ARFID-syömishäiriö:
Niukka tai valikoiva syöminen ja uusien ruokien pelko

Helsingin yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta

Tutkielma

Tammikuu 2022

Satu Westerholm

Lääketieteen kandidaatti

satu.westerholm@helsinki.fi

Ohjaaja: Anna Keski-Rahkonen

HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiivistelmä

Tiedekunta: Lääketieteellinen tiedekunta

Koulutusohjelma: Lääketieteellinen koulutusohjelma

Opintosuunta: Suomenkielinen opintolinja

Tekijä: Satu Westerholm

Työn nimi: ARFID-syömishäiriö: Niukka tai valikoiva syöminen ja uusien ruokien pelko

Työn laji: Tutkielma

Kuukausi ja vuosi: Tammikuu 2022

Sivumäärä: 40

Avainsanat: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, Feeding and Eating disorders, Feeding Behavior

Ohjaaja tai ohjaajat: Anna Keski-Rahkonen

Säilytyspaikka: Terveystieteiden keskuskirjasto ja Helda

Muita tietoja:

Tiivistelmä: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on uusi syömishäiriödiagnoosi DSM-5- ja ICD-11-luokituksissa, ja se korvaa aiemman ICD-10- ja DSM-IV-luokitusten diagnoosin ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö”. Tutkielma on narratiivinen katsaus ARFID-syömishäiriöstä, ja tutkielma pyrkii antamaan ajankohtaisen yleiskuvan tästä uudesta ja vähän tunnetusta diagnoosista. Tutkielman tavoitteina on hahmottaa lukijalle ARFID-syömishäiriön merkitystä ilmiönä ja auttaa kliinikkoa ARFID-oireilevien tunnistamisessa ja hoitamisessa.

ARFID tarkoittaa valikoivaa syömistä tai ruokien pelkoa, joka johtaa aliravitsemukseen, ravintoaineiden puutostiloihin, riippuvuuteen lisäravinteista tai ruokintaletkusta tai merkittävään psykososiaaliseen haittaan. Erotuksena laihuushäiriöön ARFID:issa ei esiinny painoon liittyvää huolta tai kehonkuvahäiriötä. Oireilun taustalla voi sen sijaan olla aistiherkkyyttä, syömiseen liittyviä pelkoja tai vähäistä mielenkiintoa ruokaa kohtaan. ARFID on erillinen ilmiö tavanomaisesta valikoivasta syömisestä, joka on yleinen ominaisuus ja osa monien lasten normaalia kehitystä. ARFID-oireilun yleisyyttä on pyritty kartoittamaan kyselyiden ja diagnostisten haastatteluiden avulla, mutta arviot yleisyydestä vaihtelevat paljon eri tutkimuksissa. Nykytiedon valossa ARFID ei vaikuta painottuvan mihinkään sukupuoleen, ja vastoin aiempaa näkemystä ARFID-oireilua ei esiinny vain lapsilla vaan myös aikuisilla. Sekä epidemiologisen tutkimuksen että kliinisten havaintojen avulla on selvinnyt, että ARFID-oireilevilla esiintyy autismikirjon oireita ja aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriötä (ADHD) valtaväestöä yleisemmin. ARFID:in hoito tulee toteuttaa yksilöllisesti, mutta nykyisen tutkimusnäytön perusteella erityisesti kognitiivinen käyttäytymisterapia ja ravitsemuskuntoutus ovat tehokkaita hoitovaihtoehtoja. Mikäli potilaan terveys on vaarantunut, ohjataan hänet sairaalahoitoon. (202 sanaa)

SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto 1

2 Tutkielman tavoitteet 4

3 Tutkimusmenetelmä 5
3.1 Aineiston valinta 6

4 Diagnostiikka 7
4.1 ARFID:in kolme ilmenemismuotoa 10

5 Esiintyvyys 12
5.1 Haastattelututkimukset 14
5.2 Kyselylomaketutkimukset 14
5.3 Esiintyvyyden kokonaisarvio 16
5.4 Sukupuoli- ja ikäjakauma 17

6 Yhteisesiintyvyys 18
6.1 Ruuansulatuskanavan oireet 19
6.2 Kehitykselliset häiriöt 19
6.3 Laihuushäiriö 20

7 Komplikaatiot 21

8 Hoito 22
8.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia 23
8.2 Perhepohjainen hoitomalli 23
8.3 Vanhempainohjaus 23
8.4 Hoito ARFID:in ja autismikirjon yhteisesiintyvyystilanteissa 24
8.5 Lääkitys 24
8.6 Sairaalahoito 25
8.7 Moniammatillinen tiimi 25

9 Oireiden ennaltaehkäisy 26

10 Ennuste 27

11 Yhteenveto 28

12 Lähteet 28

13 Liitteet 37
Liite 1. Eating Disorder in Youth -kysely (EDY-Q) (44) 37
Liite 2. Stanford-Washington University Eating Disorder (SWED) -kyselyn ARFID:ia koskevat osiot (45) 38
Liite 3. Lapsen ARFID-oireilun seulontakysely (29) 39

1 Johdanto

Valikoiva syöminen on lasten keskuudessa hyvin yleinen ilmiö, joka jatkuu monilla myös aikuisuudessa (1). Valikoivan syömisen yleisyys on vaihdellut 15 ja 35 prosentin välillä eri tutkimuksissa (2-7). Valikoiva syöminen tarkoittaa tuttujen tai uusien ruokien syömisen välttämistä. Valikoivasta syömisestä erotetaankin itsenäiseksi ilmiöksi uusien ruokien pelko eli ruokaneofobia, joka on yleinen ja normaalijakautunut ominaisuus, jota esiintyy kaikenikäisessä väestössä (8). Nämä ominaisuudet ovat osa ihmisen normaalia kehitystä (9), ja niistä voi olla etua joissakin tilanteissa, esimerkiksi ruokamyrkytyksen välttämiseksi.

Väestötason tutkimus valikoivan syömisen ja uusien ruokien pelon pitkäaikaisvaikutuksista on ristiriitaista. Pikkulasten valikoivan syömisen yleisyys on herättänyt huolta sen pitkäaikaisvaikutuksista kehonkoostumukseen ja painoon. Kahden meta-analyysin perusteella pikkulasten valikoivan syömisen ja ylipainon tai lihavuuden välillä ei ole havaittu merkitsevää yhteyttä (10,11). Suomalaisessa väestötutkimuksessa 9-12-vuotiaiden lasten valikoivan syömisen on kuitenkin todettu ennustavan sekä laadullisesti heikompaa ruokavaliota että heikompaa painokehitystä (12). Suomessa ja Virossa toteutetuissa aikuisten väestötutkimuksessa uusien ruokien pelko oli yhteydessä epäterveelliseen ruokavalintoihin ja metabolisiin riskitekijöihin (13).

Valikoivaan syömiseen liittyy erilaisia psykososiaalisia haittoja. Laajassa tanskalaisessa väestötutkimuksessa havaittiin yhteyksiä lasten valikoivan syömisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien sekä psykosomaattisten oireiden välillä (14). Lisäksi valikoiva syöminen aiheuttaa usein läheisten kuormittumista ja syöminen kodin ulkopuolella voi tuottaa haasteita (14). Laajassa brittiläisessä väestöpohjaisessa pitkittäistutkimuksessa lapsuuden aikaisen valikoivan syömisen on lisäksi todettu suurentavan hieman myöhempää syömishäiriön riskiä (15).

Joskus valikoivasti syövän henkilön ruokavalio on niin rajoittunut ja yksipuolinen, että herää huoli hänen kasvustaan ja kehityksestään. Yksittäistapauksissa valikoivan syömisen on kuvattu johtavan vaikeisiin ravitsemusainepuutoksiin (16). Hyvin rajoittuneesti syöviä lapsia on vuosikymmenien ajan ohjattu erikoissairaanhoitoon saamaan hoitoa ja ravitsemuskuntoutusta (16). Heitä hoitavat ammattilaiset kehittivät omia oirekuvauksiaan ja

luokituksiaan (17). ICD-10- ja DSM-IV-tautiluokituksissa diagnoosi ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö” (F98.2, 307.59) on kuvannut heterogeenista joukkoa erilaisia lapsen syömiseen liittyviä vaikeuksia (Taulukot 1 ja 2). Kyseisessä diagnoosissa oli kuitenkin kuuden vuoden yläikäraja häiriön alkamiselle, vaikka vastaavaa oireilua on havaittu kehittyvän myös myöhemmin. Kun tautiluokituksia uudistettiin, joukko lastenpsykiatreja ja -psykologeja esitti aiempien diagnostisten kriteerien muokkaamista ja täsmentämistä uudeksi diagnoosiksi ja aiempien ikärajojen poistamista (18-20). Vuonna 2013 julkaistussa DSM-5- (21) ja vuonna 2018 julkaistussa ICD-11-tautiluokituksessa diagnoosi ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö” korvattiin diagnoosilla Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID).

Taulukko 1. Lapsen tai imeväisen syömishäiriö, DSM-IV-luokituksen diagnostiset kriteerit (307.59)

Syömishäiriö, johon liittyy jatkuva kykenemättömyys syödä riittävästi sekä merkittävä kykenemättömyys kerryttää painoa tai merkittävä painonpudotus vähintään kuukauden ajan.
Häiriö ei johdu gastrointestinaalisesta tai muusta lääketieteellisestä tilasta (kuten ruokatorven refluksi).
Häiriö ei selity paremmin muulla mielenterveyden häiriöllä (kuten ruminaatihäiriö) tai puutteilla ruuan saatavuudessa.
Puhkeaminen on ennen ikää 6.

Taulukko 2. Lapsen ja imeväisen syömishäiriö, ICD-10-luokituksen diagnostiset kriteerit (F98.2)

Taudinkuva

Lapsi kieltäytyy ruoasta ja käyttäytyy äärimmäisen oikukkaasti syömistilanteissa, vaikka huolenpito on kohtuullisen hyvää, ruoan tarjonta on asianmukaista eikä lapsella ole elimellistä sairautta. Lievät vaikeudet syömisessä ovat hyvin yleisiä imeväisiässä ja lapsuudessa (ilmenee oikullisuutta, oletettua alisyömistä, oletettua ylisyömistä). Tällaisia oireita ei pelkästään voi pitää sairauden merkkinä. Tällä diagnoosilla tarkoitetusta tilasta on kyse, jos syömisvaikeudet ovat selvästi normaalivaihtelun ulkopuolella tai syömisongelmat ovat laadullisesti poikkeavia. Tällä diagnoosilla ei tarkoiteta tilaa, jossa lapsi ottaa ruokaa muilta aikuisilta kuin vakituiselta hoitajalta. Häiriöön voi liittyä tai olla liittymättä pulauttelua (toistuvaa ruoan palautumista suuhun ilman pahoinvointia tai mahasuolikanavan sairautta).

Diagnostiset kriteerit:

A. Lapsen syöminen on toistuvasti epäadekvaattia tai toistuva ruoan pulauttelu tai regurgitaatio.

B. Lapsen paino ei lisäänny, paino vähenee tai lapsella on muu merkittävä terveyshaitta vähintään yhden kuukauden ajan. (Koska lyhytaikaiset syömishäiriöt ovat yleisiä, voidaan edellyttää oireiden vähimmäiskestoksi kolmea kuukauttakin.)

C. Häiriö alkaa ennen kuuden vuoden ikää.

D. Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10-luokituksen psyykkistä häiriötä esim. käytöshäiriötä. Älyllinen kehitysvammaisuus (F70-F79) voi olla diagnoosina samanaikaisesti.

E. Ei todeta sellaista elimellistä sairautta, joka riittää selittämään syömisen epäonnistumisen.

2 Tutkielman tavoitteet

Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on uusi ja monille tuntematon diagnoosi, vaikka sen tutkimushetkiset yleisyysarviot (current prevalence) vaihtelevat 0,3 ja 5,5 prosentin välillä (22-29), mikä vastaa muiden tunnettujen syömishäiriöiden yleisyyttä (30-32). ARFID:ia koskeva tutkimus on ollut erittäin vilkasta siitä lähtien, kun diagnoosi julkaistiin DSM-5-tautiluokituksessa vuonna 2013 (21). ARFID:ia koskeva tieto päivittyy kaiken aikaa ja näkemykset ovat jatkuvassa murroksessa. Tutkielman tavoitteena on koota yhteen merkittävimmät ja tuoreimmat tutkimustulokset ARFID:ista ja luoda ajankohtainen yleiskuvaus häiriöstä.

Tutkielma on suunnattu ennen kaikkea kliinikoille auttamaan ARFID-potilaiden tunnistamista ja hoitamista. Tutkielma tarkastelee ARFID:ia monipuolisesti eri näkökulmista kattavan kokonaiskuvan luomiseksi ja perehtyy erityisesti ARFID:in diagnostisiin kriteereihin, ilmenemismuotoihin, seulontaan ja hoitoon.

Tutkielma pyrkii myös hahmottamaan kliinikolle ARFID:in merkittävyyttä ilmiönä. Tutkielmassa perehdytään ARFID:in esiintyvyyteen ja komplikaatioihin. Tutkielma pyrkii erottamaan ARFID:in tavanomaisesta valikoivasta syömisestä, joka on yleinen ominaisuus (2-7) ja osa monien lasten normaalia kehitystä (9).

Tutkielma pyrkii vastaamaan ennen kaikkea oheisiin tutkimuskysymyksiin:

1. Kuinka merkittävä ilmiö ARFID-syömishäiriö on?
2. Miten tunnistaa ARFID-oireileva?
3. Miten hoitaa ARFID-potilasta?

3 Tutkimusmenetelmä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka kokoaa aihetta käsittelevien tutkimuksien tuloksia yhteen. Kirjallisuuskatsauksen kolme päätyyppiä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä tiedonkeruuseen ja käsittelyyn liittyy tarkkoja sääntöjä. Tutkimuskysymykset kuvataan tarkasti ja aineistojen mukaanottokriteerit päätetään etukäteen. Mukaanottokriteereihin kuuluvat käytetyt tietokannat, hakutermit ja aineistojen tutkimusmenetelmät. Kerätty tieto syntetisoidaan ja tiedonkeruumenetelmät kuvataan tarkasti. Tiedonhakuprosessi tulee olla toistettavissa. Meta-analyysillä voidaan saavuttaa systemaattista kirjallisuuskatsausta luotettavampaa tietoa käyttämällä tilastollisia menetelmiä. (33)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus eroaa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta ja meta-analyysistä siten, ettei tiedonkeruun liity tarkkoja sääntöjä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Integroivaa katsausta voidaan pitää systemaattisen ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen välimuotona. Narratiivinen katsaus on menetelmältään vapain kirjallisuuskatsauksen muoto. (33)

Narratiivinen katsaus valikoitui tutkielman menetelmäksi, koska se on luontevin menetelmä yleiskatsauksen luomiseen. Ilmiötä voidaan tarkastella monipuolisesti, koska tutkimuskysymykset voivat olla väljiä ja tietoa voidaan kerätä laajasti (33). Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit eivät sovellu ilmiön laajaan tarkasteluun vaan vastaavat tarkkarajaiseen tutkimuskysymykseen. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on myös helppolukuinen ja hyvä menetelmä tiedon välittämiseen.

Narratiivisen katsauksen heikkoutena on systemaattisen tiedonkeruun sääntöjen puuttuminen, jolloin tutkielman tekijän ennakkokäsitykset voivat vääristää tuloksia (33). Narratiivisen katsauksen tekijä on harvoin perehtynyt kaikkiin ilmiötä käsitteleviin tutkimuksiin ja saattaa valikoida katsaukseensa epäedustavan aineiston. Haasteiden takia tutkielman kirjoittaja on pyrkinyt omien ennakkokäsityksiensä haastamiseen sekä aineiston laajaan tarkasteluun. Johtopäätökset ovat useiden tutkimuksien synteesejä ja tutkimuksia on

painotettu laadun perusteella. Tutkimuksen laatuun vaikuttavat esimerkiksi tutkimusmenetelmä ja kohortin koko.

3.1 Aineiston valinta

Aineisto on kerätty pääasiassa tietokannoista MEDLINE ja Scopus. Ensisijainen tietokanta on MEDLINE, johon on käytetty PubMed-hakukonetta. Haussa on käytetty pääasiassa hakutermiä ”ARFID”, johon on AND-toiminnolla liitetty tarkasteltavaa osa-aluetta kuvaava termi. Termejä ovat esimerkiksi olleet ”prevalence”, ”autism” ja ”treatment”. Osa aineistosta on kerätty hakutoiminnolla löydettyjen artikkelien lähdeluetteloista. Tutkielman ohjaaja on myös jakanut tutkielman kirjoittajalle ajankohtaisia ja tutkimusaiheen kannalta merkittäviä aineistoja. Aineiston keruu on tapahtunut aikavälillä 5/2021-12/2021.

ARFID-diagnoosi eroaa kriteereiltään sen aiemmasta diagnoosista ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö”. Tämän takia aiempaa diagnoosia käsittelevät tutkimukset on rajattu pois. Osa tuoreista ARFID:ia käsittelevistä tutkimuksista perustuvat kuitenkin taannehtiviin potilaskertomusten tarkasteluihin, jolloin useiden tutkittavien alkuperäinen diagnoosi on ollut ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö”; näin on jouduttu tekemään erityisesti ennustetta arvioivissa tutkimuksissa (34,35).

ARFID on erillinen ilmiö tavanomaisesta valikoivasta syömisestä, minkä takia tavanomaista valikoivaa syömistä käsittelevät artikkelit on rajattu pois. Tästä poikkeuksena on tutkielman osio ”1 Johdanto”, jossa käsitellään tavanomaista valikoivaa syömistä.

Koska ARFID:ia koskeva aineisto on hyvin rajallista erityisesti tiettyjen aihealueiden osalta, tutkielmassa on huomioitu kaikki tutkimustyypit. ARFID:ia koskevat tutkimukset perustuvat usein systemaattisen tutkimusten sijaan kliiniseen kokemukseen, yksittäistapauksiin, tapaussarjoihin ja taannehtiviin potilaskertomuksen tarkasteluihin. Kohortit ovat lisäksi ajoittain hyvin pieniä. Tutkielmassa on pyritty arvioimaan käytettyjen aineistojen laatua ja tiedon rajallisuus tunnustetaan johtopäätöksissä.

4 Diagnostiikka

DSM-5- ja ICD-11-tautiluokituksessa valikoivan syömisen äärimuotoja kuvataan käsitteellä Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Vakiintunutta suomenkielistä vastinetta tälle diagnoosille ei vielä ole, mutta voidaan puhua esimerkiksi vaikeasta valikoivasta syömisestä.

DSM-5-tautiluokituksen mukaisesti ARFID on rajoittava syömishäiriö, joka ilmenee jatkuvana kyvyttömyyttä täyttää ravinnon ja/tai energian tarpeet. ARFID kuitenkin eroaa laihuushäiriöistä siten, ettei yksilön kyky hahmottaa kehonsa painoa tai muotoa ole häiriintynyt. Poikkeava syömiskäyttäytyminen ei myöskään selity ruuan huonolla saatavuudella tai kulttuurisilla käytännöillä. Syömisen häiriintyminen ei johdu samanaikaisesta somaattisesta häiriöstä tai selity paremmin muulla mielenterveyden häiriöllä. Kun häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä esiintyy jonkin muun tilan tai häiriön yhteydessä, on se vakavampaa kuin mitä kyseiselle tilalle tai häiriölle normaalisti on tyypillistä, ja vaatii erityishuomiota. ARFID:in tarkemmat DSM-5-luokituksen diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa 3. ICD-11-luokituksen diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 3. ARFID, DSM-5-luokituksen diagnostiset kriteerit (307.59)

A. Syömishäiriö, jota luonnehtii näennäinen kiinnostuksen puute syömiseen ja ruokaan, ruoan välttely sen sensoristen ominaisuuksien vuoksi, tai huoli syömisen haitallisista seurauksista. Häiriö näkyy jatkuvana kyvyttömyytenä täyttää ravinnon ja/tai energian tarpeita, ja siihen liittyy vähintään yksi seuraavista:

1. Merkittävä painonlasku (tai epäonnistuminen odotetun painonnousun saavuttamisessa tai lapsuuden painonkehityksen häiriintyminen)
2. Merkittäviä ravintoainepuutteita
3. Riippuvuus suonensisäisestä ruokinnasta tai suun kautta nautittavista ravintolisistä
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 ahminta- ja kompensaatiohäiriön 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, on se vakavampaa kuin mitä kyseiselle tilalle tai häiriölle normaalisti on tyypillistä, ja vaatii erityishuomiota.

Taulukko 4. ARFID, ICD-11-luokituksen diagnostiset kriteerit (6B83)

Välttävälle, rajoittavalle syömishäiriölle (ARFID) on ominaista ruuan saannin välttäminen tai rajoittaminen, mikä johtaa: 1) riittävän energia- tai ravitsemustarpeen täyttämiseksi riittämättömään määrään tai ruuan monipuolisuuteen, mikä on johtanut kliinisesti merkittävään laihtumiseen, merkittäviin ravitsemuksellisiin puutteisiin, riippuvuuteen oraalisista ravintolisistä tai letkuruokinnasta tai on muuten vaikuttanut negatiivisesti yksilön fyysiseen terveyteen; tai 2) merkittävä heikkeneminen henkilökohtaisilla, perheellisillä, sosiaalisilla, koulutuksellisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminta-alueilla (esim. syömisen aiheuttamiin sosiaalisiin kokemuksiin osallistumisen välttämisen tai ahdistuksen vuoksi). Syömiskäyttäytymismalli ei johdu kehon painosta tai muodosta. Rajoitettu ruoan nauttiminen ja sen vaikutukset painoon, muihin terveydellisiin näkökohtiin tai toimintaan eivät johdu ruoan puutteesta eivät muun sairauden (esim. ruoka-allergioiden, kilpirauhasen liikatoiminnan) tai mielenterveyden häiriön ilmenemisestä, eivätkä ne johdu keskushermostoon vaikuttavista aine- tai lääkevaikutuksista, mukaan lukien vieroitusvaikutukset.

Poissulku

- Anorexia nervosa (6B80)
- Imeväisen ravitsemusongelma (MG43.30)
- Vastasyntyneen ravitsemusongelmat (KD32)

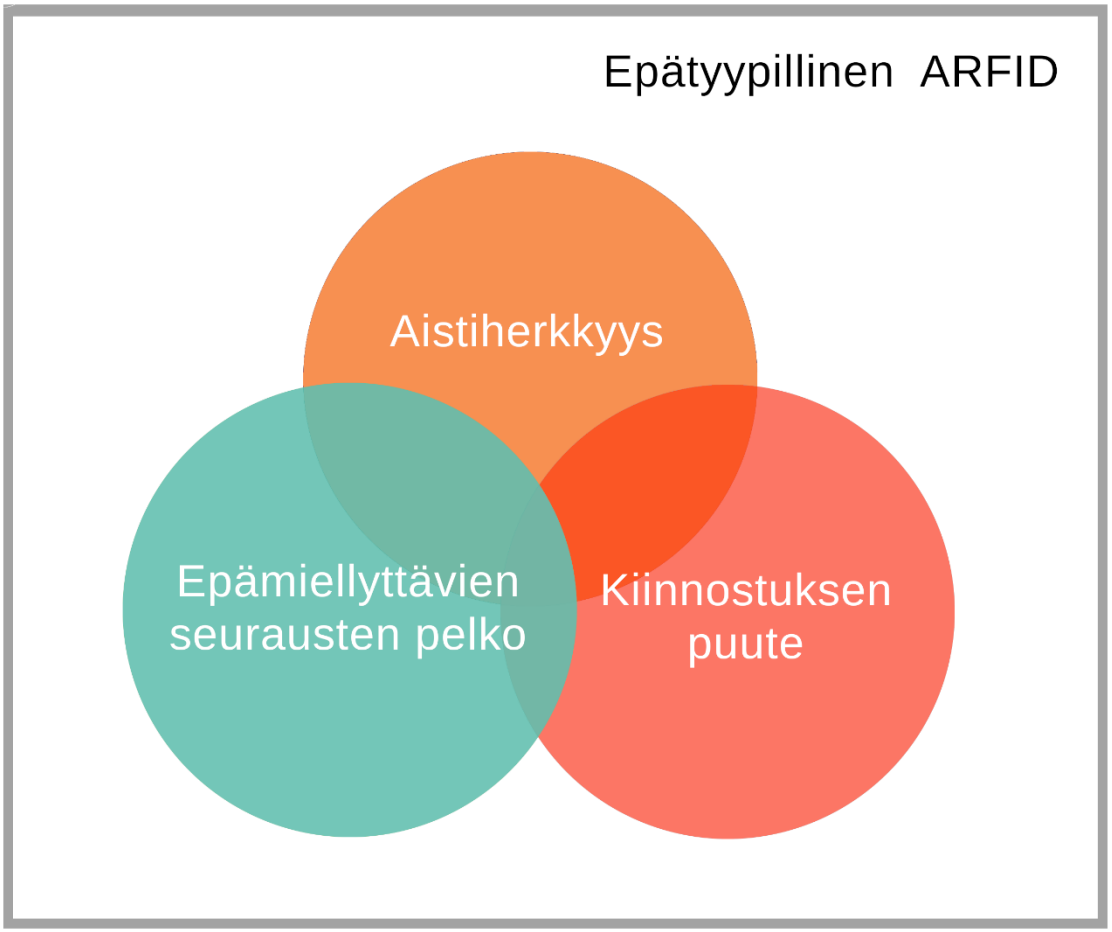
4.1 ARFID:in kolme ilmenemismuotoa

DSM-5-tautiluokituksessa on esitetty syömisen välttämisen ja rajoittamisen liittyvän kolmeen osaan: 1) kiinnostuksen puute syömiseen 2) aistiherkkyys 3) epämiellyttävien seurausten pelko (21) (Kuva 1). Kliiniset havainnot puoltavat jaottelua kolmeen osaan (36). Huomioitavaa on, että ARFID:in taustalla voi olla muukin syy, eikä lista ole kaikenkattava (29).

Aistiherkkyys voi liittyä ruuan ulkonäköön, väriin, hajuun, makuun, koostumukseen tai lämpötilaan (37). Kiinnostuksen puutteen taustalla voi olla esimerkiksi nälkäsignaalien häiriö (38). Syömiseen liittyvien epämiellyttävien seurausten pelko voi liittyä esimerkiksi oksentamiseen, tukehtumiseen tai kipuun ruuansulatuselimistössä. Erilaiset ruuansulatuselimistön sairaudet tai traumaattinen kokemus tukehtumisesta ovatkin esimerkkejä ARFID:in taustatekijöistä (39,40).

Nykytiedon valossa vaikuttaa siltä, että aistiherkkyys ja kiinnostuksen puute ovat yleisimmät ARFID:in taustatekijät. Japanilaisia lapsia koskevassa tutkimuksessa (29) vanhempien arvioiden mukaan 63 prosentilla lapsista ARFID:in taustalla vaikutti aistiherkkyys. Vastaavat osuudet mielenkiinnon puutteelle ja epämiellyttävien seuraamusten pelolle olivat 51 prosenttia ja 14 prosenttia. Aiempi tutkimustieto tukee tuloksia (22,36).

Huomionarvoista on, että nykytiedon perusteella merkittävällä osalla potilaista oireiluun vaikuttaa useampi kuin yksi ARFID:in kolmesta taustatekijästä, mutta toisaalta osalla potilaista oireiluun ei voida yhdistää mitään näistä taustatekijöistä. Japanilaisia lapsia kuvaavan tutkimuksen mukaan 37 prosentilla ARFID-oireilevista lapsista vanhemmat kuvasivat useamman kuin yhden taustatekijän vaikuttavan oireisiin (29). 16 prosentilla lapsista vanhemmat eivät havainneet yhtäkään kolmesta taustatekijästä (29). Sveitsiläisiä lapsia koskevassa tutkimuksessa (22) 15 prosentilla ARFID-oireilevista kuvattiin useampi kuin yksi taustatekijä, mutta tutkimuksen käyttämän kyselylomakkeen diagnostisen algoritmin takia tutkijat eivät pystyneet tarkastelemaan niitä ARFID-oireilevia, joilla ei esiintynyt yhtäkään kolmesta taustatekijästä. Tutkimustiedon valossa ARFID vaikuttaa siis heterogeeniseltä ja monitekijäiseltä häiriöltä.



Kuva 1. ARFID:in ilmenemismuodot. DSM-5-tautiluokituksessa on esitetty syömisen välttämisen ja rajoittamisen liittyvän kolmeen osaan: 1) kiinnostuksen puute 2) aistiherkkyys 3) epämiellyttävien seurausten pelko. Nämä voivat ilmetä samanaikaisesti mutta toisaalta on todettu ARFID-oireilevia, joilla ei esiinny yhtäkään kolmesta taustatekijästä (29), jolloin voidaan puhua epätyypillisestä ARFID:sta.

5 Esiintyvyys

Koska ARFID-diagnoosi on vasta 8 vuotta vanha, ARFID-oireiden esiintyvyyttä on tutkittu niukasti. Tämänhetkiset arviot oireilun yleisyydestä vaihtelevat 0,3 ja 5,5 prosentin välillä. Taulukkoon 1 on koottu keskeisimpien ARFID-oireiden yleisyyttä käsittelevien tutkimusten tuloksia. Esiintyvyydet perustuvat tutkimushetkenä esiintyneeseen oireiluun (current prevalence) ja DSM-5-luokituksen diagnostisiin kriteereihin. Tästä poikkeuksena on japanilainen tutkimus (29), joka arvioi oireiden yleisyyden sekä DSM-5- että ICD-11-luokituksien diagnostisten kriteerien perusteella. Tuloksien laaja vaihtelu todennäköisesti selittyy sekä tutkittujen kohorttien keskinäisillä eroilla että erilaisilla seulontamenetelmillä. Eri seulontamenetelmillä eri vaikeusasteinen valikoiva syöminen on tulkittu ARFID-oireiksi, ja eri menetelmät painottavat diagnostisia kriteereitä eri tavoin. Hiljattain julkaistu tutkimus korostaa näitä eroja: erilaiset tavat operationalisoida DSM-5-luokituksen diagnostiset kriteerit tuottavat hyvin erilaisia arvioita ARFID-oireiden yleisyydestä samassa potilasjoukossa (41). Tästä syystä arviointimenetelmien kehittäminen täsmällisemmäksi on keskeinen tulevaisuuden kehittämiskohde.

Taulukko 5. ARFID:in esiintyvyys eri tutkimuksissa. Värikoodaus seulontamenetelmän perusteella.

Tutkimus	Käytetty seulontamenetelmä	Ikä	Maa	N	Esiintyvyys (%)	M:N-suhde
Hay et al. 2017 (25)	EDE-Q-haastattelu	≥15	Australia	2732/ 3005[1]	0,3	Epäselvä
Chen et al. 2019 (28)	K-SADS-E-haastattelu ja kyselylomake	7-14	Taiwan	4816	0,3	Ei annettu
Schmidt et al. 2018 (26)	EDY-Q-kyselylomake	7-14	Saksa	799	5,5	1,4:1
Kurz et al. 2015 (22)	EDY-Q-kyselylomake	8-13	Sveitsi	1444	3,2	0,7:1
Hilbert et al. 2021 (23)	EDY-Q-kyselylomake	18-94	Saksa	2424	0,8	1,2:1
Fitzsimmons-Craft et al. 2019 (24)	SWED-kyselylomake	18-65+	Yhdysvallat	65 595	4,5	Epäselvä
Chua et al. 202 (27)	SWED-kyselylomake	21-77	Singapore	797	4,1	1:1
Dinkler et al. 2021 (29)	Tukimusryhmän itse kehittämä kyselylomake	4-7	Japani	3728	1,3 / 0,7[2]	0,8:1

[1]Australialaisessa tutkimuksessa haastattelu suoritettiin ensin 2 732-suuruiselle kohortille vuonna 2014 ja tämän jälkeen 3 005-suuruiselle kohortille vuonna 2015. Kumpanakin vuonna tulos oli sama 0,3 prosenttia.

[2]Japanilainen tutkimus laski yleisyysarvion käyttämällä sekä DSM-5- että ICD-11-luokituksen diagnostista kriteeristöä. Esiintyvyys oli 0,7 prosenttia, mikäli diagnoosi perustui DSM-5-kriteereihin ja 1,3 prosenttia, mikäli diagnoosi perustui ICD-11-kriteereihin.

5.1 Haastattelututkimukset

Australialaisessa (25) ja taiwanilaisessa (28) tutkimuksessa arvio ARFID-oireiden yleisyydestä perustui strukturoituun diagnostiseen haastatteluun. Australialaiset tutkijat olivat kehittäneet ARFID-oireille oman osion syömishäiriöiden diagnostiseen haastatteluun Eating Disorder Examination Interview (EDE) (42). Taiwanilaiset tutkijat puolestaan olivat lisänneet ARFID-kysymyksiä Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia -haastatteluun (K-SADS-E) (43).

ARFID-oireilun esiintyvyysluku on selvästi matalin tutkimuksissa, jotka perustuivat diagnostisiin haastatteluihin: sekä taiwanilaisessa että australialaisessa tutkimuksessa arvio on 0,3 prosenttia. Taiwanilaisessa tutkimuksessa käytettiin haastatteluiden lisäksi kyselylomakkeita. Mahdollisesti haastatteluun käytetty pitkä aika sekä ulkopuolisen henkilön tekemä oireiden arviointi pienensivät esiintyvyysarviota suhteessa muihin tutkimuksiin.

5.2 Kyselylomaketutkimukset

Muissa tutkimuksissa ARFID-oireiden yleisyyttä arvioitiin erilaisten kyselylomakkeiden avulla. Sekä sveitsiläisessä (22) että kahdessa saksalaisessa tutkimuksessa (23,26) käytettiin samaa Eating Disorder in Youth -kyselyä (EDY-Q) (44). Kyselyn suomennos on liitteessä 1. Sekä singaporelainen (27) että yhdysvaltalainen (24) tutkimus puolestaan perustuivat Stanford-Washington University Eating Disorder (SWED) -kyselyyn (45). SWED-kyselyn ARFID:ia koskevien osioden suomennokset ovat liitteessä 2. Japanilainen tutkimus (29) perustui tutkimusryhmän itse kehittämään kyselylomakkeeseen, jonka suomennos on liitteessä 3.

Kaikki kolme kyselylomaketta, EDY-Q, SWED ja japanilaisen tutkimusryhmän oma, ovat erilaisia. EDY-Q-lomake on niukin ja siinä käsitellään vain ARFID:in kolmea ilmenemismuotoa (kiinnostuksen puute, aistiherkkyys ja epämiellyttävien seurausten pelko), alipainoa sekä kehonkuvahäiriön puuttumista. Ravintoainepuutoksia ja psykososiaalista puolta ei tarkastella. SWED-lomake käsittelee EDY-Q-lomakkeen käsittelemien asioiden lisäksi ravintoainepuutokset ja psykososiaalisen puolen. Sekä EDY-Q- että SWED-lomakkeen osallistuja täyttää itse. Sen sijaan japanilaisen tutkimuksen

kyselylomakkeessa otetaan huomioon myös riippuvuus letkuruokinnasta tai lisäravinteista ja se, ettei syömisoireilu johdu muusta lääketieteellisestä tilasta. Lisäksi vanhemmat täyttävät lomakkeen. Kaikki SWED- ja EDY-Q-lomakkeessa arvioidut osa-alueet ovat sisällytettynä myös japanilaisen tutkimuksen lomakkeeseen. Kaikkien lomakkeiden diagnostiset algoritmit toimivat hyvin eri tavoin.

SWED-kyselyyn perustuvissa yhdysvaltalaisessa ja singaporelaisessa tutkimuksissa ARFID-yleisyysarviot olivat 4,5 prosenttia ja 4,1 prosenttia. Kumpikin tutkimus käsittelee ARFID:in yleisyyttä aikuisten keskuudessa. EDY-Q-lomaketta käyttäneissä tutkimuksissa, eli saksalaisissa ja sveitsiläisessä, esiintyvyysarvio laskee iän mukaan: lapsilla arviot ovat 5,5 ja 3,2 prosenttia ja aikuisilla 0,8 prosenttia. Japanilaisia lapsia koskevan tutkimuksen tulos on 0,7 prosenttia, mikäli diagnoosi perustuu DSM-5-luokituksen diagnostisiin kriteereihin.

Käytetyt lomakkeet vaikuttavat tuloksiin, koska ne seulovat eri vaikeusasteista valikoivaa syömistä ARFID:ksi ja ne painottavat eri diagnostisia kriteereitä. Lomakkeiden perusteella ei kuitenkaan voi täysin perustella tuloksien eroja, koska kohorttien eroilla on voinut ollut merkittävä vaikutus tuloksiin. Saattaakin olla vain sattumaa, että SWED-lomaketta käyttäneet yhdysvaltalainen ja singaporelainen tutkimukset antoivat samankaltaisen tuloksen: edellinen 4,5 prosenttia ja jälkimmäinen 4,1 prosenttia. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen luotettavuutta saattoi nimittäin merkittävästi haitata valikoitunut kohortti. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa kyselylomake oli nimittäin internetissä National Eating Disorders Association NEDA:n nettisivuilla kaikkien vapaasti täytettävänä ja kyselyä mainostettiin eri kanavilla. Markkinointi saattoi kohdistua erityisesti syömishäiriötä sairastaviin. Tutkimuksessa jopa 86,3 prosenttia vastanneista täytti syömishäiriön kriteerit (24) ja tällöin myös ARFID-potilaiden osuus vastanneista saattoi olla valtaväestöä suurempi. Tämä voisi osaltaan selittää, miksi yhdysvaltalainen tutkimus arvioi ARFID-oireet huomattavasti yleisemmiksi kuin samaa ikäryhmää tarkastellut saksalainen tutkimus (23), jonka arvio ARFID-oireiden yleisyydestä oli 0,8 prosenttia.

Singaporelaisessa tutkimuksessa havaittu ARFID-oireiden suurempi yleisyys suhteessa saksalaiseen samaa ikäryhmää tarkastelevaan tutkimukseen (23) saattaisi osaltaan selittyä kulttuurisilla tekijöillä. Aiemmassa tutkimuksessa kiinalaistaustaisilla ihmisillä on ennen

todettu enemmän valikoivaa syömistä ja ruokaan liittyvää pelkoa kuin länsimaisilla, minkä on esitetty johtuvan kulttuurisista syistä (46). Singapore on monikulttuurinen maa, 76 prosenttia maan asukkaista on kiinalaistaustaisia.

5.3 Esiintyvyyden kokonaisarvio

Tutkimustulokset ovat keskenään epäyhtenäisiä, koska ne seulovat eri vaikeusasteista ja laadultaan erilaista ARFID:ia. Myös tarkasteltavat väestöryhmät vaihtelevat. Tutkimusten pohjalta onkin hyvin vaikea antaa kovinkaan varmaa arviota ARFID:in todellisesta esiintyvyydestä.

Tutkimuksissa lievästi valikoivasti syövät saatetaan tulkita ARFID-oireileviksi. Seulontamenetelmät saattavat tutkia enemmänkin käyttäytymistä kuin seurauksia, kuten puutostiloja, psykososiaalista haittoja tai interventioita, kuten ruokintaputken käyttöä. Esimerkiksi EDY-Q-lomake ei vaadi muita seurauksia kuin alipainon, jonka ei edes tarvitse johtua itse ARFID-oireista. EDY-Q-lomake ei ottanut huomioon myöskään psykososiaalista puolta. Vain japanilaisen tutkimuksen lomakkeessa tiedusteltiin, mikäli tutkittavalla oli ollut riippuvuus letkuruokinnasta tai ravitsemuslisistä oireilun takia. Osa epidemiologisista tutkimuksista toimivat paremminkin diagnostisen välineen sijasta oireseulana, jonka avulla voitaisiin valita tutkittavia tarkempiin tutkimuksiin. Ongelman takia osa tutkimuksista saattavat antaa todellisuutta suurempia arvioita ARFID-oireiden yleisyydestä.

Epidemiologisten tutkimusten luotettavuutta perustavanlaatuisesti haittaa se seikka, että ne perustuvat DSM-5-luokituksen diagnostiseen määritelmiin, vaikka ICD-järjestelmää käytetään monissa maissa terveydenhuollon diagnoosien perustana ja seurantajärjestelmänä. Eri kriteeristön käyttäminen vaikuttaa selvästi arvioihin ARFID-oireilun yleisyydestä, koska esimerkiksi ICD-11-luokituksen kriteeristö korostaa häiriön psykososiaalista puolta, jota ei DSM-5-luokituksen mukaan edellytetä diagnoosiin. Sen sijaan ICD-11-luokituksessa rajoittuneen tai välttelevän syömisen fyysisiä seurauksia ei edellytetä diagnoosin perusteena. Japanilaisessa tutkimuksessa havaittiin, että esiintyvyysarvio vaihteli sen mukaan, mitä diagnoosijärjestelmää käytettiin: samassa väestössä ARFID-esiintyvyys oli 0,7 prosenttia, mikäli diagnoosi perustui DSM-5-kriteereihin, ja 1,3 prosenttia, mikäli diagnoosi perustui ICD-11-kriteereihin. Tuleva DSM-5-TR tulee tarkentamaan, että ARFID:in diagnostinen kriteeri A4 eli ”huomattava vaikutus psykososiaalisen toimintakykyyn“ yksinään riittää

täyttämään kriteerin A (Taulukko 3) (47,48), jolloin oireilulla ei välttämättä tarvitse olla fyysisiä seurauksia. Tulevaisuudessa DSM-5- ja ICD-11-luokituksen diagnostiset kriteeristöt ovat muutosten seurauksina yhdenmukaisempia.

5.4 Sukupuoli- ja ikäjakauma

Vaikka ARFID:in epidemiologiset tutkimukset eivät ole keskenään vertailukelpoisia, ne tarjoavat alustavasti melko yhdenmukaista tietoa ARFID-oireilun sukupuolijakaumasta. Tähänastiset epidemiologiset tutkimukset tukevat sitä, että ARFID-oireita esiintyy sekä tytöillä että pojilla; kyseessä ei ole erityisesti mihinkään sukupuoleen painottunut ilmiö (22-29). Muunsukupuolisten ARFID-oireilusta on toistaiseksi riittämättömästi tutkimustietoa.

Tähänastinen epidemiologinen tutkimus ei ole riittävää ARFID-oireilevien ikäjakauman tarkasteluun. Vaikuttaa siltä, että tutkimusmenetelmien vaihtelu aiheuttaa suurempaa vaihtelua esiintyvyysarvioihin kuin tutkittavien iän vaihtelu. EDY-Q-lomaketta käyttäneissä tutkimuksissa (22,23,26) esiintyvyysarvio väheni iän kasvaessa, mutta tulokset tulee vahvistaa uusissa aineistoissa. Tutkimusten perusteella ARFID-oireilun rajaus pikkulasten ongelmaksi ei ole perusteltu, vaan oireilu voi alkaa tai aiheuttaa huomattavaa haittaa myös vanhemmilla ihmisillä.

ARFID-määritelmä niputtaa yhteen joukon taustaltaan heterogeenisiä ilmiöitä. Kliinisten havaintojen perusteella on mahdollista, että eri taustatekijöistä johtuvat ARFID-oirekuvat alkavat eri ikäisinä, ja niiden pysyvyys ja jatkuvuus aikuisuuteen voi vaihdella. DSM-5-luokitus kuvaa vähäisen ruokaan liittyvän mielenkiinnon kehittyvän usein taapero- tai lapsuusiässä ja jatkuvan usein aikuisuuteen. Aistiherkkyyteen liittyvän ARFID:in kuvataan DSM-5-luokituksessa alkavan usein ensimmäisen kymmenen ikävuoden aikana ja jatkuvan usein aikuisuuteen. Syömisen kielteisten seurausten pelkoon liittyvän ARFID:in puolestaan kerrotaan voivan ilmetä missä iässä tahansa. Nämäkään luonnehdinnat eivät perustu laajaan tutkimusaineistoon vaan kliiniseen kokemukseen, ja niitä on syytä jatkossa tarkastella systemaattiseen seurantaan perustuvissa tutkimusasetelmissa.

Kun ICD-11–tautiluokitus otetaan käyttöön, ARFID:in ikä- ja sukupuolijakaumaa voidaan seurata terveydenhuollon rekistereistä, jolloin käsitys ARFID-oireisten ikä- ja

sukupuolijakaumasta täsmentyy. Käsitykset siitä, kenellä ja milloin oireita esiintyy, ovat muuttuneet voimakkaasti viimeisen viiden vuoden aikana. Tulevaisuudessa systemaattisempi rekisteriperusteinen tutkimus voi lisätä tietoa oireilun esiintyvyydestä. Terveydenhuollossa asetettujen diagnoosien määrä heijastaa myös terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuutta erilaisista diagnooseista ja monia hoitoon ohjautumiseen liittyviä tekijöitä. Siksi systemaattista tutkimustietoa on tärkeää jatkossa kerätä eri maista ja eri kohdeväestöistä.

6 Yhteisesiintyvyys

ARFID-oireiden yhteisesiintyvyyttä muiden tilojen, oireiden ja sairauksien ohessa käsittelevä tutkimus painottuu tällä hetkellä valikoituneisiin, usein erikoissairaanhoitoa saavien potilaiden kuvauksiin, erityisesti pediatristen, psykiatristen ja gastroenterologisten klinikoiden havaintoihin. Näissä aineistoissa potilaat ovat kuitenkin hyvin valikoituneita, joten laajemmin yleistettäviä johtopäätöksiä yhteisesiintyvyydestä on vaikea tehdä. Tämänhetkiset kliiniset ja epidemiologiset havainnot tukevat erityisesti ruuansulatuselimistön oireiden sekä erilaisten hermoston kehityshäiriöiden yhteisesiityvyyttä ARFID:in kanssa. Erityisesti autismikirjo ja ADHD korostuvat monissa havainnoissa. ARFID-oireilun mahdollinen yhteys laihuushäiriöön on toistaiseksi puutteellisesti tunnettu mutta kiinnostava tulevaisuuden tutkimuksen kohde.

6.1 Ruuansulatuskanavan oireet

ARFID on psykiatrinen diagnoosi eikä pelkästään somaattisen sairauden oire. DSM-5-luokituksen diagnostinen kriteerin D mukaan ”syömisen häiriintyminen ei johdu samanaikaisesta somaattisesta häiriöstä”. (Taulukko 3) Toisaalta kriteeri D sallii ruuansulatuselimistön häiriön yhteisesiintyvyyden: “Kun häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä esiintyy jonkin muun tilan tai häiriön yhteydessä, on se vakavampaa kuin mitä kyseiselle tilalle tai häiriölle normaalisti on tyypillistä, ja vaatii erityishuomiota.” Diagnostisen kriteeristön perusteella ARFID:in taustatekijänä voi siis olla somaattinen vaiva tai sairaus.

Kliinisissä aineistoissa ARFID-potilailla onkin todettu erilaisia syömiseen ja ruuansulatuselimistöön liittyviä vaivoja. Raportoituja oireita ja sairauksia ovat esimerkiksi pahoinvointi, ruoka-aineallergiat, dysfagia, dyspepsia, keliakia, ärtyvän suolen oireyhtymä, tulehduksellisia suolistosairaudet ja pidätyskyvyn ongelmat (16,49,50).

6.2 Kehityksselliset häiriöt

ARFID:in ja kehityksellisten häiriöiden yhteisesiintyvyyttä on tarkasteltu laajasta japanilaisten lasten väestöaineistosta (29). ARFID-oireisilla lapsilla oli 3-4-kertainen kehityksellisten häiriöiden, erityisesti autismikirjon ja ADHD:n riski verrattuna muihin samanikäisiin lapsiin. ARFID-oireisilla lapsilla todettiin myös muita lapsia useammin kehityksellisiä erityispiirteitä, erityisesti aistiherkkyyksiä ja sosiaalisen kanssakäymisen haasteita. Niillä ARFID-oireilevilla lapsilla, joilla havaittiin kehityshäiriöitä tai kehityksellisiä haasteita, vanhemmat raportoivat ARFID-oireilun taustalla muita lapsia todennäköisemmin kaikkia kolmea ARFID-taustatekijää. (48)

Vastaava yhteys ARFID-oireilun ja autismikirjon ja ADHD:n välillä on havaittu myös lukuisissa kliinisissä tutkimuksissa (51-53). Onkin todennäköistä, että ARFID-diagnoosi on osittain päällekkäinen ilmiö autismikirjon syömisoireiden kanssa. Tätä havaintoa tukee laaja tanskalainen väestöpohjainen tapaus-verrokki-tutkimus, jonka perusteella lapsuusiän syömishäiriön sairastaneilla (ICD-10-diagnoosit F98.2 ja F50.8) oli suurempi ennenaikaisen syntymän, yli kaksinkertainen autismikirjon häiriön ja yli kolminkertainen

kehitysvammaisuuden riski muuhun väestöön verrattuna (54).

6.3 Laihuushäiriö

Toistaiseksi ARFID-diagnoosia ei sen diagnostisen määritelmän perusteella voida tehdä, jos samanaikaisesti havaitaan laihuushäiriön oireita. ARFID:in DSM-5-tautiluokituksen diagnostisen kriteerin C mukaisesti “syömisen häiriintyminen ei esiinny vain laihuushäiriön tai ahminta- ja kompensaatiohäiriön aikana, eikä ole havaittavissa todisteita siitä, että yksilön kyky hahmottaa kehonsa painoa tai muotoa olisi häiriintynyt”. (Taulukko 3)

Monet tutkijat ja kliinikot ovat kuitenkin epäilleet ARFID-oireilun ennakoivan myöhempää laihuushäiriötä. Tunnetaankin monia tapauskuvauksia ihmisistä, joilla ARFID-oireilu selvästi johti laihuushäiriöön. Esimerkiksi eräässä tapaussarjassa (55) ARFID-piirteisiin liittyvään painonlaskuun puuttumisen kuvataan lisänneen 12-vuotiaan tytön kehohäpeää ja kehon tarkkailua. Samassa raportissa kuvataan myös 16-vuotias tyttö, joka söi ARFID-oireiden vuoksi ainoastaan kotona, mikä laukaisi vaikean paastoamisen ja ahmintojen kierteen. ARFID-oireilevan henkilön painoon ja syömiseen puuttuminen vaatii siksi erityistä varovaisuutta.

Toisaalta kahdessa pienessä kliinisessä seurantatutkimuksessa yhdelläkään ARFID-potilaalla ei havaittu laihuushäiriötä seuranta-ajalla (56,57). Toisessa tutkimuksessa seurattiin 19:sta henkilöä, jotka saivat ARFID:iin hoitoa ennen 13 vuoden ikää (56). Heitä seurattiin 19-41 vuoden ikään. Toisessa tutkimuksessa seurattiin 27 naista, joilla diagnosoitiin ARFID 15-40 vuoden iässä (57). Seuranta kesti heillä keskimäärin 7 vuotta.

On myös mahdollista, että ARFID-oireilu tai muu syömishäiriö heijastavat yhteistä tausta-alttiutta. Näitä tekijöitä tunnetaan toistaiseksi puutteellisesti, mutta esimerkiksi autismikirjon oireilu voi olla yhteydessä myös laihuushäiriöön (48). On myös esitetty, että ARFID-oireisiin liittyvä aistiherkkyys voi kanavoitua murrosiässä kehon tarkkailuun ja lisätä kehotyytymättömyyttä (55). Systemaattinen tutkimus näistä mahdollisista yhteyksistä kuitenkin toistaiseksi puuttuu.

7 Komplikaatiot

ARFID:in komplikaatiot voidaan jakaa fyysisiin ja psykososiaalisiin. Fyysiset komplikaatiot voidaan jakaa painoa ja puutostiloja koskeviin. Kliinisten tutkimusten mukaan ARFID-potilaiden paino on keskimäärin 80 prosenttia matalampi kuin samanikäisten (58,59). ARFID-potilaiden paino kuvataan tietyissä kliinisissä aineistoissa anoreksiapotilaita matalammaksi (20,58,60), mutta tulokset ovat eri tutkimuksissa ristiriitaisia ja havainnot perustuvat usein taannehtiviin tutkimusasetelmiin. ARFID:in vakavimmat fyysiset komplikaatiot ovat yleensä ravitsemuspuutostilat, joita ovat esimerkiksi vitamiinipuutostilat (16,61), luuntiheyden heikkeneminen (62) sekä hermovauriot (63). Tutkimuksissa kuvatut erilaiset ravitsemuspuutostilat ovat keskimäärin ARFID-oireilevilla vakavampia kuin laihuushäiriötä sairastavilla (64,65). Lapsen ja nuoren normaali kasvu ja kehitys voivat häiriintyä riittämättömän energiansaannin ja puutostilojen takia (16,63).

ARFID:in psykososiaalisista komplikaatioista on toistaiseksi saatavilla rajoitetusti systemaattista tutkimustietoa. Keskeinen haaste on vaikeus erottaa, johtaako ARFID-oireilu psykososiaalisiin haittoihin vai heijastaako ARFID muuta laajempaa mielenterveyden oireilua. Tutkielman osiossa “6.3 Laihuushäiriö” esiteltiin tapauskuvaus 16-vuotiaasta tytöstä, joka söi ARFID-oireiden vuoksi ainoastaan kotona (55). Häpeän takia hänellä oli vaikeuksia syödä ravintoloissa, perhelomilla ja matkoilla. Hän oli usein koko koulupäivän syömättä ja ahmi sen jälkeen kotona. ARFID-oireilevilla saattaakin olla kohonnut riski eristäytymiseen ja heikentyneeseen arjessa pärjäämiseen. Erilainen mielenterveyden oireilu on hyvin yleistä ARFID-potilailla. Kanadalaisen erityisklinikan 26 ARFID-potilaan sarjassa valtaosalla, 73 prosentilla, kuvattiin ahdistuneisuusoireita, kolmanneksella todettiin masennus ja miltei neljänneksellä autismikirjon häiriö, johon määritelmällisesti liittyy vuorovaikutuksen ongelmia (66).

8 Hoito

ARFID-oireisen henkilön hoitokäytännöt perustuvat useimmiten systemaattisen tutkimuksen sijaan kliiniseen kokemukseen (67), yksittäistapauksiin (37,68), tapaussarjoihin (69) tai taannehtiviin potilaskertomusten tarkasteluihin (70-73). Tämä tulee ottaa huomioon erityisesti niiden hoitomuotojen kohdalla, joilla voi olla merkittäviä haittavaikutuksia.

Ennen ARFID:in hoidon aloittamista hoidon hyödyllisyys potilaalle tulee arvioida. ARFID tulee osata erottaa kehityksellisesti tavanomaisesta valikoivasta syömisestä sekä muista häiriöistä. Valikoiva syöminen on osa monien lasten normaalia kehitystä ja katoaa usein iän karttuessa (9). Erotusdiagnostisesti erityisesti muut syömishäiriöt tulee poissulkea, koska niiden hoito eroaa ARFID:in hoidosta.

Koska ARFID:in taustalla on potilaasta riippuen eri tekijöitä, tulee hoito räätälöidä yksilöllisesti. Sopivan hoitomenetelmän valintaa voi tukea oireiden taustatekijöiden kartoittaminen. Siksi onkin tärkeää pyrkiä hahmottamaan, mitä ARFID:in kolmesta ilmenemismuodosta potilas mahdollisesti edustaa. Ravitsemuksellinen hoidon tarve päätetään potilaan ravitsemustilan perusteella.

Syömishäiriöitä hoitavissa yksiköissä on kehitetty ARFID-oireiden hoitoon erilaisia uusia hoitomalleja. Tällä hetkellä tarkemman tutkimusnäytön puuttuessa suositeltavinta on pyrkiä yhdistämään ARFID-potilaan hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian ja ravitsemuskuntoutuksen keinoja, ja potilaan tilanteen niin vaatiessa myös läheisten tai vanhempien ohjausta tai sairaalahoitoa (74,75). Jos ARFID ja autismikirjon häiriö ilmenevät samanaikaisesti, saattaa autismikirjon hoito tukea myös ARFID:in hoitoa (76). Myös lääkityksestä on alustavaa tutkimustietoa.

8.1 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivisesta käyttäytymisterapian tehosta ARFID:in hoidossa on monia lupaavia tutkimuksia sekä lasten (73,77,78) että aikuisten (79,80) osalta. Kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu ajatukseen, että ajatus- ja käyttäytymismallien taustalla on ajatuksia, joita voidaan muokata tiedon ja harjoittelun avulla. ARFID:in hoidossa tämä tarkoittaa oman toiminnan seuraamista ja ruokapelkojen kohtaamista. Syntyvää ahdistusta pyritään lievittämään esimerkiksi rentoutumisharjoituksin. Oireilun taustatekijät käsitteellistetään yksilöllisesti ja hoito räätälöidään sen mukaisesti. ARFID:in kognitiiviseen käyttäytymisterapian hoitomallin käsikirja on julkaistu (81) ja sen tehoa on alustavasti tutkittu (78). Hoito sopii yli kymmenvuotiaille, myös aikuisille, avohoidon potilaille ja se voidaan toteuttaa myös perhemuotoisena. Jos kognitiiviset lähestymistavat ovat iän tai kehitystason vuoksi liian vaativia, voidaan suosia käyttäytymisterapeuttisia (behavioraalisia) strategioita.

8.2 Perhepohjainen hoitomalli

Perhepohjaista hoitoa koskevat alustavat tutkimukset ovat pääasiassa myönteisiä (69,73,82). Perhepohjainen hoidon tavoitteena on tukea vanhempia auttamaan lasta tai nuorta kokeilemaan pelkoruokiaan. Tavoitteena on kuitenkin pelkojen voittaminen eikä pelkästään lapsen syömään saaminen. Desensisaatio on tärkeä osa hoitoa, koska sitä kautta lapsi tottuu kohtaamaan pelkoruokansa ja ymmärtää siihen liittyvän pelon epärealistisuuden. Perhepohjaisesta hoidosta on hiljattain kehitetty myös nuorten aikuisten moniperhehoidon malli, josta on saatu lupaavia alustavia tuloksia myös yksittäisten ARFID-potilaiden hoidossa (83).

8.3 Vanhempainohjaus

Vanhempainohjaus voi nykyisen tiedon perusteella hyödyttää ARFID-oireilevaa (84). Vanhempainohjaus perustuu ajatukseen, että läheisten käytös mahdollistaa valikoivan tai rajoittuneen syömisen ja voi osin ylläpitää tai pahentaa sitä. Vanhemmat tai läheiset perehdytetään ryhmässä kartoittamaan, miten heidän käytöksensä vaikuttaa ARFID-oireilevan lapsen tai nuoren jokapäiväiseen elämään. Lähipiiri valitsee yhdessä ARFID-oireilevan kanssa jonkin syömistilanteen, ja he lähtevät tietoisesti ja yhdessä sovitusti muuttamaan jotakin yksittäistä oireilua ylläpitävää käytöstä.

8.4 Hoito ARFID:in ja autismikirjon yhteisesiintyvyystilanteissa

Mikäli ARFID esiintyy samanaikaisesti autismikirjon kanssa, saattaa autismikirjon syömisoireiden hoito tukea myös ARFID:in hoitoa. Autismikirjon syömisoireiden hoitoa on tutkittu satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa, joissa on sovellettu käyttäytymisterapiaa, ravitsemusohjausta ja vanhempien ohjausta (85-87). Lisäksi neurokirjon lasten syömis-, juomis- ja nielemishaasteiden hoitoa on kartoitettu myös hoitojärjestelmän tasolla Isossa-Britanniassa: sekä vanhemmat että näitä oireita hoitavat ammattilaiset kokivat lukuisat eri interventiot hyödyllisiksi (88). Suomessa lasten autismikirjon kuntoutus liittyy usein puhe- ja toimintaterapiaan, ja syömisoireisten lasten hoidossa on toisinaan sovellettu SOS-syömisterapiaa, jonka vaikuttavuuden tutkimusnäyttö on toistaiseksi kuitenkin vähäistä (89,90).

8.5 Lääkitys

Yksittäistapauksissa ARFID-oireiden hoitoon on kokeiltu erilaisia lääkkeitä. Mirtatsapiinilla, olantsapiinilla ja D-sykloseriinillä on todettu olevan myönteinen hoitovaikutus. Mirtatsapiinin (70,71,73) ja olantsapiinin (72) on havaittu helpottavan ARFID-lapsi- ja -nuorisopotilaiden painonnousua. Tieto perustuu kuitenkin takautuviin potilasaineistotarkasteluihin. D-sykloseriini on tutkimusten mukaan lisännyt 2-5-vuotiaiden ARFID-potilaiden syömistä (91). Tutkimus on ainut ARFID:in lääkitystä koskeva satunnaistettu kaksoissokkokoe. Lääkehoidon vaikutuksista ARFID:iin on niin vähän näyttöä, ettei niitä voida käyttää ensilinjan hoitona. Tarvitaan satunnaistettuja lumekontrolloituja tutkimuksia ennen lääkehoitojen laajaa käyttöönottoa.

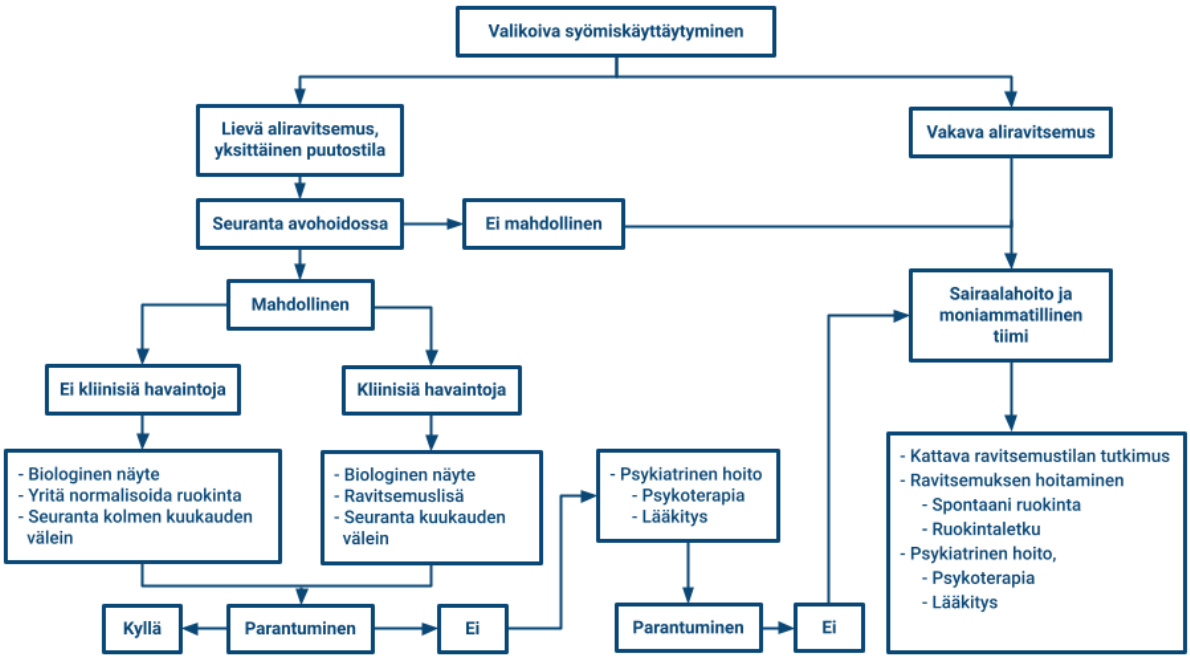
8.6 Sairaalahoito

Mikäli potilaan terveys on vaarantunut, ohjataan hänet sairaalahoitoon. ARFID:ille ei ole luotu virallista päätöksentekokriteeristöä sairaalahoidolle. Ravitsemustila korjataan ravitsemussuunnitelman tai potilaan siitä kieltäytyessä nenämahaletkuruokinnan avulla. Tarvittaessa gastrostomialetkua voidaan hyödyntää. Ravitsemussuunnitelmassa tulee ottaa huomioon refeeding-oireyhtymän riski. Letkuruokinnan tulee olla vain väliaikainen ratkaisu, joka tulisi pyrkiä lopettamaan, kun potilas on saavuttanut riittävän ravitsemustilan (92). Ravitsemustilan lisäksi potilas tarvitsee usein mielenterveyden tukea. Nykyiset tutkimukset puoltavat sairaalahoidon tarjoamista (93,94).

8.7 Moniammatillinen tiimi

Koska ARFID käsittää useita lääketieteen ja terveydenhuollon aloja, potilaat hyötyvät moniammatillisesta tiimistä (95). ARFID-potilaat voivat hyötyä neuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskelijaterveydenhuollon ammattilaisten lisäksi esimerkiksi lasten-, nuorten- tai aikuispsykiatrin, lastenneurologin, lastenlääkärin, gastroenterologin, ravitsemusterapeutin, psykologin tai toimintaterapeutin tuesta.

Esimerkki ARFID:in hoidon porrastuksesta on esitetty kuvassa 2. Hoitokaaviota voi käyttää avuksi hoitopäätösten tekemiseen, mutta tulee ottaa huomioon, että ARFID-oireilevat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä eikä kaaviota voi siksi hyödyntää jokaisen potilaan kohdalla. Kaavio on tarkoitettu lapsipotilaiden hoitamisen tueksi.



Kuva 2. Feillet et al. esittämä ARFID:in hoidon porrastus (16). Vakava aliravitsemus määritellään Ranskan pediatriaseuran kriteerien perusteella (96).

9 Oireiden ennaltaehkäisy

Monipuolisen ruokavalion omaksumista lapsilla voidaan tukea ennaltaehkäisevästi sekä kotona että varhaiskasvatuksessa ja kouluissa. Suomessa kehitetty ruokakasvatusmenetelmä Sapere on strukturoitu ohje 9-12-vuotiaiden tutustuttamiseen erilaisiin ruokiin (97). Menetelmät sopivat sekä varhaiskasvatukseen, kouluihin että koteihin. Menetelmässä lapset tutustuvat uusiin ruokiin aistien, leikkimisen ja yhdessä oppimisen kautta. Lapset kohtaavat uusia ruokia, ja lapsia ohjeistetaan kiinnittämään huomiota ruuasta heräviin erilaisiin aistikokemuksiin. Menetelmän tueksi on luotu erilaisia oppaita ja työkirjoja. Nykyisen tutkimustiedon perusteella erilaisten ruokien syöminen vähentää uusien ruokien pelkoa (98,99). Saperen vaikuttavuutta on tutkittu (100).

10 Ennuste

ARFID on uusi diagnoosi, minkä takia sen pitkäaikaisennuste tunnetaan huonosti. Diagnoosi on usein asetettu taannehtivasti (34,35), mikä heikentää tutkimusten luotettavuutta. Tutkimukset lisäksi keskittyvät painonkehitykseen, koska se on helpommin mitattavissa kuin oireilun muutos (101).

Nykytiedon valossa ARFID-potilaiden ennuste näyttäytyy yhtä hyvänä tai jopa merkittävästi parempana kuin anoreksiapotilaiden. Kolmessa tapaussarjassa ARFID-potilaiden ennusteen kuvataan olevan samanlainen kuin anoreksiapotilaiden. Tapaussarjat on tehty Yhdysvalloissa (102), Ruotsissa (103) ja Tanskassa (101) ja potilaskoot ovat vastaavasti 27, 19 ja 7.

Kahdessa japanilaisessa takautuvassa potilaskertomuksen tarkastelussa ARFID-potilaiden ennusteen kuvataan olevan parempi kuin anoreksiapotilaiden (34,35). Alle 16-vuotiaita koskevan 92 potilaan aineistossa 77 prosenttia sairaalahoitoon joutuneista katsottiin parantuneiksi reilun vuoden jälkeen hoidosta. Vastaava luku anoreksiapotilaille oli 43 prosenttia. (34) 15-40-vuotiaita koskevassa 245 potilaan aineistossa vastaavat luvut olivat ARFID-potilaiden osalta 51,9 prosenttia ja anoreksiapotilaiden osalta 35,5 prosenttia (35). Seuranta-aika oli keskimäärin 85,2 kuukautta. Tutkimuksissa otettiin huomioon sekä oirekuvan että ravitsemustilan muutos. Alle 16-vuotiaita käsittelevän tutkimuksen ryhmä arveli ARFID-potilaiden paremman ennusteen johtuvan siitä, että ARFID:iin ei liity lihomisen pelkoa, jolloin potilailla on parempi motivaatio painon normalisoimiseen (34). Vaikuttaa siltä, että sairauden varhainen havaitseminen sekä hoidon nopea aloitus parantavat ARFID-potilaiden ennustetta (34).

Toistaiseksi ei ole saatavilla systemaattista tutkimustietoa siitä, eroavatko taustatekijöiltään erilaisten ARFID-potilaiden ennusteet toisistaan. Autismikirjon syömisongelmat ovat usein pitkäkestoisia (51), joten autismikirjon ja ARFID:in yhteisesiintyvyystilanteissa odotettavissa saattaa olla pitkäkestoinen oirekuva.

11 Yhteenveto

ARFID on vielä tuore ja monelle ammattilaiselle uusi diagnoosi, ja siksi siihen liittyy monia kysymyksiä. Epidemiologisten tutkimusten perusteella ARFID:in yleisyys vaihtelee, mutta ilmiö on kuvattu monissa eri maissa ja väestöissä, ja sen yleisyys vastaa muiden tunnettujen syömishäiriöiden yleisyyttä. Oirekuvan laajuuden vuoksi diagnoosi ja hoito vaativat moniammatillista osaamista, joskus myös sairaalahoitoa. Sairaalahoidon kriteereiden ja hoitolinjausten yhteinen sopiminen onkin tärkeää myös Suomessa, jotta voidaan sopia, minne ARFID-oireilevat potilaat tulisi ohjata ja minkä ammattiryhmien tulisi erikoistua heidän hoitoonsa. Hoitojen ja ennaltaehkäisevien menetelmien testaus on vasta alkuvaiheessa, mutta niitä käsittelevä tutkimus on vilkasta ja tieto päivittyy jatkuvasti. Keskeistä on, että tutkimustieto saavuttaa sekä kliinikot että ARFID-oireiset ihmiset ja heidän läheisensä.

12 Lähteet

(1) Kauer J, Pelchat ML, Rozin P, Zickgraf HF. Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. Appetite 2015 Jul;90:219-228.

(2) Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. Appetite 2015 Dec;95:349-359.

(3) Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. Eat Behav 2010 Dec;11(4):253-257.

(4) Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? Int J Eat Disord 2008 Nov;41(7):626-634.

(5) Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990 Jan;29(1):112-117.

(6) Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K, Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. Int J Behav Nutr Phys Act 2007 Apr 4;4:9-9.

(7) Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. J Am Diet Assoc 2004 Jan;104(1 Suppl 1):57.

(8) Tuorila H, Lähteenmäki L, Pohjalainen L, Lotti L. Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. Food Quality and Preference 2001;12(1):29-37.

(9) Łoboś P, Januszewicz A. Food neophobia in children. Pediatr Endocrinol Diabetes Metab 2019;25(3):150-154.

(10) Kininmonth A, Smith A, Carnell S, Steinsbekk S, Fildes A, Llewellyn C. The association between childhood adiposity and appetite assessed using the Child Eating Behavior Questionnaire and Baby Eating Behavior Questionnaire: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2021 -05;22(5):e13169.

(11) Brown CL, Vander Schaaf EB, Cohen GM, Irby MB, Skelton JA. Association of Picky Eating and Food Neophobia with Weight: A Systematic Review. Child Obes 2016 -08;12(4):247-262.

(12) Viljakainen J, Figueiredo, Rejane Augusta de Oliveira, Viljakainen H, Roos E, Weiderpass E, Rounge TB. Eating habits and weight status in Finnish adolescents. Public Health Nutrition 2019 /10;22(14):2617-2624.

(13) Sarin HV, Taba N, Fischer K, Esko T, Kanerva N, Moilanen L, et al. Food neophobia associates with poorer dietary quality, metabolic risk factors, and increased disease outcome risk in population-based cohorts in a metabolomics study. Am J Clin Nutr 2019 -07-01;110(1):233-245.

(14) Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: association with psychopathology and parentally perceived impairment. J Dev Behav Pediatr 2011 -10;32(8):572-580.

(15) Herle M, Stavola BD, Hübel C, Abdulkadir M, Ferreira DS, Loos RJF, et al. A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. Br J Psychiatry 2020 -02;216(2):113-119.

(16) Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui J-, Darmaun D, Frelut M-, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. Arch Pediatr 2019 -10;26(7):437-441.

(17) Watkins B, Lask B. Eating disorders in school-aged children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002 -04;11(2):185-199.

(18) Claudino AM, Pike KM, Hay P, Keeley JW, Evans SC, Rebello TJ, et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. BMC Med 2019 -05-14;17(1):93.

(19) Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. International Review of Psychiatry 2012;24(6):514-529.

(20) 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 Health 2014 -07;55(1):49-52.

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

(22) Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015 -07;24(7):779-785.

(23) Hilbert A, Zenger M, Eichler J, Brähler E. Psychometric evaluation of the Eating Disorders in Youth-Questionnaire when used in adults: Prevalence estimates for symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder and population norms. Int J Eat Disord 2021 -03;54(3):399-408.

(24) Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Graham AK, Smolar L, Park D, Mysko C, et al. Results of disseminating an online screen for eating disorders across the U.S.: Reach, respondent characteristics, and unmet treatment need. Int J Eat Disord 2019 Jun;52(6):721-729.

(25) Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. J Eat Disord 2017 Jul 3;5:21-z. eCollection 2017.

(26) Schmidt R, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Pathological and non-pathological variants of restrictive eating behaviors in middle childhood: A latent class analysis. Appetite 2018 -08-01;127:257-265.

(27) Chua SN, Fitzsimmons-Craft E, Austin SB, Wilfley DE, Taylor CB. Estimated prevalence of eating disorders in Singapore. Int J Eat Disord 2021;54(1):7-18.

(28) Chen YL, Chen WJ, Lin KC, Shen LJ, Gau SS. Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. Epidemiol Psychiatr Sci 2019 Jan 30;29:e15.

(29) Dinkler L, Yasumitsu-Lovell K, Eitoku M, Fujieda M, Suganuma N, Hatakenaka Y, et al. Development of a parent-reported screening tool for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Initial validation and prevalence in a Japanese birth cohort. medRxiv 2021:2021.05.11.21254533.

(30) van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Curr Opin Psychiatry 2021 -11-01;34(6):515-524.

(31) Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr 2019 -05-01;109(5):1402-1413.

(32) Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012 -08;14(4):406-414.

(33) Salminen, A. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto; 2011. .

(34) Kurotori I, Shioda K, Abe T, Kato R, Ishikawa S, Suda S. An Inpatient Observational Study: Characteristics And Outcomes Of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) In Children And Adolescents In Japan. Neuropsychiatr Dis Treat 2019;15:3313-3321.

(35) Nakai Y, Nin K, Noma S, Hamagaki S, Takagi R, Teramukai S, et al. Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. Eat Behav 2017 -01;24:49-53.

(36) Norris ML, Spettigue W, Hammond NG, Katzman DK, Zucker N, Yelle K, et al. Building evidence for the use of descriptive subtypes in youth with avoidant restrictive food intake disorder. Int J Eat Disord 2018 -02;51(2):170-173.

(37) Rosania K, Lock J. Family-Based Treatment for a Preadolescent With Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder With Sensory Sensitivity: A Case Report. Front Psychiatry 2020;11:350.

(38) Becker KR, Mancuso C, Dreier MJ, Asanza E, Breithaupt L, Slattery M, et al. Ghrelin and PYY in low-weight females with avoidant/restrictive food intake disorder compared to anorexia nervosa and healthy controls. Psychoneuroendocrinology 2021 -07;129:105243.

(39) Lopes R, Melo R, Curral R, Coelho R, Roma-Torres A. A case of choking phobia: towards a conceptual approach. Eat Weight Disord 2014 -03;19(1):125-131.

(40) 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 -01;50(1):84-87.

(41) Harshman SG, Jo J, Kuhnle M, Hauser K, Murray HB, Becker KR, et al. A Moving Target: How We Define Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Can Double Its Prevalence. J Clin Psychiatry 2021 Sep 7;82(5):20m13831. doi: 10.4088/JCP.20m13831.

(42) Cooper Z, Fairburn C. The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. International Journal of Eating Disorders 1987;6(1):1-8.

(43) Orvaschel, H (1995). Schizophrenia and Affective Disorders Schedule for Children—Epidemiological Version (KSADS-E). Unpublished manuscript, Nova University.

(44) van Dyck Z, Bellwald L, Kurz S et al. (2013) Essprobleme imKindesalter: Screening in der allgemeinen Bevo¨lkerung [Eatingdisturbances in childhood. Screening in the general population].Zeitschrift fu¨r Gesundheitspsychologie 21(2):91–100.

(45) Jones M, Kass AE, Trockel M, Glass AI, Wilfley DE, Taylor CB. A Population-Wide Screening and Tailored Intervention Platform for Eating Disorders on College Campuses: The Healthy Body Image Program. Journal of American College Health 2014 July 4,;62(5):351-356.

(46) He J, Zickgraf HF, Essayli JH, Fan X. Classifying and characterizing Chinese young adults reporting picky eating: A latent profile analysis. Int J Eat Disord 2020 -06;53(6):883-893.

(47) R Bryant-Waugh, suullinen, 1. huhtikuuta 2021.

(48) Dinkler Lisa. Restrictive eating disorders
Aetiological, epidemiological and neurodevelopmental aspects; 2021.

(49) Murray HB, Bailey AP, Keshishian AC, Silvernale CJ, Staller K, Eddy KT, et al. Prevalence and Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Adult Neurogastroenterology Patients. Clin Gastroenterol Hepatol 2020 -08;18(9):1995-2002.e1.

(50) 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 -06;54(6):1019-1054.

(51) Lieberman M, Houser ME, Voyer A, Grady S, Katzman DK. Children with avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa in a tertiary care pediatric eating disorder program: A comparative study. Int J Eat Disord 2019 -03;52(3):239-245.

(52) 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.

(53) Duncombe Lowe K, Barnes TL, Martell C, Keery H, Eckhardt S, Peterson CB, et al. Youth with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Examining Differences by Age, Weight Status, and Symptom Duration. Nutrients 2019 -08-20;11(8).

(54) Shan H, Li F, Zhang J, Wang H, Li J. Feeding and Eating Disorder and Risk of Subsequent Neurodevelopmental Disorders: A Population-Based Cohort Study. Front Pediatr 2021 Sep 6;9:671631.

(55) Becker KR, Breithaupt L, Lawson EA, Eddy KT, Thomas JJ. Co-occurrence of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder and Traditional Eating Psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020 -02;59(2):209-212.

(56) Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. 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 -04;52(4):435-438.

(57) Nakai Y, Nin K, Noma S, Hamagaki S, Takagi R, Teramukai S, et al. Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. Eat Behav 2017 -01;24:49-53.

(58) Zanna V, Criscuolo M, Mereu A, Cinelli G, Marchetto C, Pasqualetti P, et al. Restrictive eating disorders in children and adolescents: a comparison between clinical and psychopathological profiles. Eat Weight Disord 2021 -06;26(5):1491-1501.

(59) Reilly EE, Brown TA, Gray EK, Kaye WH, Menzel JE. Exploring the cooccurrence of behavioural phenotypes for avoidant/restrictive food intake disorder in a partial hospitalization sample. Eur Eat Disord Rev 2019 -07;27(4):429-435.

(60) 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 -07;47(5):495-499.

(61) Sharp WG, Berry RC, Burrell L, Scahill L, McElhanon BO. Scurvy as a Sequela of Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder in Autism: A Systematic Review. J Dev Behav Pediatr 2020 Jun/Jul;41(5):397-405.

(62) Alberts Z, Fewtrell M, Nicholls DE, Biassoni L, Easty M, Hudson LD. Bone mineral density in Anorexia Nervosa versus Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Bone 2020 -05;134:115307.

(63) 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 -12;48(8):1176-1179.

(64) Takeshima M, Ishikawa H, Kitadate A, Sasaki R, Kobayashi T, Nanjyo H, et al. Anorexia nervosa-associated pancytopenia mimicking idiopathic aplastic anemia: a case report. BMC Psychiatry 2018 -05-25;18(1):150.

(65) Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. Psychol Med 2001 -07;31(5):881-890.

(66) Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, et al. Treatment Needs and Rates of Mental Health Comorbidity in Adolescent Patients With ARFID. Front Psychiatry 2021 Jul 16;12:680298.

(67) Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. Curr Pediatr Rep 2018 Jun;6(2):107-113.

(68) Eckhardt S, Martell C, Duncombe Lowe K, Le Grange D, Ehrenreich-May J. An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. J Eat Disord 2019;7:34.

(69) Spettigue W, Norris ML, Santos A, Obeid N. Treatment of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder: a case series examining the feasibility of family therapy and adjunctive treatments. J Eat Disord 2018 Aug 3;6:20-3. eCollection 2018.

(70) Gray E, Chen T, Menzel J, Schwartz T, Kaye WH. Mirtazapine and Weight Gain in Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018 Apr;57(4):288-289.

(71) Naguy A, Roshdy R, Al-Mutairi A, Alwetayan S, Alamiri B. Mirtazapine Improved Eating Patterns in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Am J Ther 2021 Jan 20.

(72) 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 Dec;27(10):920-922.

(73) Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, Hazen EP, Eddy KT. Case 18-2017 - An 11-Year-Old Girl with Difficulty Eating after a Choking Incident. N Engl J Med 2017 -06-15;376(24):2377-2386.

(74) Volkert VM, Burrell L, Berry RC, Waddle C, White L, Bottini S, et al. Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review. Int J Eat Disord 2021 Nov;54(11):1978-1988.

(75) Grubb LK. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder-What Are We Missing? What Are We Waiting for? JAMA Pediatr 2021 Oct 11:e213858.

(76) Farag F, Sims A, Strudwick K, Carrasco J, Waters A, Ford V, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder: clinical implications for assessment and management. Dev Med Child Neurol 2021 Aug 17.

(77) Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. Int J Eat Disord 2013 -07;46(5):420-423.

(78) Thomas JJ, Becker KR, Kuhnle MC, Jo JH, Harshman SG, Wons OB, et al. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. Int J Eat Disord 2020 -10;53(10):1636-1646.

(79) Steen E, Wade TD. Treatment of co-occurring food avoidance and alcohol use disorder in an adult: Possible avoidant restrictive food intake disorder? Int J Eat Disord 2018 -04;51(4):373-377.

(80) King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. Eat Behav 2015 -12;19:106-109.

(81) Thomas JJ, & Eddy KT (2019). Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, and Adults. Cambridge, Iso-Britannia: Cambridge University Press.

(82) Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. Neuropsychiatr Dis Treat 2016 Jan 19;12:213-218.

(83) Knatz Peck S, Towne T, Wierenga CE, Hill L, Eisler I, Brown T, et al. Temperament-based treatment for young adults with eating disorders: acceptability and initial efficacy of an intensive, multi-family, parent-involved treatment. J Eat Disord 2021 -09-08;9(1):110.

(84) 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 Oct;53(10):1623-1635.

(85) Johnson CR, Brown K, Hyman SL, Brooks MM, Aponte C, Levato L, et al. Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder: Initial Randomized Trial. J Pediatr Psychol 2019 -03-01;44(2):164-175.

(86) Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, Stubbs KH, McCracken CE, Gillespie SE, et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education: A Randomized Clinical Trial. J Pediatr 2019 -08;211:185-192.e1.

(87) Peterson KM, Piazza CC, Ibañez VF, Fisher WW. Randomized controlled trial of an applied behavior analytic intervention for food selectivity in children with autism spectrum disorder. J Appl Behav Anal 2019 -10;52(4):895-917.

(88) Parr J, Pennington L, Taylor H, Craig D, Morris C, McConachie H, et al. Parent-delivered interventions used at home to improve eating, drinking and swallowing in children with neurodisability: the FEEDS mixed-methods study. Health Technol Assess 2021 -03;25(22):1-208.

(89) Seiverling L, Anderson K, Rogan C, Alaimo C, Argott P, Panora J. A Comparison of a Behavioral Feeding Intervention With and Without Pre-meal Sensory Integration Therapy. J Autism Dev Disord 2018 -10;48(10):3344-3353.

(90) Peterson KM, Piazza CC, Volkert VM. A comparison of a modified sequential oral sensory approach to an applied behavior-analytic approach in the treatment of food selectivity in children with autism spectrum disorder. J Appl Behav Anal 2016 -09;49(3):485-511.

(91) 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 Jun 20;7(6):e1157.

(92) Dovey TM, Wilken M, Martin CI, Meyer C. Definitions and Clinical Guidance on the Enteral Dependence Component of the Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Diagnostic Criteria in Children. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2018 Mar;42(3):499-507.

(93) 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 Apr;62(4):658-663.

(94) Ornstein RM, Essayli JH, Nicely TA, Masciulli E, Lane-Loney S. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating disorders. Int J Eat Disord 2017 Sep;50(9):1067-1074.

(95) Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. Psychiatr Clin North Am 2019 Mar;42(1):45-57.

(96) Hankard R, Colomb V, Piloquet H, et al. Dépister la denutrition de l'enfant en pratique courante . Arch Pédiatr 2012;19:1110-7. .

(97) Koistinen Aila, Ruhanen Leena (toim.). AISTIEN AVULLA RUOKAMAAILMAAN SAPERE -MENETELMÄ PÄIVÄHOIDON RAVITSEMUS- JA RUOKAKASVATUKSEN TUKENA. : Jyväskylän kaupunki; 2009.

(98) Pliner P, Pelchat M, Grabski M. Reduction of neophobia in humans by exposure to novel foods. Appetite 1993 -04;20(2):111-123.

(99) Birch LL, Gunder L, Grimm-Thomas K, Laing DG. Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. Appetite 1998 -06;30(3):283-295.

(100) Mustonen, S., Rantanen, R., & Tuorila, H. (2009). Effect of sensory education on school children's food perception: a 2-year follow-up study. Food Quality and Preference, 20(3), 230-240.

(101) 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 -03-07;13(3).

(102) Makhzoumi SH, Schreyer CC, Hansen JL, Laddaran LA, Redgrave GW, Guarda AS. 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 -04;52(4):428-434.

(103) Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. 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 -04;52(4):435-438.

13 Liitteet

Liite 1. Eating Disorder in Youth -kysely (EDY-Q) (44)

EDY-Q

Lue seuraavat väittämät ja rastita laatikko, joka kuvastaa sinua parhaiten.	Ei koskaan totta						Aina totta
1. Jos voisin, en söisi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ruoka/syöminen ei kiinnosta minua	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En syö, kun olen surullinen, huolestunut tai ahdistunut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Muiden mielestä painan liian vähän	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Haluaisin painaa enemmän	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Koen itseni lihavaksi, vaikka muut olisivat kanssani eri mieltä	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Niin kauan kun en näytä liian lihavalta tai paina liikaa, millään muulla ei ole väliä	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Olen nirso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. En pidä uusien ruokien kokeilemisesta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Pelkään syödessäni tukehtumista tai oksentamista	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pelkään ruuan nielemistä	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. En pidä sellaisten ruokien kokeilemisesta, joilla on tietty haju, maku, ulkonäkö tai koostumus (kuten rapea tai pehmeä)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Pidän sellaisten ruokien syömisesta, joita ei ole tarkoitettu syötäväksi (kuten hiekka)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Regurgitoin ruokaa, jonka olen jo niellyt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Liite 2. Stanford-Washington University Eating Disorder (SWED) -kyselyn ARFID:ia koskevat osiot (45)

Kysymys	**Vastausvaihtoehdot**
Nykyinen pituus	Numeerinen
Matalin paino viimeisen vuoden aikana	Numeerinen
Nykyinen paino	Numeerinen
Onko sinulla vaikeuksia syömiseen ja ruokaan liittyvän kiinnostuksen puutteen kanssa JA onko tämä johtanut merkittäviin ongelmiin (kuten merkittävä painonpudotus, ravintoainepuutokset tai toimintakyvyn ongelmat)?	Kyllä/Ei
Vältteletkö monia ruokia johtuen niiden tekstuurista, koostumuksesta, lämpötilasta tai hajusta JA onko tämä johtanut merkittäviin ongelmiin (kuten merkittävä painonpudotus, ravintoainepuutokset tai toimintakyvyn ongelmat)?	Kyllä/Ei
Vältteletkö tiettyjä tai monia ruokia (muttei lääketieteellisestä syystä, kuten gluteeniyliherkkyydestä) kielteisten seurausten pelon takia, kuten tukehtumisen tai oksentamisen JA onko tämä johtanut merkittäviin ongelmiin (kuten merkittävä painonpudotus, ravintoainepuutokset tai toimintakyvyn ongelmat)?	Kyllä/Ei
Oletko menettänyt merkittävästi painoa (tai nykyinen painosi on merkittävän matala ikääsi ja pituuteesi nähden) muttet ole kovin huolestunut kehosi koosta ja muodosta?	Kyllä/Ei

Liite 3. Lapsen ARFID-oireilun seulontakysely (29)

DSM-5-kriteria	**Kysymys**	**Vastausvaihtoehdot**
A – Rajoittunut ja välttävä syöminen	Onko mielestäsi lapsellasi syömishäiriö, johon liittyy ruuansaannin riittämättömyyttä tai rajoittuneisuutta (voivat liittyä ruoka-aineiden monipuolisuuteen tai määrään)?	Kyllä, tällä hetkellä Kyllä, aiemmin Ei, ei koskaan
A1 – Merkittävä painonlasku tai painokehityksen häiriintyminen	Viimeisen kolmen kuukauden aikana, onko ollut huolta, että lapsesi ei ole kasvanut tai kerryttänyt painoa, kuten hänen ikävaiheeseensa kuuluisi?	Kyllä, tällä hetkellä Kyllä, aiemmin Ei, ei koskaan
A2 - Merkittäviä ravintoainepuutteita	Onko terveydenhuollon ammattilainen havainnut lapsellasi ravintoainepuutteita?	Kyllä, tällä hetkellä Kyllä, aiemmin Ei, ei koskaan
A3 – Riippuvuus suonensisäisestä ruokinnasta tai suun kautta nautittavista ravintolisistä	a) Onko lapsellesi määrätty ravintolisiä (kuten vitamiineja, mineraaleja) ravintoainepuutteiden takia? b) Onko lapsesi koskaan tarvinnut täydennysravintojuomia (tai muita korkeaenergisiä juomia) säilyttääkseen painonsa tai kerryttääkseen painoa?	a) Kyllä, tällä hetkellä Kyllä, aiemmin Ei, ei koskaan b) Kyllä, tällä hetkellä Kyllä, aiemmin Ei, ei koskaan
A4 - Huomattava vaikutus psykososiaaliseen toimintakykyyn	a) Uskotko, että lapsesi *nykyinen* syömiskäyttäytyminen aiheuttaa hänelle ahdistusta? b) Haittaako lapsesi *nykyinen* syömiskäyttäytyminen hänen sosiaalista toimintaansa (esimerkiksi koulunkäynti, esikoulun ruokailut, ystävystyminen, pelaaminen, aktiviteetit)?	a) Kyllä, paljon Kyllä, jotenkuten Ei, ei lainkaan b) Kyllä, paljon Kyllä, jotenkuten Ei, ei lainkaan
C – Syömiskäyttäytyminen ei liity huoleen kehosta tai painosta	Lapseni sanoo, että kokee itsensä lihavaksi, vaikka muut ihmiset olisivat hänen kanssaan eri mieltä.	Ei koskaan Harvoin Joskus Usein Aina
D – Syömisen häiriintyminen ei johdu samanaikaisesta somaattisesta häiriöstä tai selity paremmin muulla mielenterveyden häiriöllä	Jos lapsellasi on ongelmia painon, kasvun tai ravitsemuksen kanssa, johtuvatko nämä pääasiallisesti hänen nykyisestä lääketieteellisestä häiriöstään? Lääketieteellinen häiriö: (tarkenna)	Kyllä Ei

Taustatekijä(yhdenkään ei tarvitse täyttyä)		
Mielenkiinnon puute	Lapseni nauttii syömisestä.	Ei koskaan Harvoin Joskus Usein Aina
Aistiherkkyys	Lapseni ei pidä sellaisista ruuista, joilla on tietty haju, maku, ulkonäkö, lämpötila tai koostumus/tekstuuri (kuten rapea tai pehmeä).	Ei koskaan Harvoin Joskus Usein Aina
Pelko haitallisista seuraamuksista	Lapseni pelkää syömistä, koska on huolissaan siitä, mitä saattaisi tapahtua (kuten tukehtuminen, oksentaminen, vatsakivut, ripuli, allerginen reaktio jne.).	Ei koskaan Harvoin Joskus Usein Aina