

# Syömättömät ja ylensyövät lapset

## Lastenpsykiatrinen näkökulma syömishäiriöihin

ILONA LUOMA ■ MIRJAMI MÄNTYMAA ■ TUULA TAMMINEN

**Erilaisia syömisvaikeuksia esiintyy lapsuusiän kehityksen aikana yleisesti, vaikka varsinaiset syömishäiriöt, anoreksia ja bulimia nervosa, ovat lapsuusiässä harvinaisia. Pikkulapsen psykiatriset syömiskäyttäytymisen häiriöt kytkeytyvät tiiviisti vanhempi-lapsivuorovaikutukseen ja lapsen kokonaiskehitykseen. Varhain puhkeavassa anoreksia nervosassa on erityispiirteitä murrosiän jälkeen puhkeavaan häiriöön verrattuna. Syömisvaikeuksia tai poikkeavaa syömiskäyttäytymistä voi liittyä myös muihin lastenpsykiatrisiin häiriöihin.**

**L**asten ja nuorten syömishäiriöt ovat saaneet runsaasti julkisuutta viime aikoina. Tiedotusvälineissä on raportoitu lasten ja nuorten syömishäiriöiden lisääntymisestä ja esiintymisestä yhä nuoremmissa lapsilla. On puhuttu jopa vauvojen anoreksiasta. Pikkulapsia koskevassa psykiatrisessa kirjallisuudessa onkin kuvattu imeväisen anoreksia, jota ei kuitenkaan tule sekoittaa tavallisesti nuoruusiässä puhkeavaan anoreksia nervosaan. Vaikka anoreksia nervosa on syömishäiriöistä tunnetuin, se on lapsuusiässä harvinainen. Yleensäkin varsinaiset ”klassiset” syömishäiriöt ovat alle murrosikäisillä harvinaisia ja usein oireiltaan epätyypillisiä. Eri-laiset syömiseen ja syömiskäyttäytymiseen liittyvät ongelmat lapsuusiän kehityksen eri vaiheissa ovat sen sijaan yleisiä, ja näiden ongelmien kirjo on laaja. Valtaosa lasten syömishäiriöistä on lieviä ja ohimeneviä, mutta joskus syömishäiriö voi olla merkki terveyttä ja kehitystä uhkaavasta vakavasta häiriöstä, jonka varhainen tunnistaminen on tärkeää. Syömiskäyttäytymisen ja ruokahalun ongelmia voi esiintyä myös osana muita psyykkisiä tai vuorovaikutuksellisia häiriöitä. Joitakin syömiskäyttäytymisen häiriöitä, kuten esimerkiksi pica-oiretta ja valikoivaa syömistä, esiintyy erityisesti lapsilla. Tässä artikkelissa käydään läpi viimeaikaisen kirjallisuuden pohjalta lasten syömishäiriöiden ja syömishäiriöiden luokittelua, yleisyyttä, taustaa ja erotusdiagnoosiikka pikkulapsi-ikästä murrosikään.

### SYÖMISHÄIRIÖIDEN MÄÄRITELMÄT JA LUOKITTELU

Varsinaisilla syömishäiriöillä tarkoitetaan mielenterveyshäiriötä, jolle

on ominaista liiallinen huomion kiinnittyminen kehon painoon ja ulkonäköön sekä riittämätön, epäsäännöllinen tai kaotoinen syömiskäyttäytyminen (1). Nykyisen ICD-10-luokituksen (2) mukaiset varsinaiset syömishäiriöt on esitetty taulukossa 1. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa) ovat kohtalaisen tunnettuja, pääasiassa nuoruusiässä tai varhaisaikuisuudessa puhkeavia syömishäiriöitä. Lihavuutta sinänsä ei yllä olevan määritelmän mukaan luokitella syömishäiriöksi. Osa ylipainoisista kärsii kuitenkin ns. lihavan ahmimishäiriöstä (Binge Eating Disorder), joka on itsenäisenä oireyhtymänä kuvattu noin kolmekymmentä vuotta sitten, mutta joka on jäänyt viime aikoihin saakka vähälle huomiolle (3). Häiriölle tyypillisiä ovat toistuvat ahmimisjaksot, joihin liittyy tunne kontrollin menettämisestä sekä ahdistuneisuus ja syyllisyydentunne, mutta eivät bulimialle tyypilliset kompensatoriset painonsäätelykeinot, kuten oksentaminen, paastoaminen tai laksatiivien ja diureettien väärinkäyttö (4).

Lapsilla esiintyvien syömisen häiriöiden, kuten muidenkin lapsuusiän psyykkisten häiriöiden, luokitteluun sisältyvät omat erityispiirteensä toisaalta ikävaiheeseen liittyvän kasvun ja kehityksen vuoksi ja toisaalta siksi, että erityisesti lasten häiriöille on tyypillistä kytkeytyminen vuorovaikutukseen ja läheisiin ihmissuhteisiin (5). Diagnostiset luokitukset ja niiden kriteeristöt eivät ota lähtökohtaisesti huomioon tätä kehityksellisuutta ja kytkeytyneisyyttä kontekstiin, vaan useimmat diagnoosit ja niiden kriteerit pohjautuvat aikuisilla nähtäviin häiriöihin ja niiden oireisiin (6). Pikkulasten syömishäiriöiden diagnoosit on ICD-10-luoki-

**Taulukko 1. ICD-10-luokittelun mukaiset syömishäiriöt ja niiden kriteerit.****Laihuushäiriö (F50.0)**

Ruumiinpaino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon  
Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama  
Henkilö on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista (ruumiinkuvan vääristymä)  
Laaja-alainen hypotalamus-aivolisäkesukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys viivästyy tai pysähtyy (tytöillä rintojen kehitys pysähtyy, kuukautiset eivät ala; pojilla sukuelimet eivät kehity)

**Epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1)**

Kliinisesti melko tyypillinen laihuushäiriön kuva, mutta yksi tai useampi laihuushäiriön avainoireista puuttuu

**Ahmimishäiriö (F50.2)**

Toistuvat ylensyömisjaksot (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin henkilö nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä ruoan "lihottavien" vaikutusten estäminen oksentamalla, laksatiivien väärinkäytöllä, ajoittaisella syömättömyydellä ja/tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytöllä henkilö on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista

**Epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3)**

Häiriö vastaa joiltakin piirteiltään ahmimishäiriötä, mutta kliininen kokonaiskuva ei täytä diagnostisia kriteerejä

**Muuhun psyykkiseen häiriöön liittyvä ylensyöminen (F50.4)****Psykogeeninen oksentelu (F50.5)****Muu määritetty syömishäiriö (F50.8)****Määrittämätön syömishäiriö (F50.9)****Taulukko 2. Pikkulasten 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 yhden 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 syömisestä epäonnistumisen

**Lapsen tai imeväisen pica-oireyhtymä (F98.3)**

Jatkuva tai ajoittainen ravintoaineisiin kuulumattomien aineiden syöminen vähintään kahdesti viikossa  
Häiriö kestää vähintään yhden kuukauden ajan  
Lapsella ei ole muuta laajempaa ICD-10-luokituksen psyykkistä häiriötä, esimerkiksi käytöshäiriötä.  
Älyllinen kehitysvammaisuus voi olla diagnoosina samanaikaisesti.  
Lapsen kronologinen ja älykkyysikä on vähintään kaksi vuotta  
Syömiskäyttäytyminen ei ole osa kulttuurissa hyväksyttyä käytäntöä

tuksessa ryhmitelty osaksi melko epäyhtenäistä lapsuus- ja nuoruusiässä alkavien toiminto- ja tunnehäiriöiden luokkaa (taulukko 2).

Yhdysvalloissa on kehitetty alle nelivuotiaalle lapsille oma pikkulapsipsykiatrisen diagnoosijärjestelmä, Zero to Three -luokitus (7), jonka sisällyttäminen nykyisin käytössä olevien tautiluokitusten uusiin versioihin on suunnitteilla. Imeväisten ja

alle 4-vuotiaiden pikkulasten osalta Zero to Three -luokituksessa puhutaan syömiskäyttäytymisen häiriöstä (Eating Behavior Disorder). Syömiskäyttäytymisen häiriössä lapsen on vaikea luoda säännöllistä ruokailutapa, johon kuuluu riittävä ja oikeanlainen ruoan saanti. Lapsi ei säätele syömistään nälän- ja kylläisyydentunteiden mukaan. Mikäli lapsen syömisongelmat ovat osa laajempaa

oirekokonaisuutta ja liittyvät esimerkiksi tunnehäiriöihin, muihin säätelyhäiriöihin tai sopeutumishäiriöihin, primaaria syömiskäyttäytymisen häiriön diagnoosia ei pitäisi käyttää (7).

## LAPSUUSIÄN SYÖMISHÄIRIÖIDEN JA MUIDEN SYÖMISONGELMIEN YLEISYYS JA JATKUVUUS

Eri tutkimuksissa on arvioitu, että alle 3-vuotiaalla syömiskäyttäytymisen ongelmien esiintyvyys on häiriön määrittelystä riippuen 6–35 % (8). Valtaosa häiriöistä on lieviä ja ohimeneviä, ja niitä esiintyy yhtä paljon tytöillä ja pojilla. Ensimmäisen viiden elinvuoden aikana erilaisen poikkeavan syömiskäyttäytymisen muotojen (huono syöminen, ruoan piilottelu, ylensyönti ja oksentelu) esiintyvyys yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa oli 10–34 % ja syömiskäyttäytymisen ongelmien insidenssi lisääntyi kohti viidettä ikävuotta (9).

Suomalaisessa epidemiologisessa LAPSET-tutkimuksessa vanhempien raporttien mukaan 8–9-vuotiaista koululaisista 24,7 %:lla esiintyi syömisessä lieviä ja 0,7 %:lla vakavia vaikeuksia (10). Vakavat syömisvaikeudet olivat tässä ikäryhmässä yhteydessä muuhun psyykkiseen problematiikkaan (Puura, Kaija, henkilökohtainen tiedonanto). Lihavuuden esiintyvyyden suomalaislapsilla on arvioitu kasvaneen 80-luvulla tehdyssä kartoituksessa (11) todetusta 2–4 %:sta, mutta tarkkaa esiintyvyyttä tällä hetkellä ei tiedetä (12). Binge Eating Disorder -tyyppisen syömishäiriön esiintyvyydestä yli-painoisilla lapsilla ei myöskään toistaiseksi tiedetä.

Laihdutusyritykset ja tyytymättömyys ulkonäköön alkavat olla murrosikää lähestyvien lasten, erityisesti tyttöjen, keskuudessa niin yleisiä, että niitä pidetään melko normaaleina ilmiönä (13). Lasten laihdutusyrityksiin ja siihen, miten tyytyväisiä lapset ovat omaan ulkonäkönsä, vaikuttavat sekä vanhempien antama malli että erityisesti äidin suorat kommentit lapsen ulkonäöstä (14).

Laihuushäiriön esiintymisestä lapsuusiässä ei ole tarkkaa tutkimustietoa. Taudin puhkeaminen ennen murrosikää on harvinaista (1,15), vaikkakin puhkeamisen varhaistu-

misesta on havaintoja (1). Murosikäisillä anoreksia nervosan esiintyvyyden on arvioitu olevan noin 0,1–0,2 % (1).

Varhain puhjennut anoreksia nervosan oireistossa buliimisten oireiden on raportoitu olevan harvinaisia (16,17). Bulimia nervosaan sairastuneista alle prosentilla häiriön on todettu puhjennut ennen menarkea (18). Murosiän myötä buliiminen käyttäytyminen lisääntyy selvästi erityisesti tytöillä (13), mutta ahmimishäiriön alkamisikä on tyypillisesti varhaisaikuisuudessa.

Syömisiongelmiä jatkuvuudesta on tehty vain muutamia prospektiivisiä pitkittäistutkimuksia (19). Pikkulasten poikkeavaa syömiskäyttäytymistä viiden ensimmäisen elinvuoden aikana ennustivat amerikkalais-tutkimuksessa imeväisen syömiskäyttäytyminen ja paino ensimmäisen elinkuukauden aikana (9). Marchin ja Cohenin pitkittäistutkimuksessa ongelmallisella syömiskäyttäytymisellä todettiin merkittävä jatkuvuutta lapsuudesta nuoruusikään (20). Nuoruusiän anoreksia nervosan oireita ennustivat valikoiva syöminen ja ruoansulatusongelmat varhaislapsuudessa, kun taas bulimia nervosan riskitekijöitä olivat varhaislapsuuden ruokailutilanteisiin liittyvät käytösongelmat ja pica-oire (20).

### SYÖMISIONGELMIEN ETIOLOGIA

Syöminen, sujuakseen hyvin, edellyttää lapselta kykyä itsesäätelyyn. Ensimmäisistä hetkistään lähtien vauvalla on kyky tuntea nälkää ja kylläisyyttä (21). Syöminen on alusta alkaen myös vuorovaikutuksellinen, ihmissuhteisiin liittyvä tapahtuma. Vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen tärkeä osa on kiintymyssuhde, joka kehittyy päivittäisten hoiva-, hoito- ja muiden vuorovaikutustilanteiden kautta (22). Kiintymyssuhde muodostuu turvallisiksi, mikäli vuorovaikutustilanteet ovat pääasiassa tyydyttäviä ja johdonmukaisia (22). Syömiseen liittyvä hyvä olo ja saatu hoiva rakentavat lapsen hyvää itsetuntoa (23). Vanhemmat auttavat omalla toiminnallaan vauvaa yhä paremmin erottamaan nälän ja kylläisyyden ja säätelemään syömiskäyttäytymistään (21). Mikäli vauvan kyky itsesäätelyyn on puutteellinen tai vanhemmat

toimivat epäsensitiivisesti tai epäjohdonmukaisesti, syöminen voi häiriintyä. Myös lapsen suun alueen motorikkaan, sensorikkaan tai suun ja nielun toimintaan liittyvät ongelmat, lapsen aikaisemmat sairaudet, aikaisemmat syömiskokemukset ja kehitykselliset valmiudet voivat vaikuttaa syömisiongelmiä syntymiseen (24). Lapsen vaikea temperamentti voi liittyä syöttämisen ja syömisvaikeuteen (25) tai lisätä haavoittuvuutta niihin (26), mutta toisaalta vauva voi helpon temperamenttinsa vuoksi saada liian vähän ruokaa (21). Tutkittaessa syömiskäyttäytymishäiriön syntymiseen mahdollisesti liittyviä vuorovaikutuksellisia tekijöitä on havaittu, että syömisiongelmaiset lapset osoittavat leikki- tai syömistilanteissa viestinsä epäselvemmin ja heidän vanhempansa ovat epäsensitiivisempiä, kontrolloivat enemmän ja neuvottelevat ruokailutilanteissa vähemmän kuin vertailuryhmän lapset ja vanhemmat (25).

Nykytietoon pohjautuvan käsityksen mukaan anoreksia nervosan etiologia on monitekijäinen. Ilmeisesti geneettisesti määräytyvään fysiologiseen haavoittuvuuteen yhdistyy paitsi yksilön kehityspsykologisia ja perheen vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä myös sosiokulttuurisia sekä laukaisevia tekijöitä, kuten lähestyvä murrosikä, trauma tai muut stressitapahtumat (1). Syömishäiriötä voivat ylläpitää toisaalta nälkiintymisen myötä tapahtuvat fysiologiset muutokset, toisaalta vanhempien toimintaan liittyvät tekijät (1). Useissa tutkimuksissa on todettu syömishäiriöistä kärsivien nuorten perheissä vuorovaikutuksen häiriöitä (15), mutta toisaalta vuorovaikutuksen häiriö voi olla myös syömishäiriön synnylle sekundaarinen eikä etiologinen ilmiö (27).

Lapsen lihavuutta selittävät nykykäsityksen mukaan ympäristötekijät, mm. perheen syömis- ja liikuntatottumukset, enemmän kuin perimä (11). Lapsuudessa koetun huolenpidon puutteen ja psykologisen torjunnan on todettu ennustavan myöhempää lihavuutta (28). Toisaalta on todettu, että mikäli äiti on kovin kontrolloiva lapsen syömän ruokamäärän suhteen, lapsen on vaikeampi oppia itse säätelemään syömäänsä ruokamäärää ja nämä säätelyvaikeudet puolestaan ovat yhteydessä lihavuuteen (29).

### PIKKULASTEN SYÖMISKÄYTTÄYTYMISEN HÄIRIÖT

Yleisesti hyväksytyjä kriteerejä pikkulasten tavallisten syömiskäyttäytymisen häiriöiden luokitteluun ei vielä ole olemassa (24,25). Kirjallisuudessa on käytetty erilaisia syömiskäyttäytymisen häiriöitä kuvaavia termejä kuten ruoasta kieltäytyminen, ruokafobia, ongelmasyöminen (30,31). Näihin kuuluvia oireita ruokailutilanteissa ovat esimerkiksi syömisestä kieltäytyminen, nopea kiinnostuksen väheneminen syömiseen, oksentelu, vaikeus syödä karkeajakoista ruokaa, yökkääminen, yskiminen ja raivokohtaukset (24). Myös epäspesifisiä oireita, kuten koliikkia, ilmavaivoja, ripulia ja ummetusta, on joskus pidetty syömiskäyttäytymisen häiriön oireina (24).

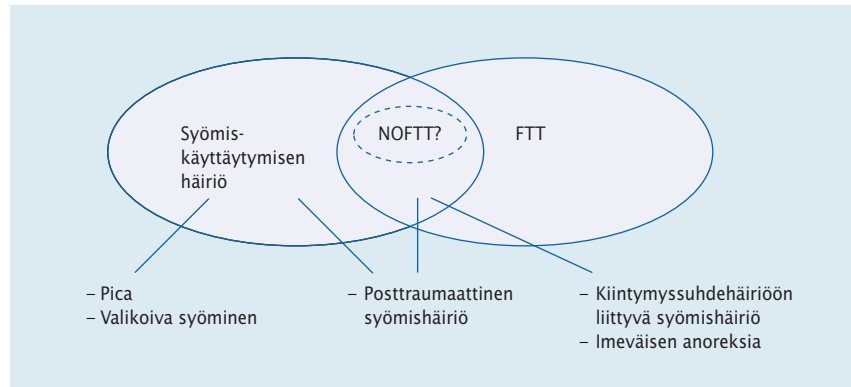
Eryteisesti amerikkalaisessa kirjallisuudessa on kiinnitetty huomiota pienen lapsen huonoon kasvuun ja painon nousuun, josta on käytetty nimitystä Failure to Thrive (FTT, huono menestyminen) (24). FTT on jaettu non-organiseen (Non-Organic Failure to Thrive, NOFTT) ja orgaaniseen muotoon (24). NOFTT:ssa kasvuhäiriön taustalla ei primaaristi ole todettavissa orgaanista syytä, vaan tilan ajatellaan liittyvän häiriintyneeseen vuorovaikutukseen lapsen ja vanhemman välillä (24,32). Aikaisemmin pienten lasten syömishäiriö liitettiin usein NOFTT:een (32), mutta FTT:n ja syömiskäyttäytymisen häiriöiden yhteys on vielä epäselvä (24). Merkittävään kasvu häiriintymiseen ei välttämättä liity ruoasta kieltäytymistä, kun taas syömiskäyttäytymisen häiriöissä keskeistä on lapsen kyvyttömyys tai haluttomuus syödä. Lapsen kasvu voi syömiskäyttäytymisen häiriön yhteydessä olla normaali, paino jonkin verran alentunut (24,30) tai kasvu merkittävästi häiriintynyt (31). Jako non-organiseen ja orgaaniseen FTT:hen on myös osoittautunut keinoiseksi, koska kasvuhäiriön taustalla on usein löydettävissä sekä vuorovaikutuksellisia (non-organisia) että orgaanisia tekijöitä. Pitkään jatkuva NOFTT johtaa myös orgaanisiin muutoksiin, eikä viimeaikaisissa tutkimuksissa ole voitu löytää merkittäviä eroja kiintymyssuhteen laadussa orgaanisen FTT:n ja NOFTT:n välillä (24,32,33). Verrattuna normaalisti kasvaviin lapsiin

FTT-lapsilla on useammin turvattomia ja kaoottisia kiintymyssuhteita (33), mutta FTT:n kehittyminen on mahdollista turvallisessakin kiintymyssuhteessa (32,33). Diagnostisten häiriöluokkien suhde FTT:een ja syömiskäyttötymisen häiriöön esitetään kuviossa 1.

Pica on syömiskäyttötymisen häiriö, jossa lapsi syö ajoittain tai toistuvasti syötäväksi kelpaamattomia aineita (2). Diagnoosia ei ole syytä tehdä ennen kahden vuoden ikää, koska pikkulapset tavallisestikin tutkivat esineitä ja asioita laittamalla ne suuhun (21). Pica voi liittyä joihinkin psykiatrisiin sairauksiin, kuten autismiin ja skitsofreniaan, mutta useimmiten se liittyy kehitysvammaisuuteen (21). Muiden kuin kehitysvammaisten lasten pica-oire liittyy usein deprivaatioon ja vanhemman psykopatologiaan (21).

Posttraumaattisessa syömishäiriössä lapsi kieltäytyy joko kokonaan tai osittain syömisestä, syö vain väsyneenä tai ollessaan nukahtamaisillaan. Lapsi muuttuu ahdistuneeksi tai pelokkaaksi jo havaitessaan ruokailua ennakoivia tapahtumia (syöttötuoliin nostaminen, ruokalapun laittaminen, mikroaaltouunin kilahdus jne.) (24). Lapsi voi yrittää karuun, alkaa itkeä, yskiä tai yökkäillä. Taustalla voi olla voimakas yksittäinen tai lievempi, mutta toistuva traumaattinen ruokailukokemus, kuten ruoan hokaiseminen henkitorveen tai pakkosyöttäminen, nielemiseen liittyvä kipu (esimerkiksi esofagiittista johtuva) tai lääketieteelliset toimenpiteet, kuten nenä-mahaletkuruokinta tai intubaatio (24,34). Lapsi yhdistää kivun tai epämiellyttävät tuntemukset syömiseen ja kieltäytyy syömästä.

Chatoor työtovereineen (31,32) on nimennyt kolme erilaista pikkulasten kasvuhäiriötä aiheuttavaa syömiskäyttötymisen häiriötä: 1) vastasyntyneisyyskauden homeostaasiin liittyvän syömishäiriön, 2) imeväisen anoreksian ja 3) kiintymyssuhdehäiriöön liittyvän syömishäiriön (Feeding Disorder of Attachment). Vastasyntyneisyyskaudella voi esiintyä kehityksellisiä ja vuorovaikutuksellisia vaikeuksia löytää syömisestä ja syöttämisestä tasapaino. Chatoor työtovereineen on esittänyt, että imeväisen anoreksia alkaa 6 kuukauden–3 vuoden iässä ja liittyy lapsen varhaiseen itsenäistymiseen eli separaatio-individuaatioproses-



**Kuvio 1. Osa syömiskäyttötymisen häiriöistä liittyy huonoon menestymiseen (FTT), osassa häiriöistä oireilua esiintyy pelkästään syömiskäyttötymisessä. Pica-oireen ja valikoivan syömisessä ei yleensä esiinny kasvun häiriintymistä. Posttraumaattiseen syömishäiriöön voi joskus liittyä kasvun häiriö. Kiintymyssuhdehäiriöön liittyvässä syömishäiriössä ja imeväisen anoreksiassa on sekä syömiskäyttötymisen että kasvun häiriö.**

siin (31,32). Imeväisen anoreksiaan voi liittyä vaikeakin aliravitsemus ja kasvun häiriintyminen sekä ongelmallinen lapsi-vanhempivuorovaikutussuhde (31). Imeväisen anoreksiaa sairastavilla lapsilla oli turvattomia kiintymyssuhteita useammin kuin terveillä verrokeilla, mutta kiintymyssuhteiden häiriintyneisyyttä ja kaoottisuutta oli kuitenkin useimmin kiintymyssuhdehäiriöön liittyvässä syömishäiriössä (32). Kiintymyssuhdehäiriöstä syntyvän syömishäiriön taustalla voi olla vanhemman psykopatologia ja lapsen hoidon ja hoivan laiminlyönti (31).

Valikoivassa syömisessä lapsi syö vain joitakin ruokia tai syö hyvin niukasti (24). Siihen ei liity kasvuhäiriöitä ja valikoivasti syöville lapsilla kiintymyssuhde on turvallinen jopa useammin kuin normaalisti syöville lapsilla (31). Chatoor (32) on esittänyt, että valikoiva syöminen on imeväisen anoreksian subkliininen muoto, mutta hyvä kiintymyssuhde estää syömishäiriön vaikeutumista.

#### ESIMURROSİKÄISTEN ANOREKSIA NERVOSAN ERITYISPIIRTEITÄ

Vaikka ennen murrosikää puhkeava anoreksia nervosa on epidemiologisten tutkimusten valossa harvinainen (15), ei se silti erikoissairaanhoidon tasolla ole epätavallinen ilmiö. Varhaisin kirjallisuudessa dokumentoitu sairastumisikä on ollut kahdeksan vuotta (35).

Ennen puberteettia puhkeava laihuushäiriö herättää mielenkiintoa

ainakin kolmesta syystä (16). Ensimmäisen voidaan ajatella, että sairauden tavanomaista varhaisemman puhkeamisen aiheuttaa etiologisten tekijöiden voimakkaampi intensiteetti. Toiseksi on väitetty, että varhain puhkeava anoreksia nervosa olisi sairauden lievempi ja parempiennusteinen muoto, koska joidenkin aiempien tutkimustulosten mukaan varhaisen puhkeamisikäen on liittynyt parempi ennuste. Kolmantena vaihtoehtona on kysytty, onko häiriön varhain puhkeava muoto lainkaan anoreksia nervosaa, vaan täysin erillinen oireyhtymä (16).

Jacobsin ja Isaacsin tutkimuksessa (16) ennen murrosikää sairastuneiden anoreksiapotilaiden ryhmässä todettiin enemmän käytöksen ongelmia, enemmän stressitapahtumia ja yleisemmin varhaislapsuudessa alkaneita syömisongelmia kuin postpubertaalisesti sairastuneilla, mutta muuten sairauden oireisto oli molemmissa ryhmässä huomattavan samanlainen ja itsetuhoisuus yleisempää kuin muista tunne-elämän oireista kärsivillä lapsilla (16). Lapsuusiässä puhjennutta anoreksia nervosaa koskevissa tutkimuksissa huomattavan suuri osuus kliinisistä aineistoista (19–30 %) on ollut poikia (1), vaikka anoreksia nervosaa sairastavista nuorista ja aikuisista 5–10 % on miespuolisia (15). Prepubertaalinen anoreksia nervosa siis erottuu ainakin jossakin määrin omaksi ryhmäkseen sekä suhteessa postpubertaalisesti puhjenneseen laihuushäiriöön että suhteessa muihin lasten tunne-elämän häiriöihin.

Arnou työtovereineen (17) on todennut premenarkaalisilla anoreksiapotilailla erityisesti korostunutta itsenäisyyden ja itseluottamuksen tunnetta ja älyllistämistä: lapsista sai ikätasoa kypsemmän vaikutelman. Anoreksiaa nervosaa sairastavat lapset ilmoittivat ”kaiken olevan hyvin”, vaikka oireet olivat vakavia. Löydösten pohjalta nähtiin tärkeäksi, että lapsen todellinen kehitystaso realisoituisi vanhemmille ja työntekijöille, koska ”pseudokypsyyden” vuoksi lapsen ikätason mukaiset hoivan, rajojen ja riippuvuuden tarpeet jäävät helposti huomiotta (17).

Toisin kuin postpubertaalisessa anoreksiaa nervosassa, häiriön prepubertaalisessa muodossa varhaisen alkamisiansä (alle 11 vuotta) on todettu liittyvän huonompaan ennusteeseen (36). Lapsilla, joilla anoreksiaa nervosa on puhjennut ennen murrosikää, on myös todettu postpubertaalista ryhmää enemmän muuten huonoon ennusteeseen liittyviä piirteitä, kuten nopea painon lasku, alempi sosiaaliluokka ja sairautta edeltävä muu häiriintyneisyys (16). Koska sairauden prepubertaaliseen puhkeamiseen liittyy riski kasvun ja kehityksen vakavasta häiriintymisestä, tämän häiriön varhainen diagnoosi ja hoito ovat erityisen tärkeitä (15).

#### LAPSILLA ESIINTYVÄT MUUT TILAT, JOIHIN VOI LIITTYÄ RUOKAHALUN TAI SYÖMISKÄYTTÄYTYMISEN ONGELMIA

Erilaisiin lasten mielenterveyshäiriöihin voi liittyä ruokahalun tai syömiskäyttäytymisen ongelmia (taulukko 3). Englanninkielisessä kirjallisuudessa niistä lapsuuden tunne-elämän häiriöistä, joihin on liittynyt syömisongelmia, mutta jotka eivät ole täyttäneet anoreksiaa nervosan kriteerejä, on käytetty termiä Food Avoidance Emotional Disorder (FAED). Tavallisesti lapsen ensisijaisena diagnoosina on ollut tällöin muu tunne-elämän häiriö, kuten depressio (35). Masennustilan yhtenä oireena lapsilla voikin esiintyä joko ruokahalun vähenemistä tai lisääntymistä ja vastaavasti painon laskua tai nousua.

Pakko-oireisten häiriöiden ja ahdistuneisuushäiriöiden oireina lapsilla voi esiintyä pakkoajatuksia, pakkotoimintoja ja erilaisia rituaale-

**Taulukko 3. Lapsilla esiintyviä tiloja, joihin voi liittyä painon muutoksia tai syömiskäyttäytymisen häiriöitä.**

Häiriö	Syömiseen liittyviä oireita
Masennustilat	Ruokahaluttomuus tai ruokahalun lisääntyminen
Käytös- ja uhmakkuushäiriöt	Uhmakkuus, oikuttelu, vastustelu ruokailutilanteessa
Pakko-oireiset häiriöt	Pakkoajatukset (esimerkiksi kontaminaatioajatukset) Pakkotoiminnot, rituaalit (esimerkiksi käsien pesu)
Ahdistuneisuushäiriöt	Pakko-oireiset piirteet (kuten yllä) ahdistuneisuus, separaatioahdistus
Posttraumaattinen stressihäiriö (myös Pervasive Refusal -oireyhtymä)	Välttämiskäyttäytyminen, ahdistuneisuus, paniikki, vastustelu
Laaja-alaiset kehityshäiriöt (myös Aspergerin oireyhtymä)	Oudot ruokailutottumukset, rituaalit, ruminaatio, anorektinen käyttäytyminen
Kehitysvammaisuus	Pica Ruminaatio

ja ruokaan ja ruokailuun liittyen. Fitzpatrick (37) on kuvannut ahdistuneisuushäiriöstä kärsineiden lasten syömisvaikeuksia. Näillä iältään 7–14-vuotiailla lapsilla oli ruokailutilanteisiin liittyvää ahdistuneisuutta, separaatioahdistusta, psyykkispe räisiä nielemisvaikeuksia, kontaminaatiopelkoja ja erilaisia pakkotoimintoja (esimerkiksi käsien pesua tai sylkemistä). Oireet olivat kehittyneet niin vakaviksi, että lapset eivät kyenneet syömään lainkaan tai kykenivät nauttimaan vain nestemäistä ravintoa. Lievitys oireisiin saavutettiin melko nopeasti noudattamalla hoito-ohjelmaa, johon kuuluivat lyhytkestoinen pediatrian osastohoito, ahdistusta rajaavat ja strukturoivat käyttäytymisterapeuttiset menetelmät, normaaliuden korostaminen, yksilö- ja perhekeskustelut sekä ahdistuksen vähentämiseksi muutaman kuukauden kestoinen klomipramiini- lääkehoito (37).

Lask työtovereineen on kuvannut lasten vakavan, laaja-alaisen tunne-elämän häiriön, johon liittyy syömättömyys (Pervasive Refusal Syndrome) (38). Kussakin kuvatussa potilastapauksessa lapsi vetäytyi ihmissuhteista ja lakkasi syömästä, juomasta, puhumasta, kävelemästä sekä muulla tavoin ikätason mukaisesti huolehtimasta itsestään useita kuukausia kestävästi ajanjakson ajaksi. Näissä henkeä uhkaavissa tiloissa havaittiin piirteitä monista häiriöistä, kuten anoreksiasta, valikoivasta puhumattomuudesta, ahdistuneisuus- ja pelkotoiloista, masennukses-

ta, konversiohäiriöstä, stuporista ja posttraumaattisesta stressireaktiosta. Häiriö oli kuitenkin vaikeasti sovitettavissa mihinkään diagnostiseen kategoriaan. Lask työtovereineen arvioi, että näiden lasten oireilu oli posttraumaattiseen stressireaktioon liittyvän välttämiskäyttäytymisen äärimmäinen muoto, vaikka kaikilla lapsilla traumaattinen tapahtuma ei ollut anamnestisesti varmistettavissa. Joidenkin lasten todettiin kokeneen pahoinpitelyä tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Kyseessä oli vakava psyykinen häiriö, joka edellytti pitkää lastenpsykiatrista osastohoitoa ja joidenkin lasten kohdalla huostaanottoa ja sijoitusta (38). Kirjallisuudessa kuvatut tämänkaltaiset häiriöt ovat yleensä esiintyneet 8–15-vuotiailla, nuorin kuvattu potilas on ollut 4-vuotias (39).

Kehitysvammaisuuteen ja laaja-alaisiin kehityshäiriöihin voi liittyä poikkeavia syömiskäyttäytymisen muotoja, ruminaatiota (ruoan pulauttamista suuhun uudelleen pureskeltäväksi), rituaaleja ja erikoisia ruokailutottumuksia. Autistisen kirjon häiriöihin kuuluvan Aspergerin oireyhtymän yhteydessä esiintyy myös anorektista käyttäytymistä (40) ja erotusdiagnostisia ongelmia voi syntyä silloin, jos lapsen autististyyppiset oireet ovat lieviä ja psykososiaalinen toimintataso on lähellä normaalia. Aspergerin oireyhtymän mahdollisuus tulisikin ottaa huomioon epäiltäessä syömishäiriötä alle murrosikäisellä lapsella, erityisesti jos on kysymys pojasta.

## YHTEENVETO

Lapsuusiän syömisvaikeudet ovat moninaisia, vakavuudeltaan ja taustaltaan vaihtelevia sekä monesti oireiltaan ja ilmenemismuodoiltaan epätyypillisiä. Diagnoosin tekoa hankaloittavat myös luokittelujärjestelmiin liittyvät ongelmat. Nykyisessä psykiatrisessa diagnoosiluokituksessa otetaan lapsuusiän erityispiirteet jo jonkin verran huomioon, mutta käytössä oleva järjestelmä on edelleen epätarkka ja vaikeasti sovellettavissa lasten häiriöihin. Lisäksi kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyvä syömishäiriöiden ja -ongelmien terminologia ja kriteeristö on kirjavaa ja nopeasti muuttuvaa.

Tarkka ja varhainen diagnostinen tutkimus on kuitenkin tärkeää, koska pieni osa näistä varsin yleisistä ja yleensä lievistä syömisen ongelmista voi olla merkki vakavasta häiriöstä. Joskus, vaikkakin vain osassa tapauksista, syömisiongelman taustalla on trauma, vakava kiintymyssuhteen häiriö tai hoivan puute. Näiden varhainen tunnistaminen on luonnollisesti tärkeää. Syömishäiriöissä varhainen interventio liittyy parempaan ennusteeseen, ja toisaalta jotkut hankalatkin syömisiongelmat ovat melko nopeasti lievitetävissä, kuten ahdistus- ja pelkotiloihin tai masentuneisuuteen liittyvät syömisvaikeudet.

Lasten syömishäiriöt ovat vuorovaikutukseen kytkettyneitä häiriöitä, jotka voivat haitata lapsen ja perheen elämää kauan ja laaja-alaisesti ennen kuin kasvussa tai painonkehityksessä on aihetta huoleen. Siksi on tärkeää kartoittaa painon ja pituuden ohella myös lapsen ja perheen muuta tilannetta, elämäntapahtumia, vuorovaikutusmalleja sekä lapsen käyttäytymistä eri tilanteissa. Kouluikäinen syömishäiriöstä kärsivä lapsi peittää usein ongelmansa varsin pitkään, ja siksi tiedon kerääminen myös vanhemmilta lapsen syömisen ja muusta käyttäytymisestä sekä todellisesta kehitystasosta on tarpeen. Vastaanotolla varhaiskypsän ja yhteistyökkyisen ohloinen lapsi voi ruokailutilanteessa ahdistua ja käyttäytyä regressiivisesti ja uhmakkaasti.

Syömisiongelmiin ennaltaehkäisyssä korostuu perheen ja vanhempien rooli. Pikkulapsella syömisen sujuminen on osa lapsen kokonaisvaltaista hyvinvointia, jonka pohjana ovat riittävä hoiva, sensitiivinen vuorovaikutus ja lapsen ikätasaisen au-

tonomian salliminen. Lapsen kasvaessa vanhempien, muiden aikuisten ja ikätovereiden antama malli muodostuu tärkeäksi. Jotkut lapset voivat olla fysiologisesti ja psykologisesti erityisen haavoittuvia syömishäiriön synnylle. Koska syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavat myös sosiokulttuuriset tekijät, yhteiskunnan tasolla vallitseviin laihuuutta suosiviin kauneusihanteisiin sekä lasten liian varhaisiin suoriutumisen ja menestymispaineisiin on syytä suhtautua kriittisesti. Tiedotusvälineillä on osaltaan tärkeä rooli ja vastuu sen suhteen, millaisiksi julkisuuden kautta rakentuvat arvojärjestelmät muovautuvat.

## KIRJALLISUUTTA

- Bryant-Waugh R, Lask B. Annotation: Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiatr* 1995; 36:191-202.
- Stakes. Sosiaali ja terveydenhuollon luokituskeskus. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatrisiin liittyvät diagnoosit. Ohjeita ja luokituksia 1997:4.
- Rissanen A. Lihavan ahmimishäiriö. Kirjassa: Fogelholm M, Mustajoki P, Rissanen A, Uusitupa M, toim. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1998; 86-88.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. painos. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
- Tamminen T. Häiriöiden luokittelusta. Kirjassa: Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1996; 97-101.
- Steiner H. Developmental approaches to the patient with pediatric and psychiatric comorbidity. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1999;4:309-324.
- Zero to three/National Center for Clinical Infant Programs: Diagnostic Classification 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington 1994.
- Tamminen T. Pikkulapsipsykiatria. Kirjassa: Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1996;154-168.
- Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five year prospective study. *Int J Eat Disord* 1999; 25:375-387.
- Ebeling H, Moilanen I. Lasten syömishäiriöt. Kirjassa: Räsänen E, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2000;28:282-286.
- Nuutinen EM, Turtinen J, Pokka T ym. Obesity in children, adolescents and young adults. *Ann Med* 1991;23:41-46.
- Nuutinen O. Lasten lihavuus. Kirjassa: Fogelholm M, Mustajoki P, Rissanen A, Uusitupa M, toim. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 1998;177-192.
- Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Frazier AL, Gillman MW, Colditz GA. Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:754-760.
- Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999;25:263-271.
- Steinhausen HC. Anorexia and bulimia nervosa. Kirjassa: Rutter M, Taylor E, Hersov L, toim. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. 3. painos. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1994;425-440.
- Jacobs BW, Isaacs S. Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study. *J Child Psychol Psychiatr* 1986; 27:237-250.
- Arnold B, Sanders MJ, Steiner H. Premenarcheal vs. postmenarcheal anorexia nervosa: a comparative study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1999;4:403-414.
- Kent A, Lacey JH, McCluskey SE. Pre-menarchal bulimia nervosa. *J Psychosom Res* 1992;36:205-210.
- Steiner H, Lock L. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:352-359.
- Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:112-117.
- Skuse D. Feeding and sleeping disorders. Kirjassa: Rutter M, Taylor E ja Hersov L, toim. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches. Oxford: Blackwell Science Ltd. 1994:467-489.
- Emde RN. The infant's relationship experience: developmental and affective aspects. Kirjassa: Sameroff AJ, Emde RN, toim. Relationship disturbances in early childhood. New York: Basic Books Inc. 1989:33-51.
- Stern DN. The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books Inc. 1985.
- Benoit D. Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. Kirjassa: Zeanah CH, toim. Handbook of infant mental health. New York: The Guilford Press 2000:339-352.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmérus K. Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 1996;17:334-347.
- Martin GC, Wertheim EH, Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns. *Int J Eat Disord* 2000; 27:150-162.
- Ward A, Tiller J, Treasure J, Russell G. Eating disorders: psyche or soma. *Int J Eat Disord* 2000; 27:279-287.
- Lissau I, Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;343:324-327.
- Johnson SL, Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 1994; 94:653-661.
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Thunström M. Early food refusal: infant and family characteristics. *Infant Ment Health J* 1994; 15:262-277.
- Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M, Hamburger E. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interaction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:959-967.
- Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RL. Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1217-1224.
- Ward MH, Kessler DB, Altman SC. Infant-mother attachment in children with failure to thrive. *Infant Ment Health J* 1993;14:208-220.
- Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:105-110.
- Higgs JF, Goodyer IM, Birch J. Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Child* 1989;64:346-351.
- Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 1988;63:5-9.
- Fitzpatrick D. Refusal to eat or drink in young children with anxiety disorders. *Clin Child Psychol Psychiatry* 1998;3:31-37.
- Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866-869.
- Taylor S, Dossetor DR, Kilham H, Bernard E. The youngest case of pervasive refusal syndrome? *Clin Child Psychol Psychiatry* 2000;5:23-29.
- Nieminen T, Kulomäki T, Ulander R, von Wendt L. Aspergerin oireyhtymä. *Suom Lääkäril* 2000;55:967-972.

## Kirjoittajat

ILONA LUOMA  
LL, osastonlääkäri  
TAYS, lastenpsykiatrian klinikka

MIRJAMI MÄNTYMAA  
LL, erikoislääkäri  
TAYS, lastenpsykiatrian klinikka

TUULA TAMMINEN  
professori, ylilääkäri  
Tampereen yliopisto, TAYS,  
lastenpsykiatrian klinikka