



UNIVERSITY
OF TAMPERE

This document has been downloaded from
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version*

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201406181800>

Author(s): Mäntymaa, Mirjami; Luoma, Ilona; Puura, Kaija
Title: Miksi pienokaiseni ei syö? Lastenpsykiatrisen näkökulma
varhaislapsuuden syömishäiriöihin
Year: 2013
Journal Title: Duodecim
Vol and
number: 129 : 7
Pages: 697-703
ISSN: 0012-7183
Discipline: Gynaecology and paediatrics; Neurology and psychiatry
School /Other
Unit: School of Medicine
Item Type: Journal Article
Language: fi
URN: URN:NBN:fi:uta-201406181800
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10903.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Miksi pienokaiseni ei syö?

– Lastenpsykiatrinen näkökulma varhaislapsuuden syömishäiriöihin

Eriasteisia varhaislapsuuden syömisiongelmiä arvioidaan ilmenevän 20–40 %:lla normaalisti kehittyvistä pikkulapsista. Vaikeimmillaan syömiseen liittyvät hankaluudet häiritsevät lapsen kasvua ja kehitystä laaja-alaisesti ja ne voivat jatkua jopa aikuisikään saakka. Usein syömisiongelmat eivät selity somaattisilla tai neurologisilla sairauksilla, vaan niiden taustalta voi löytyä monia toisiinsa vaikuttavia tekijöitä, jotka saattavat olla myös psykologisia ja jotka voivat liittyä lapsen ja vanhemman vuorovaikutukseen. Varhaislapsuuden syömishäiriöissä on eroteltavissa erilaisia häiriötyyppejä, kuten varhaislapsuuden anoreksia, sensorinen ruoka-aversio ja posttraumaattinen syömishäiriö. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusongelmat liittyvät usein varhaislapsuuden syömishäiriöihin joko primäärisesti tai sekundaarisesti häiriötä ylläpitävinä tekijöinä. Vuorovaikutushoito on usein hyödyllistä häiriön etiologiasta riippumatta. Vaikeampien syömishäiriöiden selvittelyssä ja hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä somatiikan ja lastenpsykiatrian välillä.

Syömisiongelmat ovat tavallisia 0–3-vuotiailla pikkulapsilla. Vaikeimmillaan ne voivat häiritä lapsen kasvua ja kehitystä laaja-alaisesti (Arts-Rodas ja Benoit 1998, Chatoor 2002). Vaikka lapsen kasvu etenisi normaalisti, hänen ruokavalionsa voi olla niin yksipuolinen, ettei hän saa tarvitsemiaan ravintoaineita. Syömisiongelmiensa vuoksi ruokailutilanteet saattavat olla täynnä ahdistuneisuutta, konflikteja ja taistelua ja ne kestävät pitkään. Tällaiset syömishäiriöt raskastavat helposti vanhemman ja lapsen suhdetta. Vaikka osa ongelmista menee nopeasti ohi, osa niistä ei parane itsestään vaan syömishäiriöt voivat jatkua aikuisikään saakka. Siksi

syömiseen liittyvät hankaluudet tulee tunnistaa ja hoitaa mahdollisimman aikaisin.

Syömishäiriöiden yleisyys, etiologia ja liitännäisvaikeudet

Eriasteisia syömisiongelmiä arvioidaan esiintyvän 20–40 %:lla normaalisti kehittyvistä pikkulapsista ja jopa 80 %:lla niistä, joilla on kehitysvaikeuksia (Lindberg ym. 1991, Hagekull ym. 1997, Bryant-Waugh ym. 2010). Vaikeita syömishäiriöitä, kuten toistuvaa ruoasta kieltäytymistä, ilmenee 1–3 %:lla (Lindberg ym. 1991). Tanskalaisessa syntymäkohorttitutkimuksessa 3 %:lla 18 kuukauden ikäisistä lapsista oli ICD-10-tautiluokituksen mukainen lapsen syömishäiriön diagnoosi (Skovgaard ym. 2007).

Varhaislapsuuden syömishäiriöiden taustalla on monia samanaikaisesti toinen toisiinsa vaikuttavia biologisia, toiminnallisia, kehityksellisiä ja psykologisia käyttäytymiseen ja vanhemman ja lapsen vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä (Arts-Rodas ja Benoit 1998, Luoma ym. 2000, Davies ym. 2006, Bryant-Waugh ym. 2010). Lapsen suun alueen motoriikkaan, sensoriikkaan tai suun ja nielun toimintaan liittyvät ongelmat voivat vaikeuttaa syömistä (Arts-Rodas ja Benoit 1998, Haapanen ja Markkanen-Leppänen 2013). Lapsen kehitykselliset valmiudet siirtyä uudenvälisiin ruokiin sekä aikaisemmat sairaudet tai syömiskokemukset saattavat vaikeuttaa ongelman syntyminen (Arts-Rodas ja Benoit 1998, Bryant-Waugh ym. 2010). Vauvan temperamentti tai puutteellinen säätelykyky voivat liittyä syömishäiriöihin, erityisesti jos vanhempi ei ole riittävän herkkä ja johdonmukainen (Lindberg ym. 1994, Hagekull ym. 1997, Arts-Rodas ja Benoit 1998, Luoma ym. 2000). Syömishäiriöisellä pikkulapsella voi esiintyä laajempia-kin säätelyn ongelmia, ja usein syömishäiriöön

TAULUKKO 1. Varhaislapsuuden syömishäiriöt ICD-10-luokituksen mukaan.

Lapsen tai imeväisen syömishäiriö (F98.2)

Syöminen on toistuvasti epäadekvaattia tai esiintyy toistuvasti ruoan pulauttelua tai regurgitaatiota

Lapsen paino ei lisääntynyt, paino vähenee tai lapsella on muu merkittävä terveyshäiriö vähintään kuukauden ajan

Häiriö alkaa ennen kuuden vuoden ikää

Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10-luokituksen psyykkistä häiriötä, esimerkiksi käytöshäiriötä

Älyllinen kehitysvammaisuus voi olla diagnoosina samanaikaisesti

Ei todeta sellaista elimellistä sairautta, joka riittää selittämään syömisen epäonnistumisen

Lapsen tai imeväisen pica-oireyhtymä (F98.3)

Jatkuva tai ajoittainen ravintoaineisiin kuulumattomien aineiden syöminen vähintään kahdesti viikossa

Häiriö kestää vähintään kuukauden ajan

Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10-luokituksen psyykkistä häiriötä, esimerkiksi käytöshäiriötä

Älyllinen kehitysvammaisuus voi olla diagnoosina samanaikaisesti

Lapsen kronologinen ja älykkyyssikä on vähintään kaksi vuotta

Syömiskäyttäytyminen ei ole osa kulttuurissa hyväksyttävää käytäntöä

liittyy unihäiriö (Maldonado-Duran ym. 2008, Östberg ja Hagelin 2011). Pikkulasten syömishäiriöt saattavat olla yhteydessä myös lapsen ja vanhemman vuorovaikutusongelmiin (Chatoor ym. 1998, Ammaniti ym. 2010), ja syömishäiriöisten lasten äideillä on usein psyykkisiä oireita (Ammaniti ym. 2010).

Syömishäiriöiden määrittelyä ja luokituksia

Varhaislapsuuden syömishäiriöiden määritelmät ovat vasta muotoutumassa. Kirjallisuudessa on käytetty erilaisia syömishäiriötä kuvaavia termejä, kuten ruoasta kieltäytyminen, ruokafobia ja ongelmasyöminen. Lisäksi on viitattu syömisvaikeuksiin liittyviin oireisiin, kuten oksenteluun, huonoon ruokahuuon, vaikeuteen syödä karkeajakoista ruokaa, yök-

TAULUKKO 2. Varhaislapsuuden syömishäiriöt diagnostisen DC:0-3R-luokituksen mukaan.

Vireystilan säätelyvaikeuteen liittyvä syömishäiriö

Vauvan ja vanhemman vastavuoroisuuden vähäisyyteen liittyvä syömishäiriö

Varhaislapsuuden anoreksia

Sensorinen ruoka-aversio

Lapsen muihin sairauksiin liittyvä syömishäiriö

Syömishäiriö, joka liittyy ruoansulatuskanavaan kohdistuneeseen toimenpiteeseen tai tapahtumaan (posttraumaattinen syömishäiriö)

käämiseen, yskimiseen ja raivokohtauksiin (Lindberg ym. 1994, Arts-Rodas ja Benoit 1998). Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään yhä enemmän termiä ”feeding disorder” (sananmukaisesti syöttämishäiriö), mikä korostaa sitä, että vauvan ja pikkulapsen syömiseen liittyy aina vuorovaikutus vanhemman kanssa (Davies ym. 2006).

Nykyisen ICD-10-tautiluokituksen kaksi varhaislapsuuden syömishäiriöluokkaa (TAULUKKO 1) jättävät ulkopuolelleen monia merkittävää haittaa ja huolta aiheuttavia syömisongelmia. Sekä kliininen kokemus että tutkimus ovat osoittaneet, että syömishäiriöitä on erityyppisiä. Viime vuosina on esitetty uusia ehdotuksia diagnoosiluokituksen tarkentamiseksi. Pikkulasten psykiatrisessa diagnostisessa luokittelussa DC:0-3R (2005) syömiskäyttäytymisen häiriöt on jaettu kuuteen erilaiseen ryhmään (TAULUKKO 2).

Vireystilan säätelyn vaikeuteen liittyvä syömishäiriö alkaa vastasyntyneisyyskaudella (Chatoor 2002). Vauvan on vaikea saavuttaa riittävän valpasta mutta samalla rauhallista tilaa, jossa syöminen olisi mahdollista. Vauva voi olla liian kiihtynyt tai väsynyt syödäkseen. Vauvan kyky säädellä omaa vireystilaansa on ehkä tavallista huonompi tai vanhempi ei ole tarpeeksi herkkä, jolloin hän ei kykene autamaan vauvaa rauhoittumaan ja asettumaan syömään. Pahimmillaan tämä johtaa painon nousun hidastumiseen.

Vastavuoroisuuden vähäisyyteen liittyvässä syömishäiriössä vauvan tai pikkulapsen kasvu ja kehitys ovat vakavassa vaarassa (Chatoor 2002). Vauva on sosiaalisesti vetäytyvä,

eikä hän ole kiinnostunut vuorovaikutuksesta tai ympäristöstään. Hän ei ota katsekontaktia, ei hymyile eikä joteltele vanhemmalleen ruokailutilanteessa. Vauva saattaa vetäytyä kontaktista myös suhteessa muihin kuin vanhempiinsa. Tässä häiriössä kasvu hidastuu merkittävästi. Taustalla voi olla vanhemman psykopatologiaa, lapsen kaltoinkohtelua tai hoidon laiminlyöntiä.

Varhaislapsuuden anoreksiassa lapsi kieltäytyy toistuvasti syömästä (Chatoor 2002) ja kasvu hidastuu merkittävästi. Häiriön alkamisikä on kuudesta kuukaudesta kolmeen vuoteen. Tässä häiriössä lapsi on hyvin kiinnostunut ympäristöstään ja vuorovaikutuksesta mutta ei lainkaan syömisestä. Vanhempien mielestä nämä lapset eivät ole koskaan nälkäisiä. Taustalla ei ole somaattisia sairauksia tai traumaattisia tapahtumia, jotka voisivat selittää syömättömyyden. Lapsen psyykkisessä kehitysvaiheessa ajankohtaisia asioita ovat itsenäisyys, erillisuus, riippuvuus ja kontrolli, ja niiden on väitetty olevan merkittäviä teemoja varhaislapsuuden anoreksian taustalla (Chatoor 2002). Tällöin syömistilanteissa on paljon konflikteja ja vuorovaikutus lapsen ja vanhemman välillä on vaikeutunut (Feldman ym. 2004, Ammaniti ym. 2010). Varhaislapsuuden anoreksiassa lapsi kuvataan usein temperamentiltaan vaikeaksi (Hagekull ym. 1997, Ammaniti ym. 2010). Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että näiden lasten autonominen hermosto toimii stressitilanteessa poikkeavalla tavalla ja että he ovat jatkuvasti ylivirittyneitä (Chatoor ym. 2004).

Sensorisissa ruoka-aversioissa lapsi kieltäytyy syömästä ruokaa sen maun, hajun, ulkonäön tai rakenteen takia (Chatoor 2002). Sen sijaan lapsi voi syödä muita ruokia. Tätä on kutsuttu myös valikoivaksi syömiseksi. Valikoivuus ruokien suhteen on varsin tavallista, mutta häiriöksi se katsotaan, jos lapsen ruokavalio on niin rajoittunut, ettei hän saa syömästään ruoasta tarvitsemiaan ravintoaineita. Tässä häiriössä lapsen kasvu etenee usein hyvin ja ongelma saattaa sen vuoksi jäädä huomaamatta tai sen merkitystä vähätellään. Autistisissa häiriöissä syömisiongelmat ovat usein tämän tyyppisiä (Bryant-Waugh ym. 2010).

Muihin sairauksiin liittyvässä syömishäiriössä taustalla on somaattinen sairaus, jonka hoitaminen tai parantuminen ei kuitenkaan poista syömisiongelmaa. Tällaisia sairauksia voivat olla esimerkiksi ruoka-aineallergiat, ruokatorven refluksitauti tai sydän- ja keuhkosairaudet (Chatoor 2002). Lapselle voi kehittyä syömishäiriö myös ruoansulatuskanavaan tai nieluun kohdistuneen kivuliaan tai vastenmielisen tapahtuman jälkeen (DC:0-3R 2005). Tätä on kutsuttu myös posttraumaattiseksi syömishäiriöksi (Chatoor 2002). Taustalla voi olla traumaattinen ruokailukokemus (esim. ruoan hotkaiseminen henkitorveen tai pakkosyöttäminen), nielun alueelle kohdistunut traumaattiseksi koettu toimenpide (esim. nenä-mahaletkun laitto) tai nielemiseen liittyvä kipu (Arts-Rodas ja Benoit 1998, Chatoor 2002). Lapsi kieltäytyy syömisestä joko kokonaan tai osittain. Hän voi kieltäytyä esimerkiksi kiinteästä ruoasta mutta hyväksyä neste-mäisen. Tässä syömishäiriössä lapsi muuttuu ahdistuneeksi tai pelokkaaksi jo havaitessaan ruokailua ennakoivia, traumaattisesta kokemuksesta muistuttavia tapahtumia, kuten syöttötuoliin nostaminen tai ruokalapun laitto. Hän saattaa itkeä, yskiä, yökkiä ja vastustella tai yrittää karkuun jo ennen kuin ruokailu on alkanut (Chatoor 2002). Syötettäessä lapsi selvästi vastustaa ruoan nieläisemistä ja joko yrittää aktiivisesti sylkeä ruokaa pois tai piilotelee sitä suussaan sylkeäkseen sen pois myöhemmin (Chatoor 2002).

Lapsen ja vanhemman vuorovaikutus ja varhaislapsuuden syömishäiriöt

Varhaislapsuuden syömishäiriöihin liittyy usein vuorovaikutusongelmia lapsen ja vanhemman välillä (Chatoor ym. 1998, Sanders ym. 1993, Ammaniti ym. 2010). Syömishäiriöisten lasten ja heidän äitiensä vuorovaikutuksessa on normaalisti syöviin lapsiin ja heidän äiteihinsä verrattuna vähemmän positiivista yhdessäoloa ja vastavuoroisuutta sekä enemmän konflikteja ja taistelua hallinnasta. Tämä voi näkyä esimerkiksi negatiivisina tunneilmaisuuksina, ruoasta kieltäytymisenä, äidin pakottavana käy-

töksenä tai pakkosyöttämisenä (Sanders ym. 1993, Lindberg ym. 1996, Chatoor ym. 1998, Feldman ym. 2004, Ammaniti ym. 2010). Syömishäiriöiset lapset viestittävät nälkää ja kylläisyyttä normaalisti syöviä lapsia epäselvemmin (Lindberg ym. 1996). Ruokailutilanteessa he ovat vetäytyvämpiä, negatiivisempia ja uhmakaampia, ja heillä ilmenee enemmän erilaista häiriökäyttäytymistä (Sanders ym. 1993, Chatoor ym. 1998, Feldman ym. 2004, Ammaniti ym. 2010). Syömishäiriöisten lasten äidit eivät

Pakkosyöttäminen pahentaa syömisvaikeuksia

ole ruokailutilanteessa niin herkkiä kuin normaalisti syövien lasten äidit. He ovat tavallista intrusivisempia, negatiivisempia ja kontrolloivampia. Lisäksi he antavat ohjeita ja opettavat enemmän (Sanders ym. 1993, Lindberg ym. 1996, Chatoor ym. 1998, Feldman ym. 2004). Syömishäiriöisten pikkulasten ja heidän äitiensä välisessä läheisyydessä sekä heidän tavassaan koskettaa toisiaan on havaittu eroja verrattuna terveisiin lapsiin tai jotakin muuta psyykkistä häiriötä poteviin pikkulapsiin ja heidän äiteihinsä (Feldman ym. 2004). Leikkitalanteessa syömishäiriöiset lapset olivat etäämmällä äidistään ja sekä äiti että lapsi osoittivat toisilleen vähemmän hellyyttä. Lapset torjuivat äidin kosketuksen tai työnsivät häntä pois useammin kuin verrokkit (Feldman ym. 2004). Vuorovaikutuksen ongelmat näyttävät lisääntyvän vaikeissa syömishäiriöissä, ja ne voivat olla erilaisia erityyppisissä syömishäiriöissä (Lindberg ym. 1996, Chatoor ym. 1998).

Tutkimuksia vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksesta ja syömishäiriöistä on tehty pääsääntöisesti vertaamalla hoitoon ohjattujen syömishäiriöisten pikkulasten ja äitien vuorovaikutusta normaalisti syövien lasten ja äitien vuorovaikutukseen ruokailutilanteessa. Väestöpohjaisessa tutkimuksessa 20 %:lla syömishäiriöisistä lapsista ja heidän vanhemmistaan oli pulmia vuorovaikutuksessaan; 10 %:lla arvioitiin olevan vuorovaikutushäiriö ja 10 %:lla lievempiä vuorovaikutussuhteen vaikeuksia (Maldonado-Duran ym. 2008). Ainakin osalla syömishäiriöisistä vuorovaikutuksen ongelmat näkyvät myös muissa vuorovaikutustilanteissa (Lindberg ym. 1996, Feldman ym. 2004).

Lisäksi vaikeasti syömishäiriöisillä lapsilla on tavallista enemmän turvattomia kiintymyssuhteita (Chatoor ym. 1998).

Todetut vuorovaikutusongelmat eivät kuitenkaan aina ole syömishäiriön syynä, vaikka jo esimerkiksi vastavuoroisuuden vähäisyyteen liittyvän syömishäiriön määritelmä pitää sisällään vanhemman ja lapsen vuorovaikutushäiriön. Vauvan ja pikkulapsen syömishäiriöt näyttävät synnyttävän vuorovaikutusongelmia, ja vuorovaikutusongelmat saattavat puolestaan vaikuttaa syömishäiriön jatkumiseen (Lindberg ym. 1996, Davies ym. 2006).

Syömishäiriön jatkuminen

Syömishäiriöillä voi olla merkittäviä ja pitkään jatkuvia seurauksia, joten niiden varhainen tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää. Tutkimusten mukaan varhaislapsuuden syömishäiriön sairastaneet syövät edelleen alakouluiässä verrokkeja huonommin, vaikka heidän ravitsemuksellinen tilanteensa olisikin parantunut (Dahl ym. 1994, Ammaniti ym. 2012). Myös lievemmät syömishäiriöt voivat jatkua useiden vuosien ajan (Östberg ja Hagelin 2011). Varhaislapsuuden syömishäiriöt saattavat lisätä anorexia nervosan riskiä nuoruus- ja aikuisiällä (Marchi ja Cohen 1990, Nicholls ja Viner 2009). Varhaiset syömishäiriöt ovat myös yhteydessä lapsen myöhempiin käyttäytymisen ja tunne-elämän oireisiin, psykososiaalisen sopeutumisen ongelmiin ja vaikeuksiin sosiaalisissa suhteissa (Östberg ja Hagelin 2011, Ammaniti ym. 2012). Syömishäiriöt saattavat siirtyä myös sukupolvelta toiselle: äidin aktiivinen tai aiemmin sairastettu syömishäiriö on yhteydessä pikkulapsen syömishäiriöön (Cooper ym. 2004, Reba-Harrelson ym. 2010, Micali ym. 2011).

Syömishäiriöiden tutkiminen

Varhaislapsuuden syömishäiriöissä lapsen kasvua, kehitystä, somaattista terveyttä ja ravitsemuksellista tilaa on selviteltävä, ja usein nämä lapset ohjataan ensin lastenlääkärille. Moniammatillinen yhteistyö esimerkiksi pediatriin, ravitsemussuunnittelijan, puheterapeutin

ja lastenpsykiatrisen työryhmän kesken on tarpeellista vaikeiden syömishäiriöiden selvittä-lyssä ja hoidossa (Arts-Rodas ja Benoit 1998).

Lastenpsykiatriselta kannalta varhaislapsuuden syömishäiriöissä lapsen psyykkistä tilan-etta on syytä selvittää laaja-alaisemminkin (Maldonado-Duran ym. 2008). Tutkimus koh-distuu pikkulapsen psyykkisen voinnin, lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen sekä vanhemman ja perheen tilanteen arvioimiseen (Mäntymaa ja Puura 2009). Anamneesissa on tärkeää selvittää lapsen syömishistoriaa, syömisen-gelman alkamista ja sen tunnuspiirteitä mutta myös muuta kehityshistoriaa (Arts-Rodas ja Benoit 1998). Tyypillisiä patologisen syömisen ja syöttämisen piirteitä esitellään **TAULUKOSSA 3** (Levine ym. 2011). Syömistilanteen tarkkailu on tarpeen, mutta vuorovaikutuksen arviointi myös muussa tilanteessa on tärkeää, sillä se voi ohjata hoitoa ja tuoda esille myös lapsen ja vanhemman vahvuudet vuorovaikutuksessa.

Vanhemmankin psyykkistä tilannetta on arvioitava, sillä syömishäiriöisten pikkulasten äideillä kuvataan usein psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta, masennusta ja syömishäiriöitä (Whelan ja Cooper 2000, Ammaniti ym. 2010). Isien mielenterveysongelmien ja pikkulapsen syömishäiriöiden yhteyksiä on tutkittu hyvin vähän, mutta joissakin tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että isän mielenterveysongelmat voivat olla yhteydessä kontrolloivaan syöttämistapaan ja sitä kautta pikkulapsen syömisvaikeuksiin (Haycraft ja Blissett 2008). Toisaalta pikkulapsen syömishäiriö on itsessään vanhemman ja koko perheenkin kannalta hyvin raskas ja ahdistava asia (Greer ym. 2008). Perheeseen vaikuttavat ulkoiset rasitustekijät, parisuhteen vaikeudet ja perheenjäsenten väliset kuormittuneet vuorovaikutussuhteet voivat myös vähentää vanhempien herkkyyttä ja kykyä vastata lapsen tarpeisiin, jolloin syömistilanteet voivat vaikeutua ja johtaa syömishäiriön syntyyn.

Syömishäiriöiden hoito ja hoidon porrastus

Hoidon sisältöä määrittelee se, minkälaisesta syömishäiriöstä on kysymys ja mikä lasten-

TAULUKKO 3. Pikkulapsen patologisen syömisen ja syöttämisen tunnuspiirteitä.

Ruokailun pitkä kesto
Useasti toistuvat yritykset tarjota ruokaa
Pakkosyöttäminen
Syöttäminen lapsen ollessa nukahtamaisillaan tai öisin
Mekaaninen syöttäminen lapsen viestejä huomioimatta
Vanhemman joustamattomuus syömistilanteissa

psykiatrisen arvioinnin perusteella häiritsee eniten lapsen normaalia syömistä ja ruokailutapahtumaa (Chatoor 2002). Jos syömisiongelmi- en syy on ensisijaisesti lapsen ja vanhemman ongelmalliseksi muodostunut vuorovai- kutus, on se hoidon kohteena. Vuorovaikutus- hoidon näkökulma on tarpeellinen kuitenkin myös silloin, kun syömishäiriön ensisijainen syy on jokin muu (Davies ym. 2006). Syö- mishäiriön hoidossa työskentely lapsen van- hempien kanssa vaatii herkkää ja vanhempia arvostavaa suhtautumista. Vanhemmat louk- kaantuvat helposti, sillä syömishäiriö herättää heissä ahdistusta ja syyllisyyttä. Lapsen omi- naisuuksien tarkastelu, vanhemman syömis- tilanteisiin liittyvistä tunteista puhuminen, vanhemman kokeman stressin ja ahdistuk- sen vastaanottaminen ja vähentäminen sekä vanhemman tukeminen näkemään lapsensa tarpeet ja vastaamaan niihin ovat olennainen osa hoitoa (Chatoor 2002, Greer ym. 2008). Syömistilanteiden jäsentäminen voi helpottaa syömisiongelmiä. Tähän voivat kuulua esimer- kiksi säännölliset ruoka-ajat, ruokailun keston rajoittaminen, perheen syöminen yhdessä, rau- hallisen tilan varaaminen ruokailua varten ja muun viihdykkeen karsiminen syömisen ajak- si. Pakkosyöttäminen sen sijaan pahentaa syö- misvaikeuksia (Arts-Rodas ja Benoit 1998).

Toisinaan vanhemmat voivat tarvita vuo- rovaikutushoidon lisäksi asianmukaista apua myös omaan mielenterveyshäiriöönsä. Mi- käli vanhemman herkkyyttä heikentävät per- heeseen vaikuttavat stressitekijät, täytyy hoi- dolla pyrkiä lieventämään niiden vaikutusta. Joskus tarvitaan lastensuojelun tukitoimia. Pikkulasten syömishäiriö voi vaatia moni-

YDINASIAT

- ▶▶ Varhaislapsuuden eriaisteisia syömisiongelmiä esiintyy 20–40 %:lla ja vaikeampia syömishäiriöitä 1–3 %:lla normaalisti kehittyvistä pikkulapsista.
- ▶▶ Varhaislapsuuden syömishäiriöt voivat häiritä lapsen kasvua ja kehitystä; syömiseen liittyvät ongelmat saattavat jatkua jopa aikuisikään saakka.
- ▶▶ Varhaislapsuuden syömishäiriöitä ovat anoreksia, sensorinen ruoka-aversio ja posttraumaattinen syömishäiriö.
- ▶▶ Vanhemman ja lapsen vuorovaikutusongelmat liittyvät usein varhaislapsuuden syömishäiriöihin.

muotoista hoitoa, jossa vuorovaikutuksen tukemisen lisäksi syömistilanteita harjoitellaan ohjatusti käyttäytymisterapeuttista lähestymistapaa hyödyntäen kotona tai esimerkiksi päiväosastohoidossa. Posttraumaattisesta syömishäiriöstä kärsivien ja letkuruokinnassa olleiden lasten hoidossa on saatu hyviä tuloksia käyttäytymisterapeuttisilla interventioilla (Chatoor 2002, Dunitz-Scheer ym. 2011) sekä hoidolla, jossa lapsen annetaan tunnustella erilaisia ruoka-aineita ja leikkiä niillä. Tällöin hän vie niitä vähitellen suuhunsa ja oppii lopulta syömään. Valikoivassa syömisessä samankaltainen erilaisiin ruokiin tutustuminen leikin ja myönteisten tilanteiden kautta ilman pakkoa syödä voi auttaa. Muiden perheenjäsenten antama malli syömiseen on hoidossa tärkeä (Chatoor 2002).

Lastenneuvoloilla on merkittävä rooli varhaislapsuuden syömishäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa. Neuvolassa on syytä korottaa syömisvaikeuksia ja niihin liittyviä tekijöitä. Perheelle tarjotaan tarvittavaa hoitoa ja tukea. Jos perustason toimenpiteet eivät auta ja syömisvaikeus pitkittyy, jos lapsen kasvu ja kehitys hidastuvat tai jos hänen psyykinen vointinsa on huono, lapsi perheineen on syytä ohjata erikoissairaanhoidon.

Lopuksi

Varhaislapsuuden syömishäiriöt saattavat vaarantaa lapsen kasvun ja kehityksen. Hoitamattomina ne voivat jatkua pitkään ja aiheuttaa paljon kärsimystä, hätää ja huolta sekä lapselle että hänen vanhemmilleen ja perheelleen. Vaikeissa syömishäiriöissä moniammatillinen yhteistyö somaattisen ja lastenpsykiatrisen hoidon välillä auttaa syömishäiriöisiä lapsia ja heidän perheitään. Tällaisia työskentelymalleja tulisikin kehittää edelleen. ■

MIRJAMI MÄNTYMAA, LT, vt. apulaisylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö,
lastenpsykiatrian oppiala
ja Tampereen yliopistollinen sairaala,
lastenpsykiatrian vastuualue

ILONA LUOMA, LT, apulaisylilääkäri
KAIJA PUURA, dosentti, apulaisylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala, lastenpsykiatrian
vastuualue
ja Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö,
lastenpsykiatrian oppiala

SIDONNAISUDET
Mirjami Mäntymaa: Apuraha (Suomen Akatemia)
Ilona Luoma: Ei sidonnaisuuksia
Kaija Puura: Ei sidonnaisuuksia

Summary

Child psychiatric viewpoint towards early childhood feeding disorders

Early childhood feeding disorders are estimated to occur in 20% to 40% of normally developing young children. In most severe cases, troubles associated with feeding interfere with the child's growth and development and may continue until adulthood. Early childhood feeding disorders are discernible into different types of disorder, such as early childhood anorexia, sensory food aversion and posttraumatic feeding disorder. Early childhood feeding disorders are often associated with problems in parent-child interaction either primarily or secondarily as factors maintaining the disorder. Interactive therapy is often beneficial regardless of the etiology of the disorder.

KIRJALLISUUTTA

- DC:0-3R. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood 2005. Zero To Three.
- Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord* 2012; 45:272–80.
- Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *Int J Eat Disord* 2010; 43:233–40.
- Arts-Rodas D, Benoit D. Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. *Paediatr Child Health* 1998;3:21–7.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98–111.
- Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002; 11:163–83.
- Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ. Attachment and feeding problems: a reexamination of non-organic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1217–24.
- Chatoor I, Ganiban J, Surlis J, Dousard-Roosevelt J. Physiological regulation and infantile anorexia: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1019–25.
- Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:959–67.
- Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry* 2004;184:210–5.
- Dahl M, Rydell AM, Sundelin C. Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr* 1994;83:54–8.
- Davies WH, Satter E, Berlin KS, ym. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409–17.
- Dunitz-Scheer M, Marinschek S, Beckenbach H, Kratky E, Hauer A, Scheer P. Tube dependence. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 2011;3:209–15.
- Feldman R, Keren M, Gross-Rozval O, Tyano S. Mother-Child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1089–97.
- Greer AJ, Gulotta CS, Masler EA, Laud RB. Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *J Pediatr Psychol* 2008;33:612–20.
- Haapanen M-L, Markkanen-Leppänen M. Lapsen syömisen kehitys ja imemisen tarve. *Duodecim* 2013;129:473–9.
- Hagekull B, Bohlin G, Rydell A. Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Ment Health J* 1997;18:92–106.
- Haycraft E, Blissett J. Controlling feeding practices and psychopathology in a non clinical sample of mothers and fathers. *Eat Behav* 2008;9:484–92.
- Levine A, Bachar L, Tsangen Z, ym. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:563–8.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 1991;10:395–405.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmérus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 1996;17:334–47.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Thunström M. Early food refusal: infant and family characteristics. *Infant Ment Health J* 1994;15:262–77.
- Luoma I, Mäntymaa M, Tamminen T. Syömättömät ja ylensyövät lapset: lastenpsykiatrinen näkökulma syömishäiriöihin. *Suom Lääkäril* 2000;55:4501–6.
- Maldonado-Duran JM, Fonagy P, Helmig L, ym. In-depth mental health evaluation of a community sample of nonreferred infants with feeding difficulties. *Int J Eat Disord* 2008;41:513–9.
- Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:112–7.
- Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:800–7.
- Mäntymaa M, Puura K. Pikkulapsella psyykinen häiriö? *Suom Lääkäril* 2009; 64:707–11.
- Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:791–9.
- Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating Behav* 2010;11:54–61.
- Sanders MR, Patel RK, Le Grice B, Shepherd RW. Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychol* 1993;12:64–73.
- Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, ym. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48: 62–70.
- Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med* 2000;30:69.
- Östberg M, Hagelin E. Feeding and sleeping problems in infancy – a follow-up at early school age. *Child Care Health Dev* 2011;37:11–25.