

# AHMINTAHÄIRIÖN RAVITSEMUSHOITO

Kuru Henna  
Kandidaatin tutkielma  
Ravitsemustiede  
Lääketieteen laitos  
Terveystieteiden tiedekunta  
Itä-Suomen yliopisto  
Toukokuu 2018

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta  
Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö  
Ravitsemustiede  
KURU HENNA M: Ahmintahäiriön ravitsemushoito  
Kandidaatin tutkielma, 31 sivua, 1 liite (2 sivua)  
Ohjaaja: TtM Anni Lehtonen  
Toukokuu 2018

---

Avainsanat: ahmintahäiriö, BED, ravitsemushoito

## AHMINTAHÄIRIÖN RAVITSEMUSHOITO

Ahmintahäiriöllä on merkittävämpiä kansanterveydellisiä ja -taloudellisia vaikutuksia kuin aikaisemmin on osattu arvioida. Ahmintahäiriön sairastaminen saattaa jatkua vuosien ajan ennen diagnosointia ja hoitoon pääsyä. Suosituimmallakin hoitomuodolla, eli kognitiivisella käyttäytymisterapialla, on tällä hetkellä vain noin viidenkymmenen prosentin hoitovaste. Ahmintahäiriön tunnistamiseen varhaisemmassa vaiheessa sekä sen hoitoon tarvittaisiinkin uusia työkaluja ja hoitomuotoja. Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella ravitsemushoidon roolia ahmintahäiriön hoidossa. Ravitsemushoitoa arvioidaan sekä itsenäisenä hoitomuotona että muiden ahmintahäiriölle tyypillisimpien hoitomuotojen, kognitiivisen käyttäytymisterapian, moniammatillisen terapian sekä lääkehoidon, rinnalla.

Ravitsemushoito ahmintahäiriön hoidossa on tarpeellista, sillä ahmintahäiriöön liittyy monia ravitsemuksellisia epäkohtia. Epäkohdat liittyvät niin häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen kuin ruokavalion epäterveellisyyteen. Ravitsemushoidossa keskiössä ovat täsmäsyömisen periaatteet, eli ateriarytmin säännöllisyys, ruokavalion monipuolisuus ja riittävyys sekä syömisen joustavuus. Suomessa suositeltuna ruokavaliona ahmintahäiriötä sairastavalle toimii tällä hetkellä suomalaisten ravitsemussuositusten mukainen, täysipainoinen ja monipuolinen ruokavalio, mutta myös välimerellisen ruokavalion sopivuudesta ahmintahäiriön ravitsemushoidossa on saatu viitteitä. Lisäksi on saatu viitteitä siitä, että esimerkiksi energiatihedeltään alhaisten ruokien reilu syönti edistäisi ahmintahäiriöstä toipumista hieman paremmin kuin pelkkä ravitsemushoito.

Kokonaisuudessaan ravitsemushoito on kannustavaa ohjaustyötä ja se tulee toteuttaa asiakaslähtöisesti, kohdaten asiakas yksilönä empaattisesti ja ymmärtäväisesti. Ravitsemusterapeutti voi hyödyntää työssään myös monia muita ahmintahäiriön ravitsemushoidon tueksi soveltuvia hoitomuotoja ja –menetelmiä kuten motivoivaa haastattelua ja mindfulnessin keinoja. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltyjen tutkimustulosten pohjalta on saatu viitteitä siitä, ettei ravitsemushoito kuitenkaan välttämättä riitä ahmintahäiriön hoitoon itsenäisenä hoitomuotona, vaan parhaita tuloksia hoitovasteissa on saatu yhdistämällä ravitsemushoito kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, moniammatilliseen terapiaan tai psykoedukaatioon. Havainnot viittaavat siten siihen, että somaattisen ja psyykkisen hoidon yhdistäminen yhtenäiseksi hoitomuodoksi saattaa olla avainasemassa hoidon vaikutusten näkökulmasta. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimusta ravitsemushoidon erilaisten toteutustapojen ja sisältöjen sekä niiden laaja-alaisempien vaikutusten vertailusta ahmintahäiriön hoidossa.

**LYHENNELUETTELO**

BED	binge eating disorder	ahmintahäiriö
BES	binge eating scale	syömistapakysely
CBT	cognitive behavioral therapy	kognitiivinen käyttäytymisterapia
MeTS	metabolic syndrome	metabolinen oireyhtymä
SB	sequential binge	peräkkäisahminta
GN	general nutritional counseling	yleinen ravitsemusohjaus
ED	low energy density diet	energiatiheydeltään alhainen ruokavalio

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	5
2. AHMINTAHÄIRIÖ .....	6
2.1 Esiintyvyys.....	6
2.2 Tunnistaminen ja diagnoosin teko .....	7
3. RAVITSEMUSHOITO OSANA AHMINTAHÄIRIÖN HOITOA .....	10
3.1 Ravitsemushoito.....	10
3.2 Ravitsemushoito osana Käypä Hoito -suositusta.....	11
3.3 Ravitsemushoito itsenäisenä hoitomuotona.....	14
3.3.1 Välimerellinen ruokavalio .....	14
3.3.2 Peräkkäisahminta.....	15
3.3.3 Painonhallintainterventio.....	16
3.4 Ravitsemushoito ja kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	17
3.5 Ravitsemushoito osana moniammatillista terapiaa.....	19
3.6 Ravitsemushoito ja lääkehoito .....	21
4. POHDINTA.....	23
5. JOHTOPÄÄTÖKSET .....	29
LÄHTEET .....	30
LIITE 1. Taulukko työn pohjana käytetyistä tutkimuksista .....	32

## 1. JOHDANTO

Ahmintahäiriö on oireyhtymä, jossa toistuvasti ahmitaan kohtauksittain suuria määriä ruokaa ilman kykyä kontrolloida syötyä ruokamäärää ahmintakohtauksien aikana (Neveu ym. 2017). Ahmintahäiriössä ahminta tapahtuu ilman tyhjentämis- ja kompensatiokeinoja, ja ahmintahäiriö on siten merkittävä ja yleinen syy lihavuuden taustalla (Keski-Rahkonen ym. 2013). Normaaliin lihavuuteen verrattuna ahmintahäiriöön liittyvään lihavuuteen liittyy myös selvästi enemmän fyysistä ja psyykkistä oheissairastavuutta. Ahmintahäiriötä sairastava kärsii usein myös psyykkisistä sairauksista, kuten masennuksesta tai ahdistuneisuushäiriöstä. Ahmintahäiriöön liittyy sekä itsensä soimaamisen että häpeän tunteita, jotka osaltaan nostavat kynnystä avun hakemiselle (Mathisen ym. 2017).

Ahmintahäiriötä sairastava ehtii tyypillisesti sairastaa useita vuosia ennen sairauden tunnistamista tai omaehtoista hakeutumista hoitoon, ja valitettavasti harva saa silloinkaan kunnolla apua oireisiinsa (Syömishäiriöliitto-Syli ry 2014). Koska joka neljäs ylipainon vuoksi terveydenhuollon palveluihin hakeutuvan arvioidaan sairastavan ahmintahäiriötä, on tärkeää, että ylipainon hoidon yhteydessä seulottaisiin aina ensin syömishäiriön mahdollisuus pois. Perinteisesti tehokkaimpana pidetyn hoitomuodon, kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioral therapy, CBT), vaste on vain noin 50 prosenttia ja silloinkaan paino ei usein laske (Keski-Rahkonen ym. 2013). Myös lääkehoito on saanut jonkin verran jalansijaa hoitomuotona. Ahmintahäiriöön läheisesti liittyvä lihavuus aiheuttaa reilusti terveystaittoja, joten hoitomuotoja valittaessa tulisi kiinnittää huomiota myös terveyden edistämiseen (Mathisen ym. 2017). Lisäksi ahmintahäiriöön liittyy vaikea ruokasuhde, tunteiden turruttamista sekä itsensä lohduttamista ruoan avulla (Keski-Rahkonen ym. 2013).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella ravitsemushoidon roolia ahmintahäiriön hoidossa. Ravitsemushoitoa arvioidaan sekä itsenäisenä hoitomuotona että muiden ahmintahäiriölle tyypillisimpien hoitomuotojen, kognitiivisen käyttäytymisterapian, moniammatillisen terapian sekä lääkehoidon, rinnalla. Lisäksi tutkimusten pohjalta arvioidaan ravitsemushoidon mahdollista toteutustapaa ja menetelmiä ahmintahäiriön hoidossa. Aluksi työssä esitellään ahmintahäiriö oireyhtymänä, sen esiintyvyys sekä tunnistamisen ja diagnosoinnin keinot. Tämän jälkeen esitellään ahmintahäiriön eri hoitomuotoja yhdessä ja erikseen ravitsemushoidon kanssa tutkimustuloksiin pohjautuen sekä pohditaan esille tulleita tuloksia hoidon nykytilaan verraten. Lopuksi yhteen on koottu kirjallisuuskatsauksen tärkeimmät esille tulleet johtopäätökset.

## 2. AHMINTAHÄIRIÖ

Ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED) on yleinen epätyypillisiin syömishäiriöihin luokiteltava syömishäiriö (Aro ym. 2017). Ahmintahäiriöön ei tyypillisesti liity bulimia nervosalle, eli ahmimishäiriölle, ominaisia tyhjentäytymis- tai kompensointirituaaleja, kuten oksentamista, laksatiivien, eli ulostuslääkkeiden käyttöä, tai pakonomaista liikuntaa. Ahmintahäiriö saattaa siten useasti olla selittävänä tekijänä vaikean lihavuuden taustalla ja monesti ahmintahäiriöstä on aiemmin käytetty nimitystä lihavan ahmintahäiriö.

Ahmintahäiriölle tyypillisiä piirteitä ovat toistuvat ahmimiskohtaukset, jotka karkaavat yksilön hallinnasta (Viljanen ym. 2005). Ahmimiskohtausten aikana syödään tyypillisesti lyhyessä ajassa suuria määriä ruokaa tai vastaavasti syödään selkeästi liikaa päivän tai yön kuluessa. Ahmimiskohtaukset päättyvät tyypillisesti vatsakipuihin, tukalaan kylläisyyden tunteeseen tai nukahtamiseen. Ahmintakohtausten määrä vaihtelee, mutta useimmiten ahmintahäiriön ollessa aktiivinen, kohtauksia esiintyy useita kertoja viikossa, pahimmillaan jopa useita kertoja päivässä (Aro ym. 2017). Ahmintakohtausten tyypillisiä piirteitä ovat syömisen suuri nopeus, näläntunteen puuttuminen, ahminnan jatkuminen pahoinvointiin asti ja yksinolo ahminnan tapahtuessa. Ahmintahäiriötä sairastavilta usein myös normaali ateriointi puuttuu ja syöminen ja ahminta tapahtuvat pitkin päivää. Ahmintahäiriön sairastaminen on usein aaltoilevaa, sisältäen aktiivisia ja ei-aktiivisia sairastamisen vaiheita (Käypä hoito -suositus 2014).

Ahmintahäiriöön liittyy usein myös psyykkisiä oireita, jotka voivat olla häiriön taustalla tai nousta pintaan häiriön kehittymisen myötä (Aro ym. 2017). Ahmintahäiriön rinnalla esiintyy usein näkyvää tai piilevää masennusta, ja ahmintakohtauksiin liittyvää voimakasta syyllisyydentunnetta, ahdistusta ja häpeän tunnetta. On tyypillistä, että ahmintahäiriötä sairastava on hyvin itsekriittinen ja taipuvainen vahvalle itsehalveksunnalle.

### 2.1 Esiintyvyys

Vaikka ahmintahäiriö ei ole yhtä laaja-alaisesti tunnettu kuin bulimia tai anoreksia, sitä pidetään verrattain yleisenä syömishäiriönä (Keski-Rahkonen ym. 2013). Syömishäiriöliitto - Syli ry:n (2014) mukaan ahmintahäiriö on Suomen yleisin syömishäiriö ja arvioidaan, että peräti 2-3 prosenttia suomalaisesta väestöstä sairastavat ahmintahäiriötä. Maailmanlaajuisesti arvioidaan, että ahmintahäiriötä sairastaa elämänsä aikana naisista 3,5 prosenttia ja miehistä 2 prosenttia, mikä tekee ahmintahäiriöstä kolme kertaa yleisempää kuin anoreksia ja bulimia nervosa

yhteensä (Hudson ym. 2007). Vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista viidenneksen arvioidaan kärsivän ahmintahäiriöstä (Aro ym. 2017). Ylipainoisista taas jopa noin 8 prosentin arvioidaan sairastavan ahmintahäiriötä (Käypä hoito -suositus 2014). Edellä mainitut esiintyvyyksiluvut ovat arvioita ja vaihtelevat usein jonkin verran riippuen lähteestä. Koska ahmintahäiriötä esiintyy paljon piilevänä, voi esiintyvyys olla huomattavastikin suurempaa, ainakin lieväoireisena.

## 2.2 Tunnistaminen ja diagnoosin teko

Toisin kuin yleisemmin tunnettuihin syömishäiriöihin, kuten anoreksiaan tai bulimiaan, ahmintahäiriöön liittyy läheisesti ylipaino ja vaikea lihavuus (Leite ym. 2017). BED tuo siten usein mukanaan vakaviakin terveysriskejä. Näitä ovat muun muassa metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ja verenpainetauti. Ahmintahäiriöön on rinnastettavissa huomattavasti suurentunut tyypin 2 diabeteksen riski, ja myös vastaavasti on todettu, että diabeetikoilla esiintyy syömishäiriötä kaksi kertaa useammin kuin ei-diabeetikoilla (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Ahmintahäiriötä sairastavilla naisilla kuukautishäiriöt ovat yleisiä ja keskenmenojen riski on suurentunut. Yleisesti ottaen syömishäiriötä sairastavat elävät harvemmin parisuhteessa ja kokevat seksuaalisuuteen liittyvää ahdistuneisuutta ja libidon heikentymistä. Kuoleman riski verrattuna muuhun saman ikäiseen väestöön on ahmintahäiriössä lähes kaksinkertainen ja kuolemat johtuvat usein diabeteksestä tai siihen liittyvistä sairauksista, sydän- ja verenkiertoelinsairauksista tai itsemurhasta. On tavallista, että syömishäiriöt muuttavat muotoaan (Syömishäiriöliitto-Syli ry 2017). Vastaanotolla voi siten olla hyvä tiedostaa, että pitkittyessään anoreksiasta saattaa kehittyä bulimia ja bulimia taas muuttaa muotoaan BED:ksi, kun tyhjentäytymis- ja muut kompensatiokeinot jäävät pois.

Ahmintahäiriölle tyypillisiä psyykkisiä samanaikaissairauksia ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriö (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Myös traumaperäistä stressihäiriötä esiintyy ahmintahäiriöisillä useammin kuin muulla väestöllä huolimatta sukupuolesta. Yleisesti ottaen yli kolmasosalla syömishäiriötä sairastavilla aikuisilla on jokin persoonallisuushäiriö, joka tavallisesti ilmenee pakonomaisuutena, eristäytyvyytenä, vaativuutena tai esimerkiksi tunne-elämän epävakaisuutena. Kuten yllä olevasta voidaan todeta, ahmintahäiriö ja syömishäiriön sairastaminen vaikuttavat moneen elämän ja terveyden osa-alueeseen, ja näin ollen on tärkeää, että ahmintahäiriö tunnistettaisiin terveydenhuollossa yhä

paremmin ja potilaalle saataisiin oikea diagnoosi ja tehokas hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sairautta.

Suomessa suuri osa ahmintahäiriöistä jää tällä hetkellä diagnosoimatta, eivätkä potilaat siten pääse välttämättä minkäänlaisen hoidon piiriin. Ahmintahäiriö on kulultaan aaltoileva ja pitkäaikainen sairaus (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Tyypillinen ahmintahäiriötä sairastava on keski-ikäinen aikuinen ja ahmintahäiriö on voinut jatkua vuosien ajan (Keski-Rahkonen ym. 2013). Lihavuuden takia hoitoon hakeutuvilla tulisi aina epäillä ahmintahäiriön mahdollisuutta (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Viljasen ym. (2005) mukaan vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista noin 20 prosentilla on ahmintahäiriö. Ahmintahäiriöinen ei usein ota itse sairauttaan puheeksi häpeän tunteista johtuen, joten terveydenhuollon työntekijöiden aktiivisuutta tarvitaan. Epäspesifejä ahmintahäiriöön viittaavia oireita voi vastaanotolla olla edellä mainittu masennus, vatsakivut tai väsymys. Taulukossa 1. esitellään SCOFF-syömishäiriöseula, jonka avulla terveydenhuollon henkilökunta voi arvioida herääkö epäily syömishäiriöstä (Käypä hoito -suositus 2014). Jos epäily ahmintahäiriöstä herää SCOFF-tilukon perusteella, ahmintahäiriöisen tunnistamiseen voi käyttää taulukossa 2. esiteltyjä ahmintahäiriön seulontakysymyksiä sekä normaaliin ylensyömisen ja ahminnan erottamisen helpottamiseen tarkoitettuja määritelmiä. Ahmintahäiriön viralliseen diagnosointiin käytetään DSM-5 tautiluokitusta, jonka diagnostiset kriteerit on avattu taulukossa 3. Ahmintahäiriötä ei ole tunnesyöminen, eli pyrkimys päästä eroon tai tehdä jostain tunteesta siedettävämpi syömällä, eikä ilta- ja yösyöminen, napostelu tai epätyypillinen masennus, jos muita ahmintahäiriölle tyypillisiä oireita ei esiinny. Tämä tulee siten ottaa huomioon erotusdiagnostiikassa ahmintahäiriön diagnosoinnin kohdalla (Käypä hoito -suositus 2014).

Taulukko 1. SCOFF-syömishäiriöseula (S = sick, C = control, O = one stone, F = fat, F = food) (Muokattu Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

1	Yritätkö oksentaa, jos tunnet olevasi epämiellyttävän kylläinen?
2	Huolestuttaako sinua ajatus, ettet pysty enää hallitsemaan syömisesi määrää?
3	Oletko laihtunut yli kuusi kiloa viimeisen kolmen kuukauden aikana?
4	Uskotko olevasi lihava, vaikka olisitkin muiden mielestä laiha?
5	Hallitseeko ruoka tai ruoan ajattelu elämääsi?
Tulkinta	2 kyllä-vastausta edellä oleviin 5 kysymykseen herättää epäilyn syömishäiriöstä

Taulukko 2. Ahmintahäiriön seulontakysymykset (Muokattu Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

Ahmintahäiriön seulontakysymykset:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Onko sinulla päivän aikana joskus tunne, ettet voi lopettaa syömistä, vaikka haluaisitkin?</li> <li>· Syötkö joskus poikkeuksellisen suuria määriä ruokaa lyhyessä ajassa?</li> <li>· Tunnetko joskus tällaisen syömisen jälkeen syvää syyllisyyttä tai masennusta?</li> <li>· Päätätkö joskus tällaisen syömisen jälkeen lujasti, että aloitat laihtumisen tai terveellisen syömisen?</li> </ul>	
Ahminnan ja ylensyönnin erottamista helpottavat seuraavat määritelmät:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Objekttiivinen ahminta: henkilö syö kohtauksenomaisesti kerralla suuren määrän ruokaa (yleensä yli 1000 kcal eli esimerkiksi yli litran jäätelöä, ison suklaalevyn tai kaksi isoa hampurilaista) ja syömiskäyttäytyminen on toistuvasti hallitsematonta.</li> <li>· Subjekttiivinen ahminta: henkilö kokee menettävänsä syömisen hallinnan, vaikka syöty ruokamäärä on pieni, esimerkiksi normaali ravintola- tai koululounas, muutama leipäviipale tai makeinen.</li> <li>· Ylensyönti: henkilö syö kerralla suuren määrän ruokaa, mutta syöminen on koko ajan hallinnassa ja hän voi lopettaa sen halutessaan. Useimmat ihmiset ylensyövät toisinaan esimerkiksi syödessään noutopöydästä tai jouluateriaa.</li> </ul>	

Taulukko 3. Ahmintahäiriö (Binge-Eating Disorder, BED) diagnostiset kriteerit DSM-5-tautiluokituksen mukaan (Muokattu Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

A	Potilaalla on toistuvia ahmintakohtauksia, jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä, jotka selvästi ylittävät muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai hänellä on tunne siitä, ettei kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään.
B	Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään kolme seuraavista: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilas syö epätavallisen nopeasti.</li> <li>• Potilas syö, kunnes hän tuntee olonsa epämukavan täydeksi.</li> <li>• Potilas syö suuria määriä, vaikkei hän ole nälkäinen.</li> <li>• Potilas syö yksin ollessaan, koska ruokamäärät hävettävät häntä.</li> <li>• Ylensyöntiä seuraavat itseinho, masennus ja syyllisyys.</li> </ul>
C	Ahmintaoireeseen liittyy voimakasta ahdistuneisuutta.
D	Ahmintakohtauksia on vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan.

### 3. RAVITSEMUSHOITO OSANA AHMINTAHÄIRIÖN HOITOA

Tarve ahmintahäiriön hoidon kehittämiseksi on suuri. Mathisen ym. (2017) mukaan tavallisesti ahmintahäiriöstä kärsivä vähättelee sairauttaan ja siihen liittyvien terveysriskien vakavuutta, minkä vuoksi avun hakeminen saattaa pitkittyä jopa vuosilla. Arvioidaan, että vain yksi viidestä ahmintahäiriöstä kärsivistä hakeutuu koskaan avun piiriin ja tämänhetkisillä hoitomuodoilla vain puolet avun hakijoista saa hoidoista apua.

Kliinisissä kokeissa ja tutkimuksissa kymmenen prosentin pysyvä painonpudotus nähdään yleisesti ottaen onnistuneena, sillä jopa vakavasti ylipainoisilla se voi johtaa moniin terveydellisiin ja taloudellisiin hyötyihin (Pacanowski ym. 2014). Tällaisia hyötyjä ovat muun muassa elinajanodotteen kasvu, diabeteksen, verenpainetaudin ja sepelvaltimotaudin sekä niihin liittyvien kustannusten väheneminen. Huolimatta kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioral therapy, CBT) valtaamasta menestyksestä ahmintahäiriön hoidossa, tutkimusten mukaan CBT:llä on havaittu vain vähän vaikutusta painoon (Masheb ym. 2016). Koska hoidettavien paino pysyy CBT:n aikana ja sen jälkeen usein samana, ahmintahäiriöstä kärsivän ylipainoon liittyvät terveysriskit säilyvät. Näin ollen tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan ravitsemushoidon tehokkuutta sekä itsenäisenä hoitomuotona että muiden ahmintahäiriölle tyypillisimpien hoitomuotojen rinnalla. Kirjallisuuskatsauksen pohjana käytetään tutkimuksia, jotka on esitelty liitteessä 1. Aluksi kuitenkin esitellään ravitsemushoito kirjallisuuden pohjalta sekä suomalainen syömishäiriöitä koskeva Käypä hoito -suositus ja ravitsemushoidon rooli siinä.

#### 3.1 Ravitsemushoito

VRN:n (2010) mukaan ravitsemushoito koostuu potilaan ravinnon tarpeen ja ravitsemustilan arvioinnista ravintoanamneesin avulla, ravitsemushoidon toteutuksesta ja tavoitteiden asettelusta yhdessä potilaan kanssa, ravitsemusohjauksesta ja seurannasta sekä hoidon laadun ja vaikuttavuuden arvioinnista. Ahmintahäiriön ravitsemushoito on potilaslähtöistä ja ravitsemushoidon tavoitteena on korjata ruokavalion ravitsemukselliset puutteet sekä saada ahminta loppumaan. Ravitsemushoidon suunnittelee ravitsemusterapeutti ja se toteutetaan yhteistyössä moniammatillisen hoitotiimin kanssa.

Ahmintahäiriössä syömiseen ja ravitsemukseen liittyviä ongelmakohtia ovat muun muassa ruoan pakonomainen ajattelu, laihduttamisen ja ahmimisen noidankehä, luontaisten nälkä- ja

kylläisyysignaalien katoaminen ja pelko lihomisesta, jos laihdutuskuurin lopettaa (Keski-Rahkonen ym. 2013). Neveu ym. (2016) mukaan ahmintakohtaukset ovat pääosin tulosta tarkasta ruokavalion rajoittamisesta sekä siitä johtuvasta painon ja kehon muodoista huolehtimisesta ja kontrolloimisesta. Vuorottainen ahminta ja laihdutuspyrkimykset muodostavat syömishäiriötä ylläpitävän kierteen (Käypä hoito -suositus 2014). Masheb ym. (2011) mukaan tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että ravitsemusohjaus on ahmintahäiriön hoidossa avuksi ja sen tulisivikin olla osa ahmintahäiriötä sairastavan hoitoa.

Tavallisesti ahmintahäiriön ravitsemushoidon toteutuksen apuna käytetään täsmäsyömisestä keinoja (VRN, 2010). Täsmäsyömisessä säännöllistetään ateriarytmi siten, että syödään ateria tai välipala 3-4 tunnin välein, syödään energiantarpeen kannalta riittävästi, koostetaan monipuolinen ruokavalio, joka on tasapainoinen ja salliva kaikkien ruoka-aineiden, eli myös herkkujen, osalta. Ahmintahäiriötä sairastavan kanssa ei puhuta kaloreista tai ruokavalion energiasisällöistä, vaan sopiva ruokamäärä hahmotetaan asiakkaalle koostaen ja syöden yhdessä esimerkkiaterioita ja keskustellen ruoka-annosten koosta ja lukumääristä päivän aikana.

Viljasen ym. (2005) mukaan ahmintahäiriön ravitsemushoito tulee aloittaa keskittymällä ahmintaoireeseen sekä katkaisemalla noidankehä ahminnan ja tiukan laihduttamisen väliltä. Ravitsemushoidon keskiössä ovat säännölliset ja riittävät ateriat sekä syömisestä hallintakeinojen opettelu käyttäen apuna ruoka-, tunne- ja ahmintapäiväkirjoja. Tämän jälkeen rinnalle voidaan ottaa maltilliset painonhallintakeinot, joita ovat kohtuulliset energiarajoitukset ja rasvan käytön vähentäminen, kasvisvoittoinen sekä runsaskuituinen ruokavalio. Jos terveydellisesti on välttämätöntä noudattaa niukkaenergistä ruokavaliota, tulee tuen ja hoidon olla riittävää, ettei ruokavalio altista potilasta uuteen ahmintakierteeseen. Potilasta tulee ohjata lisäämään arki- ja hyötyliikuntaa sekä kannustaa ottamaan liikunta osaksi elämäntapaa tähdentäen siitä saatavia terveyshyötyjä. Lisäksi Viljasen ym. (2005) mukaan potilaan kanssa tulee keskustella jatkuvien painonvaihteluiden haitoista fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle sekä asettaa yhdessä realistinen tavoitepaino ja painottaa, ettei säännöllinen ateriarytmi ole potilaan painoa nostava tekijä.

### **3.2 Ravitsemushoito osana Käypä Hoito -suositusta**

Syömishäiriötä koskeva Käypä hoito -suositus toimii Suomessa syömishäiriöiden hoidon ohjenuorana (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Suositukset perustuvat

systemaattisesti koottuun tutkimustietoon, ja ne ovat tarkoitettu päätöksenteon tueksi yksiköiden potilasryhmien hoidon suunnitteluun sekä klinisiin hoitotilanteisiin. Ahmintahäiriötä koskien Käypä hoito -suosituksen tavoitteina ovat sairauden tunnistaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa sekä ahmintahäiriöön sairastuneen motivointi hoitoon. Ahmintahäiriön päähoitokeinoina syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan nähdään psykoedukaatio ja ravitsemusohjaus, ja niiden riittämättömyystilanteissa voidaan harkita lääkehoitokokeilua. Myös CBT, motivoiva keskustelu, kuntouttava liikunta ja mindfulness nähdään suosituksessa hoitokeinoina ahmintahäiriölle. Eri hoitomuotojen lisäksi syömishäiriötä koskevassa Käypä hoito -suosituksessa (2014) olennaisena osana hoitoa ja yhteistyön edellytyksenä pidetään hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luomista sekä potilaan omien näkemysten aktiivista kuuntelemista sairaudestaan ja muusta elämästään. Sairastuneen tukeminen ja motivointi syömishäiriökäyttäytymisestä irrottautumisessa ja toipumisessa sekä tuen ja konkreettisten neuvojen anto syömiskäyttäytymisen korjaamiseksi nähdään ensiarvoisen tärkeänä. Syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan potilaan kanssa tulisi tehdä myös hoitosuunnitelma ja sen toteutumista olisi seurattava aktiivisesti.

Syömishäiriöstä toipuminen aiheuttaa usein potilaalle ristiriitaisia tunteita. Paraneminen saattaa olla vaikeaa muun muassa syömishäiriöön liittyvän hallinnan tunteen menettämisen vuoksi (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Näin ollen potilaan kanssa olisi hyvä kehittää uusia toimintamalleja ja selviytymiskeinoja näiden ja muiden toipumisen aikana eteen tuleviin vaikeisiin tilanteisiin. Psykoedukaatiota tulisi syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan harjoittaa ravitsemusohjauksen ohella. Psykoedukaatio tarkoittaa potilaan tiedon lisäämistä omasta sairaudesta, syömisen lainalaisuuksista sekä nälkiintymisen tai muun epäedullisen syömiskäyttäytymisen seuraamuksista. Psykoedukaation merkitys parantumiselle on tärkeä, sillä se auttaa potilasta ja omaisia pääsemään eroon häiriintyneen syömiskäyttäytymisen aiheuttaneista väärityksistä uskomuksista sekä hahmottamaan sairautta kokonaisuutena ja se antaa myös keinoja syömishäiriöstä paranemisen tueksi.

Ravitsemushoito ja ravitsemusohjaus nähdään tärkeänä osana ahmintahäiriön hoitoa Käypä hoito -suosituksessa (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Erityisesti hoidon alussa tulisi keskittyä ravitsemustilan ja somaattisen tilan korjaamiseen, jos potilaalla esiintyy niiden häiriötilasta johtuvia oireita. Syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ahmintahäiriön hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen säännöllistäminen, rajujen laihdutusyritysten lopettaminen, ravitsemustilan korjaaminen, toistuvan ahminnan

haltuun saaminen, syömishäiriöoireiden vähentäminen, fyysistä terveyttä uhkaavien oireiden korjaaminen sekä psyykkisten oireiden lievittäminen ja hoitaminen. Vasta kun ahmintahäiriön oireet on saatu hallintaan, voidaan syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan siirtyä ohjaamaan pitkäjänteistä painonhallintaa potilaalle.

Ahmintahäiriön hoidossa ruoka- ja oirepäiväkirjojen pitämisen on huomattu olevan hyödyllistä sekä tukevan syömisen hallitsemista (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Kyseisten päiväkirjojen avulla hoitohenkilökunnalla on myös mahdollisuus arvioida ruokavaliota, ahmimiskohtauksia sekä syömiskäyttäytymistä. Päiväkirjojen täyttö auttaa erityisesti ravitsemustilan alkuarvioinnissa. Ravitsemustilan alkuarvioinnissa tulee ahmintahäiriötä sairastavilta potilailta suosituksen mukaan kerätä myös veren rasva-arvot, kokonais-, HDL- ja LDL-kolesteroli sekä triglyseridit.

Syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ravitsemuskuntoutus sopii sekä avo- että osastohoitoon ja se nähdään osana kaikkien syömishäiriöiden hoitoa. On tiedossa, että aliravitsemustilan pitkittyminen on riski syömishäiriön kroonistumiselle, joten potilaan ravitsemustila tulee korjata mahdollisimman nopeasti. Ohjaus suunnitellaan yksilön tarpeiden mukaan yhteistyössä potilaan, omaisten ja hoitavan työryhmän kanssa. Ravitsemusohjauksessa ei suositella kuitenkaan tiukkoja hoitosopimuksia, ruoka-aineiden mittaamista tai energiamäärien laskemista.

Ravitsemusohjauksen ja siihen liittyvän yksilöllisen ateriasuunnitelman suositellaan pohjautuvan täsmäsyömiseen (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Täsmäsyöminen on riittävää, säännöllistä, monipuolista ja sallivaa syömistä. Syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ravitsemusohjauksen tukena voi käyttää ruokaa ja ruokakuvia mallina sopivien annosten hahmottamiseksi. Pääsääntöisesti säännöllinen ruokailurytmi ja monipuolinen perusruokavalio toimii hyvin normaalin syömisen mallina ahmintahäiriön ravitsemusohjauksessa. Ahmintahäiriötä sairastavan ruokavalion tulisi sisältää monipuolisesti erilaisia, myös runsasenergisiä, ruoka-aineita. Ruokavaliota täydennetään alkuarvioinnin pohjalta tarvittaessa vitamiini- ja kivennäisvalmisteilla sekä kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. Erityisesti ahmintahäiriöön liittyvissä vajaaravitsemustapauksissa tulee varmistaa, että ruokavalio sisältää ravitsemussuositusten mukaisen määrän D-vitamiinia ja kalsiumia osteoporoosin ehkäisemiseksi (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

Syömishäiriöitä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan motivoiva keskustelu on nähty lupaavana hoitokeinona ahmintahäiriön hoidossa. Myös ravitsemushoitoa voi toteuttaa motivoivan keskustelun avulla tai käyttää motivoivaa keskustelua sen tukena. Motivoivassa keskustelussa kohdataan potilas terapeuttisella tavalla ja lisätään potilaan muutosvalmiutta ratkaisten muutosta koskevia ristiriitoja. Motivoivan keskustelun avulla herätetään myös potilaan hoitomotivaatiota, mikä edesauttaa ja mahdollistaa tehokkaan hoidon käynnistämisen. Hoidon edetessä, motivoivan keskustelun on huomattu parantavan potilaan sitoutumista hoitoon. Motivoivan keskustelun tehokkuus perustuu potilaan muutoshalukkuuden löytämiseen yhdessä sekä potilaan kuuntelemiseen, jossa keskiössä on empatia, kannustus, kiinnostuksen osoittaminen sekä usko muutoksen mahdollisuuteen (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

### **3.3 Ravitsemushoito itsenäisenä hoitomuotona**

Ravitsemushoitoa itsenäisenä hoitomuotona ahmintahäiriön hoitomuodossa on tutkittu vähän. Alla esitellyt kolme tutkimusta antavat viitteitä ahmintahäiriön hoitoon sopivasta ruokavalion sisällöstä, yhdestä mahdollisesta uudesta menetelmästä puuttua ahmintakohtauksen kulkuun sekä hoidon räätälöinnin ja jatkamisen tärkeydestä vielä painonhallintaintervention jälkeenkin, jos ahmintatyypistä käyttäytymistä yhä esiintyy.

#### **3.3.1 Välimerellinen ruokavalio**

Bertoli ym. (2015) ovat tutkineet välimerellisen ruokavalion noudattamisen ja ahmintahäiriön kehittymisen yhteyttä. Bertolin ym. (2015) mukaan ahmintahäiriötä aiheuttavia tekijöitä ei vielä tunneta kovin hyvin. Koska välimerellisen ruokavalion on osoitettu vähentävän ahmintahäiriössä yleisesti esiintyviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita, he päättivät tutkia välimerellisen ruokavalion ja ahmintahäiriön välisiä yhteyksiä. Tutkittavina toimi 1831 satunnaisesti valittua henkilöä, jotka olivat hakeneet apua painonpudotukseen tai -hallintaan. Tutkimuksen mukaan välimerellisen ruokavalion noudattamisella ja ahmintahäiriön kehittymisellä on käänteinen yhteys. Tutkittavilla, jotka noudattivat välimerellistä ruokavaliota vahvimmin, oli tilastollisesti merkitsevästi pienentynyt todennäköisyys ahmintahäiriön diagnosoinnille kuin niillä, jotka noudattivat välimerellistä ruokavaliota heikoiten (Bertoli ym. 2015).

Yksittäisiä ruoka-aineita analysoidessa välimerellisessä ruokavaliossa tyyppillisellä oliiviöljyn ja pähkinöiden kulutuksella oli yhteys pienempään riskiin ahmintahäiriön kehittymiselle, kun taas voinin, kerman, makeisten, leivonnaisten ja kakkujen kulutuksella oli suurentunut riski ahmintahäiriön kehittymiselle (Bertoli ym. 2015). Ahmintahäiriön ja hedelmien, vihannesten tai viinin kulutuksen välillä ei yksittäisinä tekijöinä havaittu merkitsevää yhteyttä. Välimerellisestä ruokavaliosta yleisesti ottaen reilusti saatavat monitydyttymättömät rasvahapot oliiviöljystä ja kertatydyttymättömät rasvahapot kalasta ja pähkinöistä saattavat muokata aivojen serotoniinitoimintaa tavalla, joka vaikuttaa syömiskäyttäytymiseen. Bertolin ym. (2015) mukaan kuitenkin näyttäisi siltä, että ruokavalion kokonaisuuden merkitys on suurempi kuin minkään ruokavalion yksittäisen komponentin merkitys. Omega3-rasvahappojen ihanteellinen saanti yhdistettynä muiden tyydyttymättömien rasvahappojen saantiin sekä tyydyttyneiden rasvahappojen ja yksinkertaisten hiilihydraattien vähäiseen saantiin voi edistää terveellistä syömiskäyttäytymistä. Tutkimuksessa havaittiin johdonmukaisesti aikaisempien tutkimusten mukaan välimerellisellä ruokavaliolla olevan suojaava vaikutus masennukselle, joka on myös yleistä ahmintahäiriötä sairastavilla potilailla. Saatuihin tutkimustuloksiin tulee suhtautua varauksellisesti, sillä kyse on kliinisestä kokeesta. Tarvitaan lisätutkimusta, jotta hypoteesi välimerellisen ruokavalion ahmintahäiriön riskiä vähentävästä vaikutuksesta voidaan vahvistaa (Bertoli ym. 2015).

### 3.3.2 Peräkkäisahminta

Neveu ym. (2016) ovat tutkineet pilottitutkimuksessaan uuden terapeutin lähestymistavan ja hoitomuodon, peräkkäisahminnan (the sequential binge, SB), soveltuvuutta ahmintahäiriön hoitoon. SB:ta on kaavailtu erityisesti vaikeasta ahmintahäiriöstä kärsiville, jotka eivät ole hyötynet kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Peräkkäisahmintamenetelmä jaksottaa ahminnan peräkkäisiin jaksoihin ahminnan välissä pidettävien pienten taukojen avulla. Menetelmän avulla pyritään luomaan kyllästymisen tunnetta ahminnan kohteena olevaan ruokaan sekä kääntämään kognitiivinen kontrolli pois ahminnan rajoittamisesta. Muista tunnetuista hoitomuodoista poiketen SB keskittyy työstämään prosesseja, jotka ilmaantuvat nimenomaan ahmintakohtauksen aikana. Prosesseja ovat eksessiivinen ruoan nauttiminen, joka väliaikaisesti vähentää halua syödä kyseenomaisia ruokia kylläisyysignaalin antamien merkkien mukaisesti sekä suunnitelmallisuuden ja muiden kontrollointikykyjen käyttö ahminnan aikana käytettävien ahmintaruokien vetovoimaisuuden vähentämiseksi pitkäaikaisesti. Lisäksi prosesseja, joita työstetään ovat yleinen kontrollin menettämisen tunne ahminnan loppupuolella, mikä on keskeinen tekijä eksessiivisessä ruoan nauttimisessa sekä

myös tunnetekijä, joka vahvistaa jälkikäteen ahminnan kohteena olevien ruokien rajoittamista kohtausten välillä (Neveu ym. 2016).

SB:ssa potilaan normaalisti ahmintakohtauksen aikana syövä ruoka jaetaan pienempiin osiin ja joukkoon lisätään pieniä toistuvia taukoja (Neveu ym. 2016). Ahmintaan valituille ruoille tai mahdollisille kompensatiokeinoille ei ole asetettu rajoitteita, ainoastaan siis keskitytään ahminnan jaksottamiseen peräkkäisiin jaksoihin, ja jaksottaisuus tehdään uudestaan jokaiselle uudelle ahmintakohtaukselle erikseen. Verrattuna siis tavalliseen ahmintakohtaukseen, SB:ssa ainoastaan ruoan syöntitapaa ahminnan aikana on pyritty muuttamaan. Tällöin potilaat keskittyvät päämäärään, joka ei liity ahminnan kohteena olevan ruoan rajoittamiseen laadultaan tai määrältään, vaan ajallisiin taukoihin ahminnan aikana. Taukojen tavoitteena on harjoittaa potilasta vähentämään vallalla olevaa, pakottavaa ruoansyöntirefleksiiä (Neveu ym. 2016).

SB:n lyhytaikaisia vaikutuksia ovat ruoan vähäisempi kulutus ahmintakohtauksen aikana sekä pidempi ahminnasta pidättäytymisen jakso ahmintakohtausten välillä (Neveu ym. 2016). Huomattiin myös, että mitä vähemmän potilas söi ahmintakohtauksen aikana, sitä pidempi oli ahmintakohtausten välinen tauko. SB:n käyttö hoitomuotona vaikean ahmintahäiriön hoidossa vaikuttaa lupaavalta myös pitkäaikaisten vaikutusten osalta. 47 prosentilla tutkittavista ei esiintynyt ahmintaa 16 viikon kokeen jälkeisinä seuraavana 4 viikkona. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan tulevaisuudessa hoitomuodon tulosten vahvistamiseksi.

### 3.3.3 Painonhallintainterventio

Pacanowski ym. (2014) tutkivat kahden vuoden ajan ahmintakäyttäytymisen ja painonhallinnan yhteyttä. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, jossa toisessa tutkittavat toteuttivat painonhallintaintervention itseohjautuvasti, ja toisessa tutkittavat toteuttivat painonhallintaintervention ohjatusti. Pacanowskin ym. (2014) hypoteesina oli, että ahmintakäyttäytymisestä tutkimuksen alussa raportoivien tutkittavien paino nousee takaisin voimakkaammin kuin tutkittavien, jotka eivät raportoineet ahmintakäyttäytymisestä. Linjassa hypoteesin kanssa huomattiin, että huolimatta interventiotyypistä, ahminnasta raportoineiden tutkittavien painon takaisinnousu oli voimakkaampaa kuin siitä raportoimattomien.

Pacanowskin ym. (2014) mukaan merkittävä määrä painoansa pudottaneista painonhallitsijoista kärsii ahmintahäiriölle tyypillisistä oireista, mikä viittaa siihen, että ahmintaoireilu on merkittävä negatiivisesti painonhallintaan vaikuttava tekijä. Pacanowskin ym. (2014) mukaan

tulevaisuudessa on tarve räätälöidyille hoidoille yksilöille, jotka ovat onnistuneet pudottamaan painoaan, mutta kärsivät yhä ahmintahäiriön kaltaisista oireista.

### **3.4 Ravitsemushoito ja kognitiivinen käyttäytymisterapia**

Kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioral therapy, CBT), tavoitteena on vahvistaa potilaiden itseisarvon tuntemusta sekä heikentää tarvetta jatkuvasti kontrolloida ruoansaintia, painoa ja vartaloa ulkonäöllisesti (Mathisen ym. 2017). Lisäksi CBT:n tavoitteina ovat syömishäiriöisen haitallisten uskomusten ja ajatusten tunnistaminen ja muokkaaminen sekä niiden korvaaminen vaihtoehtoisilla, toipumista tukevilla ajatusmalleilla yhdessä käyttäytymisterapeuttisten menetelmien kanssa (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). CBT toteutetaan usein itsehoitona ja sen nähdään sopivan erityisesti ahmintahäiriötä sairastavien hoidoksi. CBT:n itsenäisessä toteutuksessa potilas seuraa esimerkiksi internetpohjaista itsehoito-ohjelmaa tai toteuttaa hoitoa itsehoito-oppaan avulla. Ohjatussa CBT:n toteutuksessa hoitohenkilö seuraa terapian edistymistä ja tapaa potilasta tarvittaessa hyvinkin säännöllisesti. Sekä itsenäinen että ohjattu CBT hoitokeinona saattaa vähentää ahmintaa, jos verrataan hoidon tuloksia hoitoa saamattomiin (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014).

CBT on tutkimusten perusteella osoittanut vähentävän ahmintakohtausten määrää, edistävän psykologista toimintaa ja saavuttavan vapauden ahminnasta kokonaan noin 50 prosentilla potilaista (Masheb ym. 2016). Kognitiivisen käyttäytymisterapian yhteydessä on yleensä huomattu ongelmalliseksi potilaan painon pysyminen samana, jolloin painoon liittyvät itsetunto- ja terveysongelmat säilyvät. Masheb ym. (2011 & 2016) ovat toteuttaneet kaksi tutkimusta, jossa he ovat tutkineet ravitsemusohjauksen yhdistämistä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan. Masheb ym. (2011 & 2016) tutkimuksessa tutkittavat jaettiin ravitsemusohjauksen osalta kahteen ryhmään. Ensimmäisessä kognitiivisen käyttäytymisterapian ja energiatiheydeltään alhaisen ruokavalion yhdistävässä ryhmässä (CBT plus low Energy Density diet, CBT+ED) tutkittavat saivat CBT:n lisäksi ohjausta energiatiheydeltään alhaisesta ruokavaliosta, jossa keskityttiin runsaasti vettä ja kuitua sisältävien ruokien nauttimiseen sekä rasvan määrän vähentämiseen. Lähestymistavassa tutkittava söi mahdollisesti näennäisesti enemmän, mutta energiamäärältään vähemmän. Toisessa kognitiivisen käyttäytymisterapian ja yleisen ravitsemusohjauksen (CBT plus General Nutrition counseling, CBT+GN) yhdistävässä ryhmässä annettiin yleistä ravitsemussuositukseen pohjautuvaa ravitsemusohjausta.

Ensimmäisessä tutkimuksessaan Masheb ym. (2011) arvioivat satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa CBT+ED:n vaikutusta painonpudotukseen potilailla, jotka saivat myös CBT:ta hoitona. Tutkijat eivät huomanneet merkittäviä eroja ryhmien (CBT+ED & CBT+GN) välillä painonlaskussa tai ahminnan vähenemisessä. Merkittäviä eroja ryhmien välillä ei myöskään ollut vyötärönympäryksen, verenpaineen tai kokonaiskolesterolin muutoksissa. Kaikissa edellä mainituissa molemmat hoitomuodot kuitenkin tuottivat edullisia ja tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Tilastollisesti merkitseviä eroja kuitenkin esiintyi ravitsemuksellisissa ja metabolisissa muutoksissa, sillä energiatiheydeltään alhaista ruokavaliota, eli CBT+ED:ta, noudattavat tutkittavat nauttivat selkeästi enemmän energiatiheydeltään vähäisempiä ruokia sekä enemmän hedelmiä ja kasviksia. Masheb ym. (2011) arvioivat, että lihaville ahmintahäiriötä sairastaville erityisesti CBT+ED voisi olla hyvä hoitomuoto, sillä se näyttäisi tehostavan pelkän CBT:n hoitovastetta, sillä on metabolisesti edullisia vaikutuksia ja, koska se saattaisi pudottaa painoa pitkällä tähtäimellä. Masheb ym. (2011) mukaan tutkimus antaa vahvan viitteen siitä, että ravitsemushoito yleisesti, ja erityisesti energiatiheydeltään alhaisen ruokavaliion noudattaminen, yhdistettynä CBT:hen vaikuttaa positiivisesti ahmintahäiriön hoitovasteeseen ja useampiin positiivisiin muutoksiin potilaan terveyden kannalta.

Toisessa tutkimuksessaan Masheb ym. (2016) tutkivat, onko ahminnan kokonaan lopettaminen yhteydessä energiatiheydeltään alhaiseen ruokavaliioon. Masheb ym. (2016) tekemän tutkimuksen mukaan ravitsemusohjauksen lisääminen CBT:n rinnalle vähensi merkittävästi energian ja makroravintoaineiden sekä sokerin saantia ja lisäsi hedelmien kulutusta. Myös painoindeksissä tapahtui merkitseviä muutoksia tutkittavilla molemmissa ryhmissä. Kokonaan ahminnan lopettaneet nauttivat keskimäärin 400 kaloria vähemmän päivässä sekä heillä oli selkeämpää ja merkitsevämpää edistystä psykologisessa toiminnassa, paremmassa ruokavaliossa ja painonhallintaa tukevassa toiminnassa kuin heillä, jotka yhä joskus kärsivät ahmintakohtauksista. Tutkimuksessa saadut tulokset antavat viitteitä siitä, että hoidoissa tulisi pyrkiä lopettamaan ahminta kokonaan. Ahminnan lopettaminen kokonaan voi olla siis kriittinen piste ja tavoite ahmintahäiriön hoidossa. Masheb ym. (2016) tekemien johtopäätösten mukaan ravitsemushoito saattaa tukea hyvin CBT:ta, erityisesti, jos toteutetaan seurantakäyntejä vielä intensiivisen hoidon loppumisen jälkeen. Myös Mathisen ym. (2017) tutkimusnäyttöä siitä, että ravitsemushoito tukee hyvin CBT:ta, löytyy, vaikka tutkimuksissa ei ole saatu selkeitä viitteitä siitä, että ravitsemushoito yksinään riittäisi ahmintahäiriön hoidoksi. On hyvä kuitenkin huomioida, että myöskään Mashebin ym. (2016) jälkimmäisessä tutkimuksesta saatujen tulosten osalta CBT+ED- ja CBT+GN -ryhmien välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitseviä

eroja, vaikka tulokset CBT+ED:n osalta olivatkin jonkin verran parempia. Näin ollen, lisää tutkimusta tarvitaan, jotta tunnistetaan ruokavaliossa tapahtuneiden muutosten todellinen aikaansaaja ja paras mahdollinen ravitsemusohjauksen muoto. Tulevaisuudessa tulee myös poissulkea CBT:n itsenäinen vaikutus, joten seuraaviin tutkimuksiin kehoitetaan ottamaan erilliseksi kontrolliryhmäksi pelkästään CBT:ta saavat.

### **3.5 Ravitsemushoito osana moniammatillista terapiaa**

Moniammatillisissa terapioida ahmintahäiriön hoidossa on vähän tutkimustietoa, mutta muun muassa Leite ym. (2017) toteuttivat tutkimuksen, jossa testattiin monitieteellisen terapian tehokkuutta ahmintahäiriön sekä metabolisen oireyhtymän (metabolic syndrome, MeTS) oireiden vähentämisessä. Useimmiten tutkimuksen alla on ollut joko ravitsemushoidon tai fyysinen aktiivisuuden lisäämisen sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistelmä. Leite ym. (2017) ovat tutkimuksessaan kuitenkin yhdistäneet moniammatillisesti useita osa-alueita: fyysisen harjoittelun, fysioterapian, ravitsemusohjauksen sekä psykologisen ohjauksen. Terapia kesti 32 viikkoa, sisältäen viikoittain kolme kahden tunnin tapaamista, joissa ensimmäinen tunti koostui liikunnasta ja toinen tunti vaihtelevasti terapian muista osa-alueista. Tutkittavien terveydentila arvioitiin terapian alussa ja lopussa erilaisin mittarein.

Ravitsemushoito suunniteltiin ja toteutettiin ravitsemusterapeuttien toimesta (Leite ym. 2017). Ravitsemushoidon tavoitteena oli edistää terveellisiä syömistapoja lisäämällä tutkittavien ravitsemustietoutta. Ohjauksessa käytiin läpi muun muassa ruokapyramidia, pakkausselosteita, trendidieettejä, ravitsemuksellisesti terveellisiä ruokavalintoja sekä hyviä toimintatapoja ravitsemuksellisesti erityisissä tilanteissa. Lisäksi ravitsemusohjauksen avulla pyrittiin lisäämään tutkittavien tietoa ruoasta käytännön tasolla opettelemalla laboratorio-olosuhteissa sopivia annoskokoja, kokkausmetodeja, terveellisiä reseptejä sekä ruoan kokonaisvaltaista käyttöä, jotta tutkittavien itsenäisyys ruoankäytössä lisääntyisi. Tutkittavia ohjattiin myös, jokaisen tutkittavan terveydentila yksilöllisesti huomioiden, energiansaannin kohtuulliseen vähentämiseen. Painonpudotusta koskien pyrittiin pitkäaikaisiin tuloksiin menettämättä lihaskudosta. Leite ym. (2017) toteuttama moniammatillinen terapia laski kokonaisenergiansaantia vähentämällä tutkittavien hiilihydraattien ja rasvojen saantia. Vastaavasti proteiinin saanti ei tutkittavilla muuttunut, mutta natriumin saanti oli vähentynyt. Edellä luetellut muutokset makroravinteiden ja natriumin saannissa ovat saattaneet vaikuttaa positiivisesti ahminnan vähenemiseen, sillä Leiten ym. (2017) mukaan joitain viitteitä on siitä, että rasvan, sokerin ja suolan saanti voi laukaista ahmintaoireita ja mahdollisesti johtaa

ahmintahäiriöön, vaikka yleisesti ottaen on vielä epäselvää, mitkä tekijät ahmintahäiriön aiheuttajina toimivat. Ravitsemusohjauksen tuloksena tutkittavien paino laski asteittain.

Leite ym. (2017) mukaan tutkimuksen tavoitteena oli arvioida pitkäaikaisen moniammatillisen terapian vaikutuksia ylipainoisen tutkimusväestön BED-oireisiin sekä metabolisen oireyhtymän riskitekijöihin. Lisäksi tavoitteena oli mitata tutkittavien makroravinteiden ja natriumin kulutuksen muutoksia suhteessa BED- ja MeTS-oireiden muutoksiin. BED-oireita mitattiin syömistapakyselyn avulla (binge eating scale, BES). Ennen terapian alkua 33,3 prosenttia tutkittavista luokiteltiin keskivakavasta ahminnasta kärsiviksi. Terapian jälkeen heistä jokainen luokiteltiin BES-luokituksen mukaan BED-oirevapaiksi. Huomattiin myös, että terapian tuloksena kaikkien ahmijoiden, eli sekä keskivakavasta että vakavasta ahmintahäiriöstä kärsivät yhteenlaskettuna, ahmintakohtausten määrän keskiarvo laski. Moniammatillinen terapia vähensi myös tutkittavien painoa ja painoindeksiä. Metabolista syndroomaa ilmentäviä mittareita tarkastellen terapia vähensi merkitsevästi tutkittavien vyötärön- ja lantionympärysmittoja sekä systolista verenpainetta ja vastaavasti nosti HDL-kolesterolin tasoja. Tutkimuksen tuloksena Leite ym. (2017) löysivät kohtalaisen positiivisen yhteyden BED-oireiden ja kokonaisrasvamassan välillä terapian jälkeen, mikä saattaa viitata siihen, että korkea BES-luokitus on yhteydessä korkeaan kehon rasvamassaan. Positiivinen korrelaatio löydettiin myös BED-oireiden ja veren rasvahappojen määrän välillä, kun taas vastaavasti negatiivinen korrelaatio esiintyi HDL-kolesterolin ja BED-oireiden välillä. On hyvä ottaa huomioon, että edellä mainitut tekijät ovat metabolisen oireyhtymän mittareita. Metabolinen syndrooma laski tutkimuksen aikana 75 prosentin osuudesta 45,8 prosentin osuuteen osallistujista. Kaiken kaikkiaan, moniammatillinen terapia vähensi sekä ahmintahäiriön että metabolisen oireyhtymän ilmentymistä tutkitussa ryhmässä ja tutkijat vahvistivat hypoteesinsa, jonka mukaan pitkäaikainen moniammatillinen terapia vähentää BED-oireita ja metabolisen oireyhtymän esiintyvyyttä liikalihavien aikuisten keskuudessa. Leite ym. (2017) mukaan tutkimus antaa viitteitä siitä, että moniammatillinen terapia sopii ahmintahäiriön hoitomuodoksi niin kliinisissä kokeissa kuin julkisessa terveydenhuollossa sovellettavaksi.

PED-t (Physical Exercise and Dietary therapy) hoitomuotoa tutkivassa tutkimuksessa on yhdistetty kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan fyysinen aktiivisuus sekä ravitsemushoito. Mathisen ym. (2017) mukaan näiden lähestymistapojen terapeuttiset vaikutukset ovat huomioitu aikaisemmin itsenäisesti, mutta niiden yhdistämistä ja hoitovasteen lisäävää vaikutusta ahmintahäiriön hoidossa ei ole aikaisemmin testattu. Tutkimuksessa toinen ryhmä

sai PED-t:n mukaista hoitoa ja kontrolliryhmä pelkkää CBT:n mukaista hoitoa. Ohjatun fyysisen harjoittelun arvioidaan lisäävän negatiivisten tunteiden hallitsemista. Tutkimuksesta julkaistaan tulokset myöhemmin, mutta tulosten rinnalle toteutetun hoitomuotoa koskevan kyselytutkimuksen mukaan potilaat kokivat PED-t hoitomuodon hyödylliseksi ja hoitomuoto sai monella tapaa positiivisen vastaanoton (Pettersen ym. 2017). Ryhmälle ohjattu fyysinen liikunta koettiin muun muassa palkitsevaksi, itsetuntoa edistäväksi ja auttavan oman kehon kuuntelun oppimisessa. Ravitsemusohjauksen sitä vastoin koettiin lisäävän faktatietämystä ravitsemuksesta ja energiantarpeesta, vähentävän pelkoa ruoasta sekä auttavan ahminnan laukaisevien tekijöiden tunnistamisessa. Tutkimuksessa mukana olleet ja jälkikäteen haastatellut potilaat ovat kehottaneet hoitomuodon jalkauttamista laajemmalle. Kritiikin mukaan hoitoa tulisi kehittää siten, että se loppuu pikkuhiljaa eikä niin sanotusti kuin seinään, kuten tässä pilottitutkimuksessa. Osa tutkittavista kaipasi myös pidempää hoitojaksoa nyt toteutetun intensiivisen 16 viikon hoitojakson sijaan. Mathisen ym. (2017) mukaan PED-t on terapiamuoto, joka voitaisiin toteuttaa esimerkiksi laillistettujen ravitsemusterapeuttien toimesta.

### **3.6 Ravitsemushoito ja lääkehoito**

Perinteisesti lääkehoitoa kokeillaan vasta, kun on todettu ravitsemushoidon tai psykoedukaation olleen riittämätön ahmintahäiriön hoidossa (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Yleisesti ottaen lääkehoidon teho ahmintahäiriön hoidossa on tutkimusten pohjalta vähäinen eikä se lisää psykoterapian tehoa, joten sitä ei suositella ahmintahäiriön rutiininomaiseen hoitoon. Syömishäiriöitä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan lääkehoidosta saattaa olla apua ahmintahäiriön hoidossa joissain tapauksissa.

Lääkehoidon on huomattu voivan lyhytkestoisesti vähentää ahmintaa (Syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus 2014). Tutkituin lääke, josta jotkut potilaat ovat saattaneet hyötyä ahmintaa vähentävästi on SSRI-lääke fluoksetiini 60 milligramman vuorokausiannoksena. Epilepsialääke topiramaatti 300–600 milligramman vuorokausiannoksena saattaa ylipainoisella potilaalla vähentää ahmintaa ja laskea painoa. Haittavaikutukset estävät kuitenkin topiramaatin annoksen suurentamiseen yli 200 milligramman vuorokausiannokseen.

Reas ja Grilo (2014) ovat arvioineet eri lääkehoitojen tehokkuutta ahmintahäiriön hoidossa. Todisteita lääkehoitojen tehokkuudesta ahmintahäiriön hoidossa on vähän ja erityisesti pitkäaikaisia tutkimuksia tarvitaan lisää. Tutkimuksissa tarkastelun alla olleet lääkeryhmät

olivat masennuslääkkeet, joista tunnetuimpana fluoksetiini, ja epilepsialääkkeet, joista tunnetuimpana topiramaatti sekä laihdutuslääkkeet. Lisäksi mukana tarkastelun alla oli joitain yksittäisiä tutkimuksia koskien riippuvuus-, mielihalu- ja ADHD-lääkkeitä. Jotkin lääkkeet ovat kokeissa vähentäneet hetkellisesti ahmintaa hieman tehokkaammin kuin lumelääkkeet, mutta pitkäaikaisista vaikutuksista ei ole tutkimustietoa. Vuonna 2015 FDA hyväksyi ensimmäiselle lääkkeelle, lisdexamfetamine, LDX:lle, luvan keskivaikeasta vaikean ahmintahäiriön hoitoon. LDX on tarkoitettu ahmintaa vähentäväksi lääkkeeksi. Sillä on myös kokeissa huomattu painoa pudottavia vaikutuksia, mutta sitä ei suositella suoranaisesti painonpudotuslääkkeenä, sillä sen turvallisuutta lihavuuden hoidossa ei ole tutkittu vielä tarpeeksi. Reas ja Grilon (2015) mukaan tutkituista lääkkeistä muilla kuin topiramaatilla, jolla on vaikutuksia sekä ahmintaan että painoon positiivisesti, ei ole havaittu merkittäviä painoa alentavia vaikutuksia. On kuitenkin hyvä huomioida, että uusia lihavuutta hoitavia laihdutuslääkkeitä tulee markkinoille usein, mutta niiden tehokkuutta ei ole juurikaan ole vielä testattu BED:n hoidossa.

Reas ja Grilo (2014) huomasivat, että psykologisten interventioiden sekä psykologisten ja lääkkeiden interventiot olivat tehokkaampia ahminnan hoidossa kuin lääkehoito yksinään. Lääkehoidon ja psykologisten interventioiden yhdistäminen ei merkittävästi vähennä ahmintaoireita pelkkään psykologiseen interventioon verrattuna, mutta joidenkin lääkkeiden lisääminen hoitoon parantaa kohtuullisesti painonpudotusta hoidon yhteydessä.

Vaikka tutkimuksia lääke- ja ravitsemushoidon yhdistämisestä ei löytynyt, ravitsemushoitoa toteuttaessa tulee ottaa huomioon potilaan mahdollisesti käyttämät lääkkeet (Viljanen ym. 2005). Kuten tiedetään, ahmintahäiriötä sairastavalle on sairauden myötä voinut kehittyä lääkehoitoa vaativia oheissairauksia, kuten insuliinia vaativa diabetes tai lääkehoitoa vaativa metabolinen oireyhtymä tai masennus. Ravitsemushoidossa on hyvä ottaa huomioon potilaan lääkehoito ja se, miten käytetyt lääkkeet voivat sivuvaikutusten kautta vaikuttaa potilaan syömiskäyttäytymiseen tai painoon. Esimerkiksi jotkin masennuslääkkeistä voivat nostaa ruokahalua, joten niitä tulisi ahmintahäiriön hoidon aikana välttää (Viljanen ym. 2005).

#### 4. POHDINTA

Ahmintahäiriöstä ja erityisesti sen hoidosta on vielä suhteellisen vähän tutkimuksia. Erityisesti ravitsemushoidosta ahmintahäiriön hoitomuotona löytyy rajallisesti tutkimuksia. Tähän kirjallisuuskatsaukseen pyrittiin siitä huolimatta keräämään mahdollisimman laaja kirjo ravitsemushoitoa käsitteleviä tai sivuuttavia tutkimuksia kattavan katsauksen kokoamiseksi aiheesta. Osa tässä kirjallisuuskatsauksessa mukana olevista tutkimuksista ovat ensimmäisiä laatuaan. Näitä valittiin mukaan, jotta kirjallisuuskatsaus antaa ajankohtaista tietoa ahmintahäiriötä koskevan hoidon kehityssuunnista. Osaltaan uudet näkökulmat haluttiin mukaan myös siitä syystä, että ahmintahäiriön hoitovaste perinteisillä tavoilla hoidettuna on niin alhainen, että uusille hoitomuodoille on todellinen tarve. Kirjallisuuskatsauksessa esiteltyjä tuloksia tulee kuitenkin tarkastella varauksella ja pitää mielessä, että tulosten vahvistamiseksi tarvitaan vielä lisätutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksessa mukana olleiden tieteellisten artikkeleiden perusteella voidaan todeta, että ahmintahäiriö on yleisempi sairaus ja kansanterveydellinen ongelma kuin aikaisemmin on osattu kuvitella. Siten terveydenhuollossa tulee tulevaisuudessa panostaa sen parempaan tunnistamiseen, diagnosointiin ja hoitoonohjaukseen. Ahmintahäiriössä on kyse mittavasta kansanterveydellisestä ja -taloudellisesta ongelmasta, joten parempia strategioita kyseenomaisen sairaiden hoitoon tarvitaan ympäri maailman. Esimerkiksi Reas ja Grilo (2015) toteavat olevan ristiriitaista, kuinka maailmanlaajuisesti yleinen ja kansanterveydellisesti merkittävä sairaus BED on, mutta samalla, kuinka vähän sitä on tutkittu ja, siten kuinka vähän tutkimustietoa siihen liittyvästä lääkehoidosta ja hoidosta ylipäänsä löytyy.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastelluissa tutkimuksissa tutkittavat olivat pääosin naisia, kuten liitteestä 1. voidaan todeta. Osassa tutkimuksessa tutkittavina oli jopa ainoastaan naisia, vaikka miehilläkin ahmintahäiriö on yleistä. Maailmanlaajuisesti arviolta 2 prosenttia miehistä sairastaa ahmintahäiriötä (Hudson ym. 2007). Viljasen ym. (2005) mukaan ahmintahäiriötä sairastavien miesten osuus on korkeampi kuin muissa syömishäiriössä. Näin ollen, olisi varteenotettavaa tutkia myös ahmintahäiriötä sairastavia miehiä enemmän.

Tarkastelluista tutkimuksista löytyi paljon yhteisiä johtopäätöksiä. Näyttää siltä, että hoitoon olisi tärkeää päästä entistä aikaisemmin ja ahmintahäiriön tunnistamiseen olisi kiinnitettävä tarkemmin huomiota terveydenhuollon vastaanotolla. Lihavuuden takia terveydenhuollon hoidon piiriin hakeutuvilta tulisi aina poikkeuksetta sulkea pois ahmintahäiriön mahdollisuus

esimerkiksi erilaisin seuloin ja kyselyin, jotka esiteltiin luvussa 1. Terveystieteiden henkilöstön aktiivinen ote ahmintahäiriön tunnistamisessa on tärkeää, sillä ahmintahäiriötä sairastava ei monestikaan kerro oireistaan vastaanotolla itse, muun muassa häpeän ja syyllisyyden tunteista johtuen. Ahmintahäiriön tunnettuus on suhteellisen vähäistä verrattuna muihin syömishäiriöiden tavallisemmin tunnettuihin muotoihin, kuten anoreksiaan, bulimia nervosaan ja ortoreksiaan. Pahimmillaan oireilun tunnistamatta jättäminen vastaanotolla voi johtaa laihdutusohjeiden jakamiseen, ja siten ahmintahäiriötä ylläpitävän noidankehän vahvistamiseen. Myös monella normaalipainoisella voi olla ahmintahäiriö, joten on siis varsin perusteltua pohtia, miten heidät tunnistettaisiin ja saataisiin hoidon piiriin aikaisemmin. Ahmintahäiriössä yleensä ylipaino kehittyy vasta pitkäaikaisen sairastamisen tuloksena ja aikainen toteaminen parantaisi paranemismahdollisuuksia. Myös syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan hoitoon pääsy varhaisessa vaiheessa sekä hoidon aktiivinen ote parantavat toipumisen ennustetta. Lähes jokaisessa mukana olleessa tutkimuksessa havaittiin ahminnan kokonaan lopettamisen olevan merkittävää parantumisen ja hoidon onnistumisen kannalta. Näin ollen on perusteltua, että ahmintahäiriön hoitoa tulisi jatkaa, kunnes potilas on täysin vapaa ahmintakohtauksista.

Ahmintahäiriötä aiheuttavia tekijöitä ei juurikaan tutkimuksissa tullut esille. Myöskään Bertolin ym. (2015) mukaan vielä ei juurikaan löydy tutkimuksia ahmintahäiriötä aiheuttavista tekijöistä tai tuloksia ei voida yleistää tutkimusten vähyden takia ja siitä syystä, että tutkimukset ovat toteutettu hyvin erilaisilla diagnostisilla menetelmillä ja kriteereillä. Atiye ym. (2015) ovat toteuttaneet meta-analyysin eri syömishäiriöille ominaisista temperamenttipiirteistä. Tutkimuksen mukaan ahmintahäiriötä sairastavia lukuun ottamatta kaikkia muita syömishäiriömuotoja sairastavilla osoittautui kontrolliryhmiin verrattuna olevan vahvempi taipumus sisukkuuteen ja sinnikkyYTEEN viittaaviin temperamenttipiirteisiin (Atiye ym. 2015). Ahmintahäiriössä on usein kyse kontrollin menettämisestä ja siitä aiheutuvista vahvoista syyllisyyden ja häpeän tunteista, joten itsekontrollin vahvistamisesta ja toisaalta sallivuuden tunteiden harjoittamisesta voisi ahmintahäiriön hoidossa olla hyötyä.

Tässä työssä tarkoituksena oli tarkastella ravitsemusterapeutin toteuttamaa ravitsemushoitoa osana tai itsenäisenä ahmintahäiriön hoitomuotona. Monissa tutkimuksissa, suomalaisessa syömishäiriötä koskevassa Käypä hoito -suosituksessa sekä ravitsemushoitoa koskevissa oppaissa ja kirjoissa on tapana käyttää termejä ravitsemushoito, ravitsemusohjaus ja ravitsemuskuntoutus vaihdellen, jopa limittäin selittämään samaa asiaa. Termistön kirjo ei siis ole yksiselitteinen, ja siten myös tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkasteluun otettiin

tutkimuksia, joissa termeinä käytettiin ravitsemusohjausta tai ravitsemuskuntoutusta. Tällöin termi kirjallisuuskatsauksessa kuitenkin pidettiin ravitsemusohjauksena tai ravitsemuskuntoutuksena eikä sitä muutettu ravitsemushoidoksi. Loppujen lopuksi monissa tutkimuksissa jäi epäselväksi, oliko ravitsemusterapeutti sekä suunnitellut että toteuttanut ravitsemushoidon, -ohjauksen tai -kuntoutuksen vai oliko ravitsemusterapeutti ainoastaan suunnitellut sisällön ja ohjauksen toteuttanut esimerkiksi sairaanhoitaja. Tutkimukset hyväksyttiin tästä huolimatta mukaan tarkasteluun, sillä näin saattaa käytännön tasolla hoidossakin tapahtua.

Ahmintahäiriön ravitsemushoitoon kuuluvaa ohjausta saatetaan antaa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä kolmannen sektorin toimipaikoissa. Yleisesti ottaen perusterveydenhuollossa käytetään usein nimikettä asiakas, erikoissairaanhoidossa potilas ja kolmannen sektorin paikoissa nimikettä asiakas tai esimerkiksi kuntoutuja. Syömishäiriöitä koskevassa Käypä Hoito -suosituksessa ahmintahäiriöisestä käytetään termiä potilas. Monet ahmintahäiriöistä kärsivät henkilöt ovat kuitenkin täysin toimintakykyisiä sekä normaalisti kiinni työ- ja arkielämässä, joten vastaanotolla voi olla hyvä tapauskohtaisesti pohtia, olisiko asiakas paremmin käytettäväksi soveltuva nimike kuin potilas.

Kuten Mathisen ym. (2017) myös toteavat, tutkimusten mukaan uudet hoitomuodot ovat usein osoittautuneet kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioral therapy, CBT) kanssa yhtä tehokkaiksi psyykkisiä oireita ja käyttäytymistä edulliseen suuntaan ohjatessa, mutta paremmiksi somaattisia oireita ja fyysistä kuntoa edistävinä. Näin ollen eri hoitomuotoja yhdistävät moniammatilliset terapiat saattavat edistää ahmintahäiriötä sairastavan elämänlaatua laajemmilta osin kuin kognitiivinen käyttäytymisterapia yksinään. On tutkittu, että CBT:sta aikaisin pois pudonneet ovat usein lähteneet motivaation tai itseluottamuksen puutteen vuoksi. Motivaation tai itseluottamuksen puutteen taas on raportoitu johtuvan potilaiden epäonnistuneesta hoitoon sitoutumisesta tai fyysisessä olomuodossa tapahtuvien tulosten puutteesta. Erityisesti painonpudotusta koskien potilaalla on saattanut alun perin olla odotuksia (Mathisen ym. 2017). Myös Leite ym. (2017) mukaan holistinen kokonaisvaltainen lähestymistapa ahmintahäiriöön liittyvän lihavuuden hoitoon on osoittautunut hyödylliseksi. Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan ahmintahäiriön hoidon tueksi suositellaan kuntouttavaa liikuntaa, huolimatta siitä, että luotettavaa tutkimusnäyttöä asiasta ei juurikaan vielä ole. Liikunnan nähdään tukevan ahmintahäiriöisen painonhallintaa ja sen arvioidaan saattavan lisätä hoitomyönteisyyttä ja hyvinvointia. Neveu ym (2016) mukaan syyksi siihen, ettei CBT:n jälkeen potilaan paino muutu, on ehdotettu, että ahminta jatkuu ahmintakohtausten

sijaan pitkin päivää, eli käytännössä syöty ruokamäärä pysyy samana ja mahdollisesti yhtä epäterveellisenä. Näin ollen on perusteltua ottaa ravitsemushoito vähintäänkin CBT:n tueksi ahmintahäiriön hoidossa. Ravitsemushoitoa voisivat toteuttaa laillistetut ravitsemusterapeutit. Kaiken kaikkiaan, ahmintahäiriön hoidossa korostuu siis moniammatillinen hoito, ja moniammatillisten tiimien muodostaminen potilaiden hoidossa voi olla ratkaisevaa. Ohjatun fyysisen aktiivisuuden ja ravitsemuksen avulla voisi mahdollisesti lisätä potilaan tuntemusta siitä, että ohjat ovat hänen omassa käsissään, ja vähentää siten hoidon keskeyttämistä ennenaikaisesti. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan edellä mainittujen hypoteesien vahvistamiseksi.

Ravitsemushoidon osalta on perinteisesti käyty paljon keskustelua siitä, tulisiko ahmintahäiriön hoito aloittaa ravitsemushoidolla ja korjata ravitsemustila ennen muun hoidon aloittamista, tulisiko ravitsemushoito toteuttaa samanaikaisesti muun hoidon tukena vai tulisiko ravitsemukseen kiinnittää huomioita vasta muun hoidon jälkeen, kun ahmintahäiriötä sairastavan ajatusmallit on saatu korjattua. Erityisesti ahmintahäiriötä sairastavan painonhallinnan kohdalla on vallalla ristiriitaisia ajatuksia. Viimeisempien tutkimustulosten viitteellä voidaan sanoa, että ravitsemushoidon aloittaminen heti ja jatkaminen samanaikaisesti mahdollisen muun hoidon ohella voi tukea toipumista.

Ravitsemushoitoa tulisi toteuttaa myötätuntoisesti ja lempeästi vastapainona asiakkaan mahdollisesti vahvoillekin itsesyytöksille. Syömishäiriötä koskevassa Käypä hoito -suosituksessa (2014) tuotiin esiin muun muassa mindfulness ahmintahäiriön hoitoa tukevana menetelmänä. Myös ravitsemusterapeutit voivat vastaanotolla toteuttaa ravitsemusohjausta motivoivan keskustelun sekä, esimerkiksi, mindfulnessiin pohjautuvien keinojen avulla. Mindfulnessin, eli hyväksyvän tietoisien läsnäolon harjoittelun arvioidaan syömishäiriötä koskevan Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan olevan käyttökelpoinen hoitomuoto erityisesti ahmintahäiriön hoidossa. Alustavien tutkimustulosten perusteella arvioidaan mindfulnessin saattavan lievittää ahdistusta, joka syömishäiriöpotilailla liittyy syömiseen ja syömishäiriöoireiluun, sekä edistää toipumista helpottamalla mielihaluja ja ahmintayllykkeiden säätelyä sekä erilaisia tunnetiloja. Mindfulness saattaisi auttaa ahmintahäiriötä sairastavaa tunnistamaan myös nälkään ja kylläisyyteen liittyviä kehon tuntemuksia sekä lisäävän sallivuuden tunteita itsensä suhteen. Näin ollen, mindfulness voisi olla varteenotettava menetelmä ravitsemushoidon tueksi ja olla keino opettaa hyvää ja tietoista syömistä sekä voimavarakeskeisyyttä syömisikäyttäytymisen hallitsemiseen.

Ravitsemushoitoa voisi siis toteuttaa opettelemalla potilaan kanssa hyvää ja tietoista syömistä (Viljanen ym. 2005). Laihduttamisesta ja painonhallinnasta ei välttämättä tarvitse aluksi puhua ollenkaan, vaan vastaanotolla voi keskittyä potilaan syömiskäyttäytymisen tämän hetkisiin voimavaroihin ja ruokavalion hyviin puoliin. Ravitsemusterapeutina on tutkimusten valossa hyvä pohtia, tulisiko ahmintahäiriötä ohjaavassa ravitsemushoidossa puhua lainkaan luvuilla. Painonpudotuksen kannalta samaan lopputulokseen voidaan päästä puhumatta vastaanotolla luvuista tai laihdutuksesta lainkaan. Ahmintahäiriötä sairastavan potilaan on edellä mainitusta huolimatta hyvä olla tietoinen oman ruokavalionsa sisällöstä. On huomattu, että oman ruokavalion tarkastelu ja ylös kirjaaminen on antanut potilaille työkaluja parantumiseen sekä auttanut täsmäsyömistä opettelussa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan ruoankäyttöhaastattelu osoittautui ruokapäiväkirjan pitoa tehokkaammaksi tiedonkeruumenetelmäksi ravitsemushoidossa. Muun muassa Masheb ym. (2016) kehuvat ruoankäyttöhaastattelun olleen tarkempi, sillä haastattelut on mahdollista toteuttaa satunnaisesti ilman ennakkovaroitusta. Haastattelujen onnistumisen kannalta tärkeää on haastattelijan ammattitaitoisuus. Näin ollen, ravitsemusterapeutin tulisikin vastaanotolla pohtia tarkkaan ja yksilöllisesti, onko potilaan toipumisen kannalta hyödyllistä täyttää itse ruokapäiväkirjaa vai selvitetäänkö ruokavalion sisältö ruoankäyttöhaastattelun avulla.

Perinteisesti ravitsemushoidossa ajatellaan, että ahmintahäiriön hoitoon yleensä riittää ravitsemussuositusten mukainen, monipuolinen ja täysipainoinen ruokavalio. Välimerellisen ruokavalion noudattaminen osoittautui Bertolin ym. (2015) mukaan tilastollisesti merkitseväksi ahmintahäiriön diagnosointia vähentäväksi tekijäksi. Välimerellistä ruokavaliota heikoimmin noudattavien keskuudessa oli suurin riski ahmintahäiriön diagnoosin saamiselle. Erityisesti välimerellisessä ruokavaliossa tyypillisellä oliiviöljyn ja pähkinöiden kulutuksella oli yhteys pienempään riskiin ahmintahäiriön kehittymiselle, kun taas voien, kerman, makeisten, leivonnaisten ja kakkujen kulutuksella oli suurentunut riski ahmintahäiriön kehittymiselle. Näin ollen, erityisesti runsaasti hyviä rasvahappoja sisältävien raaka-aineiden, kuten öljyjen ja pähkinöiden syönnin edistämiseen voisi ravitsemushoidossa olla hyvä kiinnittää huomiota.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastelluista uusista hoitomuotoja käsittelevistä tutkimuksista erityisen mielenkiintoiseksi nousi SB:ta, eli peräkkäisahminnaksi kutsuttua hoitomuotoa, tarkasteleva tutkimus. Tutkimustulosten perusteella SB:n vaikutukset ovat mielestäni mielenkiintoisia ja lupaavan tuntuksia. Ahmintakohtauksen tauottaminen pitää yllä ja vahvistaa potilaan hallinnan tunnetta sekä vähentää syödyn ruoan määrää ahmintakohtauksen aikana (Neveu ym. 2016). Hoitomuodon ehkä tärkeimpiä saavutuksia ovat terapian välittömät

vaikutukset; ahmintakohtauksen aikana syödyn ruoan määrän väheneminen, päivittäisten ahmintakohtausten määrän väheneminen ja ahmintakohtausten välisen ajanjakson pidentyminen. Kyseessä on monien muiden terapioiden sijaan potilaan omaa aktiivisuutta vaativa hoitomuoto, mikä saattaa toimia joidenkin potilaiden kohdalla tehokkaammin. Näin ollen hoitomuodon voitaisiin hyvin ajatella olevan varteenotettava ja lisätutkimuksen arvoinen.

Masheb ym. (2011) tutkivat energiatihedeltään alhaisen ruokavalion ja CBT:n yhdistämistä ahmintahäiriön hoitomuotona ja tuloksia verrattiin kontrolliryhmään, jossa tutkittavat saivat yleistä ravitsemusohjausta ja CBT:ta. Energiatihedeltään vähäenergisten ruokien reilu nauttiminen kuulostaa perustellulta, koska ahmintahäiriöstä kärsivällä voi useasti olla venynyt vatsalaukku. Lisäksi ravitsemuksellisten tavoitteiden asettaminen pelkän yleisen ohjauksen sijaan saattaa auttaa muutosten teossa, sillä Masheb ym. (2011) tutkimuksessa huomattiin merkittävämpi muutos hedelmien syönnin lisääntymisessä ryhmällä, jolle asetettiin pelkän yleisen ravitsemusohjauksen lisäksi hedelmien syönnin lisäämistä koskevia välitavoitteita. Kaiken kaikkiaan, Masheb ym. (2011) tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että ravitsemusohjauksen yhdistäminen CBT:hen näyttäisi tuottavan hoitovasteeseen ja potilaan terveyteen positiivisia muutoksia, huolimatta siitä, ovatko ne tulosta ruokavaliomuutoksista, painonlaskusta vai molemmista yhteensä.

Lääkehoidon vaste ahmintahäiriön hoidossa on pääsääntöisesti hyvin alhainen ja siitä syystä sen tulisi olla hoitovaihtoehto vasta muiden hoitomuotojen osoittauduttua voimattomiksi potilaan hoidossa. Ahmintahäiriön oheissairauksina on yleisesti esimerkiksi lääkitty masennus- tai ahdistuneisuushäiriö, joten ravitsemushoidossa tulisi muistaa huomioida mahdollisten potilaan käyttämien lääkkeiden vaikutukset muun muassa ruokahaluun.

Kaiken kaikkiaan ravitsemushoidon tai -ohjauksen tarkasta sisällöstä ei ole vielä juurikaan tutkimuksia, vaan tutkimuksia löytyy lähinnä siitä näkökulmasta, kuinka ravitsemusohjauksen antaminen vaikuttaa hoitovasteeseen ja potilaan terveyteen. Potilaan terveydessä tapahtuvien muutosten osalta tarkastelun kohteena olivat painossa ja vyötärön ympäryksessä tapahtuvat muutokset, vaikkakin muutamassa tutkimuksessa huomioitiin myös veren rasvahappojen pitoisuuden muutokset ja kolesteroli. Tarvitaan lisätutkimusta ravitsemushoidon erilaisten sisältöjen sekä laaja-alaisempien terveysvaikutusten vertailuun. Tulevaisuudessa tavoitteena on löytää parhaat mahdolliset hoitokeinot ahmintahäiriön hoitoon sekä kouluttaa ravitsemusterapeutteja ja muuta terveydenhuollon henkilökuntaa tunnistamaan ja hoitamaan ahmintahäiriötä sairastavia parhaalla mahdollisella, sairauden kuvaan sopivalla tavalla.

## 5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Kandityön tavoitteena oli tarkastella ravitsemushoidon vaikuttavuutta ahmintahäiriön hoidossa. Ravitsemushoito ahmintahäiriön hoidossa on tarpeellista, sillä ahmintahäiriöön liittyy monia ravitsemuksellisia epäkohtia. Epäkohdat liittyvät niin epädulliseen syömiskäyttäytymiseen kuin epäterveelliseen ruokavalioon.

Tavoitteena oli myös arvioida ravitsemushoitoa sekä itsenäisenä hoitomuotona että muiden ahmintahäiriölle tyypillisimpien hoitomuotojen, kognitiivisen käyttäytymisterapian, moniammatillisen terapian sekä lääkehoidon, rinnalla. Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltyjen tutkimustulosten pohjalta saatiin viitteitä siitä, ettei ravitsemushoito välttämättä riitä ahmintahäiriön hoitoon itsenäisenä hoitomuotona, vaan parhaita tuloksia hoitovasteissa on saatu yhdistämällä ravitsemushoito kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan, moniammatilliseen terapiaan tai psykoedukaatioon Psykkisen ja somaattisen hoidon yhdistäminen saattaakin kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta olla avainasemassa uusien hoitomuotojen kehittäessä.

Tutkimusten pohjalta haluttiin tuoda esille ravitsemushoidon mahdollisia toteutustapoja ja menetelmiä ahmintahäiriön hoidossa. Ravitsemushoidossa keskiössä ovat täsmäsyömisen keinot, kuten ateriarytmin säännöllisyys ja syömisen joustavuus. Suositeltuna ruokavaliona ravitsemushoidolle toimii tällä hetkellä suomalaisten ravitsemussuosittelun mukainen täysipainoinen ja monipuolinen ruokavalio. On myös saatu viitteitä siitä, välimerellisen ruokavalion noudattaminen ja energiatihedeltään alhaisten ruokien reilu syönti tukee ahmintahäiriöstä toipumista hieman paremmin kuin pelkkä yleinen ravitsemusohjaus. Ravitsemushoito tulee toteuttaa asiakaslähtöisesti ja kohdaten asiakas yksilönä empaattisesti, ymmärtäväisesti ja kannustavasti. Monia ahmintahäiriön ravitsemushoidon tueksi sopivia muita hoitomuotoja ja -menetelmiä voi toteuttaa ravitsemusterapeutin pätevyydellä.

Kirjallisuuskatsauksessa saavutettiin alussa asetetut tavoitteet. Työssä onnistuttiin kuvaamaan ravitsemushoidon tämänhetkinen tila ahmintahäiriön hoidossa sekä hakemaan uusia näkökulmia ravitsemushoidon roolin kehittämiseksi ahmintahäiriön hoidossa. Lisätutkimusta tarvitaan ravitsemushoidon erilaisten toteutustapojen ja sisältöjen vertailemiseksi. Mielenkiintoista olisi tutkia kasvisvoittoisen ja reilusti hyvien rasvojen lähteitä sisältävän ruokavalion, esimerkiksi Itämeren ruokavalion, tehokkuutta ahmintahäiriön hoidossa. Myös peräkkäisahmintamenetelmä osana ahmintahäiriön ravitsemushoitoa on varteenotettava hoitomuoto tulevaisuudessa. Lisäksi tarvitaan pitkäaikaistutkimuksia ravitsemushoidon laajalaisempien vaikutusten ja tulosten keräämiseksi ahmintahäiriön hoidossa.

## LÄHTEET

Aro A, Mutanen M, Uusitupa M. Ravitsemustiede. 4.-7., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2017.

Atiye M, Miettunen J, Raevuori-Helkamaa A. A meta-analysis of temperament in eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev.* 2014; 23: 89-99.

Bertoli S, Spadafranca A, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez M, Ponissi V, Beggio V, Leone A, Battezzati A. Adherence to the Mediterranean diet is inversely related to binge eating disorder in patients seeking a weight loss program. *Clin Nutr.* 2015; 34: 107-114.

Hudson J, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler R. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry.* 2007; 61(3):348-58. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040.

Keski-Rahkonen A, Meskanen K, Nalbantoglu M. Irti ahminnasta – Kohti tasapainoista suhdetta ruokaan. 1.-2., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja tekijät 2013.

Leite P, Damaso A, Schoenardie Poli V ym. Long term interdisciplinary therapy decreases symptoms of binge eating disorder and prevalence of metabolic syndrome in adults with obesity. *Nutrition research.* 2017; 40: 57-64.

Masheb R, Dorflinger L, Rolls B, Mitchell D, Grilo C. Binge abstinence is associated with reduced energy intake after treatment in patients with binge eating disorder and obesity. *Obesity (Silver Spring).* 2016; 24: 2491-2496.

Masheb R, Grilo C, Rolls B. A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive behavioral therapy. *Behav Res Ther.* 2011; 49: 821–829.

Mathisen T, Rosenvinge J, Pettersen G ym. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry.* 2017; 17: 180-191.

Neveu R, Neveu D, Barbalat G, Schmidt U, Coricelli G, Nicolas A. The sequential binge, a new therapeutic approach for binge eating: a pilot study. PLoS One. 2016; 11(11): doi: 10.1371/journal.pone.0165696.

Pacanowski C, Senso M, Oriogun K, Crain A, Sherwood N. Binge eating behavior and weight loss maintenance over a 2-year period. Journal of Obesity. 2014; 2014:1-9.

Pettersen G, Sørdal S, Rosenvinge J, Skomakerstuen T, Mathisen T, Sundgot-Borgen J. How do women with eating disorders experience a new treatment combining guided physical exercise and dietary therapy? An interview study of women participating in a randomised controlled trial at the Norwegian School of Sport Sciences. BMJ open. 2017; 7(12): doi: 10.1136/bmjopen-2017-018588.

Reas D, Grilo C. Current and emerging drug treatments for binge eating disorder. Expert Opinion on Emerging Drugs Journal. 2014; 19(1): 99-142.

Reas D, Grilo C. Pharmacological treatment of binge eating disorder: update review and synthesis. Expert Opinion on Pharmacotherapy Journal. 2015; 16(10): 1463-1478.

Syömishäiriöliitto-Syli Ry. Ahmintahäiriön (BED) oireet. Päivitetty 6.3.2014.

Saatavilla verkossa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot8.html>

Syömishäiriöliitto-Syli Ry. Kuinka kauan syömishäiriö kestää?. Päivitetty 27.1.2017.

Saatavilla verkossa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot6.html>

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 2014.

Viljanen R, Larjosto M, Palva-Ahola M. Syömishäiriön ravitsemushoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2005.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito, suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy 2010.

**LIITE 1. Taulukko työn pohjana käytetyistä tutkimuksista**

<b>Viite, maa ja vuosi</b>	<b>Aineisto</b>	<b>Menetelmät, asetelma</b>	<b>Tulokset</b>
<b>Pacanowski ym. 2014 (USA)</b>	n=419 (81,6% naisia)	Satunnaistettu kokeellinen interventiotutkimus	Ahmintakäyttäytyminen on yhteydessä painon uuteen nousuun. Painonhallintainterventiot laihduksen jälkeen ahmintakäyttäytymisen hallitsemiseksi ovat perusteltuja painon takaisinnousun ehkäisemiseksi.
<b>Mathisen ym. 2017 (Norja)</b>	n=15-24 (100% naisia) (3 ryhmää, joissa 5-8 hlöä)	Prospektiivinen satunnaistettu kontrolloitu kokeellinen tutkimus	Hypoteesina on, että kliinisessä ympäristössä PED-t -terapia (physical exercise- and dietary therapy) on hoitomuotona vähintään yhtä tehokas ahmintahäiriön hoidossa kuin CBT.
<b>Masheb ym. 2016 (USA)</b>	n=50 (76% naisia) (BED potilaita)	Satunnaistettu kokeellinen tutkimus	Ahminnan lopettaneet söivät keskimäärin 400kcal vähemmän päivässä ja kokivat enemmän edistystä psykologisissa toiminnoissa kuin ahmintaa jatkaneet. Kaikki kokeeseen osallistuneet vähensivät energian, makroravintoaineiden ja sokerin kulutusta sekä lisäsivät hedelmien kulutusta.
<b>Bertoli ym. 2015 (Italia)</b>	n=1472 (71,3% naisia) (korkea riski BED:iin)	Poikkileikkaustutkimus	Välimerellisen ruokavalion ja ahmintahäiriön kehittymisen välillä havaittiin käännteinen yhteys tutkittavilla, joilla on korkea riski sairastua ahmintahäiriöön.
<b>Neveu ym. 2016 (Ranska)</b>	n=15 (14 naista, 1 mies) (BED potilaita)	Prospektiivinen pilottitutkimus	47% tutkittavista olivat lopettaneet ahminnan kokonaan vielä neljän viikon jälkeen 16 viikon kestoisen pilottitutkimuksen päätyttyä. SB johti suunnitellun syötävän ruokamäärän 44% vähenemiseen, pidempiin ahminnasta pidättäytymisen jaksoihin ja ahminnan 26%: tin suhteelliseen vähenemiseen jokaisen SB:n jälkeen.

<b>Leite ym. 2017 (Brasilia)</b>	n=24 (21 naista, 3 miestä)	Interventiotutkimus	Interventiossa käytetty monitieteellisesti yhdistetty hoitomuoto vähensi tehokkaasti BED:n ja MeTS:n esiintyvyyttä tutkimukseen osallistuneilla.
<b>Masheb ym. 2011 (USA)</b>	n=50 (76% naisia)	satunnaistettu kontrolloitu koe	Ravitsemushoito voidaan menestyksekkäästi yhdistää CBT:n kanssa ahmintahäiriön hoidossa. Erityisesti energiatiheydeltään alhaisen ruokavalion yhdistäminen CBT:n kanssa yleisen ravitsemusohjauksen sijaan tuotti tuloksia.
<b>Hudson ym. 2007 (USA)</b>	n=9282 (59% naisia)	Poikkileikkaustutkimus	DSM-VI luokituksen mukaisten syömishäiriöiden yleisyys sekä hoitoon hakeutumisen yleisyys
<b>Reas &amp; Grilo 2014 (USA)</b>	n=46 studies	systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi	Psykologisten interventioiden ja lääkehoidon yhdistelmä on pelkkää lääkehoitoa tehokkaampi ahmintahäiriön hoidossa. Pitkäaikaisia tutkimuksia tarvitaan lisää, mutta lyhytaikaisissa tutkimuksissa jotkin lääkkeet olivat lumelääkkeisiin verrattuna hieman tehokkaampia BED-oireiden hoidossa.
<b>Reas &amp; Grilo 2015 (USA)</b>	n= 22 RCTs	systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi	Todisteet lääkehoidon tehokkuudesta BED:n hoidossa ovat rajalliset. Jotkin lääkkeet saattavat suhteessa lumelääkkeeseen antaa hieman parempia tuloksia, mutta erityisesti pitkäaikaisia tutkimuksia tarvitaan lisää.