



ARFID-syömishäiriön interventiot lasten ja nuorten toimintaterapiassa

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Hanna Kataja

Opinnäytetyö, AMK

Toukokuu 2024

Toimintaterapeutin tutkinto-ohjelma

Kataja, Hanna

ARFID-syömishäiriön interventiot lasten ja nuorten toimintaterapiassa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2024, 55 sivua.

Toimintaterapeutin tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriö ARFID on uusi syömishäiriödiagnoosi, josta aiheutuu sairastuneelle merkittävää terveydellistä tai psykososiaalista haittaa, tai molempia. ARFID voidaan jaotella kolmeen erilaiseen profiiliin sen taustatekijöiden perusteella; aistiherkyydestä johtuvaan valikoivaan syömiseen, syömiseen liittyvään pelkoon ja vähäiseen ruokahaluun. Nämä profiilit eivät sulje toisiaan pois ja taustatekijöinä voivat olla myös muut syyt, jolloin puhutaan epätyypillisestä ARFID:ista.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisia ovat ARFID-syömishäiriön interventiot lapsille ja nuorille ja miten ne ovat sovellettavissa toimintaterapiaan. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on soveltuva menetelmä silloin, kun halutaan luoda uutta kokonais käsitystä olemassa olevan tiedon perusteella. Tiedonhaussa käytettiin EBSCO-tietokantoja CINAHL Ultimate ja MEDLINE, joista systemaattisella haulla aineistoon valikoitui seitsemän kirjallisuuskatsausta. Tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ARFID:in interventioita toteutetaan erilaisissa konteksteissa ja muodoissa. Suosituksena ovat moniammatilliset interventiot, jotka toteutetaan avo- tai yhteisöhoitossa. Toimintaterapeuteilla on arvokasta erityisosaamista ja oma merkityksellinen roolinsa ARFID:in hoidon moniammatillisessa tiimissä. Opinnäytetyö esittelee ARFID:in interventioiden toteuttamisen muodot sekä käytössä olevat interventio-ohjelmat ja -menetelmät. Interventiomenetelmät, joita ovat vanhempien ohjaaminen, kognitiiviset strategiat, ruokailukäyttäytymisen muokkaaminen, ruokailurutiinien tukeminen ja kehon viestien vahvistaminen ovat sovellettavissa lasten ja nuorten toimintaterapiaan sekä yhdistettävissä toimintaterapian interventiokeinoihin ja -malleihin. Interventiomenetelmien käyttämisestä on arvioitava kuitenkin aina yksilöllisesti, jotta toimintaterapialle keskeiset tekijät, toiminta ja asiakkaan sitoutuminen toimintaan säilyvät terapian keskiössä.

Avainsanat (asiasanat)

ARFID, valikoiva ja rajoittunut syömishäiriö, syöminen, interventio, toimintaterapia, OTIP-malli, narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Kataja, Hanna

ARFID-eating disorder interventions in occupational therapy for children and adolescent. Narrative review.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2024, 55 pages.

Degree Programme in Occupational Therapy. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Avoidant/restrictive food intake disorder, ARFID, is a new eating disorder that causes significant health issues, psychosocial harm, or both. The presentations of ARFID can be divided into three different profiles: selective eating due to sensory sensitivity, fear of aversive consequences, and lack of interest in eating or food. These profiles are not mutually exclusive and there may be other underlying factors, in which case the profile is described as atypical ARFID.

The aim of the thesis was to discover what type of interventions exist for children and adolescents with ARFID and how those interventions could be applied in occupational therapy. The thesis was carried out as a descriptive literature review, which is an appropriate method for creating a new overall understanding based on the cited studies. The EBSCO databases, CINAHL Ultimate and MEDLINE were used for information retrieval, and, through a systematic search, seven reviews were selected. Data-driven content analysis was used as the research method.

The findings of the thesis show that ARFID interventions are carried out in a variety of contexts and formats. Multidisciplinary interventions, in outpatient or community settings, are recommended, with an occupational therapist as a part of the team. The occupational therapist's valuable special expertise plays a meaningful role in the multidisciplinary treatment of ARFID. The thesis presents the forms of implementation of the interventions of ARFID, as well as the intervention programs and methods in use. The intervention methods that include parental guidance, cognitive strategizing, modifying eating behaviors, supporting eating routines, and strengthening body messages, are applicable to occupational therapy in children and adolescents and can be combined with occupational therapy intervention types and models. The utilization of the intervention methods must always be assessed individually, so that the key factors, occupation and the client's commitment to the occupation, remain in the center of the therapy.

Keywords/tags (subjects)

ARFID, Avoidant/restrictive food intake disorder, eating, intervention, occupational therapy, OTIP-model, narrative review

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö ARFID	4
2.1	Esiintyvyys ja rinnakkaisdiagnoosit	4
2.2	Haasteet	4
2.3	Taustatekijät.....	5
2.4	Toimintaterapia syömishäiriöiden hoidossa	7
3	Toimintaterapian interventiot OTIP-mallin mukaan.....	9
3.1	Toimintaterapiaprosessin OTIP-malli.....	9
3.2	Interventiovaihe	12
3.2.1	Kompensaatiomalli	13
3.2.2	Kouluttamisen ja opettamisen malli.....	13
3.2.3	Taitojen hankkimisen malli	14
3.2.4	Restoratiivinen malli	15
4	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävä.....	16
5	Menetelmät	16
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	16
5.2	Aineiston kerääminen	18
5.3	Aineiston analyysi.....	21
6	Tulokset ja johtopäätökset.....	22
6.1	ARFID:in interventiot.....	24
6.1.1	Interventioiden toteuttaminen	24
6.1.2	Interventio-ohjelmat.....	26
6.2	ARFID:in interventioiden menetelmät	26
6.2.1	Vanhempien ohjaaminen	26
6.2.2	Kognitiiviset strategiat	28
6.2.3	Käyttäytymisen muokkaaminen	30
6.2.4	Ruokailurutiinien tukeminen	31
6.2.5	Kehon viestien vahvistaminen	32
7	Pohdinta.....	33
7.1	Tuloksien tarkastelu	33
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	39

Lähteet	41
Liite 1. NIAS-itsearviointilomake.....	45
Liite 2. Aineiston esittely	46
Liite 3. ARFID:in interventio-ohjelmat.....	50

Kuvio

Kuvio 1. ARFID:in kolmen jaottelun malli Archibaldia ja Bryant-Waughtia (2023, 3) sekä Westerholmia (2022, 11) mukailleen.	6
Kuvio 2. Suomenkielinen käännös Fisherin ja Marterellan (2019, 209) transaktionaalisesta toiminnan mallista (Aralinna, Heiskanen, Juntunen, Kantanen, Kanto-Ronkanen, Karhula & Lautamo 2021, 8)	10
Kuvio 3. Suomenkielinen käännös Fisherin ja Marterellan (2019, 50) toimintaterapian prosessimallista (OTIP-malli) (Aralinna, Heiskanen, Juntunen, Kantanen, Kanto-Ronkanen, Karhula & Lautamo 2021, 9).....	11
Kuvio 4. Mukaelma Fisherin ja Marterellan (2019, 87) neljästä jatkumosta toimintaterapiaintervention arvioinnissa.	12
Kuvio 5. Tiedonhaun vuokaavio	20
Kuvio 6. Esimerkki aineiston tiivistymisestä	22
Kuvio 7. Aineiston tuloksien pää- ja yläluokat	23

Taulukko

Taulukko 1. Sarakemalli hakusanojen muodostamiseen.....	18
Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	18
Taulukko 3. Tiedonhakutaulukko	19

1 Johdanto

ARFID eli Avoidant Restrictive Food Intake Disorder on syömishäiriö, jossa syöminen on hyvin rajoittunutta ja valikoivaa. Sana ”avoidant” viittaa erilaisten ruoka-aineryhmien välttämiseen ja ”restrictive” määrällisesti vähäiseen syömiseen. (Thomas, Becker & Eddy 2021, 3.) ARFID on diagnoosina suhteellisen tuore. Diagnoosi julkaistiin psykiatrian alan DSM-5-tautiluokituksessa vuonna 2013 ja se esiintyi ensi kerran kansainvälisessä ICD-11-tautiluokituksessa vuonna 2018. ICD-11-tautiluokituksen käyttöönottoa Suomessa valmistellaan parhaillaan ja sen on tarkoitus toteutua vuosien 2023–2026 aikana. (Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö ja autismikirjon häiriö 2023; ICD-11-käyttöönottohanke 2023). ARFID-diagnoosi korvaa aiemmin ICD-10-tautiluokituksessa käytössä olleen diagnoosin ”lapsen tai imeväisen syömishäiriö (F98.2)”, jonka diagnostiset kriteerit poikkeavat ARFID:in kriteereistä muun muassa siten, että lapsen ja imeväisen syömishäiriön kriteereinä on taudin puhkeaminen ennen kuuden vuoden ikää, eikä lapsella voi olla päällekkäisdiagnoosina muuta psyykkistä häiriötä (Westerholm 2022, 2–3).

Vaikka valikoiva syöminen on melko tavallista lasten ja nuorten keskuudessa, ARFID eroaa tavanomaisemmasta valikoivasta syömisestä siten, että se aiheuttaa sairastuneelle merkittävää terveydellistä tai psykososiaalista haittaa, tai molempia. ARFID:in tunnistetut esiintymismuodot ovat ruokailuun liittyvistä aistiyliherkkyyksistä johtuva valikoiva syöminen, pelko syömisen seurauksista tai vähäinen ruokahalu. (Thomas ym. 2021, 21.)

ARFID:iin liittyvää tutkimusta on tehty runsaasti diagnoosin julkaisusta lähtien ja ymmärrys sairaudesta lisääntyy yhä kasvavissa määrin (Keski-Rahkonen 2023). ARFID:in hoitoon ei kuitenkaan ole vielä olemassa virallisia suosituksia, eikä toimintaterapian mahdollisuuksia ARFID:in hoidossa osata vielä hyödyntää kokonaisvaltaisesti (Willman, Thomas ja Hobbs 2023, 1.). Tästä syystä on ajankohtaista tarkastella, mikä on toimintaterapian rooli ARFID:in hoidossa ja millaisia interventioita voidaan hyödyntää toimintaterapiassa ARFID:ia hoidettaessa.

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on selvittää, millaisia interventioita ARFID:in hoitoon lapsille ja nuorille on olemassa ja miten niitä voidaan soveltaa toimintaterapiassa. Aihe rajattiin koskettamaan lasten ja nuorten toimintaterapian interventioita, jotta voidaan tunnistaa varhaisen hoidon keinoja ja erotella lasten ja nuorten toimintaterapian interventiot muille ikäryhmille suunnatuista interventioista.

2 Syömisen välttämis- ja rajoittamishäiriö ARFID

2.1 Esiintyvyys ja rinnakkaisdiagnoosit

ARFID-piirteitä ilmenee eri ikäisillä henkilöillä varhaislapsuudesta aikuisuuteen, vaikka sitä diagnosoidaan eniten lapsilla ja nuorilla. ARFID:in esiintyvyys vaihtelee eri tutkimuksissa ja riippuen tutkimustavasta esiintyvyys näyttäisi olevan jossain 0,5–15,5 %:n välillä. ARFID:ia esiintyy eri sukupuolilla, joskin tämän hetkisen tutkimustiedon valossa valtaosa sairastavista on poikia tai miehiä. (Di Cara, Rizzo, Corallo, Cardile, Calabro, Quortarone, Buda & Cucinotta 2023, 2; Sanchez-Cerezo, Nagaraj, Gledhill & Nicholls 2022, 226). ARFID:illa on myös tutkittu olevan hyvin korkea (79 %:n) periytyvyysaste, joka ei yksin selity muilla rinnakkaisdiagnooseilla. (Wronski, Lichtenstein, Lundström, Larsson, Micali, Taylor & Bulik 2023, 260.)

ARFID:ia voi esiintyä erillisenä, mutta vähintään puolella diagnoosin saaneista on rinnakkaisdiagnoosina jokin neuropsykiatrinen, psykiatrinen tai somaattinen häiriö tai sairaus. Autismikirjon henkilöillä ARFID-piirteiden osuus on erityisen korkea. Autismikirjon häiriön diagnoosin saaneista ARFID:ia tai sen piirteitä on arviolta jopa 8–55 %:lla. (Sanchez-Cerezo ym. 2022, 226.) Myös aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), ahdistuneisuushäiriö tai pakko-oireinen häiriö (OCD) ovat usein päällekkäisiä ARFID:in kanssa. (Kennedy, Dinkler, Kennedy, Bulik & Jordan 2022, 3). Pitkäkestoinen ja hoitamaton ARFID-oireilu voi johtaa myös muun rinnakkaisen syömishäiriön puhkeamiseen. Tutkimusten valossa näyttää siltä, että ARFID:in sairastaminen saattaa ennakoita myöhempää laihuushäiriön syntyä (Westerholm 2022, 20).

2.2 Haasteet

Valikoiva syöminen on lapsilla melko tavallinen ongelma. Arviolta 13–22 %:lla 3–11-vuotiaista lapsista on jonkin asteista valikoivaa syömistä. (Di Cara ym. 2023, 2). Kun taas on kyse ARFID-diagnoosista, ongelmat ovat tällöin tavanomaisia syömisen pulmia vaikeampia ja aiheuttavat sairastuneelle jopa hyvin vakaviakin haittoja. ARFID näyttäytyy sairastuneen syömisen ja ruokailun ongelmina, joiden seurauksena henkilön ravitsemus ja energiansaanti ovat pitkäaikaisesti tai pysyvästi heikentynyt. DSM-5-tautiluokituksen mukaan ARFID ilmenee yhdellä tai useammalla seuraavista tavoista:

- Merkittävänä painonlaskuna tai kasvun taittumisena
- Ravintoainesaannin puutoksina
- Riippuvuutena lisäravinteista tai nenämahaletkuruokinnasta
- Merkittävänä psykososiaalisena haittana. (Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö ja autistikirjon häiriö 2023.)

ARFID poikkeaa muista syömishäiriöistä erityisesti siten, että siihen ei liity pyrkimyksiä painon tai lihasmassan muokkaamiseen. ARFID-syömishäiriötä voi esiintyä hyvin erikokoisilla ihmisillä. Ruokavalion ollessa hyvin yksipuolinen ja monessa tapauksessa epäterveellisistä ruoista koostuva, ARFID voi aiheuttaa sekä voimakasta ali- että ylipainoisuutta, joihin molempiin voi liittyä monia vakavia terveysongelmia. Toisaalta vaikka osa sairastavista ovat normaalipainoisia, heillä voi olla merkittäviä puutteita elimistölle välttämättömien ravintoaineiden saannissa. (Thomas ym. 2021, 16–19.) Sairauden edetessä siihen liittyvät fyysiset ja psyykkiset ongelmat voivat tehdä sairastuneen riippuvaiseksi välttämättömistä lisäravinteista tai johtaa joissain tapauksissa nenämahaletkuruokinnan aloittamiseen. (Archibald & Bryant-Waught 2023, 2.)

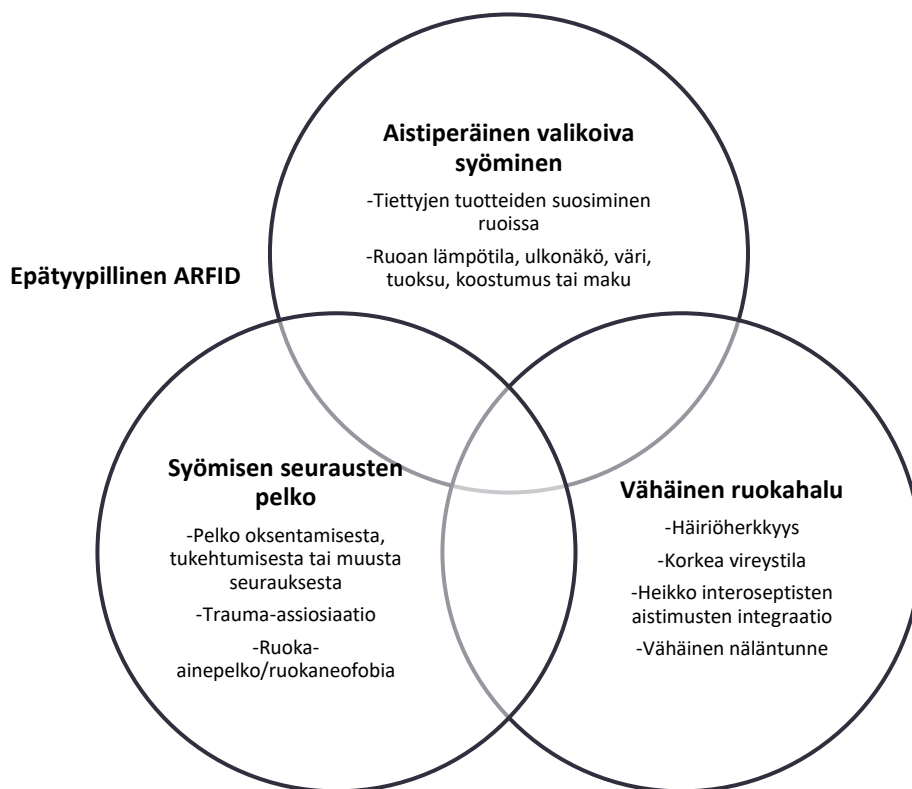
ARFID saattaa tuoda sairastuneelle merkittävää stressiä johtuen ruokaan ja syömiseen liittyvästä ahdistuksesta ja vaikuttaa monin eri tavoin sairastuneen päivittäisiin toimintoihin. Monien arjen sosiaalisten tilanteiden linkittyessä jollain tavalla ruokaan ja syömiseen, ARFID aiheuttaa usein sairastavalle terveydellisten ongelmien lisäksi myös huomattavaa psykososiaalista haittaa. Sairastuneella voi olla kokemuksia ympäristön ihmisten tuomitsevuudesta syömisen rajoitteisiin liittyen ja vältellä tällaisia tilanteita, mikä edistää sairastuneen sosiaalista eristäytymistä. (Thomas ym. 2021, 16–18.)

2.3 Taustatekijät

Syyt välttelevään ja rajoittuneeseen syömiseen on tällä hetkellä jaettu kolmeen erilaiseen profilliin sairastuneen yksilöllisten erityispiirteiden mukaan. (Ks. kuvio 1.). Syöminen voi olla hyvin valikoivaa, sillä uusien ruokien maku, tekstuuri tai koostumus voidaan kokea liian erikoisena tai voimakkaana. Valikoivan syömisen seurauksena ruokavalio voi olla supistunut hyvin yksipuoliseksi. Toinen taustasy syy voi olla aikaisemmat ruokaan liittyvät kokemukset ja niistä syntyneet pelot. Syömisestä on aiheutunut menneisyydessä esimerkiksi oksentamista, tukehtumisen tunne tai allerginen reaktio, jonka seurauksena sairastuneelle on aiheutunut pelko syömisen seurauksista.

Kolmantena syynä nähdään henkilön vähäinen ruokahalu, joka voi johtua esimerkiksi heikosta kehon sisäisten, eli interoseptisten aistimusten tunnistamisesta. (Thomas ym. 2021, 4.)

Edellä mainitut profiilit eivät sulje toisiaan pois, vaan syyt voivat olla myös päällekkäisiä. ARFID-oireita voi ilmetä myös ilman edellä mainittuja taustatekijöitä, jolloin puhutaan epätyypillisestä ARFID:ista. Tämän hetken tutkimukset viittaavat ARFID:in yleisimpien taustatekijöiden liittyvän aistiherkkyyksiin ja vähäiseen ruokahaluun. (Westerholm 2022, 10–11.)



Kuvio 1. ARFID:in kolmen jaottelun malli Archibaldia ja Bryant-Waughtia (2023, 3) sekä Westerholmia (2022, 11) mukailleen.

ARFID-profiilin selvittämiseksi on kehitetty lupaavia arviointimenetelmiä. Esimerkiksi NIAS (Nine Item ARFID Screen) on validi ARFID:in itsearviointimenetelmä. NIAS:in yhdeksän kysymystä on jaoteltu kolmeen ryhmään; aistiperäinen valikoiva syöminen, syömisen seurausten pelko ja vähäinen

ruokahalu, joten se on soveltuva menetelmä nostamaan esiin vastaajan ARFID-profiilia. (Keski-Rahkonen 2023; Kambanis & Thomas 2023, 5). NIAS on suomennettuna liitteessä 1.

2.4 Toimintaterapia syömishäiriöiden hoidossa

Kumpulaisen ja muiden (2016) mukaan lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa korostuu diagnosoinnin ja varhaisen tuen saannin merkitys. Hoitoa suunniteltaessa on otettava huomioon lapsen tai nuoren kehitysvaihe, fyysinen ja psyykinen tila sekä mahdollisuus lähiympäristön ihmisten osallistamisesta hoitoon. Vakavimpien häiriöiden osalta hoidon suunnittelun on toteuttaa moniammatillinen, syömishäiriöihin erikoistunut työryhmä. Keskeisiä elementtejä lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa on mahdollisen nälkiintymistilan korjaaminen, psykoedukaatio, ravitsemusneuvonta, psykoterapia ja psykoterapeuttiset menetelmät, perhepohjaiset hoidot ja perheterapia, lääke- ja osastohoidot sekä ryhmähoidot ja toimintaterapia. Toimintaterapeutin rooli lasten ja nuorten psykiatrian moniammatillisissa työryhmissä on arvioida lapsen tai nuoren toiminnallista, sosiaalista tai taidollista suoriutumista ja tukea toimintakykyä lapsen tai nuoren arjessa. (Kumpulainen, Aronen, Ebeling, Laukkanen, Marttunen, Puura ja Sourander 2016, 331–333, 583.)

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden Käypä hoito-suosituksessa (2009) kerrotaan hoidon yleisenä tavoitteena olevan sen toteutuminen avohoidossa. Eri menetelmien yhdistämistä ja hoidon yksilöllistä suunnittelua suositellaan, ja perheen tukeminen nähdään tärkeänä kaikissa hoidon vaiheissa. Hoidon onnistumisen kannalta merkityksellisiä tekijöitä ovat lisäksi sairastuneen ja häntä hoitavan henkilön välinen vuorovaikutussuhde, jossa korostuvat yhteistyö ja motivointi. Luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen muodostuminen on tärkeää, jotta lapsi tai nuori kokee tulleensa ymmärretyksi. Myös lääkityksestä voi olla apua sairauden tai sen liitännäisoireiden hoidossa. (Lasten ja nuorten syömishäiriöt 2009, 2, 6, 10.)

Boob ja Smith (2017) kuvaavat tarkemmin toimintaterapeutin tehtävänä olevan syömishäiriöön sairastuneen henkilön itsenäisen suoriutumisen edistämistä ruokailussa ja syömisessä. Toimintaterapeutin työnkuvaan kuuluu kokonaisvaltainen toimintakyvyn arviointi, interventioiden suunnittelu ja toteuttaminen sairastuneen päivittäisten toimintojen edistämiseksi. Toimintaterapeutti valitsee, toteuttaa ja mukauttaa interventiomenetelmiä, jotka tukevat terapian tavoitteen toteutumista. Toimintaterapiassa voidaan käsitellä ruokailua ja syömistä läpi ihmisen

elämänkaaren, alkaen vastasyntyneen imetyksen tai pulloruokinnan tukemisesta, turvallisen ruokailun mahdollistamiseen dementoituneelle ikäihmiselle. (Boob & Smith 2017, 1.)

Toimintaterapian lähestymistapa sairastuneen toimintaan on hyvin kokonaisvaltainen. Boob ja Smith (2017) kertovat toimintaterapeuttien arvioivan ruokailun ja syömisen haasteita holistisesta perspektiivistä ja ottavat huomioon asiakkaan toimintaan vaikuttavat erilaiset tekijät, jotka joko tukevat tai estävät asiakkaan suoriutumista tässä elintärkeässä päivittäisessä toiminnassa. Ruokailua ja syömistä tarkastellaan huolellisesti siinä kontekstissa ja kulttuurissa, jossa tämä toiminto tapahtuu. Toimintaterapiaintervention kohdistuessa johonkin tiettyyn syömishäiriöön tai ongelmaan, toimintaterapeutin tehtävänä on mukauttaa ympäristöä tukemaan turvallista ruokailua ja syömistä. Se voi tarkoittaa esimerkiksi syömisen tai ruokailun apuvälineen hankintaa ja asiakkaan perheen tai muiden lähi-ihmisten ohjaamista. (Boob & Smith 2017, 1–2.)

Toimintaterapian roolista ARFID:in interventioissa ei sen sijaan vielä löydy virallisia linjauksia tai suosituksia. Korpela (2022) Syömishäiriöliitto SYLI ry:stä toteaaakin toimintaterapian aseman ARFID:in hoidossa olevan vielä varsin vakiintumaton. Korpelan mukaan toimintaterapian potentiaalia voisi hyödyntää enemmän esimerkiksi arjen konkreettisia ruokailutilanteita harjoittelemalla. Asiantuntijat Willman, Thomas ja Hobbs (2023) toteavat taas American Journal of Occupational Therapy-lehden artikkelissa toimintaterapian näyttelevän useissa potentiaalisissa rooleissa ARFID:in moniammatillisessa hoidossa. Heidän mukaansa vielä kaivataan kuitenkin lisää näyttöä, jotta toimintaterapian mahdollisuudet osattaisiin huomioida ARFID:in hoitopolussa täysvaltaisesti. Asiantuntijat korostavat toimintaterapeutin osaamisessa kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia sekä kykyä tunnistaa asiakkaan toiminnallisia vahvuuksia ja ongelmia. Heidän mukaansa ARFID:iin linkittyviä toimintaterapian taustateorioita, viitekehysjä ja erityisosaamista ovat mm. sensorisen integraation teoria, biomekaaninen viitekehys, toiminnan mukauttaminen, traumainformoitu työote ja vuorovaikutuksellinen yhteistoiminta (relational practice). (Willman, Thomas ja Hobbs 2023, 1.)

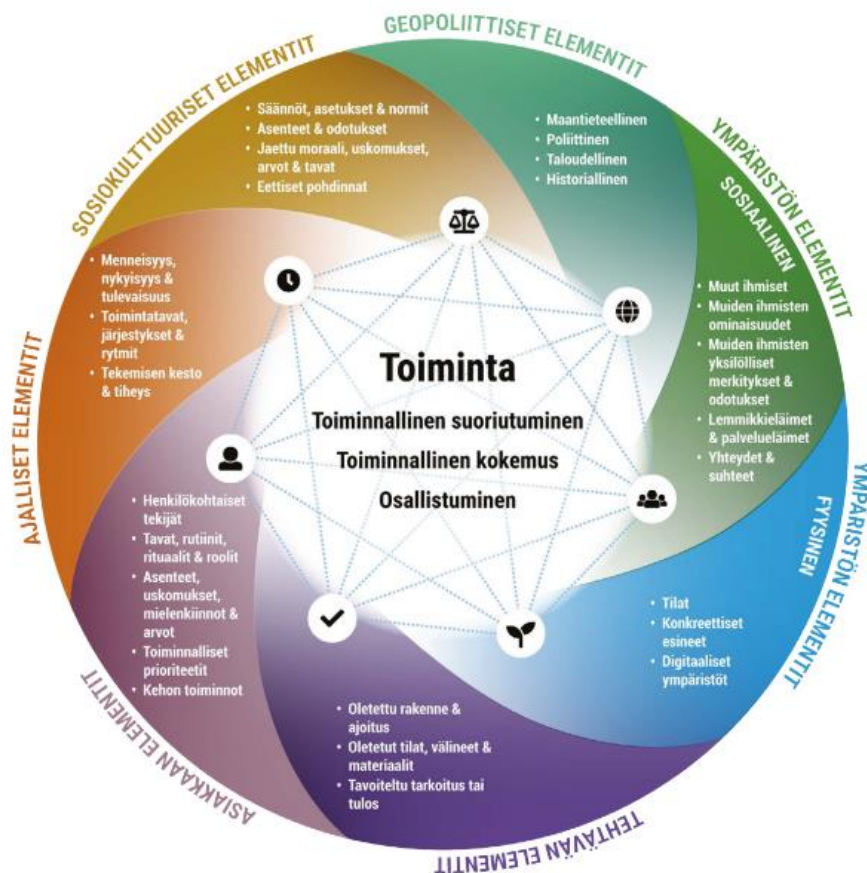
3 Toimintaterapian interventiot OTIP-mallin mukaan

3.1 Toimintaterapiaprosessin OTIP-malli

Arvioitaessa interventioiden sovellettavuutta toimintaterapiaan on tärkeää tunnistaa ne tekijät, jotka tekevät erilaisista interventiosta toimintaterapian interventioita. Tässä opinnäytetyössä toimintaterapian interventioiden ominaisuuksia esitellään toimintaterapian teoreettisten mallien, OTIP-mallin (Occupational Therapy Intervention Process Model) ja TMO-mallin (Transactional Model of Occupation) kautta. Aihetta lähestytään tarkastelemalla erityisesti OTIP-mallin käsittämiä interventiokeinoja ja interventioiden käytännön malleja.

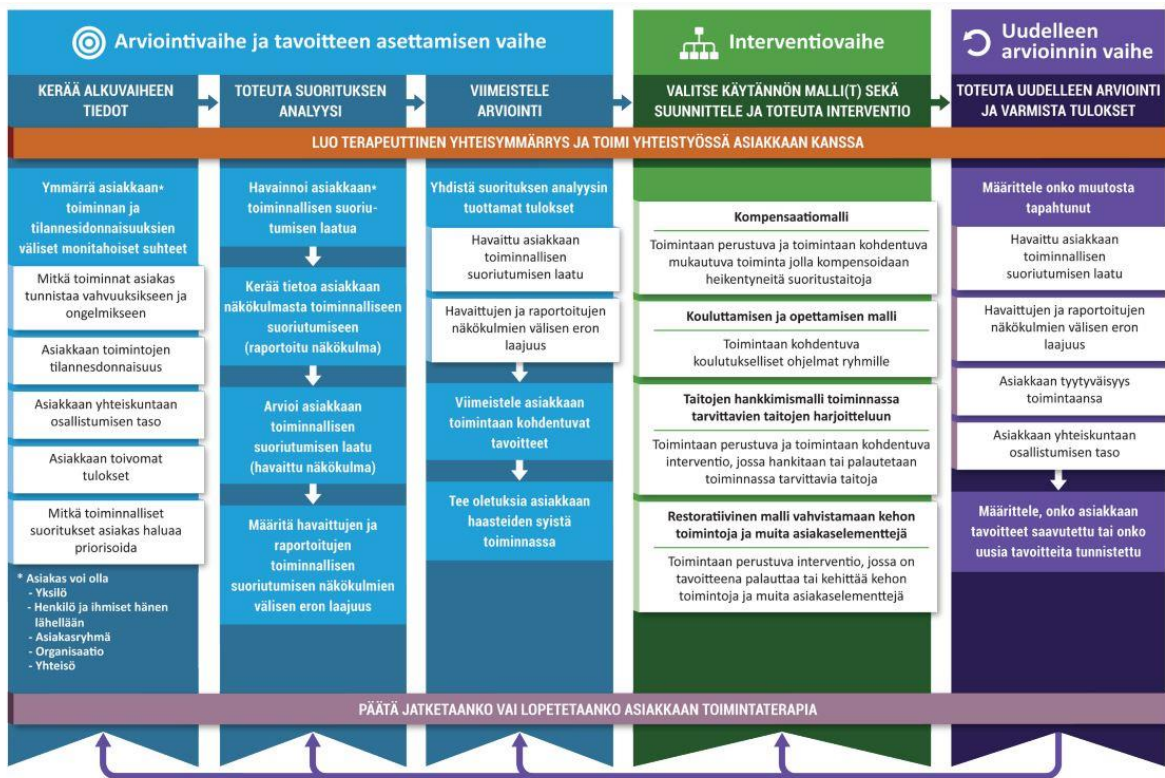
OTIP-malli on toimintaterapian taustalla toimiva teoria, joka ohjaa terapeutin ajattelua ja harkintaa läpi terapiaprosessin. OTIP-mallissa kaiken keskiössä on toiminta ja asiakkaan sitoutuminen itselleen merkitykselliseen toimintaan. Terapeutin tehtävänä on tarkastella ja tunnistaa asiakkaiden toiminnallisia haasteita ja selvittää eri toimintojen merkityksellisyyttä asiakkaalle. OTIP-mallille tunnusomaista on top-down-lähestymistapa. Top-down-lähestymistapa ohjaa toimintaterapeutin huomiota asiakkaan toiminnalliseen suoriutumiseen eli itse toimintaan, yksittäisten tekijöiden, kuten ympäristötekijöiden tai asiakkaan yksilötekijöiden sijaan. (Fisher & Marterella 2019, 3, 21, 40.)

OTIP-malliin linkittyy olennaisesti Fisherin ja Marterellan (2019) toiminnan transaktionaalinen malli (TMO), joka kuvaa toimintaa monimuotoisena kokonaisuutena, korostaen ihmisen ja kontekstin välistä suhdetta. Mallissa toiminta nähdään tilannesidonnaisten elementtien ja toiminnan elementtien välisenä jatkuvana vuorovaikutuksena. Ihminen on osa tätä kokonaisuutta, sen sijaan että olisi sen keskiössä tai ulkopuolella. Ihminen nähdään yhtenä toiminnan elementtinä, joka ei yksin "tuota toimintaa". TMO-mallissa toiminta on vaste toinen toistaan muovaaville tilannesidonnaisille ja toiminnan elementeille. (Fisher ja Marterella 2019, 16.) TMO-malli on esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Suomenkielinen käännös Fisherin ja Marterellan (2019, 209) transaktionaalisesta toiminnan mallista (Aralinna, Heiskanen, Juntunen, Kantanen, Kanto-Ronkanen, Karhula & Lautamo 2021, 8).

Fisherin ja Marterellan (2019) mukaan OTIP-mallin mukainen toimintaterapiaprosessi aloitetaan arvioinnilla ja tavoitteen asettamisella. Toimintaterapian asiakkaana voi olla yksilö, henkilö ja ihmiset hänen lähellään, asiakasryhmä, organisaatio tai yhteisö. Toimintaterapeutti hankkii haastattelulla tietoa asiakkaasta, tämän toiminnoista, toimintojen tilannesidonnaisuuksista ja asiakkaan tavoitteista. Tämän jälkeen toimintaterapeutti toteuttaa suoriutumisen analyysin havainnoimalla ja arvioimalla suoriutumisen laatua. Arviointivaiheen ja tavoitteen asettamisen vaiheen lopuksi toimintaterapeutti viimeistelee arvioinnin ja määrittelee toimintaan kohdentuvat tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa, jonka jälkeen siirrytään interventiovaiheeseen. (Fisher & Marterella 2019, 50.) OTIP-mallin vaiheet ja intervention käytännöt mallit esitellään kuviossa 3.



Kuvio 3. Suomenkielinen käännös Fisherin ja Marterellan (2019, 50) toimintaterapian prosessimallista (OTIP-malli) (Aralinna, Heiskanen, Juntunen, Kantanen, Kanto-Ronkanen, Karhula & Lautamo 2021, 9).

Toimintakeskeisen toimintaterapian varmistamiseksi toimintaterapeutti hyödyntää intervention suunnittelussa Fisherin ja Marterellan (2019) neljää jatkumoa (Ks. kuvio 4.), joiden kautta terapeutti arvioi intervention asiakaskeskeisyyttä, kontekstin aitoutta, intervention kohdentumista asiakkaalle olennaiseen toimintaan ja toimintakeskeisyyttä. Intervention arvioinnin tueksi voi esittää seuraavanlaisia kysymyksiä:

- onko päätöksenteko interventioon liittyen tapahtunut yhdessä asiakkaan kanssa
- onko terapiaan suunnitellut tilanteet tarkoituksenmukaisia ja linkittyvätkö ne asiakkaan todelliseen toimintaan
- perustuuko interventio asiakkaalle olennaiseen arjen toimintaan
- onko intervention keskiössä toiminta vai jokin muu (Fisher & Marterella 2019, 85.)



Kuvio 4. Mukaella Fisherin ja Marterellan (2019, 87) neljästä jatkumosta toimintaterapiainterven-tion arvioinnissa.

3.2 Interventiovaihe

OTIP-mallin mukaan on olemassa seitsemän erilaista interventiokeinoa, joita toimintaterapeutit hyödyntävät käytännön työssään. Interventiokeinoja ovat: adaptiivinen toiminta, toimintaan keskittyvät koulutukselliset ohjelmat, taitojen hankkimiseen kohdistuva toiminta, restoratiivinen toiminta, simuloitu toiminta, kiertoarjoittelu ja valmistelevat harjoitteet. Näistä keinoista neljä ensimmäistä sisältyvät autenttiseen toimintakeskeiseen toimintaterapiaan ja ovat integroituina OTIP-mallin käytännön interventiomalleihin. Simuloitua toimintaa voidaan hyödyntää, mikäli sen on toimintaterapeutin harkinnan perusteella välttämätöntä, eikä aidossa toimintaympäristössä toimiminen ole mahdollista. Kiertoarjoittelun ja valmistelevien harjoitteiden käyttö ei sen sijaan ole suositeltavaa autenttisessa toimintakeskeisessä toimintaterapiassa. (Fisher & Marterella 2019, 124–125.)

OTIP-mallin intervention käytännön interventiomalleja on neljä ja ne kohdentuvat erilaisiin toiminnallisiin ongelmiin. Mallit ovat: kompensatiomalli, kouluttamisen ja opettamisen malli, taitojen hankkimisen malli ja restoratiivinen malli. Interventiovaiheessa toimintaterapeutti valitsee käyttöönsä mallin, jota hyödyntää terapiainterven-tion aikana. Interventioprosessin aikana voidaan hyödyntää myös useampaa kuin yhtä interventiomallia. Malleja voidaan käyttää intervention aikana vaihdellen ja jaksottaen, esimerkiksi silloin kun interventiossa lähestytään useampaa kuin yhtä ongelmaa. Tai vaihtoehtoisesti malleja voidaan hyödyntää useampaa samanaikaisesti,

samaan ongelmaan kohdentuen. (Fisher & Marterella 2019, 50, 182, 228.) Näitä eri käytännön malleja esitellään seuraavissa alaluvuissa.

3.2.1 Kompensaatiomalli

Fisherin ja Marterellan (2019) mukaan kompensaatiomallin tavoitteena on kompensoida alentunutta toimintakykyä, palauttaa ennalleen asiakkaan kehon toimintoja tai muita yksilötekijöitä tai hankkia, uudelleen kehittää tai ylläpitää toimintaan tarvittavia taitoja. Käytännön mallissa asiakkaan toimintaa mahdollistetaan uudella tai tavanomaisesta poikkeavalla tavalla, tavoitteena asiakkaan osallistuminen tämän alentuneesta toimintakyvystä huolimatta. Mallin olennaiset osatekijät ovat mukauttaminen, konsultaatio ja opettaminen. Mallissa käytettäviä mukauttamisen strategioita on apuvälineen tai avustavan teknologian tarjoaminen, kompensoivan tai vaihtoehdoisen toimintatavan opettaminen sekä ulkoisten toimintaan vaikuttavien elementtien muokkaaminen. (Fisher & Marterella 2019, 98.)

Konsultaatio kompensaatiomallissa tarkoittaa, että toimintaterapeutti ja asiakas keskustelevat yhdessä tarjolla olevista vaihtoehdoista, toimintaterapeutin kannustaessa asiakasta yhteiseen päätöksentekoon. Opettaminen kompensaatiomallissa on sitä, että asiakkaan on mahdollista toimintaterapeutin tuella kokeilla ja opetella käyttämään uutta mukauttamiskeinoa. Merkityksellistä kompensaatiomallin opettamisen elementissä on, että asiakas sen kautta kykenee sisällyttämään uuden mukauttamiskeinon osaksi arjen toimintojaan. (Fisher & Marterella 2019, 97, 99.) Kompensaatio syömishäiriöiden toimintaterapiassa voi olla esimerkiksi ruokavalion normalisoimista, johon voi sisältyä konsultaatiota eri ruoka-aineista ja ateriasuunnitelman laatimista yhdessä (Crouch & Alers 2014, 410).

3.2.2 Kouluttamisen ja opettamisen malli

Kouluttamisen ja opettamisen interventiomallissa toimintaterapeutti jakaa asiakasryhmälle tietoa tavoitteena toiminnan ja osallistumisen tukeminen. Mallia käytetään tarjottaessa ryhmille toimintakeskeisiä opetusohjelmia. Opetuksen ja ohjauksen mallissa olennaisia osatekijöitä ovat konsultaatio, opettaminen sekä luennot ja työpajat asiakasryhmille. Toimintaterapeutin käyttäessä konsultaatiota tässä mallissa, hän varmistaa, että ryhmään osallistujilla on mahdollisuus vaikuttaa opetuksen sisältöön. Näin asiakkaat sitoutetaan yhteiseen päätöksentekoprosessiin. Opettaminen

edellyttää tässä mallissa, että käytössä on toimintakeskeisiä opettamisen ja oppimisen menetelmiä. Kun menetelmänä on luennot ja työpajat, opettaminen toteutuu seminaari- tai luokkahuone-tyylisissä tilanteissa erilaisten luentojen, työpajojen, seminaarien tai koulutusten muodossa. (Fisher & Marterella 2019, 103–105.)

Crouchin ja Alersin (2014, 410) mukaan syömishäiriön ryhmämuotoinen toimintaterapia keskittyy usein kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehykseen tai tunnetaitojen valmennukseen. Ryhmämuotoinen toimintaterapia ei sellaisenaan kuulu kouluttamisen ja opettamisen malliin, mutta mallin hyödyntämisestä voidaan puhua esimerkiksi silloin, kun toimintaterapeutti järjestää asiakasryhmälle koulutustilaisuuden tai luennon edellä mainittuihin aihepiireihin liittyen, asiakasryhmän tarpeiden pohjalta.

3.2.3 Taitojen hankkimisen malli

Taitojen hankkimisen mallin kolme tarkoitusta on toimintataitojen kompensatio, korjaaminen tai hankkiminen. Asiakas sitoutetaan hankittavaan toimintaan tarkoituksena jonkin uuden taidon hankinta, menetetyn taidon uudelleen hankkiminen tai heikentymisvaarassa olevan toimintataidon ylläpitäminen. Tavoitteena että asiakas oppii toimintaan vaadittavat taidot ja pystyy sen kautta osallistumaan itselleen merkitykselliseen toimintaan. Toimintataitojen hankkimisen mallin olennaiset osatekijät ovat konsultaatio, opettaminen ja toiminnan porrastaminen muokkaamalla progressiivisesti ulkoisia elementtejä. (Fisher & Marterella 2019, 107–108.)

Konsultaatiota hyödynnettäessä selvitetään yhdessä asiakkaan kanssa mitkä toiminnat priorisoidaan intervention kohteiksi, mitkä ovat asiakkaan toivomat lopputulokset ja mitä interventioita niiden saavuttamiseksi käytetään. Opettamisessa huomion keskiössä ovat toimintataidot ja toiminnallisen suoriutumisen laatu. Harjoittelussa hyödynnetään toimintoja, joihin toimintataitojen hankkiminen kohdentuu. Merkityksellistä opettamisessa on, että huolehditaan opittujen taitojen yleistymisestä eri tilanteissa ja konteksteissa. Porrastetulle toiminnalle ominaista on, että toimintaa muokataan niin, että toiminnan haastavuus on asiakkaalle sopivalla tasolla ja asiakkaan toimintataitojen kehittyessä, lisätään haastetta porrastaen. (Fisher & Marterella 2019, 108–110.)

Taitojen hankkimisen mallia voidaan hyödyntää monin tavoin syömishäiriöiden hoidossa. Crouch ja Alers (2014) esittävät, että syömishäiriöiden toimintaterapiassa asiakas voi hankkia taitoja

esimerkiksi sosiaalisiin tilanteisiin ja tarkoituksenmukaisten selviytymiskeinojen käyttöönottoon. Taitojenhankkiminen voi myös liittyä esimerkiksi ruokaostosten, aterioiden tai välipalojen valmisteluun. (Crouch & Alers 2014, 410, 414.)

3.2.4 Restoratiivinen malli

Restoratiivinen malli on toimintaan perustuva interventiomalli, jossa korjataan tai kehitetään kehon toimintaa tai asiakkaan ominaisuuksia. Tarkoituksena on asiakkaan sitouttaminen toimintaan, jossa korjataan heikentynyttä kehon toimintaa, kehitetään kehon toimintaa tai asiakkaan ominaisuuksia ikätasoisiksi tai ylläpidetään asiakkaan kehon toimintakykyä sen ollessa vaarassa heikentyä. Olennaista tässäkin mallissa on, että intervention kautta asiakkaalla on valmiuksia osallistua itselleen merkitykselliseen toimintaan. Restoratiivisen toimintaterapiainervention olennaiset osat konsultaatio, opettaminen ja toiminnan porrastaminen muokkaamalla ulkoisia elementtejä progressiivisesti. (Fisher & Marterella 2019, 113.)

Konsultaatiota hyödynnettäessä keskiössä on yhteistoiminnallinen kumppanuus toimintaterapeutin ja asiakkaan välillä. Toimintaterapeutti ja asiakas määrittelevät yhdessä mihin toimintoihin interventiossa keskitytään, mitkä ovat toivotut lopputulokset ja mitä interventioita niihin pääsemiseksi käytetään. Toimintaterapeutti hyödyntää toimintakeskeistä näkökulmaansa ja asiantuntijuuttaan eri interventiomenetelmistä. Opettamista käytetään, kun opetus kohdentuu kehon toimintoihin tai asiakkaan yksilötekijöihin. Taustalla toimii tavoite, että kehittyneet kehon toiminnot tai yksilötekijät mahdollistavat asiakkaalle merkityksellistä toimintaa, joka on siirrettävissä myös uusiin tilanteisiin ja ympäristöihin. Toimintaa porrastettaessa restoratiivisessa mallissa toimintaa muokataan niin, että se tarjoaa asiakkaalle oikean tasoista haastetta. Haastetta lisätään kehon toimintakyvyn tai muiden ominaisuuksien kehityttyä. (Fisher & Marterella 2019, 113–115.)

Toimintaterapian tavoitteena voivat olla asiakkaan yksilötekijöihin liittyvät muutokset. Crouch ja Alers (2014) kertovat, että toimintaterapian avulla voidaan muokata syömishäiriötä sairastavan mielensisäisiä prosesseja, jotka tukevat sairastavaa päätöksenteossa, ongelmienratkaisussa ja tavoitteen asettelussa. Toimintaterapialla voidaan myös pyrkiä asiakkaan itsetuntemuksen vahvistamiseen ja vähentämään asiakkaan kokemaa riittämättömyyden tunnetta syömishäiriöstä toipumisen edistämiseksi. (Crouch & Alers 2014, 413–414.)

4 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävä

ARFID-syömishäiriödiagnosi on suhteellisen uusi ja diagnoosin käyttöönotto Suomessa on vasta vähitellen yleistymässä. Diagnoosin tuoreuden ja sen yleisyyden vuoksi on merkityksellistä koota yhteen olemassa olevaa tutkimustietoa siitä, millaisilla interventioilla sairastuneita voidaan tukea. Tutkimuksen avulla saavutetaan tietoa ARFID:in interventioista ja niiden sovellettavuudesta lasten ja nuorten toimintaterapiaan. Tutkimuksen kautta voidaan lisätä toimintaterapeuttien, muiden ammattilaisten, sairastuneiden sekä heidän läheistensä tietämystä ARFID-syömishäiriön interventiosta sekä toimintaterapian mahdollisuuksista sen hoidossa. Tutkimustehtävänä on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla vastaus seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä interventioita ARFID-syömishäiriön hoidossa on olemassa lapsille ja nuorille?
- Millaisia interventiomenetelmiä voidaan soveltaa ARFID-syömishäiriön lasten ja nuorten toimintaterapiassa?

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on kuvata ARFID-syömishäiriön hoidossa käytössä olevia interventioita sekä lasten ja nuorten toimintaterapiaan sovellettavissa olevia interventiomenetelmiä. Kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa interventioita ARFID:ia sarastavan tai ARFID-piirteisen lapsen tai nuoren toimintaterapiaan. Tuloksista nousutta tietoa ARFID:in interventioista voi hyödyntää myös muut ammattiryhmät, sairastuneet ja heidän läheisensä. Opinnäytetyö voi myös toimia yleisesti pohjatietona ARFID-syömishäiriöstä kaikille, joiden tietämys sairaudesta on vielä vähäistä.

5 Menetelmät

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tiedonhaku ja -analyysivaihetta tarkastellen kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä, erityisesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen lainalaisuuksia ja siihen kohdistuvaa kritiikkiä. Vilkkä (2023) kuvaa kirjallisuuskatsausta tutkimustapana monimenetelmälliseksi ja analyttiseksi. Olennaisia elementtejä kirjallisuuskatsauksessa ovat suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, kriittisyys ja luova ajattelu. Lähtökohtana tutkimustavalle on, että sen avulla tunnistetaan, arvioidaan, tulkitaan ja lopulta yhdistetään jo olemassa olevaa tietoa, alkuperäistutkimuksista. Tutkimusten hakuprosessi on ennalta suunniteltu ja järjestelmällinen, jota ohjaa kirjallisuuskatsaustyyppille ominaiset lainalaisuudet. Tutkimusten valikoinnissa on

noudatettava kriittisyyttä. Kriittisyys onkin tärkeää säilyttää koko prosessin ajan, jotta tekijä voi sen jokaisessa vaiheessa reflektoida tekemistään, perustella ratkaisujaan ja vastaanottaa prosessin eteen tuomia tutkimuksellisia haasteita. (Vilka 2023, 11–14.)

Tähän opinnäytetyöhön valikoitui tutkimusmenetelmäksi tarkemmin narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka Salminen (2011, 6) mainitsee olevan integratiivisen kirjallisuuskatsauksen rinnalla toinen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen suuntauksista. Stolt, Axelin ja Suhonen (2016) kuvaavat narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena olevan olemassa olevan laadullisen tai määrällisen tutkimustiedon yhdistämistä, selittämistä ja ennustamista. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää tiedonhankinnan ja kerätyn aineiston synteessin. Synteesi raportoidaan yleensä taulukkomuotoon, jotta analyysillä voidaan osoittaa tutkimuksen arvo tai sen kontribuutio. (Stolt, Axelin ja Suhonen 2016, 9). Vilka (2023, 33–34) esittää, että toisin kuin muihin kirjallisuuskatsaustyyppisiin, narratiiviseen ja integratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen voidaan sisällyttää melko vapaasti erilaisia tutkimuksia, kuten eri tutkimusorganisaatioiden, julkisyhteisöjen tai asiantuntijaorganisaatioiden tutkimuksia, selvityksiä ja raportteja sekä väitöskirjoja ja opinnäytteitä.

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus soveltuukin hyvin tutkimusmenetelmäksi, kun halutaan luoda uutta kokonaisnäkemystä aiemmin olemassa olevasta tutkimuksesta tai kun halutaan koota epäyhtenäistä tietoa johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Sen avulla voidaan esimerkiksi tuottaa ajantasaista tietoa, jota ei välttämättä muiden tutkimusmenetelmien voitaisi saavuttaa. (Vilka 2023, 23., Salminen 2011, 7.) Salminen (2011, 7) luonnehtii narratiivista kirjallisuuskatsausta ”yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä”. Sen avulla ajantasaistetaan tutkimustietoa tutkimatta aineistoa erityisen systemaattisesti ja luomatta varsinaista analyttistä tulosta.

Vilka (2023) nostaa esiin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kohdistuvan kritiikin sille ominaiselle sattumanvaraiselle ja subjektiiviselle tiedonhauulle. Hän muistuttaa kuitenkin, että vaikka tutkittava aineisto voi olla hyvin moninaista, tutkija voi itse osoittaa toiminnassaan systemaattisuutta ja läpinäkyvyyttä esimerkiksi kehittämällä itselleen systemaattisia menetelmiä muistiinpanojen tekemiselle. (Vilka 2023, 21–23.) Yhtäällä Salminen (2011, 8) toteaa, että narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tekniikka vaatii kehittämistä, jotta sitä voitaisiin enemmän hyödyntää systemaattisen katsauksen piirissä.

5.2 Aineiston kerääminen

Aineiston keräämisen prosessi aloitettiin hakulausekkeiden muodostamisella tutkimuskysymyksistä. Tutkimuskysymyksinä olivat: ” Mitä interventioita ARFID-syömishäiriön hoidossa on olemassa lapsille ja nuorille?” ja ”Millaisia interventiomenetelmiä voidaan soveltaa lasten ja nuorten ARFID-syömishäiriön toimintaterapiassa?”. Vilka (2023) korostaa, että hakusanojen ja -kriteerien muodostamisessa merkityksellistä on, että tutkimuskysymys on hyvin muotoiltu. Tutkimuskysymys auttaa täsmentämään ja rajaamaan tutkimuksen kriteerejä sekä määrittämään sisällytettäviä ja poissuljettavia tutkimuksia. (Vilka 2023, 43.) Stolt, Axelin ja Suhonen (2016) esittävät yhtenä vaihtoehdoksi hakusanojen muodostamiselle yksinkertaista sarakemallia. Tutkimustehtävä jaetaan ensin sarakkeissa hakukokonaisuuksiin, jonka alle voidaan sen jälkeen listata lisää samaa tarkoittavia sanoja. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 36–38.) Taulukossa 1 on haettu hakusanoja sarakemallia hyödyntäen.

Taulukko 1. Sarakemalli hakusanojen muodostamiseen

ARFID	intervention	children	adolescents
avoidant restrictive food intake disorder	treatment	child	youth
	therapy		teenager
	strategy		
	practice		

Tämän kirjallisuuskatsauksen hakuun määriteltiin ikään ja sisältöön kohdentuvia sisäänotto- ja poissulkukriteerejä (Ks. taulukko 2). ARFID on diagnoosina uusi ja tutkittava aihe jatkuvasti kehittyvä. Tästä syystä haku rajattiin vuosiin 2018–2023, jotta voidaan tarkastella uusinta saatavilla olevaa tietoa. Hakuun sisällytettiin suomen tai englannin kieliset artikkelit, jotka koskevat ARFID:iin kohdentuvia interventioita ja hoitoa, kohderyhmänä lapset tai nuoret, tai molemmat. Aineiston ulkopuolelle suljettiin tutkimukset ja artikkelit, joista ei ollut koko tekstiä saatavilla tietokannan tai erillisen verkkohaun kautta, sekä artikkelit, joista ei selkeästi ilmennyt tutkimusasetelmaa tai tiedonhakuja ja yleisemmin syömishäiriöitä käsittelevät tutkimukset ja artikkelit.

Haut suoritettiin marras-joulukuussa 2023. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat olivat EBSCO-tietokannat CINAHL Ultimate ja MEDLINE. CINAHL on hoitotieteen ja sen lähialojen, kuten toimintaterapian artikkelitietokanta ja MEDLINE merkittävin kansainvälinen lääke- ja

terveystieteiden sekä näiden lähialojen kirjallisuusviitetietokanta ((Stolt ym. 2016, 43–45; Jamk:in e-aineisto-opas, 2023). Hakulauseen muodostamisessa käytettiin Boolean operaattoreita. AND-operaattorin avulla voidaan yhdistää eri hakukokonaisuuksia toisiinsa ja OR-operaattorilla yhdistetään hakulauseeseen vaihtoehtoisia sanoja. Hakulause muodostettiin seuraavasti: “ARFID OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder AND intervention OR treatment OR therapy OR strategy OR practice AND children OR adolescents OR youth OR child OR teenager”. Tiedonhaku on esitelty taulukossa 3.

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

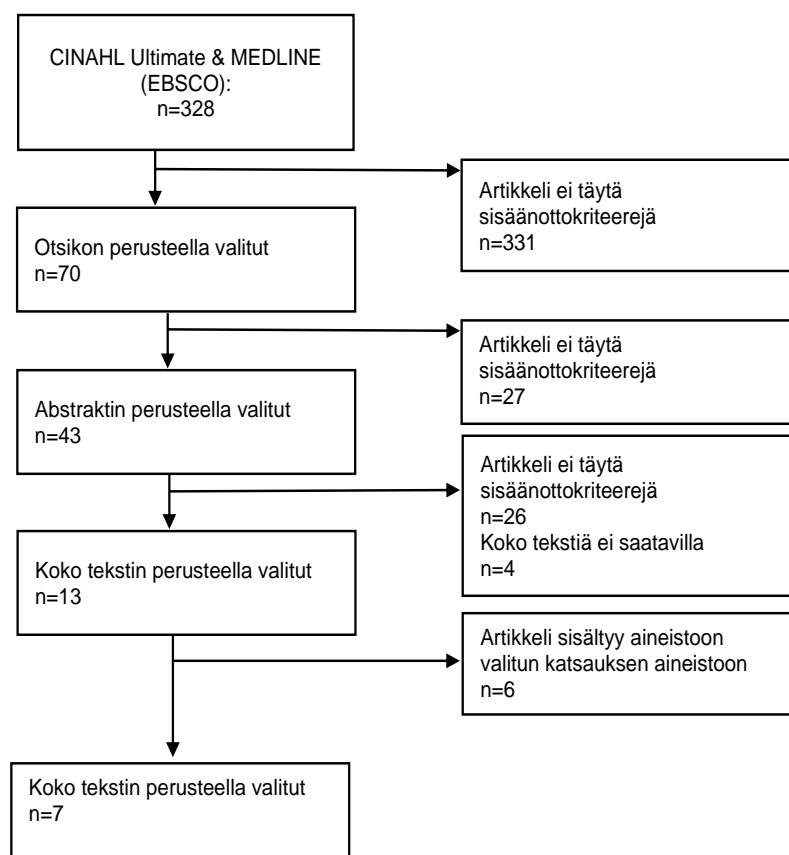
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Vuosina 2018-2023 julkaistut artikkelit	Artikkelista ei ole koko tekstiä saatavilla
Artikkeli koskee ARFID-syömishäiriötä	Artikkelista ei ilmene sen tutkimusasetelmaa tai tiedonhakua
Artikkeli koskee pääasiassa lapsia ja nuoria	Artikkelissa käsitellään ARFID:in lisäksi myös muita syömishäiriöitä
Artikkelissa käsitellään ARFID:iin kohdentuvia interventiokeinoja, joita hyödynnetään tai voidaan soveltaa lasten ja nuorten toimintaterapiassa	Muut kuin suomen ja englannin kieliset artikkelit

Taulukko 3. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Rajaus	Hakusanat	Tulokset	Valitut
EBSCO-tietokannat CINAHL Ultimate ja MEDLINE	Vuodet 2018–2023, kielet suomi ja englanti	ARFID OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder AND intervention OR treatment OR therapy OR strategy OR practice AND children OR adolescents OR youth OR child OR teenager	328	7

Stolt, Axelin ja Suhonen (2016) kuvaavat katsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerien ohjaavan tutkimusta ensin otsikkotasolle, sitten abstraktitasolla ja viimeisenä koko tekstin tasolla (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 27). (Ks. kuvio 5.) Ensimmäisessä aineiston sisällyttämävaiheessa aineistoa, 328 tutkimusartikkelia, tarkasteltiin niiden otsikoiden perusteella. Artikkelin otsikossa tuli

ilmetä artikkelin käsittelevän ARFID-syömishäiriötä, lapsia ja/tai nuoria sekä ARFID:in hoidossa käytettäviä interventioita. ARFID:ia käsittelevät artikkelit, joiden otsikosta sisältö ei tarkasti ilmenyt, sisällytettiin vielä tässä vaiheessa aineistoon. 258 tutkimusartikkelin otsikot eivät täyttäneet tässä vaiheessa sisäänottokriteereitä ja ne suljettiin ulkopuolelle aineistosta. Toisessa sisällyttämisvaiheessa tarkasteltiin jäljelle jääneiden artikkelien abstrakteja ja etsittiin niiden kautta tarkempaa tietoa artikkelin sisällöstä. Abstraktin perusteella aineistoon sisällytettiin artikkelit, joissa käsiteltiin ARFID:in interventioita lapsille ja nuorille. 27 tutkimusartikkelia suljettiin tässä vaiheessa pois aineistosta.



Kuvio 5. Tiedonhaun vuokaavio

Viimeisessä vaiheessa 43 valikoituneesta tutkimusartikkelista luettiin koko teksti. Tässä vaiheessa aineistoista karsiutui tutkimusartikkelit, joista ei ollut koko tekstiä saatavilla ja joissa käsiteltiin lapsia ja nuoria vain pieneltä osin, sekä artikkelit, joissa ei ollut kuvattu tutkimuksen

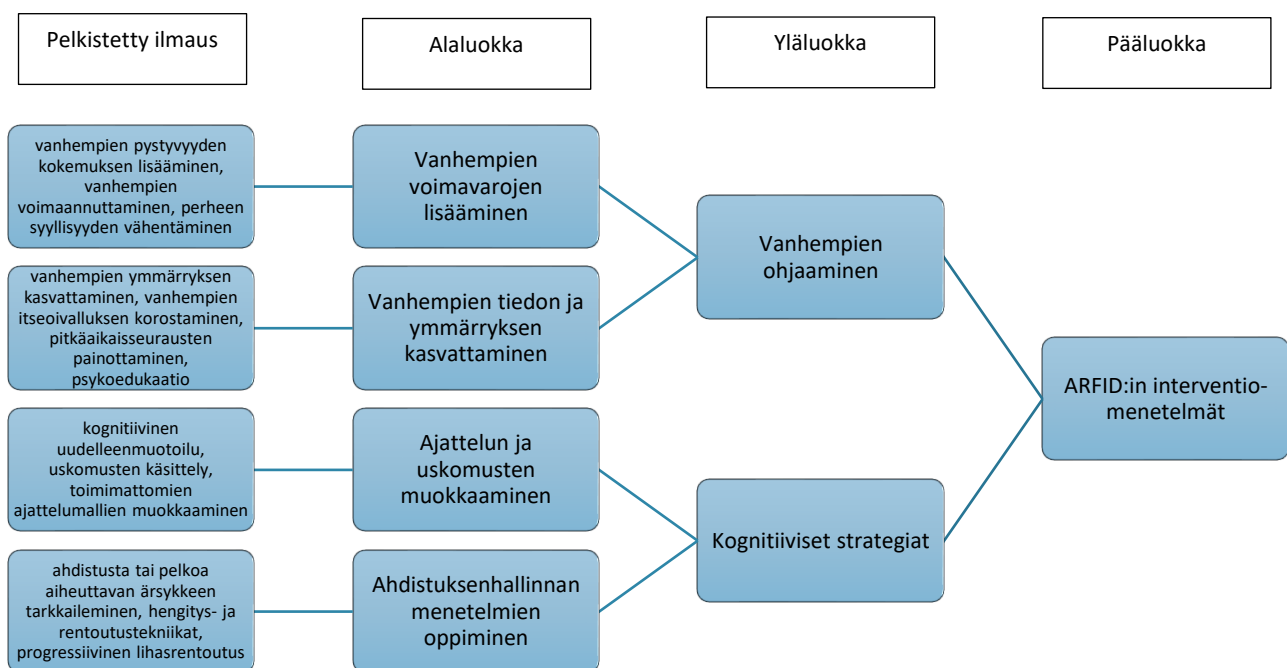
tutkimusasetelmaa tai tiedonhakua. 13 jäljelle jääneestä artikkelista 7 oli erityyppisiä katsauksia ja 6 alkuperäistutkimusta. Aineistoon sisällytyt katsaukset sisälsivät kaikki alkuperäistutkimukset, joten alkuperäistutkimukset suljettiin aineiston ulkopuolelle ja niitä hyödynnettiin vain opinnäytetyön teoriaosuuksissa. Lopullinen aineisto koostuu seitsemästä vertaisarvioidusta kirjallisuuskatsauksesta. Aineisto on esitelty liitteessä 2.

5.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka avulla koostettiin kokonaisuus vastaamaan tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin. Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysi muodostuu Vilkan (2023) mukaan kolmesta vaiheesta, joita ovat analyysin valmistus, analyysin organisointi ja analyysin raportointi. (Vilka 2023, 86.) Tuomi ja Sarajärvi (2018) esittelevät aineistolähtöisen sisällönanalyysin analyysimuotona, jota ei lähtökohtaisesti ohjaa mikään tietty teoria tai menetelmäoppi, vaan siihen voi melko vapaasti suhteuttaa monenlaisia teoreettisia tai menetelmällisiä lähtökohtia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103) Aineistolähtöistä analyysia tehtäessä pääpaino tutkimuksessa on aineistossa. Tällöin teoriaa rakennetaan aineiston kautta ja esimerkiksi analyysiyksikköjä ei ole ennalta määritelty. Eteneminen analyysissä tapahtuu yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018, 123) esittävät aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiksi seuraavia: pelkistäminen (reduointi), ryhmittely (klusterointi) ja käsitteellistäminen (abstrahointi). Aineiston pelkistämävaiheessa aineistosta rajattiin ulkopuolelle kaikki tutkimusta ajatellen tarpeeton aineisto ja aineistosta haettiin vain ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkimustehtävää. Nämä ilmaisut kerättiin erilliseen tekstitiedostoon, jonka jälkeen niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja ryhmiteltiin alaluokiksi. Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan luokitteluyksikkönä toimii esimerkiksi jokin ominaisuus, piirre tai käsitys. Ryhmittelyn kautta saadaan tutkimukselle rakenne sekä luodaan pääluokkia, jotka yhdistävät aineiston tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Aineiston käsitteellistämisen vaiheessa aineistosta taas erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisen prosessilla luodaan tutkimuskohteesta kokonaiskuvaa käsitteiden kautta ja rakennetaan uutta teoriaa varmistaen, että polku alkuperäisaineistoon säilyy. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 126.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla aineistoa huolellisesti läpi. Aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja vieraat käsitteet käännettiin englannista suomeksi. Erilaisten alakohtaisten termien kääntämisessä käytettiin apuna aiheeseen liittyvää suomenkielistä teoriaa alan kirjallisuudesta ja luotettavilta verkkosivuilta. Aineiston pelkistämistä toteutettiin manuaalisesti, korostamalla aineistossa alkuperäisilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja kerättiin tiedostoon, jossa ne ryhmiteltiin ensin alaluokkiin ja sitten alaluokista muodostuviin yläluokkiin. Analyysin eri vaiheissa huolehdittiin, että polku alkuperäisaineistoon säilyi, säilyttämällä lähdeviitteet alkuperäisilmauksista pelkistettyihin ilmauksiin. Lopputuloksena saatiin käsitteitä yhdistelemällä vastaukset tutkimuskysymyksiin; ”Mitä lasten ja nuorten ARFID-interventioita on olemassa?” ja ”Millaisia interventiomenetelmiä voidaan soveltaa lasten ja nuorten ARFID-syömishäiriön toimintaterapiassa?”. Esimerkki aineiston tiivistymisestä on esitelty kuviossa 6.

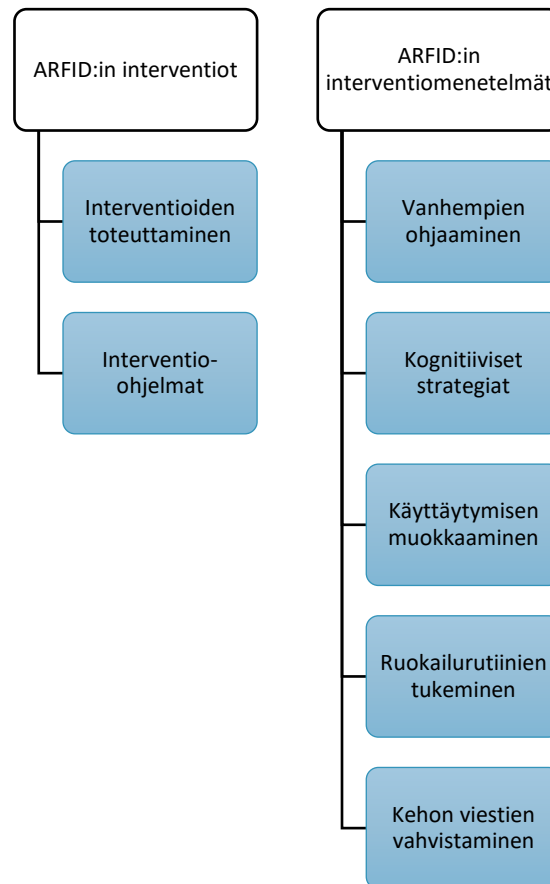


Kuvio 6. Esimerkki aineiston tiivistymisestä

6 Tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön aineisto tiivistyi kahteen pääluokkaan; ARFID:in interventiot ja ARFID:in interventiomenetykset, joiden avulla voitiin vastata opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ”Mitä lasten ja

nuorten ARFID-interventioita on olemassa?” ja ”Millaisia interventiomenetelmiä voidaan soveltaa lasten ja nuorten ARFID-syömishäiriön toimintaterapiassa?”. Aineiston pää- ja yläluokat on esitetty kuviossa 7.



Kuvio 7. Aineiston tuloksien pää- ja yläluokat

Vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ARFID:in olemassa olevista interventioista jakautuu kahteen yläluokkaan; interventioiden toteuttaminen ja interventio-ohjelmat. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen vastauksia avataan tarkemmin luvussa 6.1. Tuloksissa käsitellään aineistosta nousseita ARFID:in lasten ja nuorten interventioiden tavoitteita ja toteuttamismuotoja sekä esitellään aineistosta nousseet interventio-ohjelmat (liite 2). Toinen tutkimuskysymys käsittelee ARFID:in interventiomenetelmien soveltamista lasten ja nuorten toimintaterapiassa. Tutkimuskysymykseen saadaan vastaus tarkastelemalla aineistossa esiintyviä ARFID:in interventiomenetelmiä. ARFID:in interventiomenetelmät tiivistyivät aineistosta viiteen yläluokkaan; vanhempien ohjaaminen, kognitiiviset strategiat, käyttäytymisen muokkaaminen, ruokailurutiinien tukeminen ja aisti-

integraation vahvistaminen. Toisen tutkimuskysymyksen vastauksia avataan tarkemmin luvuissa 6.2 ja 7.1.

6.1 ARFID:in interventiot

6.1.1 Interventioiden toteuttaminen

Tämän yläluokan alle tiivistyi kaksi alaluokkaa, joita ovat interventioiden tavoitteet ja interventioiden muodot. Intervention suunnittelussa ensisijaista on taustatekijöiden tunnistaminen, jotta voidaan muodostaa tehokas interventio sairastavan ARFID-profiilin mukaan. ARFID:in interventioiden tavoitteena on yleisesti syötävien ruokien määrän tai monipuolisuuden lisääminen oireita aiheuttaviin tai ylläpitäviin taustatekijöihin vaikuttamalla. (Bourne ym. 2022, 694; Archibald & Bryant-Waught 2023, 5; Bourne ym. 2020, 15; Kambanis & Thomas 2023, 11.) Intervention valinnassa on otettava huomioon lisäksi sairastuneen kehityksellinen taso, keskeiset oireiden laukaisijat, mahdolliset esteet muutokselle sekä sairastuneen ja hänen perheensä tavoitteet interventiolle. (Archibald & Bryant-Waught, 2023, 5.) Eri ARFID-profiilit hyötyvät usein eri interventioista. Di Cara ja muut (2023, 12) uskovat, että aistiperäisen valikoivan syömisen profiilille hyödyllisimpiä ovat moniammatilliset käyttäytymiseen kohdentuvat interventiot, syömiseen liittyvän pelon profiilille soveltuvimpia ovat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat interventiot ja vähäinen kiinnostus syömiseen profiilille perhepohjainen hoitomalli.

ARFID:in vakiintuneet ja standardoidut hoitokäytänteet puuttuvat vielä, mutta hoidon toteutus vaihtelee tällä hetkellä avohoidosta osastohoitoon (Archibald & Bryant-Waught 2023, 5; Di Cara ym. 2023, 9). Niin ARFID:in, kuin muidenkin syömishäiriöidenkin kohdalla hoitomuodoksi suositellaan avo- ja yhteisöllistä hoitoa. Interventioiden toteutus avohoidon palveluissa mahdollistaa hoidon edistymisen, sen vasteen ja riskien tason arvioinnin interventioprosessin aikana. (Archibald & Bryant-Waught 2023, 6.) Avo- ja yhteisöllisen hoidon ollessa riittämättömiä, seuraava vaihe on syömishäiriöiden hoitoon keskittyvällä päiväosastolla toteutuva hoitojakso, jossa voidaan toteuttaa strukturoitua ruokailuohjelmaa (Bryant-Waught 2023, 6).

Toisinaan pidempi osastohoito on kuitenkin välttämätöntä aliravitsemuksesta heikentyneen terveydentilan vuoksi. Seuranta on tällöin erityisen tärkeää, jotta ravinnon lisäämisen seurauksena ei synny refeeding-oireyhtymää, joka voi syntyä aliravitsemustilan liian nopean korjaamisen seurauksena ja aiheuttaa mm. rytmihäiriöitä, sekavuustilaa tai elektrolyyttitasapainon häiriöitä. (Di Cara

ym. 2023, 9; Refeeding-oireyhtymä 2021.) Osastohoidon tavoitteena voi olla suun kautta syödyn ruoan lisääntyminen tai esimerkiksi nenämahaletkuruokinnan lopettaminen (Archibald & Bryant-Waught 2023, 7). Oleellista ARFID:in interventioiden toteuttamisessa on pyrkimys mahdollisimman nopeaan hoidon alkamiseen (Archibald & Bryant-Waught 2023, 6).

Aineistossa korostuu suositus moniammatillisista ja multimodaalisista interventioista, eli eri ammattilaisten yhteistyössä toteuttamista erilaisista interventioista (Archibald & Bryant-Waught 2023, 7, 8; Bourne ym. 2020, 12; Di Cara 2023, 13; Willmott ym. 2023, 4). Tämä on suosituksena myös silloin, kun ARFID:in rinnakkaisdiagnoosina on autismin kirjon häiriö (Bourne ym. 2022, 694). Intensiivisistä moniammatillisista interventioista on tällä hetkellä eniten ja lupaavinta näyttöä verrattuna muihin hoitomuotoihin. Toisaalta aineistossa esitetään myös, että aina moniammatillisen tiimin toteuttama hoito ei ole aina välttämätön, vaan toisinaan esimerkiksi hoitavan lääkärin ja mielenterveysalan ammattilaisen tuki riittävät. (Kambanis & Thomas 2023, 11–12.) Multimodaalinen, eli eri interventioita yhdistävä lähestymistapa on usein kannattava, erityisesti vakavampien ARFID-oireilujen hoidossa, sillä tämä mahdollistaa intervention yksilöllisen suunnittelun (Bourne ym. 2020, 15). Eri interventioiden yhdistelmien käyttö kertonee ARFID-piirteiden monimuotoisuudesta, jonka taustalla on erilaisia tekijöitä ja jonka esiintymismuodot ovat vaihtelevat (Willmott ym. 2023, 28).

Valtaosa aineistosta nousseista interventioista toteutetaan yksilömuotoisesti. Aineisto esittelee vain kaksi ryhmämuotoista interventiota; MEAL-intervention sekä perhepohjaista interventiota, kognitiivista ja dialektista käyttäytymisterapiaa yhdistävän intervention, jotka kohdentuvat lapsille tai nuorille ja heidän vanhemmilleen. Myös koulutukselliset ryhmät voivat olla hyödyksi ARFID:in hoidossa. Bourne ja muut (2020, 12) mainitsevat katsauksessaan vanhemmille osoitettujen ryhmämuotoisten koulutusten voivan valmentaa vanhempia ARFID-oireisten lasten tukemisessa.

Etätoteutuksen mahdollisuus interventioiden toteutuksessa nousee esiin aineiston kahdessa katsauksessa. Bournen ja muiden (2020, 12) mukaan etäyhteyden, kuten videoyhteyden hyödyntäminen vanhempainohjauksessa voi riittävästi valmentaa vanhempia lastensa tukemisessa. Di Cara ja muut (2023, 12) esittävät etäinterventioiden olevan perhelähtöinen ja saavutettavissa oleva intervention toteuttamisen muoto, jonka avulla lapsen tai nuoren ruokavaliota voidaan tehokkaasti laajentaa.

Mainittakoon, että useat aineiston katsaukset toivat esille lisäksi lääkinnällisten interventioiden vaikuttavuutta ARFID:in hoidossa. Tarpeenmukainen lääkitys muiden interventioiden rinnalla on kasvavassa määrin yleistymässä ARFID:in hoidossa (Bourne ym. 2020, 10). Tarpeellisia lääkityksiä voivat olla mm. ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen, ruokahalun edistämiseen tai kognitiiviseen joustavuuteen kohdentuvat lääkitykset (Archibald & Bryant-Waught 2023, 6). Huomioitavaa kuitenkin on, että lääkinnälliset interventioiden hyödyntämistä suositellaan aina jonkin muun psykososiaalisen hoidon tai terapian rinnalla, eikä ainoana pääasiallisena hoitona (Di Cara ym. 2023, 11).

6.1.2 Interventio-ohjelmat

Aineistossa esiintyi sekä ARFID:in hoitoon suunniteltuja, että ARFID:in hoidossa potentiaalisen tehokkaita interventio-ohjelmia. Aineiston perusteella lupaavinta näyttöä on kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvilla interventioilla ja perhepohjaisella hoitomallilla, erityisesti ARFID:in hoitoon suunnitelluista CBT-AR- ja FBT-ARFID-interventioilla (Bourne ym. 2022, 691; Kambanis & Thomas 2023, 15; Di Cara ym. 2023, 1; Archibald & Bryant-Waught 2023, 6) Myös käyttäytymiseen kohdentuvat interventiot ovat lupaavia, erityisesti alle 6-vuotiailla lapsilla tai silloin kun ARFID:in päällekkäisdiagnoosina on autismikirjon häiriö (Willmott ym 2023, 3; Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 3; Archibald & Bryant-Waught 2023, 6).

ARFID:in interventioiden tutkimus on kuitenkin vielä varsin vähäistä ja tähänastinen tutkimusnäyttö perustuu yhä yksittäisiin tapaustutkimuksiin ja hyvin pieniin RCT-tutkimuksiin (Randomized Control trial) (Kambanis & Thomas 2023, 8; Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 2; Bourne ym. 2022, 694; Archibald & Bryant-Waught 2023, 7, Bourne ym. 2020, 15). Liitteessä 2 esitellään aineistosta nousseet ARFID:in interventio-ohjelmat lapsille ja nuorille.

6.2 ARFID:in interventioiden menetelmät

6.2.1 Vanhempien ohjaaminen

Vanhempien ohjaamiseen liittyvät tekijät ja menetelmät voitiin aineiston perusteella luokitella seuraaviin alaluokkiin; vanhempien tiedon ja ymmärryksen kasvattaminen, vanhempien voimavarojen lisääminen ja yhteisten ruokailujen tukeminen. Aineistossa korostui vanhempien ja perheen rooli ARFID:in interventioissa. ARFID:iin kohdentuvissa lasten ja nuorten toimintaterapian

interventioiden keskeinen tekijä on vanhempien osallistuminen, joka korostuu sen mukaan, mitä nuoremasta lapsesta on kyse. Vanhempien osallistuminen korostuu erityisesti perhepohjaisessa hoitomallissa, jossa perhe nähdään keskeisenä syömishäiriön hoidossa hyödynnettävänä resursina, mutta on avaintekijänä myös muissa interventio-ohjelmissa, kuten käyttäytymiseen kohdennetuissa interventioissa ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvassa CBT-AR:issa. CBT-AR:ista on tosin olemassa myös yksilösovellutus. (Kambanis & Thomas 2023, 10; Di Cara ym. 2023, 11; Willmott ym. 2023, 16.)

Vanhempien tai koko perheen osallistuminen lasten ja nuorten ARFID-interventioissa nähdäänkin yleisesti hyödyllisenä tekijänä (Willmott ym. 2023, 29). Heidän osallistumisensa nähdään merkityksellisenä jo intervention tavoitteen asettelussa. Yhteisesti muodostetut tavoitteet tukevat osapuolten välistä avointa yhteistyötä. Kun tavoitteet interventiolle on yhteisesti määritelty ja ne saavat kaikkien osapuolten hyväksynnän, interventiosta asetetut odotukset ovat hallinnassa ja lopputuloksista voidaan käydä avointa keskustelua (Archibald ja Bryant-Waught 2023, 5).

Vanhempien tiedon ja ymmärryksen kasvattaminen on aineiston pohjalta tarkasteltuna yksi vanhempien ohjauksen keskeisiä menetelmiä. Keski-Rahkonen ja Ruusunen (2023, 3) korostavatkin, että avaintekijänä interventioissa on huoltajien ymmärryksen kasvattaminen ARFID:iin liittyen. Perhepohjaisten interventioiden menetelmiin kuuluu lapselle ja vanhemmille annettu psykoedukaatio. Näissä interventioissa korostuu vanhempien omien oivallusten merkitys, ammattilaiselta tulevan suorien ohjeiden sijaan. (Willmott ym. 2023, 27; Kambanis & Thomas 2023, 10.) Perhepohjaisten interventioiden psykoedukaatiossa painotetaan erityisesti ARFID:in mahdollisia terveydellisiä ja kehityksellisiä haittavaikutuksia, jonka kautta vanhemmille tehdään tiettäväksi vanhemmuusintervention tarpeellisuutta (Kambanis & Thomas 2023, 10).

Aineisto osoitti vanhempien ohjaamiseen sisältyvän vahvasti myös vanhempien voimavarojen kasvattamista. Perhepohjaisissa interventioissa keskeinen tekijä on vanhempien voimaannuttaminen, muun muassa sairautta ulkoistamalla, jolloin korostetaan ajatusta ARFID:ista erillisenä tekijänä, sen sijaan että se olisi sairastuneen ominaisuus tai valinta. (Willmott ym. 2023, 27; Di Cara ym. 2023, 11; Kambanis & Thomas 2023, 10). ARFID:in ulkoistamisen avulla voidaan vähentää perheen kokemaa syyllisyyttä ja näin tukea kotona tapahtuvaa toipumista (Bourne ym. 2020, 11) Vanhempien voimaantumisen kokemuksella näyttäisi olevan tunnistettava yhteys lapsen tai nuoren

oireilun vähentymisessä. Vanhempien pystyvyyden kokemus korreloi positiivisesti lapsen painon nousussa, joten sitä voidaan pitää potentiaalisena välittäjänä ARFID-oireiden muutoksille (Kambanis & Thomas 2023, 10).

Aineistosta oli nostettavissa useita perheen yhteisiin aterioiden liittyviä ilmauksia. Vanhemmuus- ja perhepohjaisten interventioiden pyrkimyksenä on tukea vanhempia hallitsemaan tehokkaasti perheen ruokailutilanteita, vähentämään ruokaan liittyviä konflikteja sekä tukea lasta tai nuorta syötävien ruokien laadun tai määrän lisäämisessä (Archibald & Bryant-Waught 2023, 5–6). Interventioiden avulla vanhemmille valmennetaan taitoja, joiden avulla he voivat tukea lasta ruokailutilanteissa (Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 3; Willmott ym. 2023, 27).

Taitojen valmennus toteutuu ARFID-interventioissa erilaisten menetelmien avulla. Käyttäytymiseen kohdentuvissa interventioissa vanhemmille opetetaan taitoja lapsen tai nuoren käyttäytymisen muokkaamiseen mallintamisen, roolileikkien ja palautteen antamisen kautta, kun taas perhepohjaisissa interventioissa ammattilaiset konsultoivat ja ohjaavat vanhempia tavoista puuttua lapsen tai nuoren toimimattomaan ruokailukäyttäytymiseen (Willmott ym. 2023, 16; Kambanis & Thomas 2023, 10; Di Cara ym. 2023, 11). ARFID:in interventioon voi sisältyä myös vanhemman ruokailutilanteessa esiintyvän käyttäytymisen muokkaamista. SPACE-ARFID-interventio-ohjelmassa painotus onkin vanhempien käyttäytymisen muokkaamisessa. Interventio-ohjelman tavoitteena on parantaa lapsen tai nuoren ruokaan liittyvää joustavuutta muokkaamalla vanhempien reaktioita lapsen oireiluun ja vanhempien vuorovaikutusta ruokailutilanteissa, jonka avulla pyritään välttämään oireilun vahvistamista ja ylläpitämistä. (Archibald & Bryant-Waught 2023, 6; Shimshoni, Silverman & Lebowitz 2020, 6)

6.2.2 Kognitiiviset strategiat

ARFID:in interventioiden kognitiiviset strategiat jakautuvat aineiston perusteella neljään alaluokkaan, joita ovat ajattelun ja uskomusten muokkaaminen, lapsen tai nuoren tiedon ja ymmärryksen kasvattaminen, ahdistuksenhallinnan menetelmien oppiminen ja systemaattinen siedättäminen eli desensitisaatio. Di Cara ja muut (2023) kuvaavat, että kognitiivisen käyttäytymisterapian viitekehysessä ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen käyvät keskenään jatkuvaa vuoropuhelua ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Kielteiset tai vääristyneet ajattelumallit voivat vaikuttaa käyttäytymiseen, kun taas toisaalta käyttäytyminen voi aiemmin lisätä kielteisiä ajatuksia. Tavoitteena ARFID:in

hoidossa onkin, että henkilö oppii tunnistamaan näitä itseään ylläpitäviä mekanismeja ja oppii säätelemään niitä. (Di Cara ym. 2023, 10.)

Useassa ARFID-interventiossa tavoitteena on muokata sairastuneen syvään juurtuneita haitallisia ajatusmalleja ja mahdollistaa tällä tavoin pysyvää muutosta (Di Cara 2023, 10) Kognitiivinen uudelleenmuotoilu on kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmä, jossa ARFID:ia sairastava pyrkii tunnistamaan negatiivisia tai vääristyneitä ajatuksiaan ja korvaamaan ne realistisimmilla tai toimivimmilla. ARFID:issa automaattiset ajatukset usein aktivoivat ahdistusta tai katastrofijattelua, joka saa sairastavan kokemaan ruokailutilanteen vaarallisena. (Di Cara ym. 2023, 10.) Tavallisia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ovat myös erilaiset käyttäytymiskokeilut, joissa keillaan uutta käyttäytymistä ja havainnoidaan käyttäytymisen seurauksia. Osana interventiota voi lisäksi olla itsetutkiskelun tekeminen päiväkirjan avulla. (Willmott ym. 2023, 28.)

Psykoedukaatiota hyödynnetään aineiston perusteella useassa ARFID:in interventioissa (Bourne ym. 2022, 28; Archibald & Bryant-Waught 2023, 6; Willmott 2023, 16). Psykoedukaatiolla ARFID:in hoidossa pyritään lisäämään sairastavan tietämystä sairaudestaan, tavoitteena toimimattomien kognitioiden ja käyttäytymisen muutosten tukeminen (Di Cara ym. 2023, 10). Esimerkiksi CBT-AR-interventio-ohjelmassa psykoedukaation kautta tarjotaan tietoa eri ruokaryhmistä ja ravintoainepuutoksista sekä painotetaan muutosten tärkeyttä. (Kambanis & Thomas, 9; Di Cara ym. 2023, 10.)

Ahdistuksenhallintakeinojen harjoittelu on merkityksellistä ARFID:in interventiossa ja olennainen siedätysharjoittelua (Di Cara ym. 2023, 10.). Kehollisilla ahdistuksenhallinnan menetelmillä pyritään vaikuttamaan epämiellyttävään tunteeseen kontrolloimalla kehon toimintoja. Aineistosta nousseita ARFID:in hoidossa käytettäviä ahdistuksenhallintakeinoja olivat asteittain etenevä eli progressiivinen lihasrentoutus (Di Cara ym. 2023, 10), ja erilaiset hengitysharjoitukset (Willmott ym. 2023,16).

Aineistossa esitellään useita ruokiin siedättämisen ja altistumisen menetelmiä, joista suurin osa perustuu käyttäytymisen muokkaamiseen. Systemaattinen siedättäminen eli desensitisaatio eroaa altistumisen menetelmistä sen osalta, että pääpaino siinä on kognitiivisten strategioiden hyödyntämisessä. Systemaattisen siedättämisen menetelmää hyödynnetään ARFID:in hoidossa esimerkiksi CBT-AR-interventiossa syömiseen liittyvän ahdistuksen tai pelon hoidossa. Systemaattisessa

siedättämisessä ärsyke, joka aiheuttaa henkilölle ahdistusta, tunnistetaan. Tämän jälkeen ärsykeen eri ilmenemismuodoista muodostetaan hierarkia heikoimmasta voimakkaimpaan. Kun kyseessä on syömishäiriö, muodostetaan hierarkia ” turvallisista ruoista” ”ei-turvallisiin ruokiin”. Seuraava vaihe on harjoitella toimivia ahdistuksensietotekniikoita, joita hyödynnetään, kun aloitetaan siedätysharjoittelu hierarkian heikoimmasta tasosta, edeten voimakkaampaan. Harjoittelu aloitetaan yleensä mielikuvaharjoitteilla, ennen oikeaan ruokaan siirtymistä. Siedättämisharjoittelua toteutetaan tapaamisten lisäksi myös kotiharjoitusten kautta. (Di Cara ym. 2023, 10.)

6.2.3 Käyttäytymisen muokkaaminen

Käyttäytymisen muokkaamisen menetelmät muodostivat aineistossa kolme alaluokkaa, joita olivat positiivinen vahvistaminen, käyttäytymisen sammuttaminen ja altistusharjoittelu. ARFID:in käyttäytymisen muokkaamisen menetelmissä hyödynnetään pääasiassa sovellettuun käyttäytymisanalyyysiin eli ABA:an (Applied Behavioral Analysis) pohjautuvia menetelmiä. Willmottin ja muiden (2023, 5) mukaan käyttäytymiseen kohdentuvat interventiomenetelmät perustuvat lähinnä ABA-pohjaisten menetelmien toivotun käyttäytymisen vahvistamiseen ja ei-toivotun käyttäytymisen sammuttamiseen, mutta aineisto esitteli lisäksi useita altistumisen menetelmiä. Vaikka ABA-pohjaiset menetelmät ovat erityisesti autismin kirjon yhteisöissä kiistanalaisessa asemassa ja ne nähdään toisinaan liian ankarina ja vaativina, aineiston perusteella näyttää siltä, että käyttäytymiseen kohdentuvien menetelmät ovat soveltuvia tukemaan erityisesti pienempiä, alle 6-vuotiaita lapsia sekä lapsia ja nuoria, joilla on rinnakkaisdiagnoosina on autismikirjon häiriö. (Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 3–4; Willmott ym. 2023, 3)

Positiivisen käyttäytymisen vahvistaminen mainittiin aineiston neljässä katsauksessa. Di Cara ja muut (2023, 9) kuvaavat positiivisen vahvistamisen olevan hyväksi havaittu menetelmä lapsen ruokailukäyttäytymiseen vaikuttaessa. Myös Willmott ja muut (2023) kertovat positiivisen ja ehdollistetun vahvistamisen olevan jo tavallinen lähestymistapa ARFID:in hoidossa. Positiivisessa vahvistamisessa toivotusta käyttäytymisestä, kuten ruoan suuhun viemisestä, seuraa palkkio. Palkkio voi olla esimerkiksi tarra tarratauluun, ruutu-aikaa tai mieleistä toimintaa. Vahvistamista toteutetaan lisäksi huomioimalla positiivisesti toivottu käyttäytyminen ja jättämällä ei-toivottu syömis- tai ruokailutilanteen käyttäytyminen huomiotta. (Willmott 2023, 5, 16.) Archibald ja Bryant-Waugh (2023, 6) mainitsevat syömisestä palkitsemisen olevan suositeltava strategia lapsille ja nuorille, joilla on vähäinen ruokahalu heikon interoseptisen aisti-integraation vuoksi.

Aineisto esittelee useita käyttäytymiseen kohdistuvia ruokaan altistumisen menetelmiä. Asteittain altistumisessa uutta tai vältettävää ruokaa tarjotaan aluksi hyvin pieni määrä turvaruoan kanssa ja sen osuutta annoksesta lisätään asteittain. Muita syötävien ruokien monipuolisuuden kasvattamiseen pyrkiviä menetelmiä ovat ärsyksen häivyttäminen (stimulus fading), Bite size evaluation-menetelmä ja ruoan ketjuttaminen. (Archibald & Bryant-Waught 2023, 6–7; Bourne ym. 2022, 694; Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 3.) Välttämisen sammuttaminen (escape extinction) ja toistuva altistuminen (repeated exposure) perustuvat vältettävien ruokien systemaattiselle tarjoamiselle, ilman syömisen vaatimusta. Välttämisen sammuttamisessa lapselle joko tarjotaan vältettävää ruokaa, jota ei poisteta näkyviltä tai lapsen ei sallita poistua ruokailutilanteesta tämän ruokaan kohdistamista kielteisistä reaktioista huolimatta. (Willmott ym. 2023 5, 16.) Di Cara ja muut (2023, 12) esittävät, että vaikka käyttäytymisen sammuttamisen ja altistumisen menetelmistä on olemassa näyttöä, niiden tutkimiseen olisi hyvä keskittyä tulevaisuudessa lisää.

6.2.4 Ruokailurutiinien tukeminen

Aineiston analyysin kautta aineistosta voitiin erotella kahdenlaisia ruokailurutiineja tukevia menetelmiä ARFID:in hoidossa, joita ovat strukturoidut ruokailurutiinit ja ruokailutilanteeseen liittyvät valmistelut. Säännöllinen ruokailurytmi muodostetaan pääsääntöisesti ensin turvaruokien ympärille, jolloin ensin keskitytään kasvattamaan ruoka-annosten kokoa ja jonka jälkeen siirrytään tarjottavien ruokien monipuolistamiseen. Ruokavaliota monipuolistaessa sairastunutta voidaan tukea valitsemaan itse ruokia, joihin haluaa tutustua. (Kambanis & Thomas 2023, 9; Archibald & Bryant-Waught 2023, 6, 9.) Säännöllisen ruokailurytmin perustana on aterioiden aikatauluttaminen ja aterioiden välisen napostelun välttäminen. (Di Cara ym. 2023, 9). Myös aikarajojen asettaminen aterioille on tärkeää, josta ruokailutilanteet eivät pitkittyisi (Willmott 2023, 16). Archibald & Bryant-Waught (2023, 6) mainitsevat strukturoitujen rutiinien tukevan erityisesti niitä ARFID-oireisia, joiden profiiliin sisältyy vähäistä ruokahalua tai heikko tunnistaminen interoseptisille aistimuksille.

Ruokailutilanteeseen liittyvät valmistelut tukevat ruokailurutiinien toteutumista. Archibaldin & Bryant-Waughtin (2023, 6) mukaan myös ruokailuihin liittyvät toiminnot, kuten kaupassa käyminen ja ruokien valmistelu tukevat ateria-aikoihin ja ruokailuun liittyvien käyttäytymisodotusten johdonmukaisuutta. Näiden lisäksi myös ruokailuympäristön huomioiminen on merkityksellistä ruokailujen sujuvuuden tukemiseksi. (Willmott ym. 2023, 16.)

6.2.5 Kehon viestien vahvistaminen

Kehon viestien vahvistamiseen sisältyi aineiston perusteella kaksi alaluokkaa, jotka ovat interoseptiikan vahvistaminen ja sensorisen integraation terapia. ARFID-piirteisen lapsen tai nuoren vähäinen ruokahalu liittyy usein vaikeuteen havaita ja tulkita kehon sisäisiä eli interoseptisiä tuntemuksia. Lapsi tai nuori voi esimerkiksi kokea interoseptiset tuntemukset epämiellyttävinä ja tästä syystä pyrkiä tukahduttamaan niitä. Tällöin lapsi tai nuori ei välttämättä huomaa nälän tunnetta ja unohtaa syödä. Syödessään hän voi taas kokea tullessa kylläiseksi jo hyvin nopeasti. (Di Cara ym. 2023, 3.) Aineistosta osoitti, että interoseptisen aistitiedon vahvistaminen voi vähentää ARFID-oireita ja lisätä sairastuneen itsesäätelyn kykyä (Di Cara 2023, 12). Interoseptiikan vahvistaminen nousee aineistosta esiin CBT-AR-interventiossa ja FBI-interventiossa (Feeling and Body Investigators) (Kambanis & Thomas 2023, 9; Di Cara ym. 2023, 12).

CBT-AR interventio-ohjelmassa interoseptiikkaa vahvistavia strategioita hyödynnetään vähäisen ruokahalun-profiilin interventiossa. Intervention interoseptiikkaa vahvistavia strategioita ovat mm. aistimukselle altistuminen nielemällä vettä, pullistamalla vatsaa hengitysilman avulla ja pyörimällä ympäri pyörivällä tuolilla (Thomas ym. 2021, 154). Di Cara ja muut (2023) viittaavat hyväksymispohjaiseen interoseptiseen altistukseen perustuvaan interventio-ohjelmaan FBI (Feeling and Body Investigators). FBI:stä tehdyssä tapaustutkimuksessa interventio-ohjelmalla saavutettiin merkittäviä parannuksia nelivuotiaan vaikea-asteista ARFID:ia sairastavan lapsen hoidossa. Intervention myötä interoseptisen aistimuksen kokemus uhkana väheni merkittävästi, mikä johti syötävän ruoan määrän lisääntymiseen niin, että nenämahaletkuruokinnasta voitiin luopua. (Di Cara ym. 2023, 12; Bourne ym. 2020, 45.)

Archibald ja Bryant-Waught (2023, 7) mainitsevat lisäksi SI-terapian hyödyntämisen ARFID:in hoidossa lapsille, joilla on päällekkäisdiagnoosina autismin kirjon häiriö. Tällä viitataan tapaustutkimukseen, jossa tutkittiin SI-terapian vaikutusta autismin kirjon lapsiin, joilla on aistiperäistä valikoivaa syömistä. Kaksi lasta sai SI-terapiaa neljä kertaa päivässä 20 minuutin ajan. Tutkimuksen perusteella SI-terapialla ei kuitenkaan havaittu olleen vaikutusta hyväksytyjen ruokien monipuolisuuteen tai ruoka-annosten kokoon. Sekä SI-terapiaa että pelkästään käyttäytymiseen kohdettuja interventioita saaneiden lasten ruokaan kohdistuva hyväksyntä kasvoi samanveroisesti. (Seiverling, Anderson, Rogan, Alaimo, Argott & Panora 2018, 3345, 3349.)

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, millaisia interventioita ARFID:in hoitoon on olemassa lapsille ja nuorille, sekä miten interventiomenetelmät ovat sovellettavissa toimintaterapiaan. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset käsittelevät erilaisia ARFID:in lasten ja nuorten interventioita, ja vastaus kysymykseen olemassa olevista ARFID:in interventioista onnistuttiin muodostamaan aineiston avulla. Katsauksen tulokset antavat tietoa ARFID:in interventioiden toteuttamisesta ja erilaisista ARFID:in interventio-ohjelmista sekä esittävät ARFID:in interventiomenetelmien olevan jaettavissa viiteen yläluokkaan, joita ovat vanhempien ohjaaminen, kognitiiviset strategiat, ruokailukäyttäytymisen muokkaaminen, ruokailurutiinien tukeminen ja kehon viestien vahvistaminen. Vastauksia interventiomenetelmien sovellettavuudesta toimintaterapiassa saadaan tarkastelemalla tuloksia suhteessa taustateoriaan ARFID:ista, toimintaterapiasta syömishäiriöiden hoidossa ja toimintaterapian interventioista. Tarkastelua voidaan tehdä OTIP-mallin ja siihen liittyvän toimintakeskeistä toimintaterapiaprosessia arvioivan neljän jatkumon avulla, jotka luovat käsitystä siitä, mitä elementtejä autenttiseen, asiakas- ja toimintakeskeiseen toimintaterapiaan sisältyy (Fisher & Marterella 2019, 50, 85).

7.1 Tuloksien tarkastelu

Opinnäytetyön tulokset osoittavat sekä samankaltaisuuksia että eroavaisuuksia ARFID:in interventioissa suhteessa muiden syömishäiriöiden interventioihin. Kuten muiden syömishäiriöiden hoitoa, myös ARFID:in hoitoa on tulosten perusteella suositeltavaa toteuttaa moniammatillisessa tiimissä, joissa toimintaterapeutti on osana. Syömishäiriöiden hoitoa, ARFID:in hoito mukaan lukien, toteutetaan monenlaisissa konteksteissa ja erilaisin toteutuksin. Yhtenevä suositus on, että hoito toteutetaan avo- tai yhteisöhoidon toteutuksena, kuitenkin syömishäiriön vakavuusaste huomioiden (Lasten ja nuorten syömishäiriöt 2009, 6; Archibald & Bryant-Waught 2023, 6).

ARFID:in arvioinnissa ja interventioiden suunnittelussa on yksilöllisiä piirteitä liittyen ARFID:in monimuotoisuuteen. Tulosten perusteella ARFID:in interventioiden yleisenä tavoitteena on syötävien ruokien määrän tai monipuolisuuden lisääminen oireita aiheuttaviin tai ylläpitäviin taustatekijöihin vaikuttamalla (Bourne ym. 2022, 694; Archibald & Bryant-Waught 2023, 5). Interventioiden suunnittelussa huomioidaan arvioinnin tulosten lisäksi siis lapsen tai nuoren ARFID-profiili, joka osaltaan ohjaa intervention muodostamista (Archibald & Bryant-Waught, 2023, 5). ARFID-profiilit

voidaan jaotella kolmen erilaisen taustatekijän kautta, joita ovat aistiyliherkkyyksistä johtuva valikoiva syöminen, pelko syömisen seurauksista ja vähäinen ruokahalu. (Thomas ym. 2021, 21.)

ARFID:in interventioiden menetelmissä on useita yhtäläisyyksiä muiden syömishäiriöiden interventioihin, kuten vanhempien ohjaamisen menetelmissä, kognitiivisissa strategioissa ja ruokailurutiinien tukemisen menetelmissä. Muiden syömishäiriöiden interventioihin verrattuna ARFID:in interventioissa korostuvat käyttäytymiseen kohdentuvat menetelmät, kuten käyttäytymisen vahvistamiseen ja sammuttamiseen kohdentuvat menetelmät sekä siedätys- ja altistusharjoitukset (Willmott ym. 2023, 5; Di Cara ym. 2023, 10). ARFID-interventioiden erityispiirteenä tuloksissa nousi lisäksi kehon viestien vahvistaminen interoseptisen altistumisen ja SI-terapian avulla (Kambanis & Thomas 2023, 9; Di Cara ym. 2023, 12).

Boob ja Smith (2017) kuvaavat toimintaterapeutin työnkuvaan lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa kuuluvan toimintakyvyn arvioinnin sekä interventioiden suunnittelun ja toteuttamisen. Toimintaterapiassa korostuu kokonaisvaltainen arviointi, jossa huomioidaan eri tekijöiden vaikutusta asiakkaan suoriutumiseen (Boob & Smith 2017, 1). Toimintaterapialla on myös tarjota tarpeellista ja hyödyllistä osaamista ARFID:in interventioissa. Willmanin, Thomasin ja Hobbsin (2023, 1) mainitsevat toimintaterapian taustateoriat, viitekehukset ja erityisosaaminen, kuten biomekaniikka, viitekehys ja sensorisen integraation terapia, tarjoavat hyödyllisiä työvälineitä ARFID:in interventioille ja mahdollistavat oikeanlaisen lähestymistavan valinnan lapsen tai nuoren yksilöllisessä tilanteessa.

Tutkittu tieto toimintaterapiaan soveltuvista interventiomenetelmistä kuitenkin puuttuu. Arvioitaessa ARFID:in interventiomenetelmien sovellettavuutta lasten ja nuorten toimintaterapian interventioihin on syytä tarkastella aihetta niiden tekijöiden kautta, jotka erottavat toimintaterapian interventiot eri alojen interventioista. ARFID:in interventiomenetelmistä voidaan havaita erilaisia toimintaterapian interventiokeinoja ja käytännön malleja (Fisher & Marterella 2019, 124–125, 50). Toimintaterapian käytännön malleista ARFID:in interventioissa näyttäytyy erityisesti taitojen hankkimisen malli, restoratiivinen malli ja kompensatorinen malli. Tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että tyypillistä ARFID:in interventioille on, että niissä hyödynnetään useampaa interventiokeinoa ja käytännön mallia. Eri interventiomallien käyttäminen interventioprosessin aikana

vaihdellen, jaksottaen tai samanaikaisesti onkin melko tavallista toimintaterapiassa (Fisher & Marterella 2019, 228).

Taitojen hankkimiseen kohdistuva toiminta ja taitojen hankkimisen mallin strategiat näkyvät ARFID:in interventioissa erityisesti vanhempien ohjaamisessa ja kognitiivisissa strategioissa. Vanhempien tiedon ja ymmärryksen lisäämisessä käytössä on taitojen hankkimisen malli ja sen olennainen osatekijä konsultaatio. Myös lapsen tai nuoren tiedon lisäämisellä ARFID:ista ja sen pitkäaikaisseurauksista, esimerkiksi psykoedukaation kautta, pyrkimyksenä on vahvistaa taitoja, joiden avulla lapsi tai nuori kykenee muokkaamaan toimintaansa. Ahdistuksenhallintamenetelmissä taitojen hankkimisella, kuten hengitysharjoitusten tai lihasten rentouttamenetelmien opettelulla pyritään lopulta mahdollistamaan toimintaa, eli syömistä ja ruokailua. Systemaattisessa siedättämisessä taas toimintataidon harjoittelu tapahtuu portaittain, joka on taitojen hankkimisen mallin yksi olennainen osatekijä (Fisher & Marterella 2019, 108). Myös rutiinien tukemisen menetelmissä voidaan nähdä taitojen hankkimisen mallin opettamisen osatekijää, jossa taidon opettelussa hyödynnetään toimintoja, joihin toimintataitojen hankkiminen kohdentuu (Fisher & Marterella 2019, 108). Tällaisia ovat esimerkiksi tuloksissa mainitut ruokaostosten tekeminen ja ruokien valmistelu.

Restoratiivista toimintaa hyödynnetään useassa ARFID:in interventiomenetelmässä. Keskeistä restoratiiviseen malliin soveltuvista menetelmissä on, että tavoitteena on toiminnan mahdollistaminen restoratiivisen toiminnan avulla (Fisher & Marterella 2019, 113). Käyttäytymiseen kohdentuvat menetelmissä, kuten ABA-pohjaisissa (Applied Behavioral Analysis) menetelmissä voidaan nähdä enimmäkseen elementtejä restoratiivisesta mallista. Käyttäytymiseen kohdentuvissa menetelmissä pyrkimyksenä on muokata asiakkaan ominaisuuksia toimintaa porrastamalla ja toiminnan ulkoisia elementtejä progressiivisesti muokkaamalla (Fisher & Marterella 2019, 113). Myös altistusharjoittelussa esiintyy myös restoratiivisen mallin osatekijöitä, sillä siinä lapsen tai nuoren kehon toimintaa pyritään muokkaamaan porrastamalla toimintaa progressiivisesti (Fisher & Marterella 2019, 113).

Restoratiivisen interventiomallin hyödyntämistä näkyy vahvasti lisäksi kehon viestien vahvistamisen menetelmissä. Esimerkiksi interoseptinen altistuminen voidaan nähdä lapsen tai nuoren kehon toiminnan kehittämisenä toimintaa porrastamalla. Interoseptista altistusta porrastetaan niin, että altistuksen voimakkuutta lisätään suhteessa lapsen tai nuoren kehon toimintojen, eli

interoseptisen aisti-integraation kehittymiseen. Restoratiivinen malli on käytössä silloinkin, kun toimintaterapian pyrkimyksenä on vahvistaa vanhemman voimavaroja.

Adaptiivinen toiminta ja kompensatorisen mallin mukauttamisen strategiat korostuvat rutiinien tukemisen menetelmissä; ruokailujen suunnittelussa, strukturoiduissa ruokailurutiineissa ja ruokailutilanteeseen liittyvissä valmisteluissa. Toiminnan elementtejä, kuten ajallisia ja fyysisen ympäristön elementtejä muokataan toiminnallisen suoriutumisen mahdollistamiseksi. Tähän liittyy aterioiden suunnittelu ennakkoon, ruokailuun käytettävän ajan rajaaminen ja ruokailuympäristön muokkaaminen toimintaa tukevaksi. Adaptiivisen toiminnan ja kompensatorisen mallin keskiössä on niinkään toiminta ja toiminnallisen suoriutumisen tukeminen (Fisher & Marterella 2019, 97, 125).

Myös kouluttamisen ja opettamisen mallin hyödyntäminen mainitaan tuloksissa, kun kuvataan vanhemmille osoitetun ryhmämuotoisten koulutusten vaikuttavuutta. Vanhemmille osoitetussa ryhmämuotoisessa koulutuksessa toimintaterapeutti voi mallin mukaisesti jakaa tietoa asiakasryhmälle heidän tarpeidensa pohjalta. Tavoitteena mallin hyödyntämiselle on toiminnan ja osallistumisen tukeminen. (Fisher & Marterella 2019, 103).

Toimintaterapiainterventioille on OTIP-mallin mukaan ominaista asiakaslähtöisyys ja toimintakeskeisyys. Näitä intervention ominaisuuksia on tarkasteltava interventiokohtaisesti, intervention toteuttamisen konteksti huomioiden. OTIP-mallin neljä jatkumon mukaan keskeistä toimintaterapiainterventioiden toteuttamisessa on, että päätöksenteko interventioiden suhteen tapahtuu mahdollisimman yhteisesti terapeutin ja asiakkaan välillä, terapiaan suunnitellut tilanteet ovat tarkoituksenmukaisia ja ne linkittyvät todelliseen toimintaan, interventio perustuu asiakkaalle olennaiseen arjen toimintaan ja, että intervention keskiössä on toiminta. (Fisher & Marterella 2019, 85.) Toimintakeskeisissä ja asiakaslähtöisissä ARFID:in interventioissa päätöksenteko interventiomenetelmien suhteen tapahtuu yhteistyössä toimintaterapeutin ja asiakkaan välillä. Opinnäytetyön tulosten perusteella ARFID:in hoidossa toimintaterapian asiakkaana voi olla lapsen tai nuoren lisäksi koko tämän perhe, jolloin päätöksenteko, esimerkiksi tavoitteiden asettamisen on hyvä tapahtua yhdessä lapsen tai nuoren ja hänen vanhempansa kanssa.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ARFID:in interventioita toteutetaan sekä aidoissa ruokailutilanteissa, että simuloitujen tilanteiden, kuten vanhempien ohjaamisessa roolileikkien ja mallittamisen kautta ja systemaattista desensitisaatiota aloittaessa mielikuvaharjoitteiden kautta. Simuloidut tilanteet toimivat havainnollistavana ja opettavaisena keinona vanhempien taitojen lisäämisessä ruokailutilanteen tukemisessa ja antavat lapselle tai nuorelle mahdollisuuden harjoitella ahdistuksenhallintataitoja porrastetusta ennen todelliseen toimintaan siirtymistä. Toimintakeskeisen toimintaterapian varmistamiseksi ARFID:in interventioissa, on tärkeä huolehtia opittujen taitojen yleistymisestä aidoissa toiminnoissa, kuten syömisessä ja ruokailussa.

Merkityksellistä asiakaslähtöisen ja toimintakeskeisen intervention toteutumisessa on, että toiminta perustuu asiakkaalle olennaiseen toimintaan, johon asiakas on sitoutunut (Fisher & Marterella 2019, 21). Toimintaterapian tarvetta arvioitaessa ja tavoitetta asettaessa onkin keskeistä selvittää, mitkä ovat ne toiminnat, jotka asiakas haluaa priorisoida ja mitkä ovat asiakkaan toiveet intervention lopputuloksista (Fisher & Marterella 2019, 50). Tässä korostuu toimintaterapian erityislaatuisuus ARFID:in moniammatillisessa tiimissä työskentelyssä. ARFID:in interventiomenetelmää valitessa on tärkeä arvioida mitkä toiminnat lapselle ja nuorelle ovat olennaisia ja mihin toimintaan tämä on sitoutunut. Esimerkiksi käyttäytymiseen kohdentuvien menetelmien käyttö ilman lapsen tai nuoren sitoutumisen varmistamista kyseenalaistaa voidaanko tällöin puhua asiakaslähtöisestä ja toimintakeskeisestä toimintaterapiasta.

ARFID:in interventiomenetelmien keskeinen huomio vaihtelee toiminnan, kuten ruokailukäyttäytymisen muokkaamisessa ja ruokailurutiinien tukemisessa, ja yksilötekijöiden, kuten kognitiivisissa strategioissa ja kehon viestien vahvistamisessa. Intervention valinnassa on huolehdittava, että myös silloin kun keskeinen huomio kohdistuu asiakkaan yksilötekijöihin, on intervention lopullisena tavoitteena aina toiminta ja sen mahdollistaminen.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ennen opinnäytetyön aloittamista tekijä perehtyi tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja suomalaisen tiedeyhteisön laatimaan hyvään tieteelliseen käytäntöön (HTK) (HTK-ohje, 2023). Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009) mukaan sen tunteminen onkin edellytyksenä eettisesti hyvälle tutkimukselle. Tutkimuksen eettisyys alkaa jo aiheen valinnasta. Tekijän eettisestä harkinnasta riippuu, valitseeko tämä aiheen, joka on helppo toteuttaa, mutta ei tuota uutta tietoa vai

merkityksellisen aiheen, jonka toteuttaminen vaatii enemmän perehtymistä. Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan tutkijan on myös selkeytettävä itselleen ja muille syyt juuri tämän tutkimusaiheen valintaan ja tutkimukseen ryhtymiselle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 154). Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui sen ajankohtaisuuden ja tarpeellisuuden perusteella. ARFID on suhteellisen tuore diagnoosi, jonka hoidolle ja toimintaterapian interventioille ei ole vielä olemassa selkeitä suuntaviivoja. Opinnäytetyötä toteutettaessa aiheeseen perehdyttiin huolellisesti.

Hirsjärvi ym. (2009) luettelevat hyvän tieteellisen käytännön tunnusmerkkejä, joita ovat mm. rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa, tutkimustyön läpinäkyvyys ja muiden tutkijoiden työn arvostaminen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 23–24.) Tutkimusprosessissa noudatettiin huolellisuutta koko prosessin ajan, tutkimuskysymyksen asettelusta lähtien. Opinnäytetyön tekijän kokemattomuudesta johtuvat rajoitukset otettiin huomioon prosessin aikana ja niitä pyrittiin lievittämään tutkimusprosessin tarkalla toteuttamisella ja avoimella raportoinnilla. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit suunniteltiin niin, että ne sopivat yhteen tutkimuskysymysten kanssa. Aineiston haussa käytettiin EBSCO-tietokantoja CINAHL Ultimate ja MEDLINE, jotka ovat alan keskeisimmät tietokannat. Haun kautta aineistoon sisällytettiin seitsemän sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaista vertaisarvioitua kirjallisuuskatsausta.

Muiden tutkijoiden työn arvostaminen tarkoittaa kaikenlaisen plagioinnin ja puutteellisen viittaamisen välttämistä. Tuomi ja Sarajärvi (2016, 133) muistuttavatkin plagioinnin olevan kunnian ottamista toisen tekstistä, joka ei kuulu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin ja jo olemassa olevien tutkimustulosten julkaiseminen uutena tietona on tieteellisen käytännön loukkaamista. Tieteellistä vilppiä taas on kaikenlainen tulosten seppittäminen ja vääristely, sekä luvatta lainattujen tulosten esittäminen omanaan. Vastuu tieteellisen käytänteiden loukkaamisesta ja vilpin käyttämisestä lankeaa opinnäytetyön kohdalla kirjoittajan lisäksi myös oppilaitoksen opettajille. (Tuomi ja Sarajärvi 2016, 133.) Opinnäytetyön aineistoon perehdyttiin huolella lukemalla aineisto läpi useaan kertaan ja kääntämällä teksti tarkasti, väärintulkintojen välttämiseksi. Alakohtaisten termien kääntämisessä hyödynnettiin aiheeseen liittyvää suomenkielistä teoriaa internetistä ja kirjallisuudesta. Erityistä huolellisuutta kiinnitettiin lähteiden merkintöihin ja siihen, että alkuperäislähteen tieto säilyi sisällönanalyysin vaiheiden läpi. Tutkijan aiheeseen liittyvien omien käsitysten ja intressien vaikutuksia pyrittiin välttämään huolehtimalla systemaattisuudesta sisällön analyysissa ja tulosten raportoinnissa.

Hirsjärvi ym. (2009) painottavat, että tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi. Raportointi toteutetaan huolellisesti, jotta muun muassa tulosten vääristyminen vältetään. Käytetyt menetelmät selostetaan tarkasti ja esille tuodaan myös tutkimuksen puutteellisuudet. (Hirsjärvi, Remes, Saja-vaara 2009, 26.) Tutkimuksen toteuttamiseen eettisesti sitouduttiin ja varovaisuutta noudatettiin läpi tutkimusprosessin. Tuomi ja Sarajärvi (2018) muistuttavat, että tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereiden hyödyntäminen tarkastuslistoina ei riitä, vaan tutkimusta on ohjattava tutkijan oma eettinen sitoutuminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150). Tutkimusprosessia ohjasi halu tuottaa todellista, alkuperäislähteistä muodostuvaa ja todenmukaista tietoa. Tulosten väärien tulokinnan ja kaunistelun välttämiseen kiinnitettiin jatkuvaa huomiota.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka on toinen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen orientaatioista ja metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto. Narratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on ominaista, että sen aineistoa ei lähtökohtaisesti seulota erityisen systemaattisesti. (Salminen 2011, 7.) Aineistolle ei toteutettu katsaustyyppin sen salliessa aineiston valinnan yhteydessä erillistä laadunarviointia. Aineisto koostui vertaisarvioiduista kirjallisuuskatsauksista, jotka olivat julkaistu alan merkittävässä tiedejulkaisuissa. Katsausten tutkimusasetelma ja tiedonhaku oli selkeästi esitettyä. Aineiston laadun erillisen arvioinnin avulla luotettavuutta olisi voitu kuitenkin arvioida laaja-alaisemmin ja kriteeriperustaisesti.

Aineiston luotettavuuden kannalta on lisäksi huomioitava, että tutkittavasta aiheesta, ARFID:in interventioista on saatavilla vasta rajallinen määrä tutkimuksia ja tutkittavan aineiston näyttö pohjautuu lähinnä tapaustutkimuksiin. Tämän vuoksi tutkimustuloksiin ei tule suhtautua varauksetta. ARFID:ista on ilmestynyt viime vuosina enenemissä määrin uusia tutkimuksia ja nähtävissä on, että käytössä olevia interventiomenetelmiä tullaan kehittämään ja uusia menetelmiä syntyy.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitettiin, millaisia interventioita ARFID:in hoitoon on olemassa lapsille ja nuorille sekä miten interventiomenetelmät ovat sovellettavissa toimintaterapiaan. ARFID on suhteellisen uusi diagnoosi, jonka hoitomuodot eivät ole vielä vakiintuneet, eikä toimintaterapian roolista sen hoidossa löydy vielä suosituksia. Opinnäytetyö osoittaa toimintaterapeutin olevan kuitenkin merkityksellinen osa moniammatillista tiimiä ARFID:in hoidossa. Toimintaterapeuteilla on tarjota arvokasta, ARFID:in hoitoon soveltuvaa

erityisosaamista. Toimintaterapiassa voidaan muodostaa yksilöllisiä tavoitteita lapsen tai nuoren toiminnallisuuden edistämiseksi sekä suunnitella interventioita asiakkaan toiminnallisia vahvuuksia ja haasteita kokonaisvaltaisesti tarkastellen. Toimintaterapian erityisosaamista on muun muassa yksilö- ja ympäristötekijöiden muokkaaminen ruokailua ja syömistä tukevaksi sekä toimintaterapian teoreettisten mallien ja viitekehysten hyödyntäminen.

Opinnäytetyö esittelee kirjallisuuskatsauksen aineistosta nousseet ARFID:in interventioiden toteuttamisen muodot, käytössä olevat interventio-ohjelmat sekä interventiomenetelmät, joita ovat vanhempien ohjaaminen, kognitiiviset strategiat, ruokailukäyttäytymisen muokkaaminen, ruokailurutiinien tukeminen ja kehon viestien vahvistaminen. ARFID:in interventiomenetelmät ovat sovellettavissa lasten ja nuorten toimintaterapiaan, ja niissä voidaan hyödyntää toimintaterapian interventiokeinoja ja -malleja, kuten taitojen hankkimisen mallia, restoratiivista mallia ja kompensatorista mallia. Interventiomenetelmien hyödyntämistä toimintaterapiassa on kuitenkin arvioitava aina yksilöllisesti, jotta toimintaterapialle keskeiset tekijät, toiminta ja asiakkaan sitoutuminen toimintaan säilyvät terapian keskiössä.

Jatkossa on merkityksellistä tutkia, millaisia toimintaterapian interventiota olisi hyvä kohdentaa eri ARFID-profiilien hoidossa sekä yleisesti toimintaterapian interventioiden vaikuttavuutta ARFID:in hoidossa. Tutkimusten avulla voidaan selkeyttää ja vakiinnuttaa toimintaterapeutin roolia ARFID:in hoidossa ja ARFID:in toimintaterapiainterventioiden muotoa. Opinnäytetyö nosti esiin interoseptisen aisti-integraation vahvistamisen ARFID:in interventioissa. Tämän pohjalta toimintaterapian viitekehysten, kuten sensorisen integraation terapian tai esimerkiksi psykofyysisen viitekehysten vaikuttavuuden tutkiminen kehon sisäisen aisti-integraation kehittämisessä voisi tuottaa arvokasta tietoa toimintaterapian mahdollisuuksista ARFID:in hoidossa.

Lähteet

Aralinna, V., Heiskanen, T., Juntunen, K., Kantanen, M., Kanto-Ronkanen, A., Karhula, M. & Lautamo, T. 2021. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. Viitattu 20.11.2023. https://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2411/toi_hyvat_arviointikaytannot_2021.pdf.

Archibald, T. & Bryant-Waugh, R. 2023. Current evidence for avoidant restrictive food intake disorder: Implications for clinical practice and future directions. *JCPP Advances*, 3, 2, 1–12. Viitattu 15.12.2023. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12160>.

Białek-Dratwa, A., Szymańska, D., Grajek, M., Krupa-Kotara, K., Szczepańska, E. & Kowalski, O. 2022. ARFID—Strategies for Dietary Management in Children. *Nutrients*, 14, 1739, 1–16. Viitattu 4.1.2024. <https://doi.org/10.3390/nu14091739>.

Boop, C. & Smith, J. 2017. The Practice of Occupational Therapy in Feeding, Eating, and Swallowing. *American Journal of Occupational Therapy*, 71,2, 1–13. Viitattu 11.1.2024. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.716S04>.

Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook J. & Mandy, W. 2020. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Systematic Scoping Review of the Current Literature. *Psychiatry Research*, 288, 1–48. Viitattu 15.12.2023. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112961>.

Bourne, L., Mandy, W. & Bryant-Waugh, R. 2022. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64, 6, 691–700. Viitattu 15.12.2023. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15139>.

Burrell, T. L., Scahill, L., Nuhu, N., Gillespie, S. & Sharp, W. 2023. Exploration of Treatment Response in Parent Training for Children with Autism Spectrum Disorder and Moderate Food Selectivity. *Journal of autism and developmental disorders*, 53, 1, 229–235. Viitattu 12.1.2024. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05406-w>.

Crouch, R. & Alers, V. 2014. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. 5. painos. Wiley-Blackwell. EBSCOhost. Luettavissa Jamk:in tunnuksilla. <https://search-ebSCOhost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=818963&site=ehost-live>.

Di Cara, M., Rizzo, C., Corallo, F., Cardile, D., Calabrò, R., Quartarone, A., Buda, M. & Cucinotta, F. 2023. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: A Narrative Review of Types and Characteristics of Therapeutic Interventions. *Children*, 10, 8, 1–17. Viitattu 15.12.2023. <https://doi.org/10.3390/children10081297>.

Dumont, E., Jansen, A., Mulkens, S., Kroes, D. & Haan, E. 2019. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *The International journal of eating disorders*, 52, 4, 447–458. Viitattu 13.2.2024. <https://doi.org/10.1002/eat.23053>.

Eckhardt, S., Martell, C., Duncombe Lowe, K., Le Grange, D. & Ehrenreich-May, J. 2019. An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorders* 7, 34, 1–7. Viitattu 11.2.2024. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0267-x>.

Fisher, A. & Marterella, A. 2019. *Powerful practice: A model for Authentic Occupational Therapy*. Fort Collins, Co: Center for Innovative OT Solutions.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

HTK-ohje. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. Viitattu 14.12.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

ICD-11-käyttöönottohanke. 2023. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.5.2024. <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/icd-11-kayttoonottohanke>.

Jamk e-aineisto-opas. 2024. Medline (EBSCO). Viitattu 30.11.2023. <https://infoguides.jamk.fi/eaineistot>.

Kambanis, E. & Thomas, J. 2023. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Psychiatry Reports* 25, 2, 53–64. Viitattu 15.12.2023. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01404-6>.

Kennedy, H., Dinkler, L., Kennedy, M., Bulik, C. & Jordan, J. 2022. How genetic analysis may contribute to the understanding of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Journal of Eating Disorders*, 15, 10, 53–66. Viitattu 9.12.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35428338/>.

Keski-Rahkonen, A. & Ruusunen, A. 2023. Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: Epidemiology, etiology, complications, treatment and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 36, 6, 438–442. Viitattu 25.10.2023. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000896>.

Keski-Rahkonen, A. 2023. Mielenterveyden professori. Helsingin yliopisto. Kun syöminen pelottaa, ahdistaa tai ei kiinnosta: ARFID-luennon materiaali Satakunnan Nepsy-päivästä 8.9.2023. Viitattu 25.10.2023.

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lasten ja nuorten syömishäiriöt. 2009. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri Duodecim. Viitattu 16.11.2023. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi33030.pdf>.

Makhzoumi, S., Schreyer, C., Hansen, J., Laddaran, L., Redgrave, G. & Guarda, A. 2021. Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *The International journal of eating disorders* vol. 52, 4, 428–434. <https://doi.org/10.1002/eat.23049>.

Refeeding-oireyhtymä. 2021. Terveyskirjasto. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin lääketieteen sanasto. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.5. 2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04444>.

Rissanen, R. 2006. Fenomenografia. Luku 5.1. kokonaisuudesta Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.10.2023. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>.

Sanchez-Cerezo, J., Nagularaj, L., Gledhill, J. & Nicholls, D. 2023. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. The Journal of the Eating Disorders Association 31, 2, 226–246. Viitattu 20.10.2023. <https://doi.org/10.1002/erv.2964>.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 12.11.2023. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Seiverling, L., Anderson, K. Rogan, C. Alaimo, C., Argott, P. & Panora, J. 2018. A Comparison of a Behavioral Feeding Intervention With and Without Pre-meal Sensory Integration Therapy. Journal of Autism and Developmental Disorders 48, 3344–3353. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3604-z>.

Shimshoni, Y., Silverman, W. & Lebowitz, E. L. SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. The International journal of eating disorders, 53, 10, 1623–1635. Viitattu 13.1.2023. <https://doi.org/10.1002/eat.23341>.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Thomas, J.J., Becker, K.R. & Eddy, K.T. 2021. The Picky Eater's Recovery book: Overcoming Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. USA: Cambridge University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vehmanen, M. 2022. Autismikirjon piirteet saattavat altistaa syömishäiriölle – Nirsoilun ja syömisvaikeuksien taustalla voi piillä tuntematon ARFID. Artikkelit Super-lehden verkkosivuilla (Mirva Korpelan haastatteluosuuks). Viitattu 16.11.2023. <https://www.superlehti.fi/hyvinvointi/ravitsemus/nirsoilun-ja-syomisen-vaikeuksien-taustalla-voi-piilla-arfid-melko-tuntematon-syomishairio/>.

Vilkka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House.

Välttelevä ja rajoittunut syömishäiriö ja autismikirjon häiriö. 2023. Käypä hoito-suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 25.10.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix03208>.

Westerholm, S. 2022. ARFID-syömishäiriö: Niukka tai valikoiva syöminen ja uusien ruokien pelko. Suomi: Helsingin yliopisto. Viitattu 25.10.2023. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-202203161479>.

Willman, R., Thomas, J. & Hobbs, M. 2023. OT Role in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Call to Action. *American Journal of Occupational Therapy*. 2, 77. Viitattu 1.11.2023. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.77S2-PO104>.

Willmott, E., Dickinson, R., Hall, C., Sadikovic, K., Wadhera, E., Micali, N., Trompeter, N. & Jewell, T. 2023. A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID). *The International Journal of Eating Disorders*. 57, 1, 27–61. Viitattu 16.11.2023. <https://doi.org/10.1002/eat.24073>.

Wronski, M-L., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Micali, N., Taylor, M. J. & Bulik, C. 2023. Etiology of the Broad Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Phenotype in Swedish Twins Aged 6 to 12 Years. *JAMA Psychiatry*, 80, 1, 260–269. Viitattu 10.11.2023. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2022.4612>.

Zickgraf, H. & Ellis, J. 2018. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32–42. Viitattu 11.12.2023. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.111>.

Zucker, N., La Via, M., Craske, G., Foukal, M., Harris, A., Datta, N., Savereide, E. & Maslow, G. 2019. USA. Feeling and Body Investigators (FBI) – ARFID division: an acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *The International journal of eating disorders*, 52, 4, 466–472. Viitattu 11.2.2024. <https://doi.org/10.1002/eat.22996>.

Liite 1. NIAS-itsearviointilomake

VALIKOIVA SYÖMINEN	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Olen valikoiva syöjä	0	1	2	3	4	5
En pidä suurimmasta osasta ruokia joita muut ihmiset syövät	0	1	2	3	4	5
Lista ruoista, joita syön on lyhyempi kuin lista ruoista joita en syö.	0	1	2	3	4	5
	≥10 pistettä: sinulla esiintyy ARFID-piirteistä valikoivaa syömistä					

VÄHÄINEN RUOKAHALU	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
En ole kovin kiinnostunut syömisestä: minulla tuntuu olevan muita huonompi ruokahalu	0	1	2	3	4	5
Minun pitää pakottaa itseni syömään päivittäisiä aterioita tai riittävä määrä ruokaa	0	1	2	3	4	5
Vaikka söisin ruokaa josta pidän, minun on vaikea syödä sitä riittävä määrä aterioilla	0	1	2	3	4	5
	≥9 pistettä: sinulla esiintyy ARFID-piirteistä vähäistä ruokahalua					

SYÖMISEN PELKO	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vältän tai lykkään syömistä, koska pelkään että minulle tulee ruoasta epämieluisa olo tai oksentaminen	0	1	2	3	4	5
Rajaan syömiseni vain tiettyihin ruokiin, koska pelkään muiden ruokien aiheuttavan epämieluisaa oloa, oksentamista tai oksentamista	0	1	2	3	4	5
Syön pieniä annoksia koska pelkään epämieluisaa oloa, oksentamista tai oksentamista	0	1	2	3	4	5
	≥10 pistettä: sinulla esiintyy ARFID-piirteistä syömisen seurausten pelkoa					

H., Zickgraf & J. Ellis 2018, NIAS (Nine Item ARFID Screen). Kysymysten suomennos A. Keski-Rahkonen 2023.

Liite 2. Aineiston esittely

Artikkelin nimi	Tekijä/-t, julkaisutiedot	Tutkimusmenetelmä, tutkimuksen tavoite ja tutkimuksen kohderyhmä	Interventiot ja menetelmät	Johtopäätökset
Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Systematic Scoping Review of the Current Literature	Laura Bourne, Rachel Bryant-Waugh, Julia Cook & William Mandy. 2020. <i>Psychiatry Research</i> 288, 1–48.	Systemaattinen kartoittava kirjallisuuskatsaus. Katsauksen tavoitteena on koota yhteen ja arvioida ARFID:iin liittyvää kirjallisuutta. Tutkimuksiin osallistujilla on diagnosoitu ARFID tai he täyttävät sen diagnostiset kriteerit.	FBT- interventiot, CBT ja 4 viikon altistusohjainen CBT-ohjelma, lääkinnälliset interventiot muun kuntoutuksen rinnalla ja multimodaaliset moniammatilliset interventiot.	Katsaus esittelee lupaavina interventioina ARFID:in hoitoon perhepohjaisen hoitomallin interventio-ohjelmia (FBT ja FBT-ARFID), kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvia interventio-ohjelmia (CBT ja 4 viikon altistusohjainen CBT). Erityisesti vakavimmissa ARFID-tapauksissa multimodaalinen, moniammatillinen ja intensiivinen päiväosastolla toteutuva kuntoutus on suositeltavaa.
Avoidant-restrictive food intake disorder and autism: epidemiology, etiology, complications, treatment, and outcome	Anna Keski-Rahkonen & Anu Ruusunen. 2023. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 36,6, 438–442.	Kartoittava kirjallisuuskatsaus ARFID:iin ja autismin kirjon häiriöön kohdentuvasta kirjallisuudesta vuodesta 2022 vuoden 2023 puoleenväliin. Katsaus kartoittaa ARFID:in epidemiologiaa, etiologiaa ja haasteita kuin myös hoitoa ja tuloksia autismin kirjon häiriön henkilöillä.	MEAL-interventio, käyttäytymiseen kohdentuvat interventiomenetelmät; ruokien ketjuttaminen, ärsyksen häivyttäminen (stimulus fading), toistuva altistus, välttämisen sammuttaminen (escape extinction) ja positiivinen vahvistaminen, FBT ja CBT-AR	Perhepohjaisen MEAL-intervention (Managing Eating Aversions and Limited Variety) tehokkuudesta on eniten tutkimusnäyttöä autismin kirjon häiriön lapsilla, joilla on kohtalaista valikoivaa syömistä. Käyttäytymiseen kohdentuvat interventiot saattavat olla hyödyllisiä, mutta näytönaste niiden suhteen ARFID:in kuntoutuksessa on yhä vähäistä. Vaikka perhepohjaisesta FBT:sta ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvasta CBT-AR:ista on lupaavaa näyttöä, niiden vaikuttavuutta autismin kirjon häiriön lapsilla ja nuorilla ei vielä tunneta riittävästi.
Assessment and treatment of avoidant/restrictive food	Evelyna Kambanis & Jennifer J. Thomas. 2023. <i>Current Psychiatry Reports</i> 25, 53–64.	Kirjallisuuskatsaus. Tarkastelee ja kokoaa yhteen tutkimuksia ARFID:in arvioinnista ja hoidosta viimeisen kymmenen vuoden aikana.	CBT-AR, ARFID:iin kehitetty altistusohjainen CBT, FBT-ARFID ja intensiiviset moniammatilliset interventiot	Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva CBT-AR näyttäytyy tutkimuksissa toteuttamiskelpoisena, hyväksyttävänä ja alustavasti tehokkaana interventio-ohjelmana ARFID:in hoidossa. Perhepohjainen FBT-ARFID taas

intake disorder		Katsaukseen sisällytetyissä interventiotutkimuksissa (6) osallistujilla on diagnosoitu ARFID ja tutkimusten otanta > 10 tapausta.		potentiaalisesti tehokkaana. Intensiivisten moniammatillisten interventioiden näyttö on lupaavaa.
Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: A Narrative Review of Types and Characteristics of Therapeutic Interventions	Marcella Di Cara, Chiara Rizzo, Francesco Corallo, Davide Cardile, Rocco Salvatore Calabrò, Angelo Quartarone, Martina Buda & Francesca Cucinotta. 2023. Children 10, 8, 1–17.	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus AFRID:iin kohdentuvista terapeuttisista interventioista lapsille ja nuorille. Katsaukseen on sisällytetty ennen maaliskuuta 2023 julkaistuja alkuperäistutkimuksia.	CBT, CBT-AR, FBT, FBT-ARFID, interoseptinen altistus (FBI), moniammatilliset käyttäytymiseen kohdentuvat menetelmät.	Tutkimustulokset interventioihin liittyen ovat lupaavia. Katsauksen perusteella lapset ja nuoret, joiden syöminen on rajoittunutta hyötyvät eniten perhepohjaisesta FBT:sta, ruoan vastenmielisenä kokevat lapset ja nuoret kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvista interventioista (CBT-AR). Lapset ja nuoret, joilla on rajallinen määrä syötäviä ruokia hyötyvät eniten moniammatillisista käyttäytymiseen kohdentuvista menetelmistä. Interoseptinen altistuminen saattaa vähentää ARFID-oireilua ja kasvattaa lapsen itsesäätelyn taitoja.
A scoping review of psychological interventions and outcomes for avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID)	Emma Willmott, Rachel Dickinson, Celine Hall, Kevser Sadikovic, Emily Wadhwa, Nadia Micali, Nora Trompeter & Tom Jewell. 2023. International Journal of Eating Disorders 57, 1, 27–61.	Kartoittava kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena on tunnistaa ja kuvata ARFID:in psykologisia interventioita ja interventioiden vaikuttavuuden arviointia. Suurin osa (42/50) katsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista oli kohdennettu lapsiin ja nuoriin.	CBT ja CBT-AR, ABA ja FBT-ARFID sekä yhdistelmät eri interventiosta (CBT ja käyttäytymiseen kohdentuvat interventiomenetelmät, CBT:n ja FBT:n yhdistävä SPACE-ARFID, FBT:n ja UP-C:n yhdistävä interventio sekä CBT:n ja FBT:n yhdistelmä, jossa elementtejä DBT:sta (dialektiinen käyttäytymisterapia).	Käyttäytymiseen kohdentuvilla interventiomenetelmillä todettiin myönteisiä vaikutuksia ruokailun keston lyhentymisessä, ruoka-annosten koon ja annosten energiamäärien tai turvaruokien määrään kasvussa. Kognitiivisen käyttäytymisterapiaan pohjautuvilla interventio-ohjelmilla (CBT- ja CBT-AR) todettiin vaikutusta turvaruokien määrän lisääntymiseen, painoindeksin nousuun, syömiseen liittyvien pelkojen, valikoivan syömisestä, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden vähentymiseen. Lisäksi raportoitiin ARFID-diagnoosin purkamisesta ja letku-ruokinnan lopettamisesta intervention seurauksena.

				Perhepohjaisia FBT:ta ja FBT-ARFID:ia käsittelevissä tutkimuksissa havaittiin painoindeksin tai painon kasvua ja ARFID-oireiden lieventymistä. Havaittu myös ahdistuneisuuden tai masentuneisuuden vähenemistä. Eri interventioiden yhdistelmien havaittiin parantaneen tutkittavien fyysistä terveydentilaa ja vaikuttaneen myönteisesti syömiseen liittyviin asenteisiin. Myös tutkittavien ahdistuneisuuden mitattiin vähentyneen.
Current evidence for avoidant restrictive food intake disorder: Implications for clinical practice and future directions	Tanith Archibald & Rachel Bryant-Waugh. 2023. JCPP Advances 3, 2.	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus kohdentuen ARFID:in yleisyyteen, arviointiin, hoitoon ja olemassa oleviin palveluihin. Katsauksen käsittelemät interventiot soveltuvat lapsille ja nuorille.	CBT ja CBT-AR, CBT:n ja FBT:n yhdistävä SPACE-ARFID, käyttäytymiseen kohdentuvat interventiomenetelmät (aistiärsykkeen häivyttäminen (stimulus fading), pakoimpulsin estäminen (escape extinction) ja Bite size arviointimenetelmä), sensorisen integraation (SI) terapia	Kognitiivisen käyttäytymisterapiaan ja perhepohjaiseen hoitomalliin pohjautuvan SPACE-ARFID-intervention kliininen näyttö on lupaavaa. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvat interventiot näyttävät lupaavina, erityisesti ruokaan liittyvien pelon tai ahdistuksen hoidossa. Myös tutkittavien ravitsemuksessa on havaittu parannusta intervention myötä (CBT-AR). Autismin kirjon häiriön lapset ja nuoret hyötynet erityisesti käyttäytymiseen kohdentuvista menetelmistä. Myös SI-terapiasta on lupaavaa näyttöä ARFID:iin sairastuneiden autismin kirjon häiriön lasta tai nuorta hoidettaessa.

<p>Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review</p>	<p>Laura Bourne, William Mandy & Rachel Bryant-Waugh. 2022. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i> 64,6, 691–700.</p>	<p>Kartoittava kirjallisuuskatsoaus arvioi ja yhdistää näyttöä ARFID:in ilmenemismuodosta autismin kirjon häiriön lapsilla ja nuorilla, vakavasti rajoittuneen ruokavalion haitoista ja tutkitusti tehokkaista hoitomuodoista.</p>	<p>Käyttäytymiseen kohdentuvat interventiomenetelmä, kuten sovelletun käyttäytymisanalyysin (ABA) menetelmät ja vanhemmuuteen kohdentuvat interventiot sekä FBT</p>	<p>Käyttäytymiseen kohdentuvista interventiomenetelmistä on jonkin verran lupaavaa näyttöä ARFID:in hoidossa autismin kirjon lapsilla ja nuorilla. Vahvin tutkimusnäyttö on vanhemmuuteen kohdentuviin ja perhepohjaisiin interventioihin. Näiden on osoitettu laajentavan ruokavaliota, hyväksyntää syömisessä ja osallisuuden yhteisiin ruokailuihin. Interventiot ovat lisäksi vähentäneet vanhempien ahdistuneisuutta ja parantaneet perheiden elämänlaatua.</p>
---	--	--	---	--

Liite 3. ARFID:in interventio-ohjelmat

Interventio	Kohderyhmä	Toteutus	Kesto	Erityispiirteet, joihin suunnattu	Intervention kuvaus	Olellaiset strategiat
CBT-AR	Yli 10-vuotiaille. CBT-AR:ista on olemassa sekä perhe- että yksilösovellukset. Soveltuva ARFID:ia sairastaville, joiden hoito on tasapainossa ja jotka eivät ole riippuvaisia letkuruo-kinnasta.	Avohoidossa. Sovellettavissa myös muihin muotoihin.	20–30 viikoittaista tapaamista.	Kaikki. Sisältää sekä kaikille soveltuvia, että eri ARFID-profiileille suunnattuja moduuleja.	ARFID:in hoitoon kehitetty, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuva interventio-ohjelma.	<ul style="list-style-type: none"> • Säännölliseen syömiseen kannustaminen • turvaruokien määrän ja/tai laadun lisääminen • psykoedukaatio • relapsin ehkäisy • Aistiperäisen valikoivan syömisprofiilissa systemaattista herkistymistä • pelko syömisestä seurauksista-profiilissa välttämisen-/pelkohierarkian muodostaminen ja asteittainen altistus • vähäinen ruokahalu-profiilissa interoseptinen altistus ja mieluisten ruokien nauttiminen. <p>(Willmott 2023, 29; Kambanis & Thomas 2023, 8, 9.)</p>

FBT-AR	Lapset ja nuoret, sekä heidän vanhempansa.	Avohoidossa. Sovelletta- vissa myös muihin muo- toihin.	14 viikoittaista tapaamista. Aistiperäinen va- likoiva syöminen tai vähäinen ruo- kahalu n. 4–5 kk. Syömisestä pelko n. 3–5 kuukautta.	Kaikki. Sisältää sekä kaikille soveltuvia, että eri ARFID- profiileille suunnattuja moduuleja.	ARFID:in kuntoutuk- seen kehitetty per- hepohjainen hoito- malli. Anorexian ja bulimian perhepoh- jaista hoitomallia mukaileva manuaali- soitu avohoito-oh- jelma.	<ul style="list-style-type: none"> • Neutraali suhtautuminen ARFID:in taustasyihin • vanhempien voimaannuttaminen • syyllisyyden ja syyllistämisen vähentäminen ARFID:ia ulkoistamalla • psykoedukaatio • käyttäytymisen muokkaaminen • ajattelun vääristymien kyseenalaistaminen. <p>(Willmott 2023, 29; Kambanis & Thomas 2023, 10; Bourne ym. 2020, 12.)</p>
Behavioraaliset (käyttäytymiseen kohdentuvat) interventiot ja ABA (Applied Behavioral Analysis)	Lapset ja nuoret (23 kuukaudesta 15 vuoteen). Tavallisesti pienemmät lapset ja autismikirjon lapset ja nuoret. Vanhempien ohjaus keskeistä.	Eri muodoissa, kuten avo- ja osato- hoidossa	Ei käy ilmi aineis- tosta.	Kaikki. Eniten näyttöä kuitenkin vähäisen ruokahalu- profilin hoidossa.	Käyttäytymiseen kohdentuvat inter- ventiomenetelmät, suurin osa pohjautuu sovellettuun analyysiin, eli ABA:an. Käyttäytymiseen kohdentuvia menetelmiä hyödynnetty osana interventioita. ABA-interventiot ovat intensiivisiä, yksilöllisesti suunniteltuja interventiokokonaisuuksia.	<ul style="list-style-type: none"> • Toivotun käyttäytymisen vahvistamiseen kohdentuvat menetelmät • ei-toivotun käyttäytymisen sammuttamiseen kohdentuvat menetelmät • altistusharjoittelu. <p>(Ruusunen & Keski-Rahkonen 2023, 3; Willmott ym. 2023, 5, 28.)</p>

SPACE-AR-FID	Intervention tutkimukseen osallistujat 6–14 vuotiaita lapsia ja nuoria ja heidän vanhempansa. Interventio voidaan toteuttaa tarvittaessa myös ilman lasta tai nuorta.	Avohoidossa.	12x60 minuutin viikoittaista tapaamista.	Kaikki.	SPACE-ARFID:in taustateoriassa yhdistyy perhepohjainen hoitomalli ja kognitiivisen käyttäytymisteorian viitekehys. Interventio-ohjelma tukee vanhempia muokkaamaan systemaattisesti omaa käyttäytymistään ja lisäämään positii- vista ja tukea antavaa vuorovaikutusta.	Interventiossa on seitsemän osaa, jotka sisältävät vaihtoehtoisia moduuleja toteutettavaksi perheen tarpeiden mukaan: <ul style="list-style-type: none"> • psykoedukaatio • vanhempien käyttäytymisen tarkastelu • muutoksen kohteen valinta ja suunnitelman muodostaminen • toteuttaminen • ruokaan altistumisen menetelmien opettelu • edistymisen seuranta tai seuraavaan vaiheeseen eteneminen • relapsin ehkäisy. (Archibald & Bryant-Waught 2023, 12; Shimshoni, Silverman & Lebowitz 2020, 5, 6.)
MEAL (Managing Eating Aversions and Limited Variety)	Lapsille, joilla ARFID:in päälekkäisdiagnoosina autismin häiriö sekä heidän vanhemmilleen.	Avohoidossa ryhmämuotoisesti, psykologin ohjaamina.	10x90 minuutin psykologin ohjaamaa tapaamista 12 viikossa. Kahdella tapaamisella mukana ravitsemusterapeutti. Seurantatapaaminen kuukauden päästä.	Aistiperäinen valikoiva syöminen.	Strukturoitu interventio-ohjelma, jonka taustateoriassa yhdistyy perhepohjainen hoitomalli ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Interventio-ohjelmassa keskitytään käyttäytymispulmien ratkaisemiseen ja ravitsemuksen parantamiseen.	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmille ohjataan erilaisia tekniikoita toteutettavaksi arjessa lapsen kanssa • MEAL-intervention käsikirja sisältää käsikirjoituksen ohjaajalle sekä harjoituksia kotiin annettavaksi • Käsikirja sisältää myös tietoa tapaamisten teemoihin liittyen esim. ruokailukäyttäytymisen seuraaminen, ravitsemuksen suunnittelu, syömiseen liittyvän vuorovaikutuksen mukauttaminen.

						(Keski-Rahkonen & Ruusunen 2023, 3; Burrell, Scahill, Nuhu, Gillespie & Sharp 2023, 230–231.)
Neljän viikon altistusperustainen CBT	Nuoret ja heidän vanhempansa.	Päiväsairaalassa. Sisältää ryhmä- ja yksilötapaamisia sekä viikoittaisia tapaamisia, joissa on mukana nuoren vanhempi.	Neljän viikon päiväsairaalassa toteutuneen hoitajakson jälkeen interventiossa seuraa kolmen kuukauden seurantajakso, johon sisältyy etätapaamisia.	Ei käy ilmi aiheistossa.	Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva intensiivinen interventio.	<ul style="list-style-type: none"> • Altistus perustuu kognitiivisiin tekniikoihin ja syömiseen liittyvien odotusten muuttamiseen. (Bourne ym. 2020, 11, 45; Dumont, Jansen, Mulkens, Kroes & Haan 2019, 447, 450.)
UP-C (the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children) ja FBT	Lapset ja heidän vanhempansa. UP-C:stä on myös nuorille oma versionsa, UP-A, joka on perhepohjaisen hoitomallin kanssa myös soveltuva laajalle kirjolle erilaisista oireista kärsiviä.	Avohoidossa.	Tutkimukseen osallistujille ohjelman tiheys suunniteltiin yksilöllisesti. Tiiviisti toteutetut tapaamiset, tiheimmillään 29 tapaamista seitsemässä kuukaudessa ja väljimmillään tapaamisia oli 29 tapaamista 10 kuukaudessa. Interventiojaksoihin sisältyi 3–4 lisätapaamista	Kaikki. UP-C on yksilöllisesti mukautettavissa lapsen ARFID-profiiliin soveltuvaksi.	Alkuperäinen UP on näyttöön perustuva, tunnetaitoihin suuntautuva yksilöinterventio aikuisille, joilla on neurootista tai pakonomaista käyttäytymistä. UP-C on joustava, lapsille suunnattu transdiagnostinen hoitomalli, joka sisältää UP:in näyttöön perustuvia strategioita, jotka soveltuvat hyvin ARFID:ille ominaisten oireiden hoitoon.	<ul style="list-style-type: none"> • FBT:lle ominaiset periaatteet, kuten psykoedukaatio, perheen sitouttaminen, syömisen ongelmien ulkoistaminen, vanhempien osallistamisella lapsensa syömisen hallintaan ja perheen yhteisiin ateriioihin panostaminen. • UP-C:n strategiat vahvistamaan vaikeista tunteista selviytymisen taitoja, välttelevän käyttäytymisen työstämiseen ja lisätä hyväksyntää tunnereaktioita kohtaan. (Willmott ym. 2023, 28; Echard, Martell, Lowe, Grange & Ehrenreich-May 2019, 2.)

			joissa vanhemmat mukana.			
FBT:n, CBT:n ja DBT:n yhdistelmä	Nuorille.	Osastohoidossa, ryhmämuotoisesti.	Tutkimukseen osallistuneet osallistuivat päivittäin kolmeen eri terapeuttiin ryhmään. Ryhmä kokoontui aluksi 12 tuntia päivässä seitsemänä päivänä viikossa, josta tapaamisia vähennettiin 8 tuntia päivässä 3–4 kertaa viikossa. Keskimäärin intervention kesto oli 18,31 vuorokautta.	Ei käy ilmi aiheistosta.	Interventio hyödyntää perhepohjaisen hoitomallin, kognitiivisen käyttäytymisterapian ja dialektisen käyttäytymisterapian viitekehyksiä.	Ryhmän teemoja: <ul style="list-style-type: none"> • ravitsemus • perhedynamiikka • kehonkuva • selviytymistaidot • ahdistus- ja stressinhallinta • ajatteluun liittyviin prosesseihin vaikuttaminen • altistumisharjoittelu ja välttämiskäyttäytymisen ehkäisy • vuorovaikutustaidot • itsetuntemuksen parantuminen. (Willmott ym. 2023, 28; Makhzoumi, Schreyer, Hansen, Laddaran, Redgrave & Guarda 2021, 429, 432.)
FBI-ARFID	Lapsille ja heidän vanhemmilleen	Avohoidossa.	10 + 1–5 tapaamista (Alkuperäinen FBI-ohjelma ja 1–5 ARFID:in hoitoon suunniteltua lisätapaamista).	Ei käy ilmi aiheistosta.	FBI eli Feeling and Body Investigators on hyväksymispohjainen alitushoito, jonka avulla lapset hankkivat taitoja kehon interoseptisten aistimuksien tunnistamiseen, niille selityksien ja tarkoitusten antamiseen	<ul style="list-style-type: none"> • Opetetaan ARFID-oireisia lapsia tunnistamaan ja kohtaamaan kehon tuntemuksia • pyrkimys vähentää tuntemusten vastenmielisyyttä, lisätä itsetietoisuutta sekä ruokaan ja syömiseen kohdentuvaa lähestymiskäyttäytymistä • lapsi ja tämän vanhemmat ”koulu-tetaan FBI-agenteiksi”

					<p>sekä oppivat kehittämään toimintatapoja aistimuksista seuranneiden tunteiden säätelyyn.</p>	<ul style="list-style-type: none">erilaisiin kehollisiin tuntemuksiin tutustutaan leikillisten piirroshahmojen avulla. <p>(Bourne ym. 2020, 45; Zucker, Craske, Foukal, Harris, Datta, Saveriede & Maslow 2019.)</p>
--	--	--	--	--	--	--