

**Учитель Інна**

кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри педагогічної та вікової психології  
Дніпровського національного університету  
імені Олеся Гончара,

 <https://orcid.org/0000-0002-1872-5048>

**Войнікова Ольга**

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти,  
Дніпровського національного університету  
імені Олеся Гончара,

 <https://orcid.org/0009-0001-5468-0895>

DOI [https://doi.org/10.35619/prap\\_rv.vi25.450](https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi25.450)

## РОЗЛАДИ ХАРЧУВАННЯ В РАНЬОМУ ДИТИНСТВІ: ІНТЕГРАТИВНИЙ ОГЛЯД МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ ВТРУЧАНЬ ТА КЛІНІЧНИХ СТРАТЕГІЙ УПРАВЛІННЯ

**Анотація.** *Розлади харчування в ранньому дитинстві становлять складну клінічну проблему, що поєднує медичні, сенсорно-моторні, емоційні та психосоціальні компоненти. Метою статті є інтегративний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння та лікування порушень харчової поведінки у дітей раннього віку, зокрема у контексті моделей Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) та Pediatric Feeding Disorder (PFD). Методологічною основою дослідження є систематизований огляд публікацій 2010 – 2024 років, представлених у базах PubMed, Scopus, PsycINFO та Google Scholar, із застосуванням ключових термінів «PFD», «ARFID», «feeding difficulties in childhood», «oral-motor dysfunction» та «multidisciplinary intervention».*

*У роботі здійснено порівняльний аналіз діагностичних критеріїв ARFID і PFD, виокремлено спільні риси – сенсорну гіперчутливість, орально-моторну незрілість і поведінкову ригідність – та окреслено концептуальні відмінності між психіатричною та біопсихосоціальною моделями харчових порушень. Особливу увагу приділено мультидисциплінарним клінічним втручанням, що включають сенсорну десенсибілізацію, поведінкові стратегії, батьківський коучинг і міжпрофесійну координацію у форматі «feeding team». Підкреслено роль сімейного контексту та стилю батьківського виховання як детермінант харчової поведінки.*

*Результати огляду свідчать, що ефективне ведення дитячих розладів харчування потребує комплексної діагностики, раннього втручання та узгодженої взаємодії фахівців різних галузей. У перспективі актуальним є впровадження підходів імплементаційної науки та культурно адаптованих моделей терапії для покращення доступності допомоги дітям із харчовими порушеннями.*

**Ключові слова:** *розлади харчування, раннє дитинство, ARFID, PFD, мультидисциплінарний підхід, сенсорна десенсибілізація, поведінкові втручання, батьківський коучинг, харчова вибірковість, вибагливі їдці, відмова від їжі.*

**Постановка проблеми.** *Розлади харчування в дитинстві становлять складний біопсихосоціальний феномен, який інтегрує медичні, нейророзвиткові, сенсорно-моторні, емоційно-поведінкові та сімейно-соціальні чинники. У сучасних умовах спостерігається зростання частоти харчових труднощів серед дітей раннього віку, що вимагає*

переосмислення традиційних клінічних підходів і переходу до мультидисциплінарної моделі оцінки та втручання. Незважаючи на зростання кількості зарубіжних публікацій, присвячених цьому феномену, у вітчизняній науковій літературі відсутня цілісна систематизація сучасних підходів до розуміння та лікування дитячих порушень харчування. Проблема ускладнюється відсутністю єдності термінології, чітких діагностичних критеріїв і стандартизованих клінічних алгоритмів ведення таких дітей.

Особливу складність становить відмежування поведінкових і сенсорно-моторних труднощів від медично зумовлених порушень, а також відсутність інтегрованої моделі, яка б пояснювала взаємозв'язок між біологічними, психоемоційними та соціальними чинниками. Унаслідок цього діти з ознаками розладів харчування часто залишаються без своєчасної допомоги або отримують фрагментоване лікування, спрямоване на окремі аспекти проблеми.

На міжнародному рівні відбувається поступова уніфікація діагностики завдяки запровадженню понять Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) та Pediatric Feeding Disorder (PFD). Однак їх практичне застосування в українській клінічній та реабілітаційній практиці залишається обмеженим, а питання інтеграції мультидисциплінарних підходів потребує подальшого вивчення. Це визначає наукову та практичну значущість системного огляду сучасних доказових стратегій діагностики й терапії ранніх розладів харчування у дітей. Додаткової уваги потребує вивчення сімейних і поведінкових детермінант порушень харчування, ролі батьківського стилю, емоційної регуляції та якості взаємодії «батьки – дитина» у виникненні й підтриманні проблемної харчової поведінки. Недостатня інтеграція між медичними, психологічними та терапевтичними службами ускладнює формування цілісних клінічних маршрутів, що знижує ефективність втручань.

Таким чином, актуальною науковою проблемою є обґрунтування та систематизація мультидисциплінарних стратегій діагностики й терапії дитячих розладів харчування на основі сучасних доказових підходів і концепції раннього втручання.

**Аналіз останніх досліджень з проблеми.** Цей огляд було проведено шляхом пошуку наукової літератури, опублікованої в період з 2010 по 2024 рік. у базах PubMed, Scopus, PsycINFO та Google Scholar. Використовувалися ключові терміни: «PFD», «ARFID», «feeding difficulties in childhood», «sensory food aversion», «oral-motor dysfunction», «feeding therapy» та «multidisciplinary intervention». До аналізу включалися дослідження, що стосувалися дітей 0 – 7 років, розглядали діагностичні критерії ARFID або PFD, етіологічні чинники (сенсорні, емоційні, моторні) чи терапевтичні підходи (харчові ланцюжки, тренінги для батьків) та були опубліковані англійською мовою. Виключалися роботи, присвячені лише органічній гастроінтестинальній патології без поведінкових або розвиткових аспектів, а також поодинокі клінічні випадки.

У сучасній науковій літературі розлади харчування в ранньому дитинстві дедалі частіше розглядаються крізь призму багатовимірних моделей, що поєднують медичні, нутритивні, сенсорно-моторні та психосоціальні компоненти. Запровадження у DSM-5 діагностичної категорії ARFID стало важливою віхою в уточненні критеріїв обмежувальної харчової поведінки, не пов'язаної з образом тіла, та сприяло виокремленню специфічних клінічних профілів, зумовлених сенсорною гіперчутливістю, низьким інтересом до їжі або страхом негативних наслідків. Паралельно розвивається концепція PFD, що пропонує біопсихосоціальну рамку для оцінки дитячих розладів харчування, інтегруючи медичні, нутритивні, моторно-сенсорні й психосоціальні домени. Консенсусне визначення було опубліковано в Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition у січні 2019 року. У 2021 році в США Комітет з координації та обслуговування МКХ-10 створив оновлення, а 1 жовтня 2021 року, з'явився новий код в МКХ-10 для PFD.

Роботи Sdravou та ін (2021). демонструють, що навіть серед типово розвиваючихся дітей раннього віку значна частка стикається з вибірковістю, відмовою від конкретних текстур або форм їжі, що супроводжується підвищеною сімейною напругою. Дослідження

Ковасіс (2021) та ін. показали, що PFD має суттєву поширеність у популяції дітей до п'яти років, що підтверджується страховими даними та підкреслює його вагу як окремої клінічної одиниці.

Окремим напрямом розвиваються роботи, присвячені сенсорній чутливості та харчовій вибірковості, особливо в контексті нейророзвиткових розладів. Дослідження Cermak, Curtin та Bandini (2010) довели, що у дітей з розладом аутистичного спектра харчові труднощі часто поєднуються з вираженою сенсорною гіперчутливістю, що виявляється у вибірковості за текстурою, запахом і виглядом їжі. Ці результати корелюють із моделлю PFD, у якій сенсорно-моторний домен розглядається як ключовий компонент патогенезу розладів харчування. Поряд із тим, у клінічних оглядах ARFID акцентується на ролі тривоги, умовно-рефлекторного уникання їжі після негативних досвідів (задуха, блювання) та емоційної дисрегуляції, що наближає цей діагноз до межі між психіатричною й поведінковою науками.

Вагомий пласт досліджень стосується стандартизації діагностичних інструментів. Розробка та валідація скринінгових і діагностичних опитувальників, зокрема Nine-Item ARFID Screen (NIAS), Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5) і PARDI-AR-Q, сприяли виокремленню специфічних профілів симптомів ARFID та їх відмежуванню від інших розладів харчової поведінки. У сфері клінічної практики наголошується на важливості мультидисциплінарної оцінки, яку системно описують рекомендації Американської асоціації мовлення та слуху, де підкреслюється необхідність участі педіатра, дієтолога, логопеда, ерготерапевта й психолога у веденні дітей із порушеннями харчування.

Дослідження сімейних і соціальних детермінант харчової поведінки дітей показують, що батьківський стиль, структурування прийомів їжі та якість взаємодії в сім'ї є важливими предикторами формування як адаптивних, так і проблемних харчових патернів. Роботи Baumrind (1966) та огляд Patrick і Nicklas (2005) засвідчили, що авторитарний стиль виховання, контроль і примус до їжі асоціюються з вищим рівнем харчової вибірковості та конфліктами під час годування, тоді як авторитетний стиль сприяє гнучкості та позитивному ставленню до їжі. Практичні роботи Rowell (2015), Satter (1986) і McGlothlin (2015) фокусуються на концепції «відповідального/чуйного годування», що наголошує на важливості розпізнавання сигналів голоду й насичення, зниженні батьківської тривоги та формуванні позитивного досвіду спільних прийомів їжі.

Ще одним важливим вектором розвитку є дослідження ефективності мультидисциплінарних програм втручання. Роботи Benton та ін., а також Williams та ін. демонструють, що інтегровані «feeding team» підходи зменшують залежність від зондового харчування, покращують нутритивний статус і якість життя родин порівняно з розрізненими формами терапії. У цих програмах поєднуються сенсорна десенсибілізація, поведінкові протоколи, тренінги для батьків та міжпрофесійна координація, що узгоджується з концептуальними положеннями PFD як мультидисциплінарного діагнозу.

Водночас, попри значний прогрес у теоретичній розробці проблеми та накопичення емпіричних даних, низка аспектів залишається недостатньо вивченою. Зокрема, мало досліджень присвячено довгостроковим наслідкам ранніх розладів харчування для емоційного розвитку, сімейної динаміки та психічного здоров'я у підлітковому й дорослому віці, а також культурно-специфічним особливостям харчових патернів у різних країнах, включно з Україною. Це обґрунтовує потребу в подальших інтегративних дослідженнях, орієнтованих на поєднання біопсихосоціальних моделей, імплементаційної науки та практик співдизайну з участю сімей і мультидисциплінарних команд.

**Метою статті** є здійснення аналізу сучасних наукових підходів до діагностики, етіології та терапії розладів харчування в ранньому дитинстві, із систематизацією мультидисциплінарних стратегій клінічного втручання. У межах статті передбачено порівняння концептуальних моделей ARFID та PFD, визначення їх спільних і відмінних

характеристик, а також обґрунтування ефективності міжпрофесійної співпраці у веденні дітей із порушеннями харчування.

Центральним об'єктом статті є модель PFD, запропонована Goday та ін. (2019), що класифікує порушення харчування за чотирма доменами: медичним, нутритивним, сенсорно-моторним і психосоціальним. Порівняння PFD з ARFID дозволяє простежити спільні риси – сенсорну відразу, затримку орально-моторних навичок і емоційну дисрегуляцію.

**Виклад основного матеріалу.** Розлади харчування в ранньому дитинстві дедалі частіше визнаються серйозною клінічною проблемою, що проявляється сенсорною гіперчутливістю, затримкою орально-моторного розвитку та поведінковою ригідністю. Їх часто помилково сприймають як вікові особливості, що призводить до затримки діагностики. За даними досліджень, до 45% дітей із типовим розвитком і до 80% дітей із затримками розвитку мають труднощі з харчуванням (Sdravou, 2021; Kleinert, 2017).

ARFID Avoidant/Restrictive Food Intake – розлад уникання чи обмеження їжі, не пов'язаний із образом тіла, зумовлений сенсорними факторами, страхом негативних наслідків або низьким апетитом. Pediatric Feeding Disorder (PFD) описує труднощі з харчуванням як багатовимірне явище з медичними, нутритивними, моторно-ковтальними та психосоціальними компонентами. За даними страхових вибірок США, PFD виявляють у 1 з 23 – 37 дітей віком до п'яти років (Kovacic, 2021). Часто у таких дітей спостерігається недоїдання, особливо за наявності хронічних хвороб або затримки розвитку.

Розлади харчування у ранньому дитинстві охоплюють різноманітні труднощі, що впливають на здатність дитини споживати їжу по віку. Раніше ці порушення розглядалися окремо в медичному, поведінковому й розвитковому контекстах. Введення діагнозу ARFID у DSM-5 уточнило критерії обмежувальної поведінки, не пов'язаної з образом тіла (American Psychiatric Association, DSM-5™, 2013). ARFID включає сенсорне уникання, низький інтерес до їжі та страх негативних наслідків (задуха, блювання). Діагноз ставиться за умов недостатності харчування, втрати ваги або соціально-психологічних труднощів.

Оскільки психіатрична модель ARFID не враховує моторні чи розвиткові аспекти, у 2019 році запропоновано PFD – багатовимірну систему, що охоплює чотири сфери: медичну, нутритивну, моторно-сенсорну і психосоціальну (Goday, 2019). Для діагнозу достатньо вираженого порушення хоча б в одній із них. ARFID і PFD мають спільні нутритивні та психосоціальні критерії, проте PFD також охоплює медичні та механічні труднощі.

Для діагностики ARFID закордоном використовують Nine-Item ARFID Screen (NIAS), який оцінює сенсорне уникання, низький апетит і страх негативних наслідків (Zickgraf, 2018). Інші інструменти – PARDI та EDA-5 – допомагають відрізнити ARFID від інших порушень (Bryant-Waugh, 2022; Sysko, 2015). Виявлення PFD передбачає аналіз зросту, медичної історії, орально-моторного розвитку та бесіди з батьками. Американська асоціація мовлення та слуху рекомендує командну оцінку за участі педіатра, дієтолога, логопеда, ерготерапевта та психолога (ASHA 2023). Хоча PFD і ARFID мають спільні поведінкові риси, ARFID належить до психіатричної класифікації, тоді як PFD – до ширшої біопсихосоціальної моделі, що потребує міждисциплінарного втручання.

Розлади харчування у ранньому дитинстві часто формуються не лише через сенсорні, моторні чи медичні фактори, але й у тісному зв'язку із сімейним контекстом і стилем виховання. Дослідження показують, що взаємодія між дитиною та батьками має вирішальне значення у виникненні та підтриманні харчових порушень. Контролюючі форми батьківської поведінки – примус до їжі, надмірний нагляд чи критика – пов'язані з підвищеною тривожністю, конфліктами під час їди та посиленням відмови від харчування. Водночас відсутність структурованих сімейних ритуалів і регулярних прийомів їди сприяє хаотичній харчовій поведінці.

Батьківське моделювання відіграє не менш важливу роль. Діти засвоюють харчові установки батьків, зокрема поляризацію продуктів на «корисні» і «шкідливі» або схильність

до надмірних обмежень у їжі. Конфлікти, відволікання гаджетами чи нестача уваги під час прийомів їди формують негативні асоціації з процесом годування та може закріплювати уникаючу поведінку. Стиль виховання також впливає на розвиток харчових навичок. Авторитарний стиль, що поєднує високий контроль і низьку чутливість, часто спричиняє відмову від їжі, тоді як авторитетний, який поєднує структуру з теплом і підтримкою, асоціюється з більш адаптивною поведінкою та гнучкістю у виборі їжі. Тому ефективне лікування дитячих розладів харчування має включати оцінку стилю батьківства та навчання батьків ефективним стратегіям взаємодії.

Модель «feeding team», поширена у Північній Америці та Європі, вважається найефективнішою у веденні дитячих розладів харчування. До складу таких команд входять педіатр, психіатр, гастроентеролог та інші лікарі, логопед, ерготерапевт, психолог, харчовий терапевт і дієтолог. Вони працюють у спільному діагностичному полі, погоджують цілі та регулярно проводять колективні обговорення випадків. Такий підхід підвищує узгодженість, зменшує ризик суперечливих рекомендацій і покращує задоволеність родин лікувальним процесом (Benton, 2024).

Одним із ключових напрямів є сенсорна десенсибілізація – поетапне зниження реактивності на небажані властивості їжі, зокрема текстуру, запах або вигляд. Дитина поступово звикає до нових сенсорних відчуттів, починаючи з дотику чи нюху й переходячи до дегустації, без примусу до ковтання. Цей процес часто поєднується з грою, вільною взаємодією з продуктами та поступовим розширенням дієти за принципом «харчових ланцюжків» схожих за характеристиками страв. Успішність десенсибілізації зростає, коли вона супроводжується навчанням батьків і створенням спокійної, передбачуваної атмосфери під час їди.

Поведінкові стратегії спрямовані на формування прийняття їжі через позитивне підкріплення та поступову експозицію. Замість тиску чи покарань застосовуються ієрархії толерантності, де дитина поступово переходить від спостереження за їжею до дотику, дегустації та споживання. Психотерапевти, працюючи з родинами, допомагають батькам розпізнавати власні тривожні реакції та уникати контролюючих дій, перетворюючи годування з поля конфлікту на можливість позитивної взаємодії.

Невід'ємною частиною сучасних втручань є батьківський коучинг, який розглядає батьків як активних учасників терапії. Навчання спрямоване на підвищення впевненості батьків, зниження тривоги та створення безпечного, передбачуваного середовища. Програми, орієнтовані на «відповідальне\чуйне годування», навчають батьків розпізнавати сигнали дитини, підтримувати межі без тиску та забезпечувати емоційну стабільність під час їди. Результативність таких програм безпосередньо залежить від рівня залученості батьків і послідовності їхніх дій удома, а також від емпатії, культурної чутливості та підтримки з боку фахівців.

**Висновки і перспективи подальших розвідок.** Розлади харчування у ранньому дитинстві – складне багатофакторне явище. Їхній розвиток зумовлений поєднанням медичних, біологічних, сенсорних, емоційних і міжособистісних чинників, що вимагає мультидисциплінарного підходу та міждисциплінарної співпраці. Діти з такими порушеннями часто мають не лише медичні, фізіологічні чи сенсорні труднощі, а й проблеми емоційного розвитку та стосунків із батьками. Ефективне лікування повинно поєднувати індивідуалізовані стратегії, сенсорну десенсибілізацію, моторні й поведінкові втручання, а також батьківські тренінги.

Майбутні дослідження дитячих розладів харчування мають зосередитися на підходах, що дозволить глибше зрозуміти розвиток, чинники ризику та віддалені наслідки ранніх харчових труднощів. Подальші клінічні розробки повинні залучати батьків, педагогів і терапевтів, забезпечуючи культурну відповідність, практичність і сталість втручань. Використання співдизайну та імплементаційної науки допоможе скоротити розрив між

теорією та практикою, що особливо важливо для країн із обмеженим доступом до спеціалізованої допомоги, зокрема України.


### СПИСОК ПОСИЛАНЬ

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *American Psychiatric Publishing*. Retrieved from <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2023). Pediatric feeding and swallowing: *Clinical practice portal*. Retrieved from <https://surl.li/roxbwu>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. Retrieved from <https://doi.org/10.2307/1126611>.
- Benton, K., Delzell, D., Nalepa, N., & Eicher, P. (2024). Characterization and impact of a multidisciplinary outpatient pediatric feeding and swallowing program. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(5), 885-902. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10882-024-09946-8>.
- Bryant-Waugh, R., Stern, C. M., Dreier, M. J., Micali, N., & Thomas, J. J. (2022). Preliminary validation of the Pica, ARFID, and rumination disorder interview ARFID questionnaire (PARDI-AR-Q). *Journal of Eating Disorders*, 10, 179. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00706-7>.
- Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.10.032>.
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. ... Kenzer, A. (2019). Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124-129. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>.
- 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. Retrieved from <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>.
- Kleinert, J. O. (2017). Pediatric feeding disorders and severe developmental disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 38(2), 116-125. Retrieved from <https://doi.org/10.1055/s-0037-1599109>.
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric feeding disorder: A nationwide prevalence study. *Journal of Pediatrics*, 228, 126-131. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>.
- Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/07315724.2005.10719448>.
- Rowell, K., & McGlothlin, J. (2015). *Helping your child with extreme picky eating: A step-by-step guide for overcoming selective eating, food aversion, and feeding disorders*. New Harbinger Publications.
- Satter, E. M. (1986). The Feeding Relationship. *Journal of the American Dietetic Association*, 86(3), 352-356.
- Sdravou, K., Fotoulaki, M., Emmanouilidou-Fotoulaki, E., Andreoulakis, E., Makris, G., Sotiriadou, F., & Printza, A. (2021). Feeding problems in typically developing young children: A population-based study. *Children*, 8(5), 388. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/children8050388>.
- Sysko, R., Glasofer, D. R., Hildebrandt, T., Klimek, P., Mitchell, J. E., Berg, K. C., & Wonderlich, S. A. (2015). The Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and


- validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 452-463. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/eat.22388>.
- Williams, C., VanDahm, K., Stevens, L. M., & Gosa, M. M. (2017). Improved outcomes with an outpatient multidisciplinary intensive feeding therapy program compared with weekly feeding therapy to reduce enteral tube feeding dependence in medically complex young children. *Current Gastroenterology Reports*, 19, 33. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11894-017-0569-6>.
- Zickgraf, H. F., & Ellis, J. M. (2018). Initial validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS): A measure of avoidant/restrictive food intake disorder symptoms. *Appetite*, 123, 32-42. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.111>.
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 95-103. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>.

## EATING DISORDERS IN EARLY CHILDHOOD: AN INTEGRATIVE REVIEW OF MULTIDISCIPLINARY INTERVENTIONS AND CLINICAL MANAGEMENT STRATEGIES

**Inna Uchytel**

Ph.D. in Pedagogical Sciences, Associate Professor,  
Department of Pedagogical and Developmental Psychology,  
Oles Honchar Dnipro National University  
 <https://orcid.org/0000-0002-1872-5048>

**Olha Voinikova**

Master's Degree Candidate in Psychology,  
Specialty 053 Psychology,  
Oles Honchar Dnipro National University,  
 <https://orcid.org/0009-0001-5468-0895>

DOI [https://doi.org/10.35619/prap\\_rv.vi25.450](https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi25.450)

**Abstract.** *Eating disorders in early childhood represent a complex clinical phenomenon that integrates medical, sensory-motor, emotional, and psychosocial components. The aim of this article is to provide an integrative analysis of contemporary scientific approaches to understanding and treating feeding and eating disturbances in young children, particularly within the frameworks of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) and Pediatric Feeding Disorder (PFD). The methodological basis of the study is a systematic review of publications from 2010 to 2024 indexed in PubMed, Scopus, PsycINFO, and Google Scholar databases, using the key terms «PFD», «ARFID», «feeding difficulties in childhood», «oral-motor dysfunction», and «multidisciplinary intervention». The paper presents a comparative analysis of the diagnostic criteria for ARFID and PFD, identifying their shared features-sensory hypersensitivity, oral-motor immaturity, and behavioral rigidity-while outlining the conceptual distinctions between psychiatric and biopsychosocial models of feeding disorders. Particular attention is given to multidisciplinary clinical interventions, including sensory desensitization, behavioral strategies, parent coaching, and interprofessional coordination within a «feeding team» framework. The study emphasizes the role of family context and parenting style as determinants of feeding behavior.*

*The results of the review indicate that the effective management of pediatric feeding disorders requires comprehensive assessment, early intervention, and coordinated collaboration*

*among professionals from multiple disciplines. Future directions include the implementation of evidence-based practices from implementation science and the adaptation of culturally sensitive therapeutic models to improve access to care for children with feeding disorders.*

**Key words:** *eating disorders, early childhood, ARFID, PFD, multidisciplinary approach, sensory desensitization, behavioral interventions, parent coaching, food selectivity, picky eaters, food refusal.*

*Стаття надійшла до редакції 13.11.2025*