

Anna Keski-Rahkonen, Laila Ketvel, Satu Westerholm, Sari Aapro, Reita Nyberg ja Anu Ruusunen

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö (ARFID)

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö (avoidant-restrictive food intake disorder, ARFID) on uusi syömishäiriö DSM-5- ja ICD-11-tautiluokituksissa. Syömisen erityispiirteet, ruoan aistittaviin ominaisuuksiin tai syömisen seurauksiin liittyvät pelot tai vähäinen ruokahalu rajoittavat sairastuneen syömistä niin paljon, että kasvu, painonkehitys tai ravitsemustila häiriintyvät tai syömisen rajoittuneisuus aiheuttaa huomattavaa psykososiaalista haittaa. Diagnoosi perustuu terveydentilan monipuoliseen arviointiin. Syömisen erityispiirteitä voidaan kartoittaa oirekyselyillä tai diagnostisilla haastattelulla. Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriöön liittyy usein kroonisia sairauksia, mielenterveyden oireita ja autismikirjon piirteitä. Vaikeimmin oireilevat tarvitsevat moniammatillista kuntoutusta. Ravitsemusterapeutin, toimintaterapeutin, puheterapeutin, psykologin tai psykoterapeutin erityisosaaminen on hyödyksi kuntoutuksen suunnittelussa. Lasten ja nuorten ruokavalion kehittymistä monipuoliseksi voidaan tukea myös ruokakasvatuksen keinoin.

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö ARFID (avoidant-restrictive food intake disorder, 307.59) lisättiin uutena syömishäiriödiagnoosina vuonna 2013 julkaistuun psykiatriseen DSM-5-tautiluokitukseen ja vuonna 2018 julkaistuun ICD-11-tautiluokitukseen (**TAULUKKO 1**). Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö tarkoittaa pitkään jatkuneita energian tai ravintoaineiden riittävän saannin tyydyttämisen vaikeuksia, joista aiheutuu kasvun, painonkehityksen tai ravitsemustilan häiriintymistä tai huomattavaa psykososiaalista haittaa.

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriön diagnoosi syntyi tarpeesta kuvata lasten syömishäiriöitä. ICD-10-tautiluokituksessa näitä ongelmia kuvaa diagnoosi F98.2, ”Lapsen tai imeväisen syömishäiriö”. Väestötutkimusten perusteella valikoiva syöminen on hyvin yleistä lapsuusiässä ja useimmiten harmiton ja itsestään ohimenevä ilmiö (1,2). Skotlantilaisen väestötutkimuksen perusteella kaksivuotiaista 14 %, viisivuotiaista 22 % ja kymmenvuotiaista lapsista 6 % syö valikoivasti (1). Suomalai-

sen väestötutkimuksen perusteella puolestaan 9–12-vuotiaista 34 % syö valikoivasti ja 14 % pelkää uusia ruokia (2).

Valikoiva syöminen lisää sekä alipainoisuuden että epäterveellisten ruokavalintojen todennäköisyyttä (2). Se voi liittyä myös kehitykselliseen erityisyyteen (3). Varsinaisesta syömishäiriöstä voidaan puhua, mikäli syöminen on pitkään niin rajoittunutta tai yksipuolista, että kasvu, painonkehitys, kehitys tai ravitsemustila häiriintyvät tai syömisen rajoittuneisuus aiheuttaa huomattavaa psykososiaalisen toimintakyvyn haittaa.

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriön diagnoosi voidaan asettaa kaikenikäisille. Nuorten tai aikuisten ICD-10-diagnoosi voidaan merkitä koodilla F50.82.

Esiintyvyys ja etiologia

Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriön esiintyvyys lapsuus- ja nuoruusikäisillä on ollut väestötutkimuksissa 0,5–15,5 % ja aikuisikäisillä 0,8–4,5 % (4). Hoitoa vaativa häiriö on kuvattu

TAULUKKO 1. Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön (ARFID) diagnostiset kriteerit kansainvälisissä tautiluokituksissa.

DSM-5-kriteerit
A. Syömisen häiriö (esim. näennäinen kiinnostuksen puute, joka liittyy syömiseen ja ruokaan; välttely, joka perustuu ruoan sensorisiin ominaisuuksiin; huoli syömisen haitallisista seurauksista), joka näkyy jatkuvana kyvyttömyytenä täyttää ravinnon- tai energiansaannin tarpeita ja johon liittyy vähintään yksi seuraavista: 1. Merkittävä painon väheneminen (tai epäonnistuminen odotetun painon lisääntymisen saavuttamisessa tai lapsuuden painonkehityksen häiriintyminen) 2. Merkittävä ravintoaineiden puutostila 3. Riippuvuus letkuravitsemuksesta tai suun kautta nautittavista kliinisistä täydennysravintovalmisteista 4. Huomattava vaikutus psykososiaaliseen toimintakykyyn
B. Syömisen häiriintyminen ei selity paremmin ruoan huonolla saatavuudella tai kulttuuriin liittyvällä käytännöllä.
C. Syömisen häiriintyminen ei esiinny vain laihuushäiriön tai ahmimishäiriöiden aikana, eikä ole havaittavissa todisteita siitä, että yksilön kyky hahmottaa kehonsa painoa tai muotoa olisi häiriintynyt.
D. Syömisen häiriintyminen ei johdu samanaikaisesta somaattisesta häiriöstä tai selity paremmin muulla mielenterveyden häiriöllä. Kun häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä esiintyy jonkin muun tilan tai häiriön yhteydessä, se on vakavampaa kuin kyseisen tilan tai häiriön yhteydessä tavanomaisesti on tyypillistä tai se vaatii erityistä huomiota hoidon suunnittelussa.
ICD-11-kriteerit
Välttelevänä tai rajoittuneena syömisenä ilmenevä syömishäiriö (ARFID) tarkoittaa ravinnonsaannin välttämistä tai rajoittamista, joka 1. johtaa energiansaannin tai riittävän ravinnonsaannin kannalta riittämättömään määrään tai valikoimaan ruokia tai ravintoa, mikä aiheuttaa kliinisesti merkitsevää painon vähenemistä, ravintoaineiden puutostiloja, tarvetta käyttää kliinisiä täydennysravintovalmisteita, tarvetta turvautua letkuravitsemukseen tai muita terveydentilan kannalta kielteisiä seurauksia TAI 2. aiheuttaa huomattavaa haittaa henkilökohtaisessa elämässä, perhe-elämässä, ihmissuhteissa, koulunkäynnissä tai työnteossa (esimerkiksi yhteisten ruokailutilanteiden välttelyn tai niiden kuormittavuuden vuoksi) Välttelevä tai rajoittunut syöminen ja sen vaikutukset painoon, terveydentilaan tai toimintakykyyn eivät johdu tietynlaisen kehonmuodon tai painon tavoittelusta, ruoan puutteesta, muusta somaattisesta häiriöstä (esimerkiksi ruoka-allergia tai hypertyreosi) tai mielenterveyden häiriöstä, eivätkä nämä vaikutukset johdu päihteiden tai lääkeaineiden keskushermostovaikutuksista tai niiden haittavaikutuksistaan.

myös vanhusikäisellä (5). ARFID-oireita esiintyy kaikilla sukupuolilla, jopa puolet diagnosoisin saaneista on poikia tai miehiä (4,6).

Etiologia

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriöön liittyy merkittävä periytyvä alttius, ja sen tausta on heterogeeninen (KUVA) (7). Valikoiva syöminen liittyy useimmiten aistijärjestelmän herkkyyteen, yksilöllisiin kehityksellisiin erityispiirteisiin tai synnynnäiseen vähäiseen ruokahuuun tai puuttuvaan nälän tunteeseen (3,8). Syömisen seurausten pelko voi myös kehittyä sairauksien, terveydentilan vaatiman ruokavaliion noudattamisen tai erilaisten traumaattisten syömistäpahtumien seurauksena.

Diagnostiikka

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön diagnoosi perustuu terveydentilan ja ravitsemustilan perusteelliseen selvittelyyn (9,10). Oirekyselyt ja diagnostiset haastattelut auttavat ammattilaisia tunnistamaan syömisen erityispiirteitä, mikä auttaa hoitointerventioiden muokkaamisessa yksilöllisesti kullekin sairastuneelle sopivaksi. Diagnosointi edellyttää kuitenkin tilanteita, joissa syömisen välttäminen tai rajoittaminen tuottaa huomattavaa psykososiaalista haittaa tai johtaa vaikeisiin somaattisiin oireisiin, kuten painon vähenemiseen, kasvun hidastumiseen, ravintoaineiden puutoksiin tai tarpeeseen käyttää ravintolisiä, kliinisiä täydennysravintovalmisteita tai lisäravintoa ruokintaletkun kautta. Oireista aiheutuvat haitat

tulee kuvata tarkasti diagnoosin perusteiksi. Tukena diagnosoinnissa voidaan käyttää seuraavia oirekyselyitä ja -haastatteluja.

NIAS-kysely auttaa tunnistamaan syömisen valikoivuutta, vähäistä ruokahalua ja syömisen seurausten pelkoa (**TAULUKKO 2**) (11). Tutkimuksissa NIAS-kyselyn on havaittu erottelevan luotettavasti ARFID-diagnoosin saaneet terveistä verrokeista mutta ei muita syömishäiriötä sairastavista (12). NIAS-kyselyn spesifisyyttä voidaan kuitenkin parantaa käyttämällä sitä yhdessä syömishäiriöiden oirekyselyn kanssa: esimerkiksi yhdessä EDE-Q:n kanssa luokittelun tarkkuus on ollut tutkimuksissa 84 % (12).

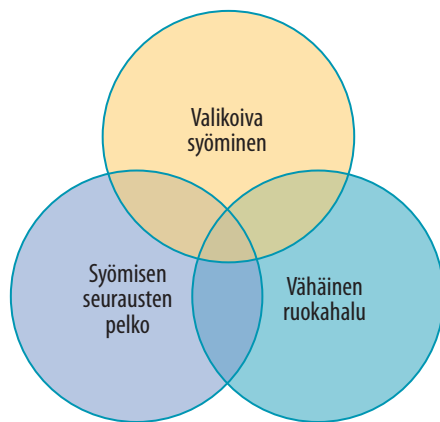
PARDI-haastattelu auttaa arvioimaan sekä syömisen erityispiirteitä (aistiherkkyudet, vähäinen kiinnostus ruokaan, syömisen seurausten pelko) että oireiden vaikeutta (13). Alustavien tutkimusten perusteella PARDI-haastattelulla on ollut hyvä reliabiliteetti ja validiteetti 10–22-vuotiaiden osalta (13).

EDE-haastattelu on syömishäiriöiden diagnostinen haastattelu, jota pidetään arvioinnin mittapuuna. EDE-haastattelua on täydennetty ARFID-osiolla, jolloin sairastuneen ja hänen vanhempiansa haastattelun perusteella luotettavasti tunnistetaan syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriöön sairastuneet (14,15). Erityisesti vanhempien osiolla on alustavissa tutkimuksissa ollut hyvä arvioijien välinen reliabiliteetti, ja lasten ja vanhempien arviot ovat olleet keskenään yhdenmukaisia (15).

Erotusdiagnoosiikka ja samanaikaissairaudet

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriö esiintyy usein samanaikaisesti monien muiden sairauksien, tilojen ja häiriöiden kanssa. Ennen syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön diagnoosin asettamista selvitetään, vaikuttaako oireisiin muu syömishäiriö, somaattinen sairaus, mielenterveyden häiriö tai synnynnäinen tai kehityksellinen erityisyys (**TAULUKKO 3**). Diagnoosi voidaan asettaa, mikäli syömisen välttäminen ja rajoittaminen aiheuttavat haittoja, jotka vaativat erityistä huomiota hoidon suunnittelussa.

Muut syömishäiriöt. Kehonkuvan häiriö tai laihtumiskykyiset eivät tyypillisesti kuulu



KUVA. Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön yleisiä taustatekijöitä ovat aistiherkkyksiin liittyvä valikoiva syöminen, synnynnäisesti vähäinen ruokahalu tai syömisen epämiellyttävien seurausten pelko. Nämä taustatekijät voivat esiintyä yhdessä tai erikseen. Osalla oireilevista yksikään näistä taustatekijöistä ei kuvaa oireiden taustaa.

Valikoivan syömisen taustalla on usein aistiperäisiä esteitä. Ruoka-aineen maku, koostumus, suutuntuuma, tuoksu, ulkonäkö tai lämpötila voivat vaikuttaa syömiseen ja rajata ruokavaliota. Uusien makujen ja ruoka-aineiden kokeileminen tuntuu pelottavalta tai mahdottomalta, mikä voi tehdä ruokavaliosta rajoittuneen ja ruokailutilanteista haastavia. Näihin erityispiirteisiin liittyy usein myös muita aistiherkkyksiä ja autismikirjon piirteitä.

Syömisen seurausten pelko johtuu usein jostakin pelottavaksi koetusta syömistapahtumasta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi sairauden, tapaturman tai lääkeytyksen aiheuttama oksentaminen, palan juuttuminen kurkkuun, allerginen reaktio tai anafylaksia. Taustalla voi myös olla hyvin tunnollinen terveyteen liittyvän ruokavalion noudattaminen. Syömisen seurausten pelkoon voi liittyä välttämiskäyttäytymistä ja turvakäyttäytymistä.

Vähäinen ruokahalu voi myös liittyä nälkäsignaalien heikkouteen. Ruokahalu voi puuttua, syöminen voi unohtua tai keskeytyä helposti tai olo voi tulla kylläiseksi jo hyvin pienen ruokamäärän jälkeen. Oireileva henkilö on monesti varsin herkkä maha-suolikanavan signaaleille, kuten täyttymisen tunteelle, turvotukselle ja suolen venytykselle. Hän saattaa kokea nämä tunteet hyvin epämiellyttävinä ja siksi välttää niitä.

syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön oireisiin vaan viittaavat muihin syömishäiriöihin. Mikäli henkilöllä havaitaan samanaikaisesti sekä laihuushäiriön oireita että ARFID-oireita, laihuushäiriön diagnoosi on ensisijainen. Syömisen erityispiirteiden tunnistaminen voi kuitenkin tukea syömishäiriön hoidon suunnittelua ja hoitoon sitoutumista.

TAULUKKO 2. NIAS: yhdeksän kysymystä ARFID-oireista (8). Kysymyksiä voidaan käyttää lasten, nuorten ja aikuisten syömisen erityispiirteiden tunnistamiseen. NIAS-kyselyn kehittäjä Hana Zickgraf on antanut luvan suomentaa, jakaa ja käyttää kyselyään vapaasti Suomessa.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Valikoiva syöminen						
1. Olen valikoiva syöjä.	0	1	2	3	4	5
2. En pidä suurimmasta osasta ruokia, joita muut ihmiset syövät.	0	1	2	3	4	5
3. Lista ruoista, joita syön, on lyhyempi kuin lista ruoista, joita en syö.	0	1	2	3	4	5
Vähäinen ruokahalu						
4. En ole kovin kiinnostunut syömisestä. Minulla tuntuu olevan muita ihmisiä vähäisempi ruokahalu.	0	1	2	3	4	5
5. Minun pitää pakottaa itseni syömään päivittäisiä aterioita tai riittävä määrä ruokaa.	0	1	2	3	4	5
6. Vaikka söisin ruokaa, josta todella pidän, minun on vaikeaa syödä riittävä määrä ruokaa aterioilla.	0	1	2	3	4	5
Syömisen seurausten pelko						
7. Vältän tai lykkään syömistä, koska pelkään syömisen haitallisia seurauksia, esimerkiksi epämukavaa oloa, tukehtumista tai oksentamista.	0	1	2	3	4	5
8. Rajaen syömiseni vain tiettyihin ruokiin, koska pelkään muunlaisten ruokien aiheuttavan haitallisia seurauksia, esimerkiksi epämukavaa oloa, tukehtumista tai oksentamista.	0	1	2	3	4	5
9. Syön pieniä annoksia, koska pelkään syömisen haitallisia seurauksia, esimerkiksi epämukavaa oloa, tukehtumista tai oksentamista.	0	1	2	3	4	5

Pisteytysohjeet.

Pisterajat perustuvat yhdysvaltalaiseen validointiaineistoon (9). Mikäli arvioidun henkilön oirekuva selittyy paremmin muun syömishäiriön piirteillä, muu syömishäiriödiagnoosi on ensisijainen.

Valikoiva syöminen

≥ 10 pistettä: kyselyssä arvioitavalla henkilöllä esiintyy vaikeaa valikoivaa syömistä.

Vähäinen ruokahalu

≥ 9 pistettä: kyselyssä arvioitavalla henkilöllä esiintyy vähäistä ruokahalua.

Syömisen seurausten pelko

≥ 10 pistettä: kyselyssä arvioitavalla henkilöllä esiintyy syömisen haitallisten seurausten pelkoa, esimerkiksi epämukavaa oloa tai tukehtumisen, oksentamisen, allergisen reaktion, anafylaksian, vatsavaivojen tai muun terveysongelman pelkoa.

Kokonaistilanteen arvio

Mikäli henkilöllä todetaan yksi tai useampi syömisen erityispiirre, arvioidaan erikseen, vaikuttavatko nämä kasvuun, painonkehitykseen ja ravitsemustilaan tai aiheutuuko näistä huomattavaa psykososiaalista haittaa.

Ahdistuneisuus ja masennus. Ahdistuneisuutta on kuvattu esiintyvän 9–72 %:lla ja masennusta 7–33 %:lla ARFID-diagnoosin saaneista lapsista ja nuorista (3,8). Pakko-oireet ja oksentamisen pelko voivat myös liittyä ARFID-oireisiin (8,16).

Ruansulatuskanavan vaivat. Kliinisissä aineistoissa syömisen välttämisen ja rajoittamisen

häiriöön sairastuneilla on kuvattu ruoka-allergioita, ruokahaluttomuutta, pahoinvointia ja monenlaisia ruoansulatuskanavan ongelmia, kuten nielemisvaikeuksia, refluksioireita, hädästunutta mahalaukun tyhjenemistä, vatsakipua, ummetusta, ärtyvän suolen oireyhtymää sekä tulehduksellisia suolistosairauksia (9,17).

Autismikirjo. Kaikenikäisillä autismikirjon ihmisillä esiintyy usein syömisvaikeuksia, valikoivaa syömistä ja ravitsemuspuutoksia (3,8). Laajan autismiperheiden tutkimuksen perusteella on arvioitu, että noin viidenneksellä autismikirjon ihmisistä ja heidän vanhemmistaan esiintyy syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriöön viittaavia oireita (3,8). Nämä piirteet on liitetty autismin ydinpiirteisiin, kuten aistiherkyyksiin, huomion kapeaan suuntautumiseen ja taipumukseen jumiutua valintatilanteissa (3,8). Autismikirjon henkilön ARFID-diagnoosi on perusteltu, mikäli syömisestä rajoittuneisuus aiheuttaa merkittävää painon vähenemistä tai haittaa muulla tavalla huomattavasti terveyttä tai psykososiaalista toimintakykyä.

Komplikaatiot

Syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriö voi johtaa puutostiloihin yksipuolisen ravinnon saannin takia (TAULUKKO 3). Tapausselostuksissa on kuvattu erilaisia vaikeita vitamiinipuutoksia, joskus myös hermovaurioita (9,18). Autismikirjon syömisoireisiin liittyy erityisesti kuidun, D- ja E-vitamiinin sekä kalsiumin niukkaa saantia (3,8). Syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriö voi myös vaikuttaa pituuskasvuun tai luuntiheyteen (19).

Hoidon periaatteet

Syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriön hoito on oireenmukaista ja perustuu kasvun, kehityksen, ravitsemustilan, terveydentilan ja liitännäisoireiden huolelliseen arviointiin ja seurantaan (TAULUKKO 3) (20,21). Hoidon tavoitteena on ravitsemustilan korjaaminen ja ruokavalion asteittainen laajentaminen siten, että välttämättömien ravintoaineiden saanti voidaan turvata. Ravintoaineiden puutoksista johtuvia haittoja voidaan vähentää antamalla monivitamiini- ja D-vitamiinivalmistetta sekä kliinisiä täydennysravintovalmisteita (9,22). Ravintolisiä ja kliinisiä täydennysravintovalmisteita saatetaan tarvita pitkäaikaisesti. Hoidon tehoa tulisi arvioida säännöllisesti kasvua ja painon kehitystä seuraamalla sekä laboratoriotutkimuksin ja elintoimintojen mittauksin.

Lieväoireiset potilaat voidaan arvioida ja hoitaa perusterveydenhuollossa, mutta vaikeaa syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriö vaatii moniammatillista hoitoa (9,21). Lääkäri tai psykologi vastaa yleensä hoidon suunnittelusta, ravitsemusterapeutti ravitsemustilan arvioinnista ja ravitsemuskuntoutuksesta (9,21). Tukea arviointiin ja kuntoutukseen voivat tarjota myös muut ammattilaiset, erityisesti syömisoireisiin perehtyneet toiminta-, puhe- ja psykoterapeutit sekä sairaanhoitajat (21).

Mikäli ARFID-potilas on vakavasti vajea ravitsemushoidon toteuttamista päiväosasto- tai sairaalaoiloissa tulee harkita (21). Vaikeissa tilanteissa joudutaan turvautumaan letkuravitsemukseen, mutta tilanteen hyödyt ja haitat tulee punnita huolellisesti tapauskohtaisesti (21,23,24). Ravitsemushoidossa tulee ottaa huomioon refeeding-oireyhtymän riski.

Läheisten osallistuminen hoitoon

Syömisestä välttämisen- ja rajoittamishäiriön hoito perustuu useimmiten läheisten sairastuneelle tarjoamaan tukeen. Syömisestä valikoivuus ja syömisepelot kuormittavat usein huomattavasti läheisiä (25). Läheisten toiminta voi myös huomattavasti vaikuttaa sairastuneen oireisiin (26). Siksi läheisten tukemiseen, ohjaukseen ja osallistamiseen on kehitetty monia erilaisia tutkimusperustaisia keinoja.

Vanhempainohjaus tarkoittaa terveyden ammattilaisten vanhemmille tai läheisille tarjoamaa tukea ja neuvontaa, joka pyrkii vaikuttamaan sairastuneen käyttäytymiseen, esimerkiksi lisäämään hänen syömänsä ruoan määrää tai monipuolisuutta (27). Vanhempainohjausta on tutkittu kattavimmin autismikirjon lasten syömisoireiden kuntoutusmuotona. Vanhempainohjaus vähensi satunnaistetussa tutkimuksessa hoitamatta jättämiseen verrattuna tehokkaasti 2–11-vuotiaiden autismikirjon lasten syömisvaikeuksia ja syömisestä valikoivuutta (28). Toisen satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen perusteella hoitokäsikirjaan perustuva ryhmähoito vähensi vielä vanhempainohjausta tehokkaammin 3–7-vuotiaiden autismikirjon lasten syömisestä valikoivuutta (29). Ryhmähoito tarjosi vanhemmille tietoa lapsen

TAULUKKO 3. Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön somaattinen oirekuva on laaja. Sairastuneilla ilmenee usein merkkejä sekä pitkäaikaisesta että akuutista vajaaravitsemuksesta. Osa oireista voi johtua suppean ruokavalion aiheuttamista ravintoaineiden puutoksista (42).

Somaattisia oireita
Akuutin vajaaravitsemuksen merkit – Väsymys, huimaus, pyörtyminen
Pitkäaikaisen vajaaravitsemuksen merkit – Kasvun hitaus tai pysähtyminen – Vatsakipu, ummetus – Matala ruumiinlämpö, kylmät ääreisosat – Hidas syke, matala verenpaine, ortostaattinen sykkeen tiheneminen – Kalpeus, lanugokarvoitus, kuiva iho, hiusten lähtö – Primaarinen tai sekundaarinen amenorrea – Kakeksia
Vitamiinien ja hivenaineiden puutosoireet – Neurokognitiiviset oireet tai mielialaoireet, väsymys, ärtyisyys, keskittymisvaikeudet, muistiongelmia – Ääreishermosto-oireet, kävelyn ja tasapainon ongelmat – Hämäränäön ongelmat, haju- ja makuaistin muutokset – Verenkuvaumuutokset – Osteopenia tai osteoporoosi – Hidastunut haavojen paraneminen, iho-ongelmia, mustelmia
Erotusdiagnoosissa poissuljettava
Krooniset maha-suolikanavan sairaudet ja imeytymishäiriöt – Keliakia – Tulehdukselliset suolisairaudet
Endokriiniset häiriöt kuten – Hypertyreoosi – Addisonin tauti – Tyypin 1 diabetes
Infektiosairaudet kuten – Tuberkuloosi – HIV
Nielemistä vaikeuttavat tilat – Kookkaat nielurisat – Suunielun motoriset ongelmat – Akalasia
Syövät
Tutkimuksia
Peruslaboratoriotutkimukset – B-TVK ja B-Diffi, P-K, P-Na, P-Mg, fB-Pi, PLV – Verikaasuanalyysi – La, CRP
Munuaisten ja maksan toiminta – P-Krea, fB-Urea, P-ALAT, P-ASAT, P-AFOS, P-Bil, P-Alb, S-Prot, INR, P-FII (protrombiini)
Endokriiniset tutkimukset – P-TSH, fB-Gluk
Suolistosairaudet – S-IgA ja S-tTGAbA (S-tTGAbG, jos S-IgA alle 0,05 g/l) – F-Calpro
Vitamiini- ja hivenainetutkimukset – S-B12-Vit, S-D-25, fS-Folaat, P-Zn – Muut ravintoanamneesin perusteella
Amenorrea tai oligomenorrea – U-hCG – Luuntiheysmittaus (kuukautiset alle kuusi kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana)
Sydäntutkimukset – EKG

syömisvaikeuksista ja tukea syömisen suunnitteluun, aterioiden toteuttamiseen ja uusiin ruokiin tutustumiseen (29).

Syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriötä sairastavien 6–14-vuotiaiden lasten tueksi on kehitetty myös uudenlainen ahdistuneisuusoireiden vähentämiseen perustuva vanhempainohjaus, joka pyrkii lisäämään syömistilanteiden joustavuutta (30). Vanhempia ohjataan tukemaan lasta tehokkaammin, vähentämään syömistilanteiden stressaavuutta ja asteittain vähentämään syömishäiriön oireisiin mukautumista. Lapsen osallistuminen ohjaustapaamiin ei ole välttämätöntä.

Perhepohjainen hoito noudattaa syömishäiriön perhepohjaisen hoidon yleisiä periaatteita, jotka on kuvattu Mielenterveystalon omahoito-ohjelmassa (31). Hoito on ensisijaisesti kehitetty 6–12-vuotiaille, mutta sitä voidaan soveltaa kaikenikäisille (32). Syömishäiriö ulkoistetaan sairastuneesta erilliseksi perheen yhteiseksi haasteeksi, ja läheisiä tuetaan ottamaan vastuu tilanteen muuttamisesta. Hoidossa korostetaan syömishäiriön haittoja ja tähdätään sairastuneen käytöksen muuttamiseen. Toipumisen edessä vastuu syömisestä siirtyy asteittain läheisiltä toipujalle. Syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriön perhepohjaisen hoidon vaikuttavuutta arvioiva satunnaistettu kontrolloitu tutkimus on rekisteröity, mutta toistaiseksi tieto hoidon vaikuttavuudesta perustuu tapausarjaan (32).

Kognitiivinen hoitomalli sopii vähintään kymmenvuotiaiden lasten, nuorten ja aikuisten syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriön hoitoon (10). Läheiset voivat osallistua hoitoon, mutta hoitoa voidaan tarjota myös yksilöhoitona tai päiväosaston yksilö-, ryhmä- ja perheta- paamisissa (33).

Hoito perustuu sairastuneen tilanteen yksilölliseen käsitteellistämiseen ja yksilöllisiin tavoitteisiin. Hoitoa tarjoava henkilö tarjoaa tietoa syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriöstä sekä tukea oireiden havainnointiin, säännöllisen ruokarytmin luomiseen ja syödyn ruoan määrän ja monipuolisuuden lisäämiseen. Hoidon toisessa vaiheessa sairastunut saa tietoa keskeisistä ruoka-aineryhmistä ja valitsee muutaman ruoan, joiden syömistä hän pyrkii

Ydinasiat

- ▶ Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö (ARFID) on uusi lasten, nuorten ja aikuisten syömishäiriödiagnoosi.
- ▶ ARFID tarkoittaa vaikeaa valikoivaa syömistä tai syömispelkoja, jotka uhkaavat kasvua, painonkehitystä ja ravitsemustilaa tai aiheuttavat huomattavaa psykososiaalista haittaa.
- ▶ ARFID:n etiologia on heterogeeninen: sen taustalla on vahvaa perittyä alttiutta ja kehityksellistä erityisyyttä, toisinaan myös pelottavia syömistilanteita.
- ▶ ARFID:tä voidaan hoitaa ja ehkäistä monin eri tavoin. Tutkimustieto hoidon vaikuttavuudesta on alustavaa, mutta hoitoa saaneiden ennuste on hyvä.

lisäämään. Hoidon kolmannessa vaiheessa sairastunut altistaa itseään uusille ruoille tai syömisen aiheuttamille epämiellyttäville sisäelintuntemuksille. Hoidon päätteeksi pohditaan hoitotavoitteiden saavuttamista ja oireiden uusiutumisen estämistä (10).

Hoitomalli on kuvattu tarkasti sekä hoitokäsikirjassa (Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder) että omahoito-oppaassa (The picky eater's recovery book). Sen hoitovaikutuksia on alustavasti arvioitu useissa satunnaistamattomissa tutkimuksissa, joiden perusteella kognitiiviseen hoitoon osallistuneet lapset, nuoret ja aikuiset hyötyivät hoidosta (10).

Lääkehoito

Systemaattinen tutkimusnäyttö lääkehoidon vaikuttavuudesta syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriön hoidossa puuttuu (34). Oireita lievittävänä lasten, nuorten ja nuorten aikuisten lääkehoitona on kokeiltu olantsapiinia, fluoksetiinia, fluvoksamiinia, essitalopraamia, mirtatsapiinia, loratsepaamia ja syproheptadiinia, 1–4-vuotiaille lapsille myös D-sykloseriiniä (34,35).

Ennuste

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön kulku ja ennuste tunnetaan toistaiseksi huonosti. Lapsuudenaikaisen valikoivan syömisen, ruoasta kieltäytymisen ja syömisvaikeuksien on todettu Britanniassa toteutetussa väestöpohjaisessa pitkittäistutkimuksessa hieman suurentavan myöhempää syömishäiriön riskiä (36). Autismikirjoon liittyviä syömisoireita on kuvattu pitkäkestoisiksi (37). Toisaalta useimmissa tapaussarjoissa syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriön vuoksi hoitoa saaneiden ennuste vastaa laihuushäiriön vuoksi hoitoa saaneiden ennustetta tai on sitä suotuisampi (23,38–40). Japanilaistutkimuksen perusteella 77 % ARFID-oireiden vuoksi sairaalahoitoa saaneista toipui noin vuodessa (40). Ennustearviot perustuvat toistaiseksi pieniin potilassarjoihin ja taannehtiviin diagnooseihin.

Häiriön ehkäisy

Valikoiva syöminen ja uusien ruokien pelko voidaan hahmottaa myös ihmisen suojaominaisuudeksi, joka auttaa välttämään myrkyllistä tai pilaantunutta ruokaa. Joskus huolellinen suojaautuminen kuitenkin yksipuolistaa syömistä liikaa. Lasten ruokavalintojen kehittymistä monipuolisiksi voidaan

tukea ruokakasvatuksen keinoin. Esimerkiksi Sapere-menetelmän avulla lapset voivat tutustua uusiin ruokiin aistien ja leikin avulla. Menetelmän tueksi on tarjolla monipuolisia suomenkielisiä oppaita ja työkirjoja (41). Vastaavasti vanhemman ja lapsen vuorovaikutusta syömistilanteissa voidaan vahvistaa myös Play picnic -menetelmän avulla. Näitä menetelmiä voidaan hyödyntää myös osana alle kuusivuotiaiden lasten hoitoa.

Lopuksi

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriö on uusi diagnoosi, joka antaa nimen jo pitkään tunnistetuille eri-ikäisten ihmisten terveyttä tai psykososiaalista toimintakykyä huomattavasti haittaaville syömisen erityispiirteille. Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriötä hoidetaan melko samanlaisin periaattein kuin muita syömishäiriöitä. Hoidon tavoitteena on turvata kasvu ja kehitys, estää äärimmäisen yksipuolisen ruokavalion aiheuttamia terveyshaittoja, tarjota ymmärrystä erilaisista syömisen esteistä ja lisätä myönteisiä syömiskokemuksia. Useimmat hoitomuodot perustuvat läheisten saamaan ja tarjoamaan tukeen ja ohjaukseen. Vaikka tieto hoidon vaikuttavuudesta ja häiriön pitkäaikaisennusteesta on toistaiseksi rajallista, alustavat tutkimustulokset ovat lupaavia. ■

ANNA KESKI-RAHKONEN, professori, LT, psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri
Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

LAILA KETVEL, psykologi, PsM, väitöskirjatutkija
HUS, psykiatria, psykoosisairauksien ja oikeuspsykiatrian linjan psykologiyksikkö
Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, ihmisen käyttäytymisen tohtoriohjelma

SATU WESTERHOLM, LK
Helsingin yliopisto

SARI AAPRO, THM, laillistettu ravitsemusterapeutti
Kymenlaakson hyvinvointialue

REITA NYBERG, LT, naistentautien ja synnytysten sekä gynekologisen onkologian erikoislääkäri
Naistentautien ja synnytysten vastuualue, Tampereen yliopistollinen sairaala, Pirkanmaan hyvinvointialue

ANU RUUSUNEN, dosentti, FT, kliininen opettaja
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Itä-Suomen yliopisto
Laillistettu ravitsemusterapeutti, mielen terveys- ja hyvinvointipalvelukeskus, Pohjois-Savon hyvinvointialue
Affiliate senior lecturer, Deakinin yliopisto, Australia

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Anna Keski-Rahkonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lääkäriseura Duodecim), luottamustoimet (Syömishäiriöiden Käypä hoito -suositus 2024, työryhmän jäsen), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim)

Laila Ketvel: Luottamustoimet (Suomen neuropsykologinen yhdistys)

Satu Westerholm: Ei sidonnaisuuksia

Sari Aapro: Ei sidonnaisuuksia

Reita Nyberg: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (LivingSkills Oy, Roche Finland Oy, Novartis Finland Oy/Sandoz), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (AstraZeneca Oy, Roche Finland Oy, MSD Finland Oy), luottamustoimet (Tampereen Lääkäripäivät), muut sidonnaisuudet (LivingSkills Oy, Osgenic Oy)

Anu Ruusunen: Luottamustoimet (FISPE ry, Suomen Epidemiologian Seura), hankkeet (Ravitsemushoitosuositus, Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

KIRJALLISUUTTA

- Bourne L, Bryant-Waugh R, Mandy W, ym. Investigating the prevalence and risk factors of picky eating in a birth cohort study. *Eat Behav* 2023;50:101780.
- Viljakainen HT, Figueiredo RAO, Rounge TB, ym. Picky eating - a risk factor for underweight in Finnish preadolescents. *Appetite* 2019;133:107–14.
- Keski-Rahkonen A, Ruusunen A. Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) and autism: epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome. *Curr Op in Psychiatry* 2023;36:438–42.
- Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, ym. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2023;31:226–46.
- Grunewald W, Smith AR, Brown TA. Treatment of avoidant-restrictive food intake disorder in an older adult: a proof-of-concept case study. *Int J Eat Disord* 2023;56:1795–800.
- Linsenmeyer WR, Katz IM, Reed JL, ym. Disordered eating, food insecurity, and weight status among transgender and gender nonbinary youth and young adults: a cross-sectional study using a nutrition screening protocol. *LGBT Health* 2021;8:359–66.
- Dinkler L, Wronski ML, Lichtenstein P, ym. Etiology of the broad avoidant restrictive food intake disorder phenotype in Swedish twins aged 6 to 12 years. *JAMA Psychiatry* 2023;80:260–9.
- Kennedy HL, Dinkler L, Kennedy MA, ym. How genetic analysis may contribute to the understanding of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *J Eat Disord* 2022;10:53.
- Feillet F, Bocquet A, Briand A, ym. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr* 2019;26:437–41.
- Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2023;25:53–64.
- 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.
- Burton Murray H, Dreier MJ, Zickgraf HF, ym. Validation of the nine item ARFID screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *Int J Eat Disord* 2021;54:1782–92.
- Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, ym. 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;52:378–87.
- Schmidt R, Kirsten T, Hiemisch A, ym. Interview-based assessment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): a pilot study evaluating an ARFID module for the Eating Disorder Examination. *Int J Eat Disord* 2019;52:388–97.
- Schmidt R, Hiemisch A, Kiess W, ym. Validation study on the child, adult, and parent version of the ARFID module 2.0 for the Eating Disorder Examination. *Int J Eat Disord*;55:1708–20.
- Maertens C, Couturier J, Grant C, Johnson N. Fear of vomiting and low body weight in two pediatric patients: diagnostic challenges. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:59–61.
- Gibson D, Watters A, Mehler PS. The intersect of gastrointestinal symptoms and malnutrition associated with anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder: functional or pathophysiologic? A systematic review. *Int J Eat Disord* 2021;54:1019–54.
- Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, ym. Dietary intake, nutrient status, and growth parameters in children with autism spectrum disorder and severe food selectivity: an electronic medical record review. *J Acad Nutr Diet* 2018;118:1943–50.
- Proctor KB, Rodrick E, Belcher S, ym. Bone health in avoidant/restrictive food intake disorder: a narrative review. *J Eat Disord* 2023;11:44.
- Society for Adolescent Health and Medicine. Medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2022;71:648–54.
- Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, ym. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *J Pediatr* 2017;181:116–24.e4.
- Khanna D, Yalawar M, Saibaba PV, ym. Oral nutritional supplementation improves growth in children at malnutrition risk and with picky eating behaviors. *Nutrients* 2021;13:3590.
- Makhzoumi SH, Schreyer CC, Hansen JL, ym. Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2019;52:428–34.
- Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder: first do no harm. *Int J Eat Disord* 2019;52:459–61.
- Wolstenholme H, Kelly C, Hennessy M, ym. Childhood fussy/picky eating behaviours: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020;17:2.
- Wagner AF, Zickgraf HF, Lane-Loney S. Caregiver accommodation in adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: relationships with distress, eating disorder psychopathology, and symptom change. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28:657–70.
- Marshall J, Ware R, Ziviani J, ym. Efficacy of interventions to improve feeding difficulties in children with autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev* 2015;41:278–302.
- Johnson CR, Brown K, Hyman SL, ym. Parent training for feeding problems in children with autism spectrum disorder: initial randomized trial. *J Pediatr Psychol* 2019;44:164–75.
- Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, ym. The autism managing eating aversions and limited variety plan vs parent education: a randomized clinical trial. *J Pediatr* 2019;211:185–92.e1.
- Shimshoni Y, Silverman WK, Lebowitz ER. SPACE-ARFID: a pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2020;53:1623–35.
- Karjalainen S, Keski-Rahkonen A, Nyberg R. Nuorten laihuushäiriön perhehojain hoito. *Duodecim* 2020;136:1467–74.
- Van Wye E, Matheson B, Citron K, ym. Protocol for a randomized clinical trial for avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) in low-weight youth. *Contemp Clin Trials* 2023;124:107036.
- Billman MG, Forrest LN, Johnson M, ym. Preliminary effectiveness of a cognitive-behavioral, family-centered partial hospitalization program for children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord* 2022;55:1621–6.
- Couturier J, Isserlin L, Spettigue W, ym. Psychotropic medication for children and adolescents with eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019;28:583–92.
- Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, ym. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Transl Psychiatry* 2017;7:e1157.
- Herle M, Stavola B, Hübel C, ym. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *Br J Psychiatry* 2020;216:113–9.
- Page SD, Souders MC, Kral TVE, ym. Correlates of feeding difficulties among children with autism spectrum disorder: a systematic review. *J Autism Dev Disord* 2022;52:255–74.
- Fjeldstad M, Kvist T, Sjögren M. Weight gain in adults with avoidant/restrictive food intake disorder compared to restrictive anorexia nervosa-pilot findings from a longitudinal study. *Nutrients* 2021;13:871.
- Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, ym. Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *Int J Eat Disord* 2019;52:435–8.
- Kurotori I, Shioda K, Abe T, ym. An inpatient observational study: characteristics and outcomes of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in children and adolescents in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:3313–21.
- Sapere – pienten lasten ruokakasvatusten etelä varhaiskasvatuksessa. <https://peda.net/hankkeet/sapere>.
- Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, ym. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Curr Pediatr Rep* 2018;6:107–13.