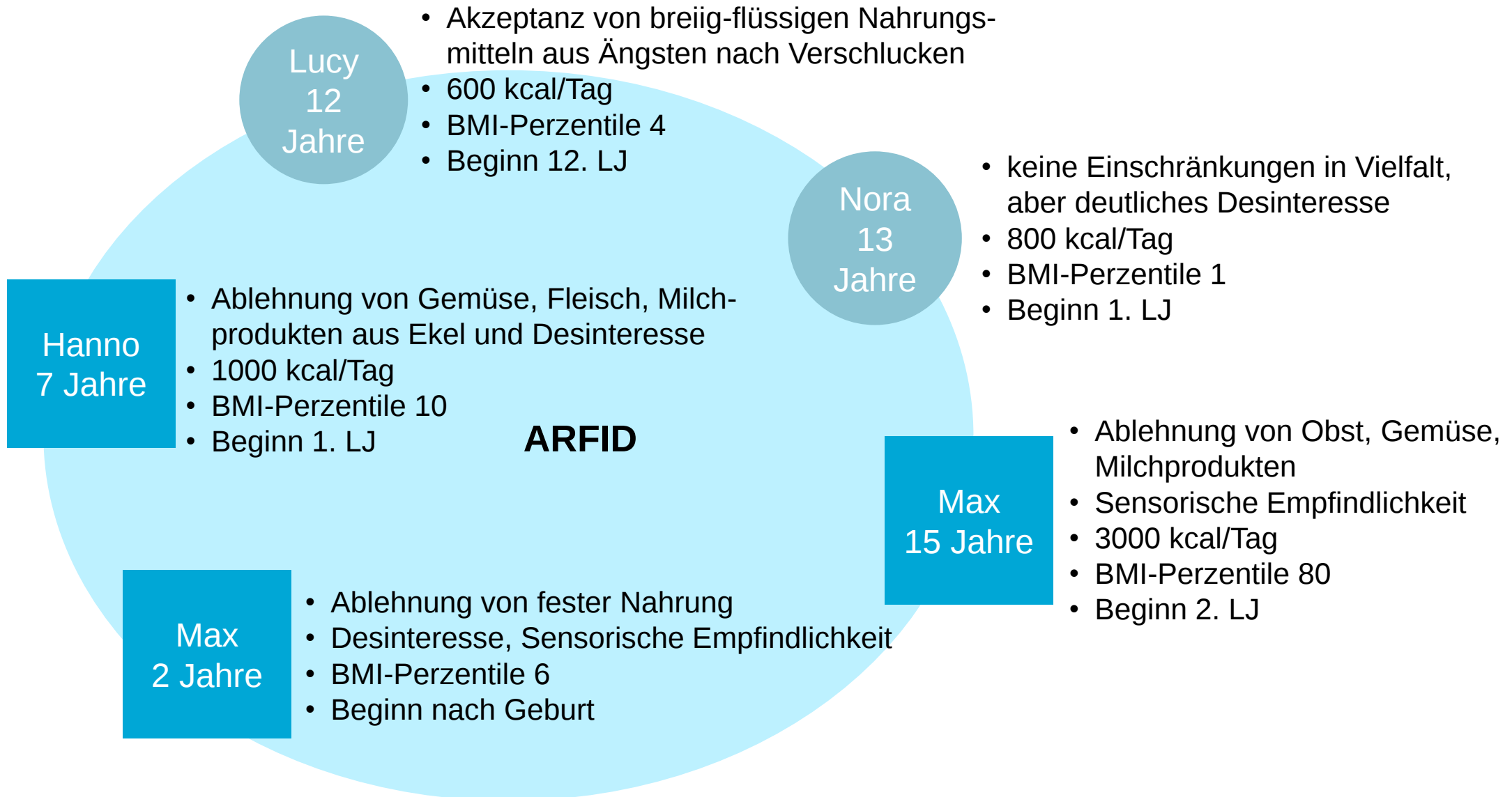
Anzeige

Wissen > Gesundheit > Vermeidende Essstörung Arfid: Wenn essen zur Belastung wird

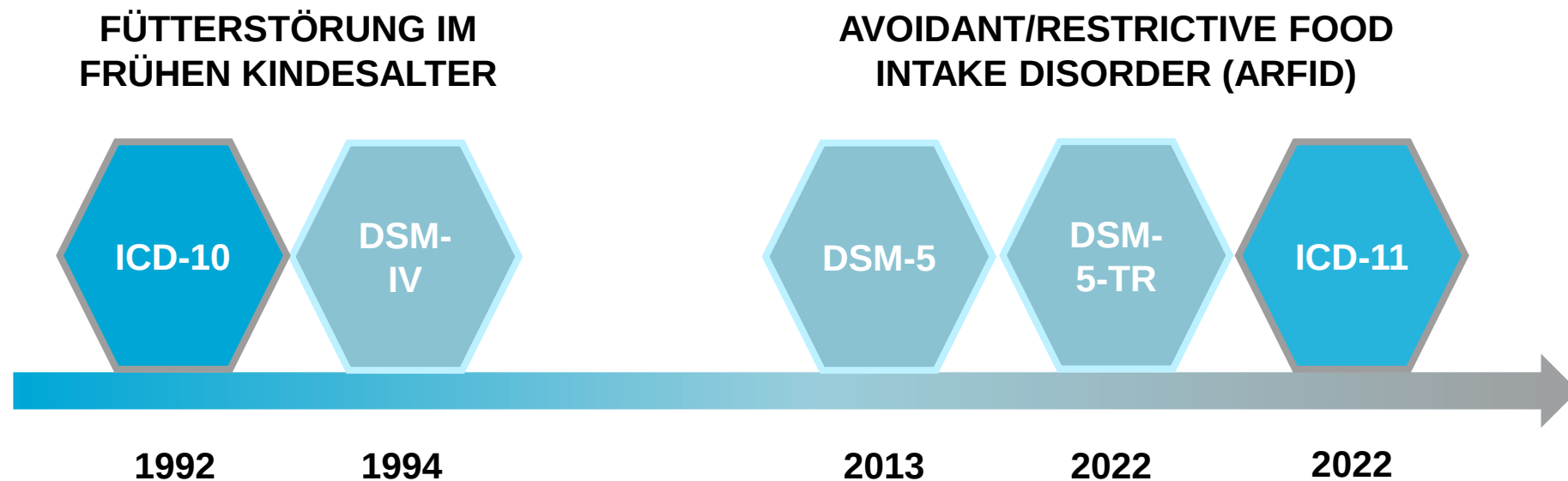
VERMEIDENDE ESSSTÖRUNG

Wenn Essen Angst auslöst – eine Arfid-Betroffene berichtet





KLASSIFIKATORISCHE ENTWICKLUNG



ICD-11: 6B8- FÜTTER- UND ESSSTÖRUNGEN

- 0 Anorexia Nervosa
- 1 Bulimia Nervosa
- 2 Binge-Eating-Störung
- 3 ARFID
- 4 Pica
- 5 Ruminations- oder Regurgitationsstörung
- Y OSFED
- Z UFED

DSM-5 vs. DSM-5-TR

Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme, d.h. ~~unzureichende Menge oder Vielfalt von Nahrungsmitteln~~ + mind. 1 Marker:

- (1) Erhebliche **Gewichtsabnahme**
- (2) signifikante **Mangelscheinungen**
- (3) Notwendigkeit **enteraler Ernährung**/Nahrungsergänzung
- (4) Signifikante **psychosoziale Beeinträchtigung**

Ausschluss von Nichtverfügbarkeit von Nahrungsmitteln, Religion, Kultur

Ausschluss von anderen psychischen Störungen oder körperlichen Erkrankungen, außer es liegt eigenständige klinische Beachtung vor

Keine Figur- oder Gewichtssorgen, nicht im Verlauf von AN oder BN

ICD-11: 6B83 ARFID

Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme + mind. 1 Marker:

- (1) **Unzureichende Menge oder Vielfalt** an Nahrungsmitteln zur Deckung eines angemessenen Energie- oder Nährstoffbedarfs, die zu erheblicher **Gewichtsabnahme**, signifikanten **Mangelscheinungen**, Notwendigkeit **enteraler Ernährung**/Nahrungsergänzung, anderen negativen körperlichen Folgen führt
- (2) Signifikante **psychosoziale Beeinträchtigung** (z.B. persönlich/familiär)

Ausschluss von Nichtverfügbarkeit von Nahrungsmitteln

Ausschluss von anderen medizinischen Zuständen oder psychischen Störungen sowie Folgen von Substanzeinnahme oder Medikamenten

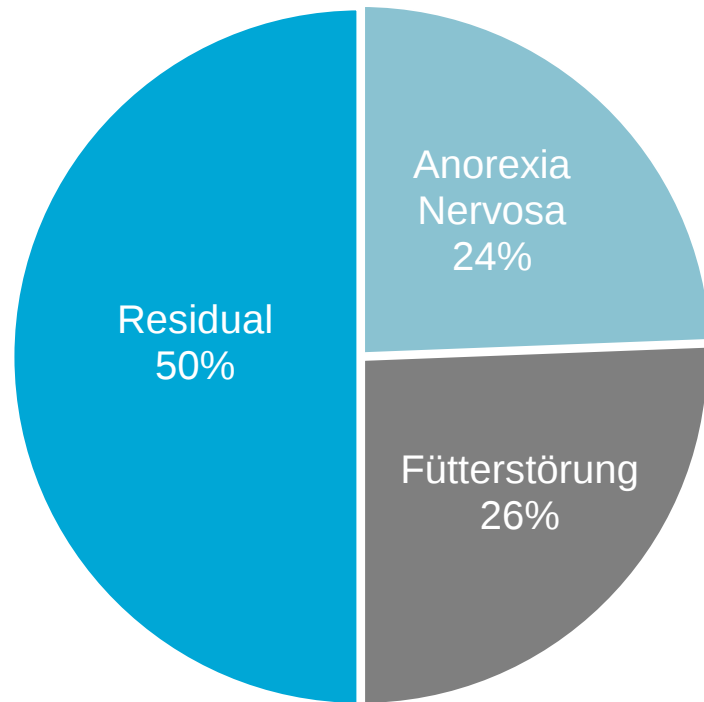
Keine Figur- oder Gewichtssorgen, nicht im Verlauf von AN

DIAGNOSTISCHE BESONDERHEITEN

	Empfehlung
Kein Zeitkriterium	• Alter > 5 Jahre: 3 Monate • Alter 1-5 Jahre: 1 Monat • Alter < 1 Jahr: 2 Wochen
Keine konkreten Operationalisierungshilfen	• Menge deutlich unter alters-, geschlechts-, aktivitäts-spezifischen Empfehlungen • Vielfalt in mind. einer zentralen Nahrungsmittelgruppe deutlich eingeschränkt
Abgrenzung von Komorbiditäten	• Zeitlicher Zusammenhang • Nach Remission Weiterbestehen • Abklärung, wie behandlungsleitend die Diagnose wäre • Abklärung der eigenständigen klinischen Schwere

DIAGNOSTISCHE RELEVANZ

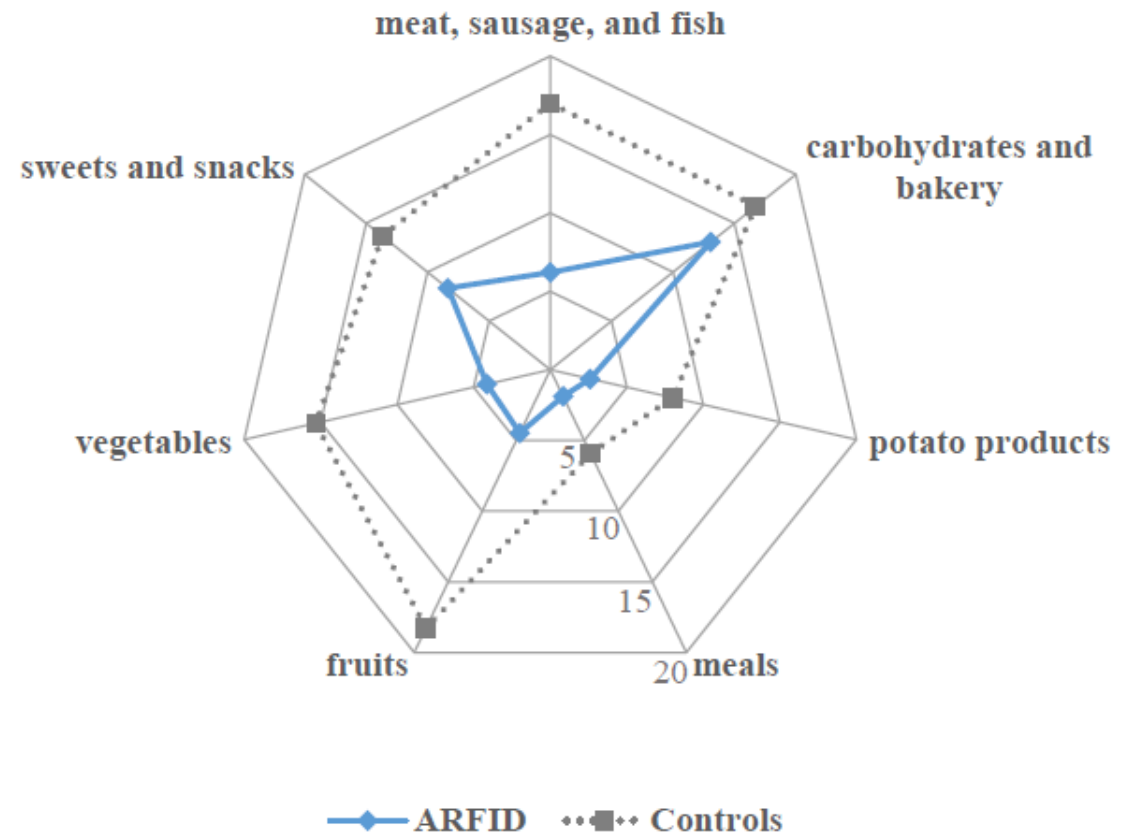
ICD-10 Diagnosen



NAHRUNGSAufNAHME BEI ARFID

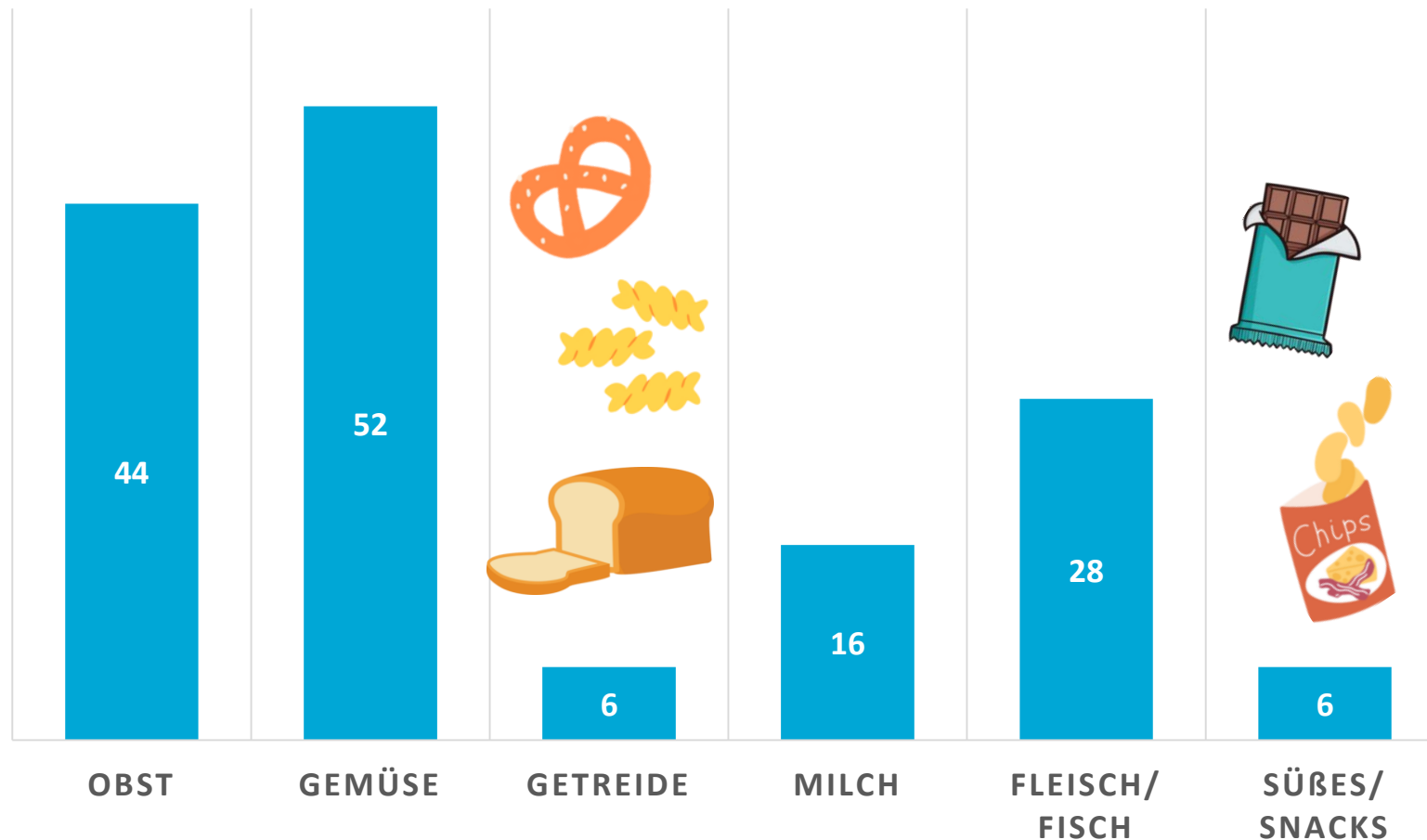
Anzahl akzeptierter Nahrungsmittel pro Nahrungsmittelgruppe

	ARFID (n = 20)	Kontrollgruppe (n = 20)
Alter, Jahre	7.5 (0-17)	7.5 (0-17)
% weiblich	45	45
BMI-SDS	-1.5 (1.0)	0.0 (1.1)



NAHRUNGS-AUFNAHME BEI ARFID

Anteil der Kinder in %, die Nahrungsmittelgruppen an keinem Tag gegessen haben ($N = 110$)



NAHRUNGS-AUFNAHME BEI ARFID

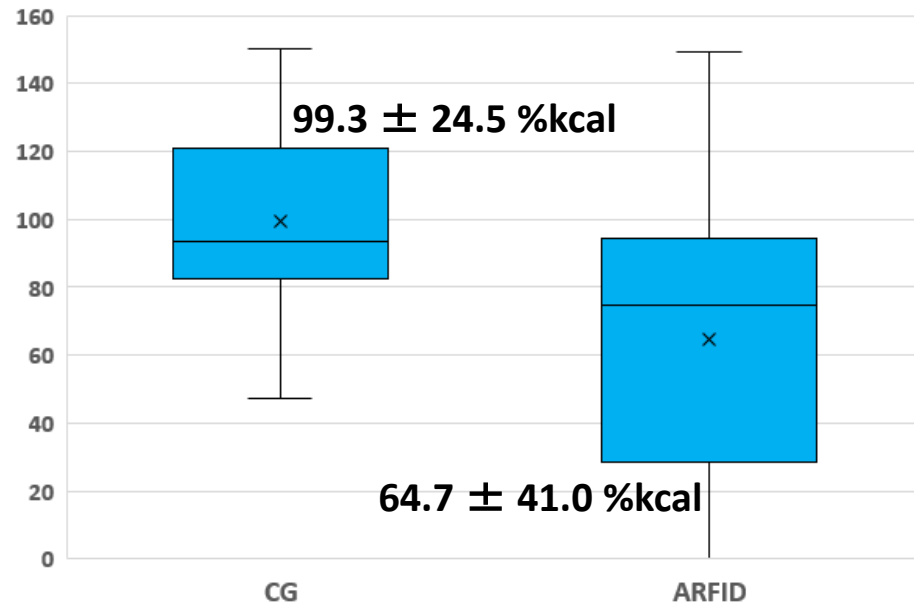


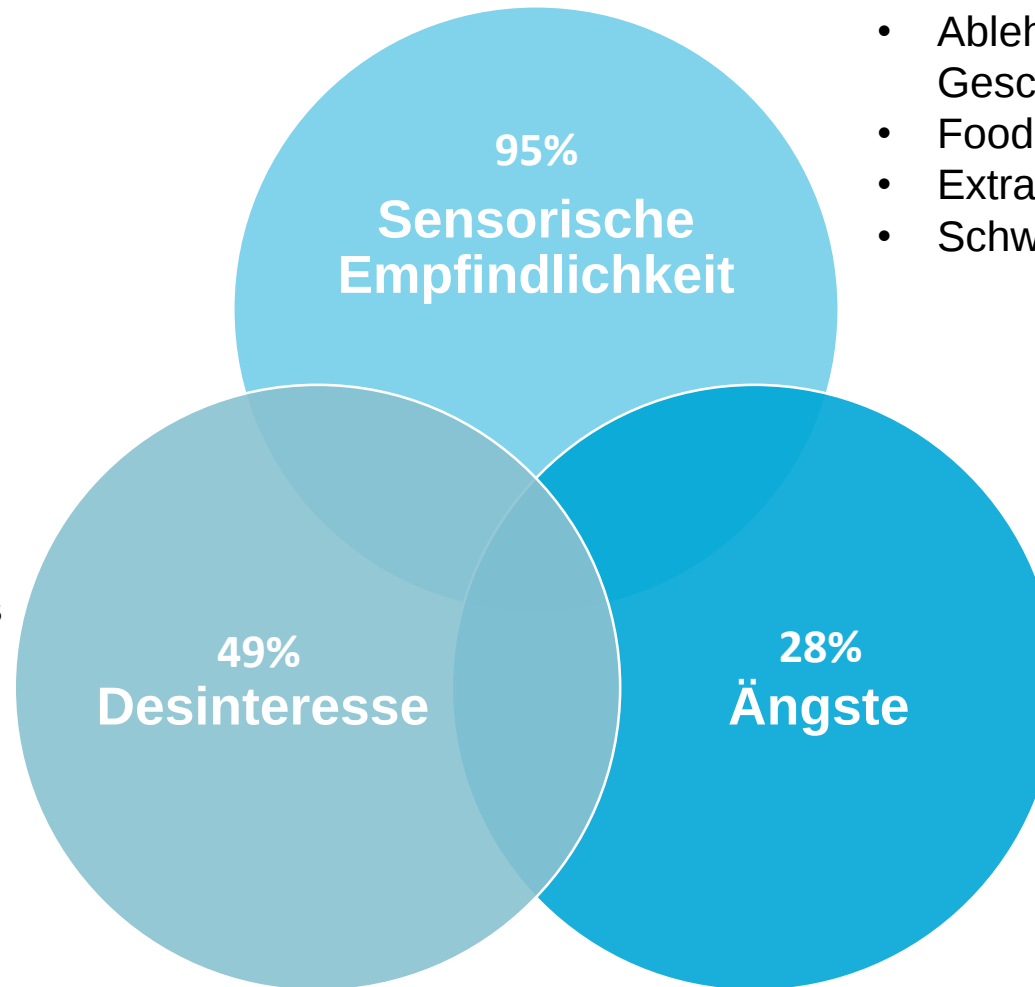
Table 2. Achieved percentage of recommended vitamin and mineral intake in avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) and controls.

		Controls		ARFID		Z	p	d
		M ± SD	Range	M ± SD	Range			
% of vitamin intake ¹								
	B1	60.9 ± 52.4	14.6–238.5	19.4 ± 21.8	0–67.8	–3.114	0.002	1.0
	B2	41.5 ± 23.8	13.0–96.9	18.7 ± 18.6	0–67.8	–3.245	0.001	1.1
	B6	61.2 ± 48.0	11.1–199.7	24.3 ± 21.4	0–79.2	–2.504	0.012	1.0
	B12	42.7 ± 31.9	3.8–123.0	29.1 ± 62.8	0–269.2	–2.330	0.020	0.3
	C	143.6 ± 138.1	21.1–491.4	42.7 ± 36.1	0–133.4	–3.541	< 0.001	0.7
	D	5.3 ± 8.6	0.5–38.6	8.0 ± 17.1	0–67.1	–0.762	0.446	0.2
	E	33.6 ± 23.0	8.7–94.5	25.0 ± 28.8	0–101.2	–1.285	0.199	0.3
	K	64.5 ± 45.0	13.5–152.6	23.8 ± 18.6	0–65.1	–2.896	0.004	1.2
	Folate	39.7 ± 21.7	13.0–95.9	18.7 ± 27.0	0–118.7	–2.373	0.018	0.9
% of mineral intake ¹								
	Zinc	52.5 ± 28.7	11.4–122.6	21.1 ± 30.9	1.2–134.9	–3.070	0.002	1.1
	Calcium	47.4 ± 32.2	13.1–116.6	51.0 ± 60.3	3.0–210.5	–0.174	0.862	0.1
	Iron	30.6 ± 16.5	8.9–79.8	17.4 ± 22.8	0.2–102.2	–2.635	0.008	0.7
	Magnesium	71.5 ± 38.8	22.1–154.9	68.8 ± 70.1	11.8–251.2	–0.283	0.777	0.0
	Potassium	42.3 ± 24.3	13.1–116.6	20.3 ± 15.7	0.5–56.0	–2.678	0.007	2.0

¹ Reference values are based on German age- and sex-specific recommendations for energy and nutrient intake.

ESSVERHALTEN BEI ARFID

- Essen als „Muss“, kein Genuss
- Vergessen zu essen
- Selten Hungergefühl
- Schnelle Sättigung
- Schnell ablenkbar beim Essen



- Ablehnung infolge von Konsistenz, Geschmack, Geruch, Temperatur etc.
- Food Neophobia
- Extra Mahlzeiten
- Schwierigkeiten außer Haus

- Angst vor aversiven Folgen (z. B. Würgen, Erbrechen, allergische Reaktion)
- Ggf. infolge eines traumatischen Erlebnisses
- Rapide Einschränkung

ARFID: EPIDEMIOLOGIE

Stichproben < 6 Jahre:

- Prävalenz in klinischen Stichproben: bis zu 64%
- Jungen > Mädchen
- Medizinische Komorbiditäten, ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen

Stichproben ≥ 6 Jahre:

- Prävalenz in klinischen Stichproben: bis zu 22.5%
- Jungen = Mädchen
- Angststörungen, Depressive Störungen

ARFID: EPIDEMIOLOGIE

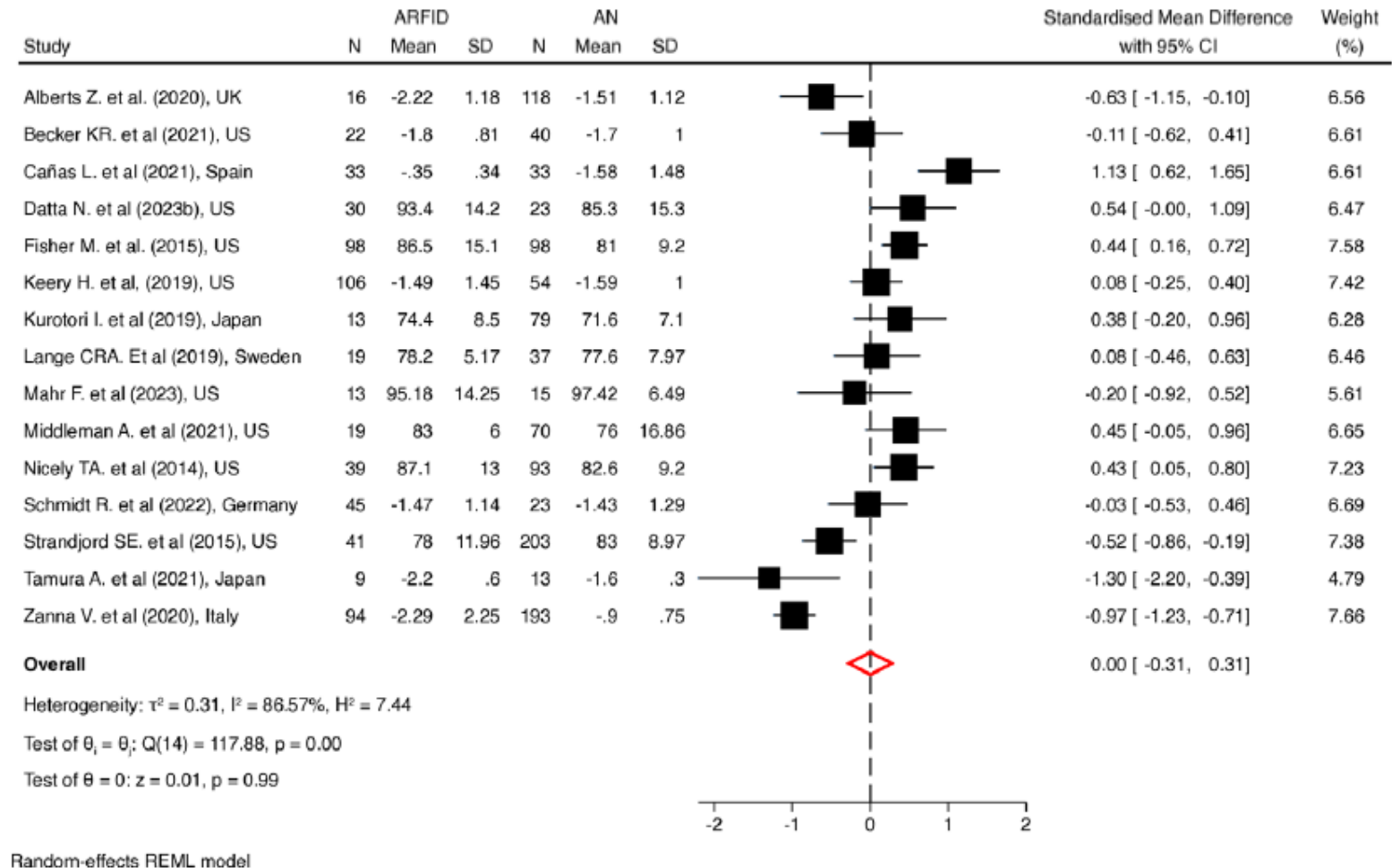
Pooled prevalence for subgroups using quality effects analysis.

Subgroup	Number of samples	<i>n</i>	Pooled prevalence	95 % CI	I ²
Population					
Clinical	14	5277	11.97 %	0–31.81 %	99.0 %
Non-Clinical	13	118,380	2.84 %	0.5–8.35 %	99.79 %
Age group					
Adult	10	59,950	5.9 %	0–16.43 %	99.2 %
Child	16	57,727	4.73 %	0.24–12.95 %	99.6 %
Gender					
Male	7	23,069	3.18 %	0–11.68 %	99.25 %
Female	8	23,186	2.61 %	0.67–5.6 %	96.77 %

Abbreviations: pp: pooled prevalence.

ARFID: PHYSISCHE KOMORBIDITÄTEN

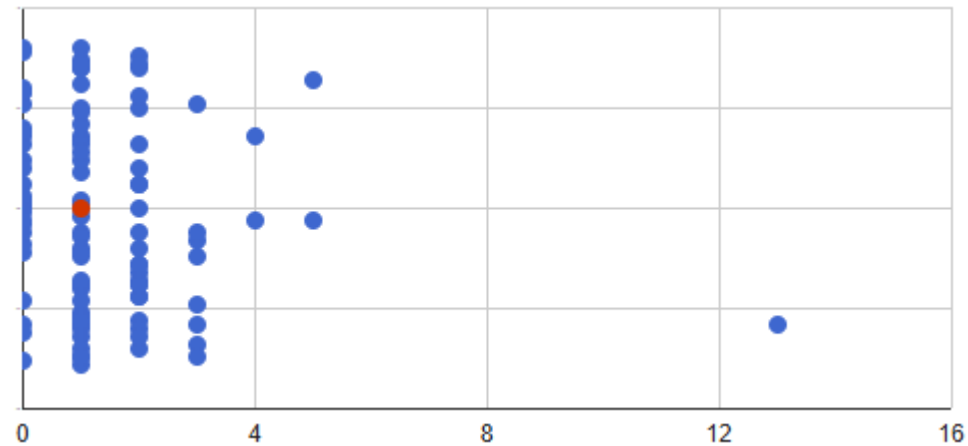
Keine Unterschiede
im BMI im Vergleich
zu Anorexia Nervosa



ARFID: FRÜHE MANIFESTATION

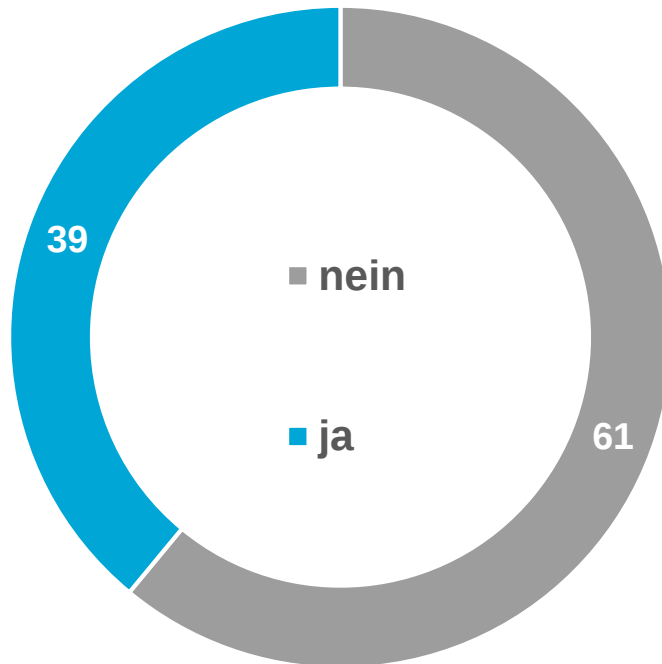
Alter bei Erstaufreten ($N = 110$)

Median = 1 Jahr

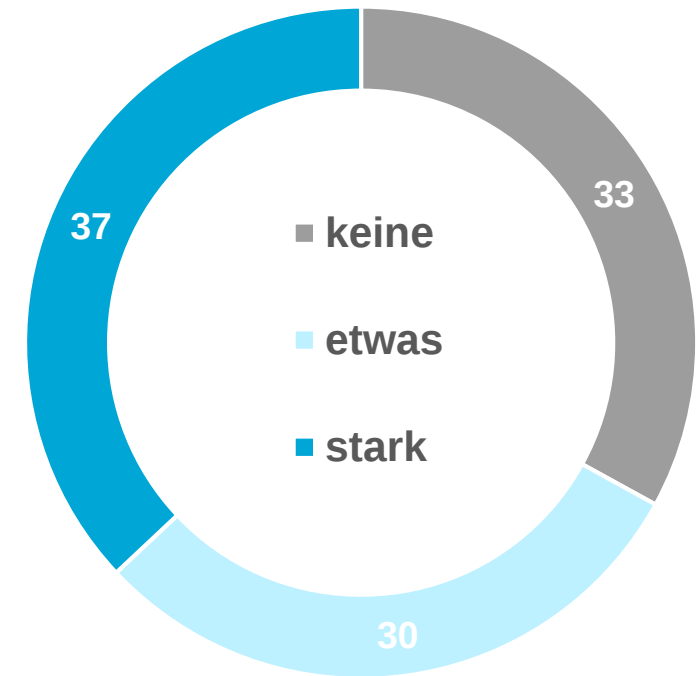


ARFID: FRÜHE AUFFÄLLIGKEITEN

Stillprobleme oder Trinkschwäche, in %



Probleme bei der Beikosteinführung, in %



ARFID: FRÜHE AUFFÄLLIGKEITEN



Frühgeburt	37%	6%
Kaiserschnitt	44%	28%
Angeborene Fehlbildung	52%	9%
Gastrointestinale Erkrankungen	26%	13%
Autismus-Spektrum-Störung	2%	23%
ADHS	14%	14%

STABILITÄT UND DIAGNOSEWECHSEL

1,5 Jahre

2 Jahre

16 Jahre

ARFID

N = 16,
10-21 Jahre,
69% in
Behandlung

84% ARFID

ARFID

N = 100,
9-23 Jahre

50% ARFID
3% AN

ARFID

N = 19,
11 Jahre
(6-12 Jahre),
100%
Behandlung

26% ARFID

„Er kann seine safe-foods eigentlich selbst nicht mehr sehen, empfindet Essen als große Last, wünscht sich sehr eine Veränderung. Sozial schränkt es ihn zunehmende ein.“

„Er ist im Grunde mit Trinknahrung zufrieden und würde am liebsten daran gar nichts ändern. "Normales" Essen zu üben ist für ihn anstrengend. Soweit wir es beurteilen können hat er kein Bedürfnis daran etwas zu ändern und aktuell auch noch keinen großen sozialen Einschränkungen dadurch.“

„Am meisten belastet das Gefühl anders oder "nicht richtig" zu sein. Sich rechtfertigen zu müssen.“



„Keine Sozialkontakte, kein Schulbesuch möglich und daher kein Schulabschluss, drohende Magensonde, kaum Hobbies.“

„Soziale Isolation (Angst mit Freunden in der Stadt essen zu gehen, Gefühl der Außenseiterrolle, Angst vor Übergewicht (sie weiß sehr wohl um die Konsequenzen einseitiger Ernährung), isst zu mind. 90% nur Kohlenhydrate oder Zucker, körperlichen Folgen (Haarausfall), möchte so gern auch mal einen Salat essen können oder ein belegtes Brötchen, Inakzeptanz ihrer Angst im Bekanntenkreis.“

„Verdauungsprobleme, Verstopfung“

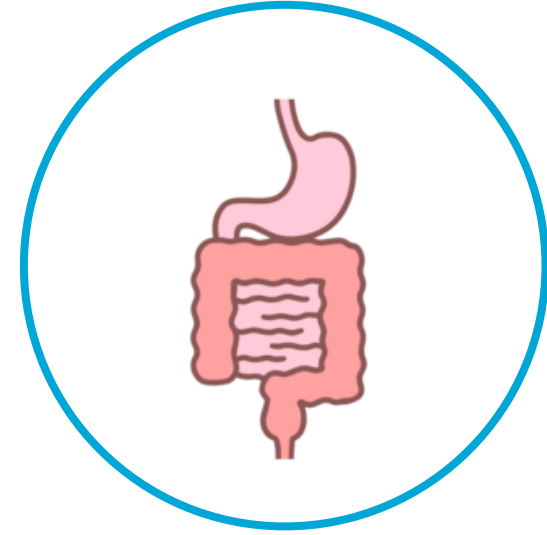
ÄTIOLOGIE: AKTUELLE FORSCHUNG



Genetik



Psychologie



Neurobiologie

GENETIK

Research

JAMA Psychiatry | [Original Investigation](#)

Etiology of the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype in Swedish Twins Aged 6 to 12 Years

Lisa Dinkler, PhD; Marie-Louis Wronski, MSc; Paul Lichtenstein, PhD; Sebastian Lundström, PhD; Henrik Larsson, PhD; Nadia Micali, PhD; Mark J. Taylor, PhD; Cynthia M. Bulik, PhD

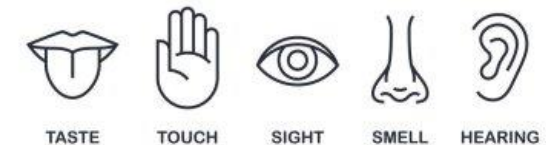


IMPORTANCE Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) is characterized by an extremely limited range and/or amount of food eaten, resulting in the persistent failure to meet nutritional and/or energy needs. Its etiology is poorly understood, and knowledge of genetic and environmental contributions to ARFID is needed to guide future research.

OBJECTIVE To estimate the extent to which genetic and environmental factors contribute to the liability to the broad ARFID phenotype.

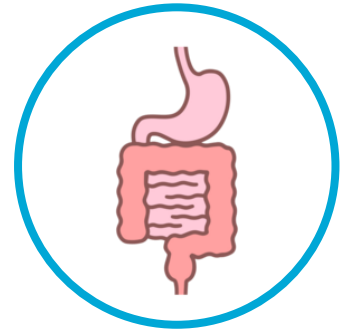
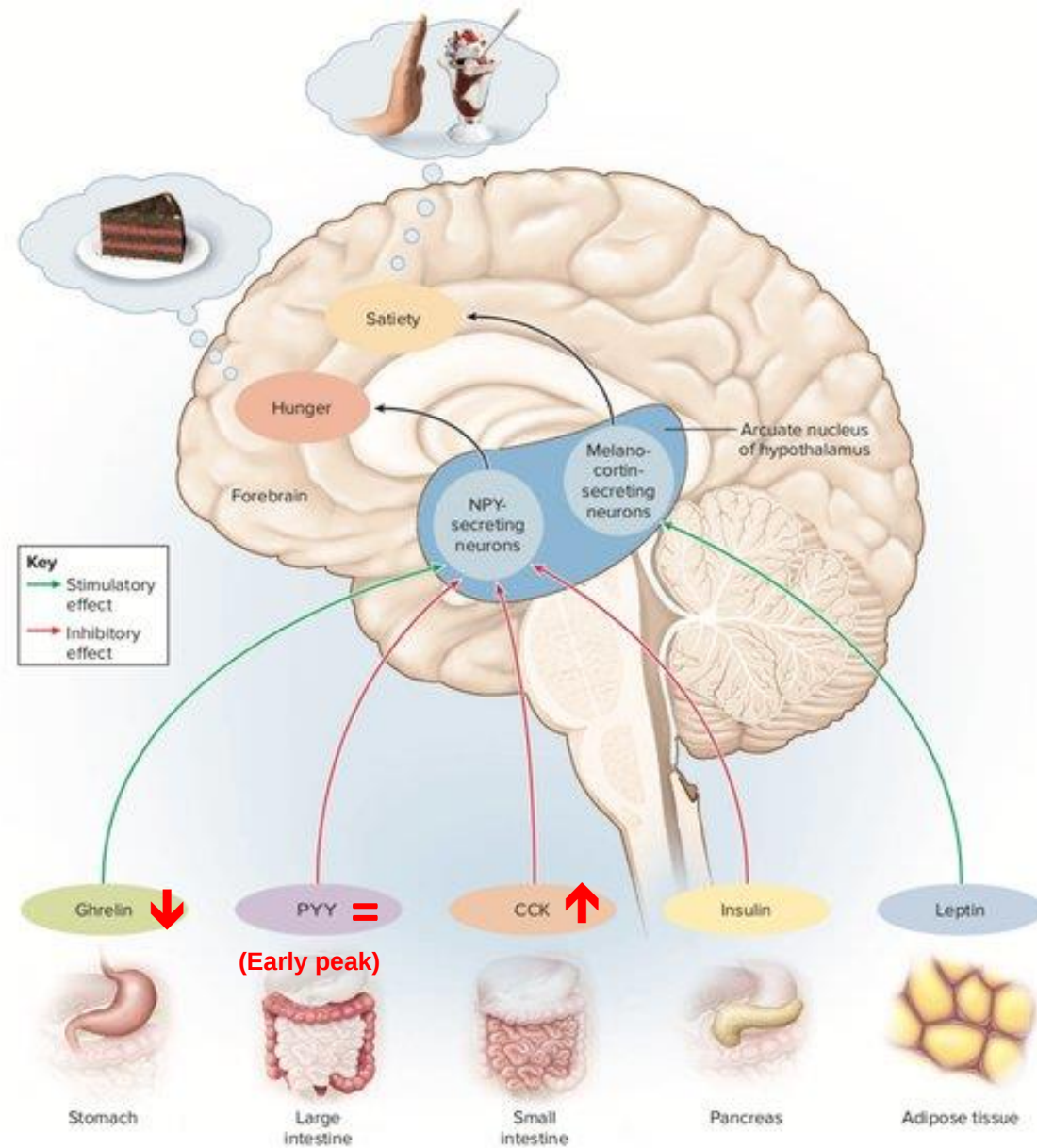
DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This nationwide Swedish twin study includes 16 951 twin pairs born between 1992 and 2010 whose parents participated in the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS) at twin age 9 or 12 years. CATSS was linked to the National Patient Register (NPR) and the Prescribed Drug Register (PDR). Data were collected from July 2004 to April 2020, and data were analyzed from October 2021 to October 2022.

[+ Supplemental content](#)



79% ERBANTEIL

BIOMARKER



Burton Murray et al. (2022), J Clin Psychiatry

Becker et al. (2021), Psychoneuroendocrin

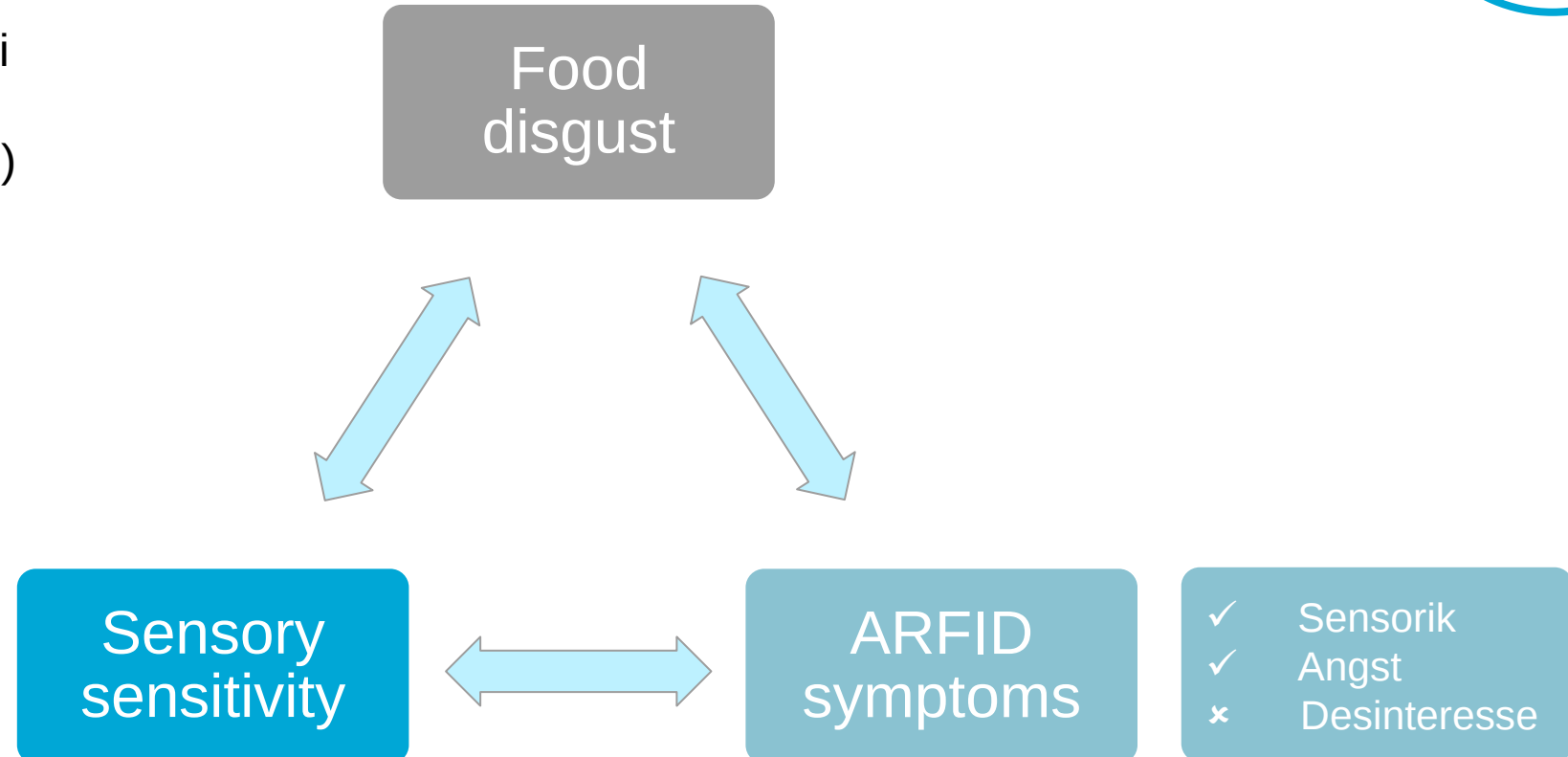
Aulinas et al. (2023), Eur J Endocrin

FIGURE 26.1 Principal Pathways of Appetite Regulation by Gut-Brain Peptides. Tissues and organs at the bottom of the figure are sources of peptides that stimulate or inhibit appetite-regulating neurons in the arcuate nucleus of the hypothalamus. Depending on the balance of stimulation and inhibition, those neurons secrete NPY or melanocortin to create a conscious sensation of hunger or satiety, respectively (PYY = peptide YY; CCK = cholecystokinin; NPY = neuropeptide Y).

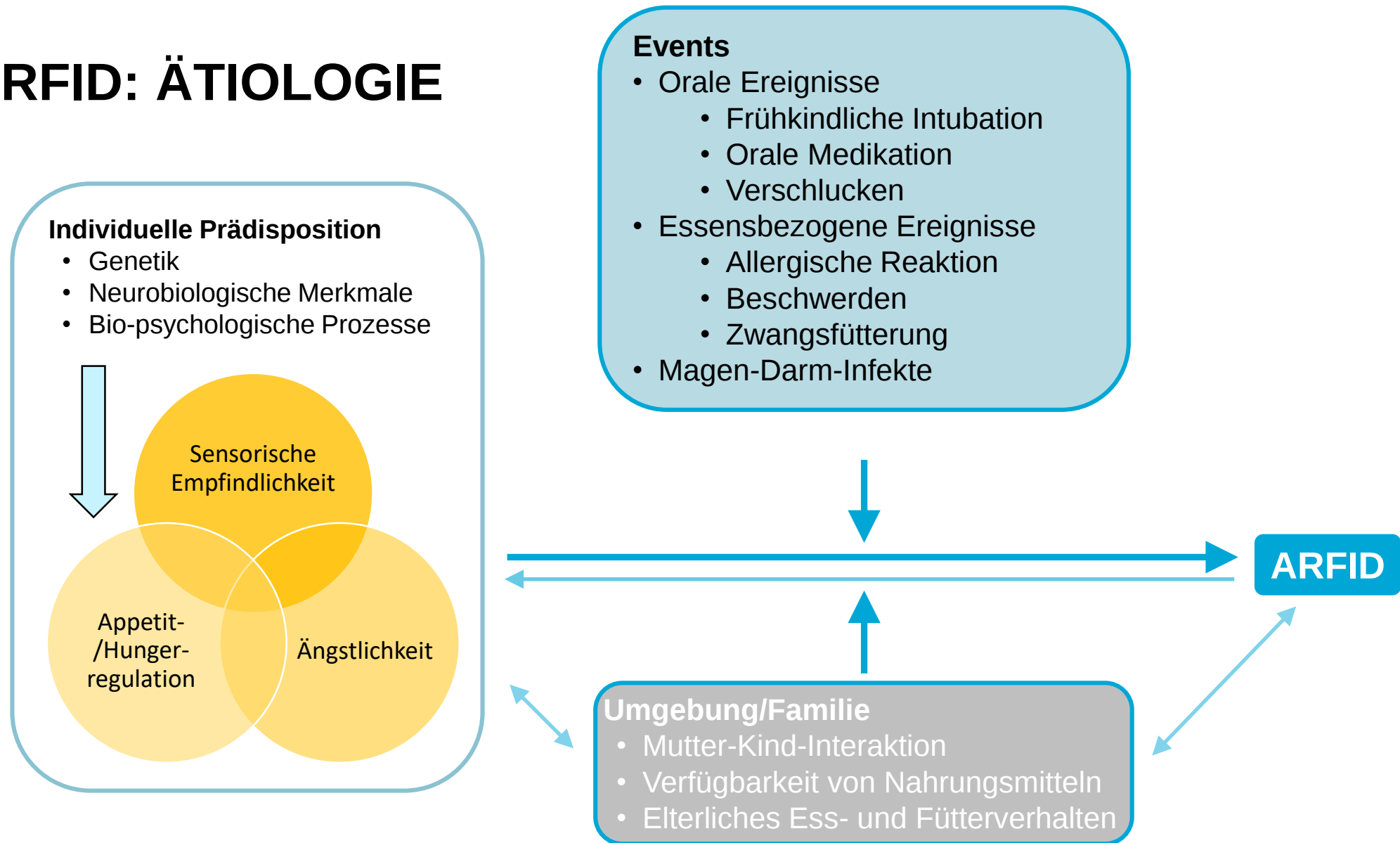
SENSORIK & NAHRUNGSBEZOGENER EKEL



Konsistente Effekte bei
Kindern ($n = 270$) und
Erwachsenen ($n = 491$)
aus der Bevölkerung



ARFID: ÄTIOLOGIE



ARFID: DIAGNOSTIK

- **Anamnese:**

- Geburt: Gewicht, Größe, Gestationswoche, Komplikationen
- Gewichtsentwicklung
- Konkrete Essverhalten!
- Familie: Fütterstile, Mahlzeitenstruktur, -ablauf, elterliche Essprobleme, ... (+ Video!)

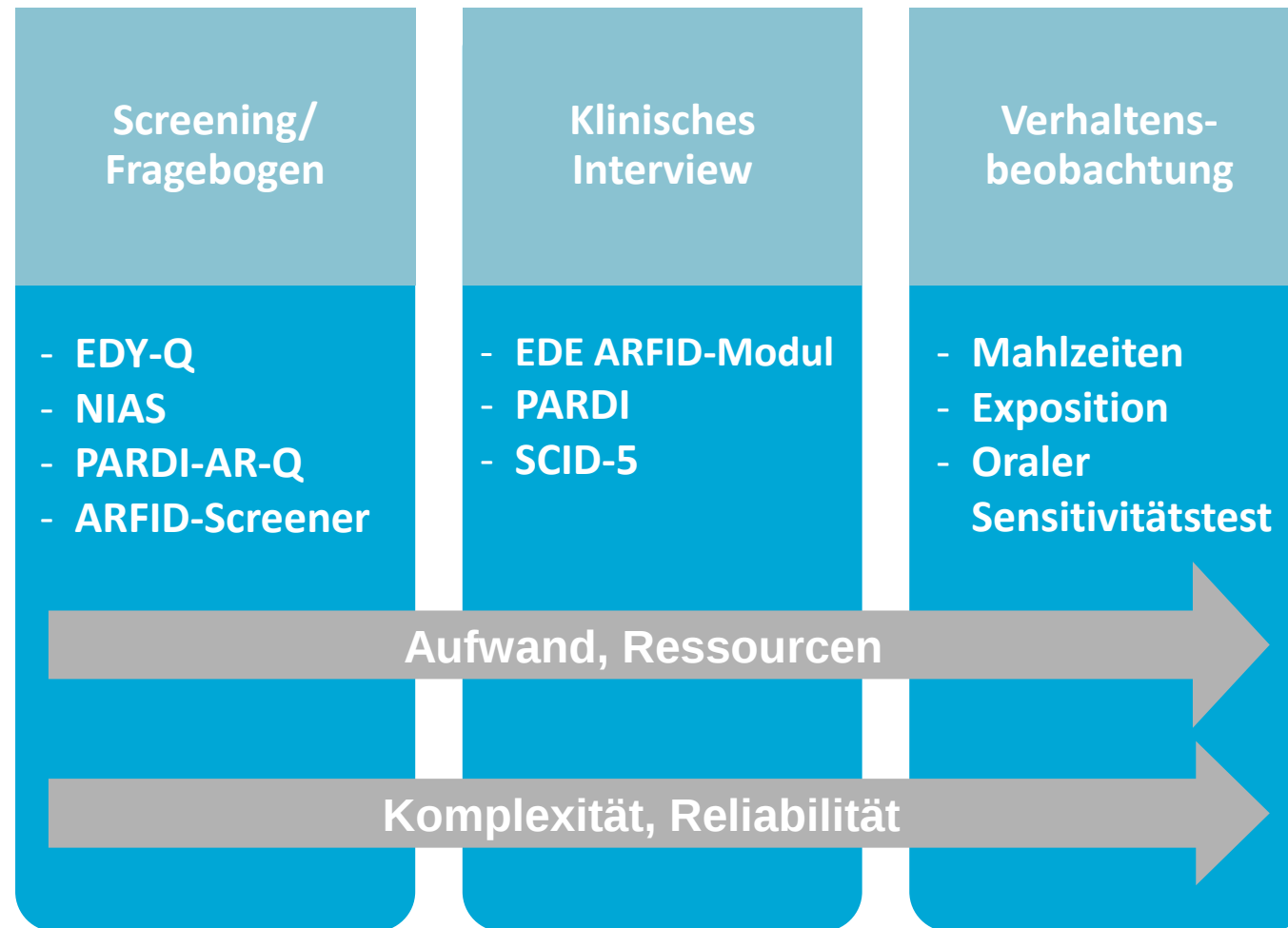
- **Medizinische Untersuchung:**

- Größe, Gewicht, elterliche Anthropometrie
- Blut (z. B. Elektrolyte), neurologisch (z. B. Sensibilitätsmessungen), internistisch (z. B. Gastroskopie, Ösophagusmanometrie)

- **Psychologische Untersuchung:**

- Allgemeine und Essstörungspsychopathologie, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren

PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK



BEHANDLUNGSERFAHRUNGEN MIT ARFID

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2021) 26:1279–1280
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-01007-1>

LETTER TO THE EDITOR



Who is treating ARFID, and how? The need for training for community clinicians

C. A. Magel¹ · K. Hewitt² · G. Dimitropoulos³ · K. M. von Ranson¹ · C. A. McMorris² 

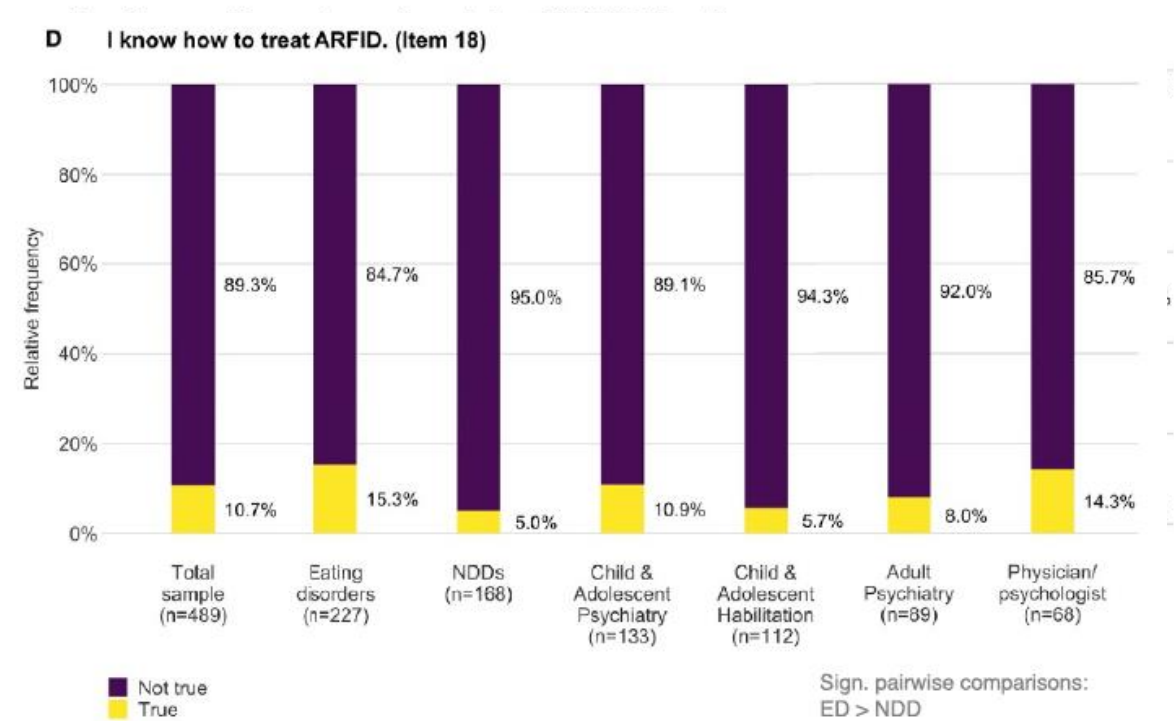
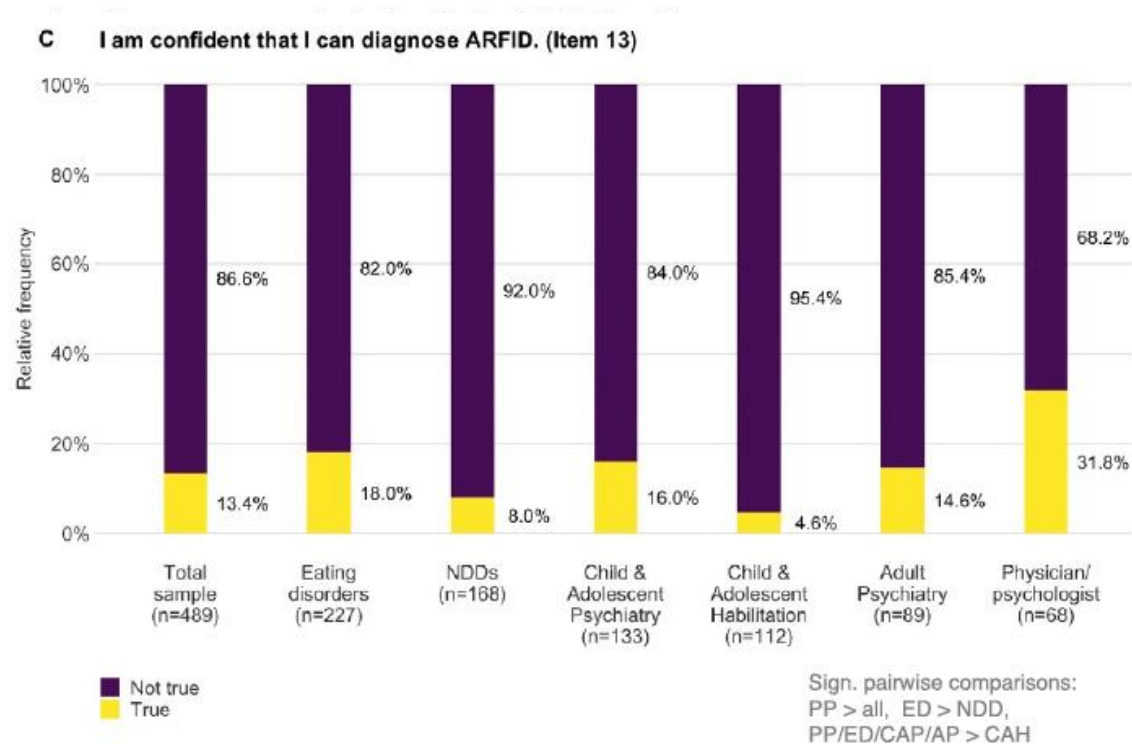
Received: 7 September 2022 | Revised: 25 December 2022 | Accepted: 29 January 2023
DOI: 10.1002/erv.2970

BRIEF REPORT

WILEY

Self-reported expertise and confidence in diagnosing and treating avoidant restrictive food intake disorder among Swedish clinicians

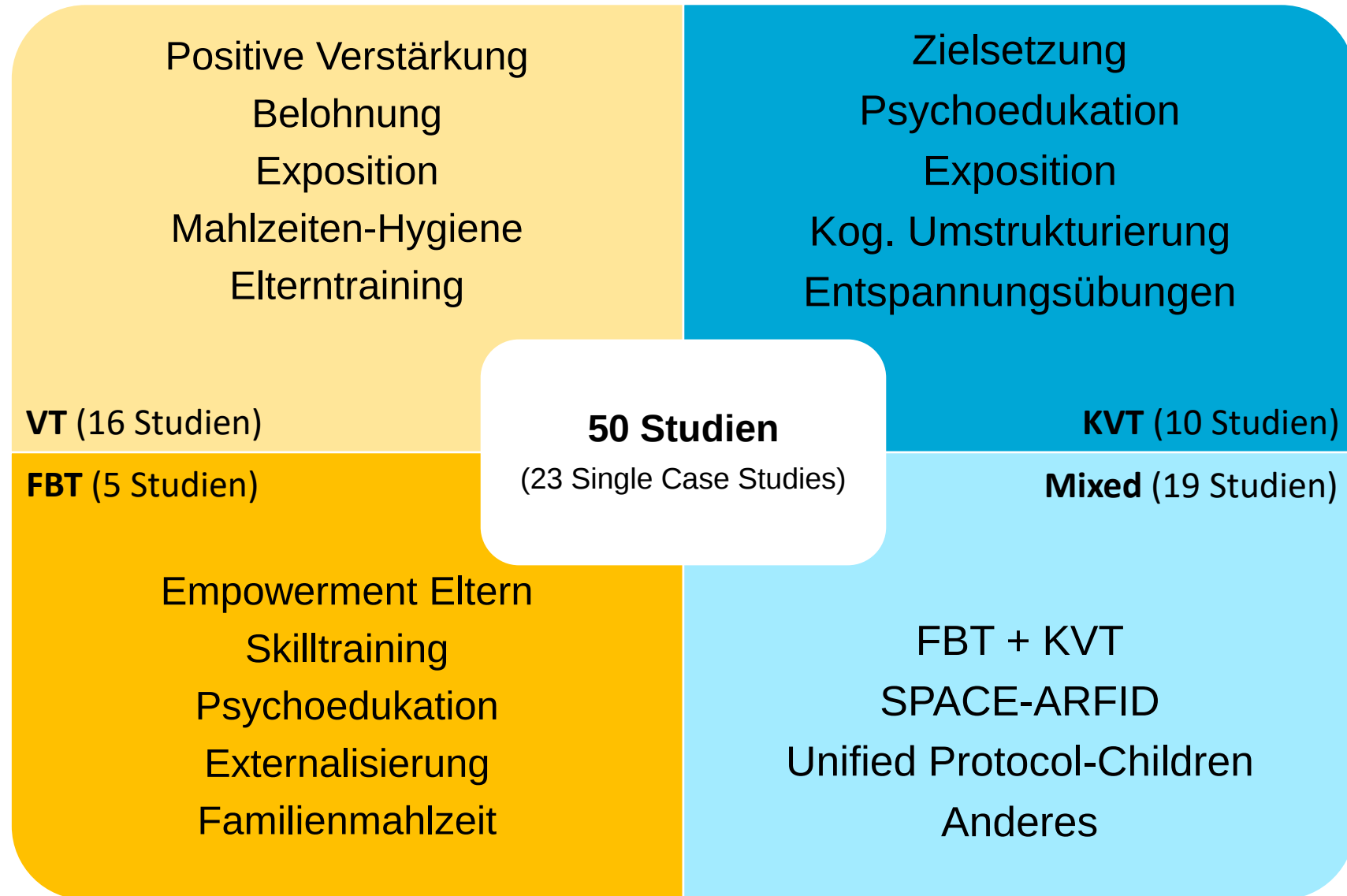
Lisa Dinkler¹ | Elin Hedlund¹ | Cynthia M. Bulik^{1,2,3}



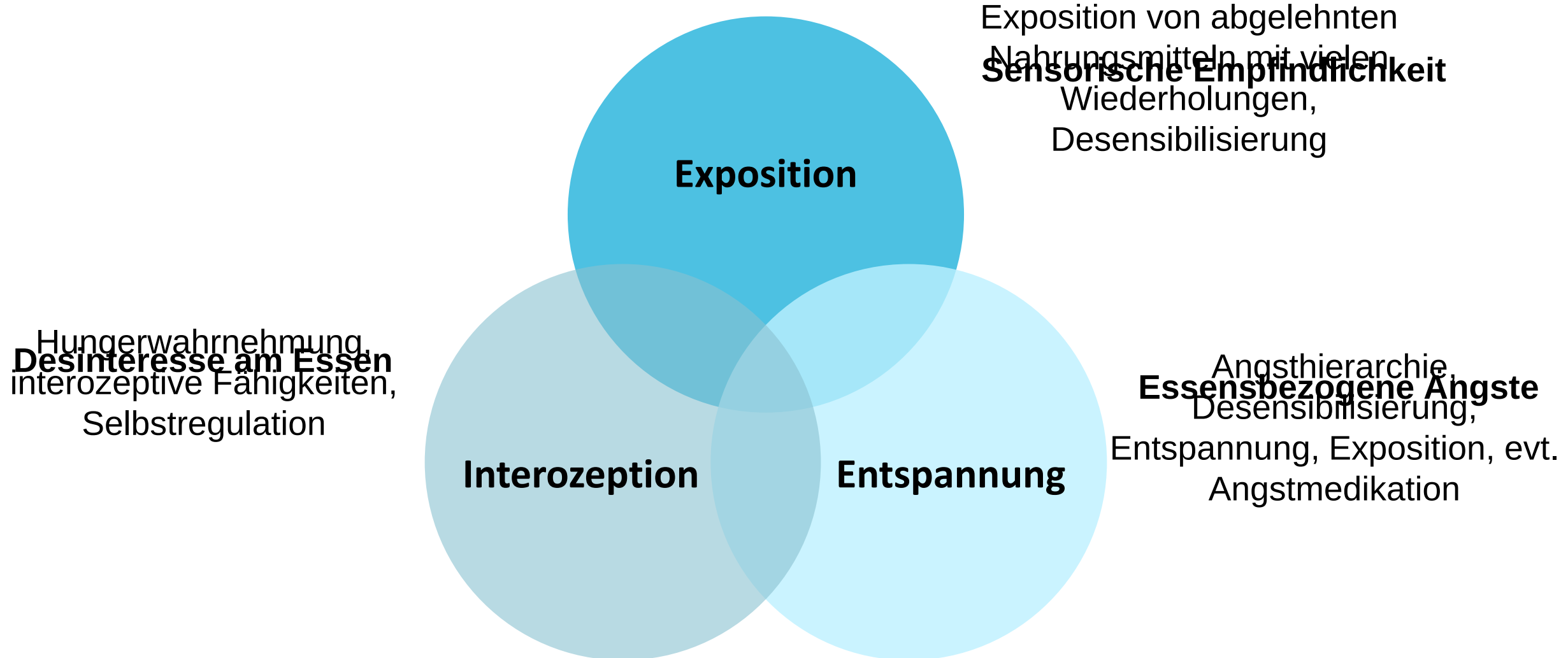
S3-LEITLINIE: BEHANDLUNG VON ARFID

- Angesichts des Risikos für Mangelernährung und Untergewicht immer **medizinische Abklärung**. (KKP)
- Eine **formalisierte Mahlzeitenstruktur** und **therapeutische Interventionen** unter Einbezug der **Eltern** bzw. Sorgeberechtigten (S2k, EL 2b)
- **Ambulante** Behandlung mit **ärztlicher Gefährdung** aufgrund von Mangelernährung oder **Verlust stationäre** Behandlung. (KKP)
- Orientierung an **Leitlinien** zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k).

in Überarbeitung



PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIONEN



PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN FÜR ARFID



- RCT ($N = 30$), D-Cycloserin, 1-6 Jahre
- Fallstudien (1-14 Patienten):
 - Mirtazapin
 - Olanzapin
 - Buspiron
 - Risperidon
 - Lisdexamfetamin
 - Methylphenidat
- Chart Review (39 Patienten):
 - SSRI

ARFID: „TYPISCHE“ ESSSTÖRUNG?

- Sehr prävalent in behandlungsaufsuchenden Stichproben
- Diagnostizierbar in der ICD-11
- Anders als „traditionelle“ Essstörungen:
 - Männlicher Betroffenenanteil
 - Körperliche Komorbiditäten, Intensivmedizin möglich
 - Altersübergreifend (Säuglinge, [Klein]Kinder, Jugendliche, Erwachsene)
 - Heterogenes klinisches Bild
 - Bekanntheitsgrad gering



LEIPZIG ARFID STUDIE



UNIVERSITÄT
LEIPZIG
Medizinische Fakultät



Universitätsklinikum
Leipzig
Medizin ist unsere Berufung.

TEILNEHMENDE GESUCHT!

Sind Sie Elternteil eines Kindes,
das zu **wenig oder zu ausgewählt** isst,
oder als Erwachsene/r selbst von derartigen
Essproblemen betroffen?

Oder interessieren Sie sich einfach für das
Thema Essverhalten und möchten unsere
Forschung dazu unterstützen?



Dann nehmen Sie an
dieser Umfrage teil!



Universitätsmedizin Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

www.behavioralmedicine.net/ARFID

ARFID Selbsttest

Haben Sie den Verdacht, dass Sie selbst, Ihr Kind oder jemand anderes von ARFID betroffen sein könnte, können Sie die folgenden Fragen beantworten. Falls Sie mindestens eine Frage zum Essverhalten sowie mindestens eine weitere Frage zu Einschränkungen bejahen, suchen Sie am besten einen Gesundheitsexperten auf (z. B. Haus-/Kinderarzt, Psychologen), um die Symptome professionell abklären zu lassen.



Liegt ein **deutlich auffälliges Essverhalten** vor, weil

- ... nur wenige Nahrungsmittel akzeptiert werden
- ... zu wenig gegessen wird
- ... Angst vor dem Essen besteht?

Führt das Essverhalten zu **Einschränkungen im Alltag**, z. B.



- ... Vermeidung von sozialen Treffen mit Essensbezug
- ... Konflikten mit Bezugspersonen (z. B. Familie, Freunde)
- ... Rückzug und Niedergeschlagenheit?

Führt das Essverhalten zu körperlichen **Einschränkungen**, z. B.



- ... Gewichtsverlust (oder unzureichende Gewichtszunahme)
- ... diagnostiziertem Nährstoffmangel
- ... der Notwendigkeit von hochkalorischer Ersatznahrung?



Vielen Dank!

Kontakt:

ricarda.schmidt@medizin.uni-leipzig.de

arfid@medizin.uni-leipzig.de