

LYHYTKESTOINEN KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN
RYHMÄINTERVENTIO AIKUISTEN AHMINTATYYPPISEN SYÖMISEN
HOIDOSSA

Maaria Nikunen
Pro Gradu –tutkielma
Ravitsemustiede
Lääketieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Toukokuu 2013

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Terveystieteiden tiedekunta

Ravitsemustiede

NIKUNEN, MAARIA C.:

Lyhytkestoinen kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio aikuisten ahmintatyypin syömisen hoidossa

Pro Gradu -tutkielma

111 sivua, 12 liitettä (28 sivua)

Ohjaajat:

Sanna Sinikallio, dos., PsT

Tarja Martikainen, TtM

Toukokuu 2013

Avainsanat: ahmintatyypin syöminen, ryhmäinterventio, kognitiivis-behavioraalinen, hyväksymis- ja omistautumisterapia, tietoisuustaidot

Tausta: Ahmintatyypin syömisellä tarkoitetaan vähäoireista epätyypillistä syömishäiriötä, joka johtaa usein vaikeaan lihavuuteen ja johon liittyy tavallisesti samanaikaisia fyysisen ja psyykkisen terveyden ongelmia. Terveydenhuoltoon tarvitaan ryhmämuotoisen hoito-ohjelman kehittämistä ahmintatyypin syömisen hoitoon, sillä nk. käypää hoitoa ei ole.

Tavoitteet: Tutkimuksen tavoitteena oli soveltaa lyhytkestoinen, kuuden tapaamiskerran kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio ahmintatyypin syömisen hoitoon. Ryhmäinterventiossa hyödynnettiin perinteisten kognitiivis-behavioraalisten menetelmien lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapian työvälineitä sekä tietoisuustaitojen ja tietoisuuden syömisen harjoittelua. Tutkimuksessa selvitettiin, voidaanko ryhmäohjelmalla edistää ahmintatyypin syövien tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja kohentaa heidän elämänlaatuaan.

Aineisto ja menetelmät: Tutkittavat olivat ahmintatyypin syömisen vuoksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ravitsemusterapeutin vastaanotolla käyneitä. Tutkimuksen lopullisen aineiston muodosti kuusi (n=6) 43–58-vuotiasta tutkittavaa, joista kaksi oli miehiä (BMI keskimäärin 45,7 kg/m²). Aineiston keräysmenetelminä käytettiin kyselylomakkeita, joihin tutkittavat vastasivat ennen ryhmäinterventio-alkua, ryhmäinterventio-päätyessä sekä 3 kk:n ja 6 kk:n kuluttua ryhmäohjelman alkamisesta. Tutkittavien syömiskäyttäytymistä selvitettiin syömistapakyselyillä (TFEQ-65, BES) ja mielialaa depressiokyselyllä (BDI) ja ahdistuskyselyllä (BAI). Lisäksi tutkittavien paino ja BMI mitattiin jokaisessa tutkimuksen aikapisteessä.

Tulokset: Tutkimuksessa havaittiin viitteitä siitä, että interventio lisäsi tutkittavien syömisen tietoisuuden rajoittamista (p=0,058 verrattuna alkutilanteeseen 3 kk:n seurantaan) sekä vähensi syömisen hallinnan menettämistä alkutilanteesta 6 kk:n seurannan aikana (p=0,08). BES-asteikolla mitattuna tutkittavien keskimääräinen ahmimistaipumus aleni alkutilanteen kohtalaisesta ahmimistaipumuksesta ”ei ahmimistaipumusta” -tasolle ryhmäohjelman päätyessä, ja pysyi samalla tasolla 6 kk:n seurannassa. Tutkittavien keskimääräinen ahdistuneisuus väheni alkutilanteesta 6 kk:n seurannan aikana merkitsevästi (p=0,043). Tutkittavien paino ei muuttunut merkitsevästi interventio- eikä seurannan aikana.

Johtopäätökset: Johtopäätösten tekemistä rajoittavat aineiston pieni koko ja vertailuryhmän puute. Tulokset viittaavat, että lyhyellä kognitiivis-behavioralisella ryhmäinterventiolla voidaan edistää tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja lievittää ahdistusta ahmintatyypin syöville. Tämä ryhmäinterventio näyttää lupaavalta mallilta ahmintatyypin syömisen ryhmähoitoon. Ryhmäinterventio-toimivuutta on tarpeen tutkia tulevaisuudessa kontrolloidulla, satunnaistetulla tutkimuksella, jossa on riittävän suuri aineisto ja riittävän pitkä seuranta-aika.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Health Sciences
Nutrition Science

NIKUNEN, MAARIA C.:

Brief cognitive behavioral group intervention for
adults with binge eating

Master's thesis

111 pages and 12 attachments (28 pages)

Supervisors:

PhD Sanna Sinikallio

MSc Tarja Martikainen

May, 2013

Keywords: binge eating, group intervention, cognitive behavioral, acceptance and commitment therapy, mindfulness

Background: Binge eating is a subclinical eating disorder not otherwise specified which often leads to obesity and may be associated with both somatic and psychiatric conditions. There are no Finnish current care guidelines for binge eating thus it is important to develop brief, group-form intervention to alleviate patients' tendency to binge, decrease their health related risks and promote their quality of life.

Objectives of the study: To determine whether a brief (consisting of six meetings), cognitive behavioral group intervention could help patients with binge eating to normalize their eating patterns and promote their quality of life. The aim of the study was also to remodel a cognitive behavioral group intervention used to prevent spinal pain from becoming chronic to suit treatment of binge eating. Methods from acceptance and commitment therapy and mindfulness were used.

Subjects and methods: Subjects (n=6, two of them men, aged 43-58 years, BMI 45,7 kg/m²) were outpatients treated for binge eating at Kuopio University Hospital. Questionnaires of eating patterns (TFEQ-65, BES), depression (BDI) and anxiety (BAI) were used to measure changes in participants' eating behavior and mood at pretreatment, post treatment and 3 and 6 months' follow-up. Also weight and BMI were measured.

Results: There was a trend in an increase of cognitive restraint of eating (p=0.058 compared baseline data with data from 3 months' follow-up) and decrease of disinhibition of eating (p=0.08 compared baseline data with data from 6 months' follow-up). Participants' tendency to binge decreased from baseline "moderate bingeing" state to post treatment "no-bingeing" state. "No-bingeing" state remained at 6 months' follow-up. Anxiety decreased from baseline to 6 months' follow-up significantly (p=0.043). No statistically significant changes in participants' weight and BMI were measured.

Conclusion: The small sample size of this study and the lack of control group limit the conclusions. This study suggests it is possible to normalize binge eating patients' eating patterns and alleviate their anxiety by brief, cognitive behavioral group intervention. The remodeled intervention seems promising but further controlled studies with adequate sample size and follow-up period are needed in order to evaluate the possibilities of intervention for subjects with binge eating behavior.

ALKUSANAT

Tämän Pro Gradu -tutkielman aihe syntyi omasta ja ohjaajieni innostuksesta kehittää psykologiaan pohjautuva ryhmäinterventio ahmintatyypisesti syövien henkilöiden avuksi. Alussa aihe oli itselleni hyppy lähes tuntemattomaan, mutta tehdyn työn ansiosta olen oppinut paljon paitsi yleisesti tutkimuksen tekemisestä, myös ahmintatyypisestä syömisestä ja kognitiivis-behavioraalisista hoitomenetelmistä.

Haluan kiittää lämpimästi kaikkia niitä henkilöitä, jotka ovat myötävaikuttaneet Pro Gradu – tutkielmani valmistumiseen:

Ryhmäinterventioon osallistuneita, jotka aktiivisuudellaan toivat ryhmäinterventioon paljon ja mahdollistivat tutkimuksen toteuttamisen.

Ohjaajiani Sanna Sinikalliota ja Tarja Martikaista, joilta opin valtavasti uutta ahmintatyypisestä syömisestä, kognitiivis-behavioraalisista hoitomenetelmistä sekä ryhmäinterventio suunnittelusta ja toteuttamisesta. Sain heiltä apua, tukea ja kannustusta työn kaikissa vaiheissa. Arvostan kaikkea sitä vaivaa, minkä Sanna ja Tarja näkivät tutkimuksen eteen.

Yliopistonlehtori Leila Karhusta hänen jakamastaan tietämyksestä aihetta kohtaan sekä yliopistonlehtori Outi Nuutista Pro Gradu -työn tarkastamisesta ja vinkeistä työn viimeistelemiseksi.

Itä-Suomen yliopiston Kliinisen ravitsemustieteen yksikön ja Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikön henkilökuntaa saamastani käytännön avusta ryhmäinterventio järjestämisessä ja tutkimuksen toteuttamisessa.

Perhettäni ja ystäviäni, jotka ovat auttaneet minua unohtamaan opiskelukiireet ja keskittymään muihin elämän tärkeisiin asioihin. Erikseen haluan kiittää avomiestäni Jannea, jolta sain kaiken muun tuen lisäksi apua tutkimuksen työstämisen kaikissa vaiheissa. Janne mm. äänitti tietoisuustaitoharjoituksen CD-levyille, jotka jaettiin osallistujille ryhmäinterventiossa.

Lopuksi haluan osoittaa erityiskiitokset kurssitovereilleni (ketään mainitsematta ja ketään unohtamatta) viiden vuoden yhteisestä opintomatkestasta. Minun tulee teitä ikävä.

Helsingissä 9. toukokuuta 2013 kevätauringon paistaessa
Maaria Nikunen

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KIRJALLISUUS	10
2.1 Lihavan ahmintahäiriö	10
2.1.1 Tausta, psykopatologia ja tunnistaminen	12
2.1.2 Somaattinen ja psykiatrinen liitännäissairastavuus	15
2.1.3 Hoito ja ennuste	18
2.2 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ahmintahäiriön hoidossa	22
2.2.1 Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat	22
2.2.2 Kognitiivis-behavioraaliset ryhmäinterventiot	24
2.3 Tutkimustieto ryhmäinterventiossa	43
2.3.1 Lintonin kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoitomalli	43
2.3.2 Lintonin mallin soveltaminen ahmintatyypisen syömisen hoitoon	47
2.3.3 Vertailu aikaisempiin tutkimuksiin	48
3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	50
4 AINEISTO	51
5 MENETELMÄT	53
5.1 Tutkimuksen kulku	53
5.2 Ryhmäintervention toimintamalli	55
5.2.1 Tapaamiset ja ohjauksen aineisto	56
5.3 Ryhmäintervention vaikutusten mittaaminen	66
5.4 Aineiston käsittely	71
6 TULOKSET	72
6.1 Ryhmäintervention vaikutukset syömiskäyttäytymiseen, mielialaan ja painoon	72
6.1.1 Muutokset syömiskäyttäytymisessä	72
6.1.2 Muutokset mielialassa	74
6.1.3 Muutokset painossa	75
6.2 Osallisuusaktiivisuus ja tutkittavien tyytyväisyys ryhmäinterventioon	76
7 POHDINTA	78
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	96
LÄHTEET	97

LIITTEET

Liite 1. Perustietolomake

Liite 2. Ahmimistaipumuskysely (Questionnaire of Eating and Weight Patterns, QEWP)

Liite 3. Kutsukirje

Liite 4. Tiedote tutkittavalle

Liite 5. Suostumuslomake

Liite 6. Syömistapakysely (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ)

Liite 7. Syömistapakysely (Binge Eating Scale, BES)

Liite 8. Depressiokysely (Beck Depression Inventory, BDI)

Liite 9. Ahdistuskysely (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Liite 10. Tyytyväisyyskysely

Liite 11. Tapausesimerkki

Liite 12. Ruokapäiväkirjamalli

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat poikkeavan syömiskäyttäytymisen oireyhtymiä, joihin liittyy psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2009). Syömishäiriöistä yleisimpiä ovat epätyypilliset syömishäiriöt, joista tarkimmin määritelty on aikuisilla tyypillisesti esiintyvä lihavan ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED) (Suokas ja Rissanen 2011). Lihavan ahmintahäiriötä sairastavalla on toistuvia ja pakonomaisia ahmimiskohtauksia, joihin liittyy usein ahdistusta ja häpeää (Dingemans ym. 2002). Häiriön esiintyvyys väestössä on noin 2–3 % (Hudson ym. 2007), ja sen arvellaan jatkuvasti yleistyvän (Suokas ja Rissanen 2011). Erityisen yleistä ahmintatyypinen syöminen on lihavilla ja on arvioitu, että jopa neljäsosalla vaikean lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvista on ahmintahäiriö (Hsu ym. 2002). Lisäksi ahmintatyypistä syömistä voi esiintyä, vaikka varsinaiset syömishäiriön diagnostiset kriteerit eivät täytyisikään. Tällaisia subkliinisiä tapauksia on runsaasti, joten kyseessä on varsin tavallinen ongelma (Hudson ym. 2007). Yleisyydestään huolimatta lihavan ahmintatyypinen syöminen tunnetaan vielä huonosti (Pyökäri ym. 2011).

Lihavan ahmintatyypinen syöminen on vakava elämänlaatua heikentävä ongelma, sillä siihen liittyy usein vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden sairauksia (Kessler ym. 2013), jotka aiheuttavat kustannuksia mm. sairauspäivärahoina ja työkyvyttömyyseläkkeinä (Pekurinen 2006, Raitasalo ja Maaniemi 2008). Ongelman vaativuutta lisää ahmintatyypisen syöminen hoidon haasteellisuus, eikä yksimielisyyttä optimaalisesta hoitomuodosta ole (Suokas ja Rissanen 2011). Tehokkaan hoitomuodon löytyminen ahmintatyypisesti syövien avuksi on inhimillisyyden ja kustannustehokkuuden kannalta tärkeää ja ajankohtaista. Aikuisten syömishäiriöiden hoitoon on herätty myös valtakunnallisesti, ja aikuisten syömishäiriöiden Käypä hoito –suositusta on alettu työstämään kevättalvella 2013 (Eloranta 2012).

Ahmintatyypisen syöminen hoidossa yksi käytetyimmistä psykoterapeuttisista hoitomenetelmistä on kognitiivis-behavioraalinen terapia, jonka avulla pyritään katkaisemaan ahmimiskierre sekä hoitamaan ahmintatyypiseen syömiseen liittyviä psykologisia tekijöitä, esimerkiksi vääristynyttä kehonkuvaa ja ahdistusta (Wilson ym. 2007). Sekä yksilöhoitona että pitkäkestoisena ryhmähoitona toteutettua kognitiivis-behavioraalista terapiaa on tutkittu runsaasti, ja nämä hoitomuodot on havaittu ahmintahäiriön hoidossa tehokkaiksi menetelmiksi etenkin syömiskäyttäytymisen normalistamisessa ja ahmintahäiriöön liittyvän

psykopatologian hoidossa (Herpertz ym. 2011, Iacovino ym. 2012). Näiden hoitojen ongelmana nähdään kuitenkin niiden vaatimat suuret terveydenhuollon resurssit ja kustannukset. Tästä syystä lihavan ahmintatyypin syömisen hoitoon on tärkeä pyrkiä löytämään lyhytkestoinen, ryhmätapaamisiin perustuva, toimiva kognitiivis-behavioraalinen hoitomuoto. Ryhmäinterventio hyötyjä yksilö- ja itsehoitoon verrattuna ovat vertaistuki, monipuoliset palautemahdollisuudet sekä mahdollisuus oppia muita kuuntelemalla ja havainnoimalla (Jacobs ym. 2002). Ryhmään osallistujat voivat saada kokemuksen siitä, etteivät ole yksin ongelmiensa kanssa, mikä helpottaa häpeän ja hyväksymättömyyden tunteita (Sharry 2007). Lisäksi ryhmään osallistuvilla on myös mahdollisuus itse tukea ja auttaa muita.

Tämän Pro Gradu –tutkimuksen tavoitteena on selvittää, voidaanko lyhytkestoisella kognitiivis-behavioraalisella ryhmäinterventiolla edistää ahmintatyypin syövien tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja kohentaa heidän elämänlaatuaan. Tasapainoisella ruokasuhteella tarkoitetaan syömiskäyttäytymisen ”normaalistumista” eli ahminnan vähenemistä. Elämänlaadun kohenemisella viitataan ahmintatyypin syömiseen usein liittyvien masennuksen ja ahdistuksen (Grilo ym. 2009) vähenemiseen. Tutkimuksen toteuttamiseksi sovelletaan selkäkivun kroonistumisen ennaltaehkäisyyn kehitetty kuuden ryhmätapaamisen kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio (Linton 2000) ahmintatyypin syömisen hoitoon sopivaksi. Interventiossa hyödynnetään erityisesti kognitiivis-behavioraalisten työtapojen uusimpia suuntauksia; hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) menetelmiä sekä tietoisuustaitoja (mindfulness) ja tietoista syömistä (mindful eating). Interventio poikkeaa aikaisemmista ahmintatyypin syömisen hoitoon kehitetyistä ryhmäinterventioista lyhytkestoisuudellaan ja monipuolisuudellaan sekä uusien kognitiivis-behavioraalisten työtapojen hyödyntämisellä. Kuuden ryhmätapaamisen lisäksi ryhmäinterventioon sisältyvät alkutapaaminen sekä kuuden ja 12 kuukauden seurantatapaamiset. Aikataulullisista syistä tuloksia 12 kuukauden seurantatapaamiselta ei raportoida tässä työssä.

Pilottityyppinen tutkimus toteutetaan Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikön ja Itä-Suomen yliopiston Kliinisen ravitsemustieteen yksikön yhteistyöprojektina henkilöille, jotka ovat ahmintatyypin syömisen vuoksi käyneet ravitsemusterapeutin vastaanotolla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja osoittaneet kiinnostusta syömisen hallintaa lisäävä ryhmähoitoa kohtaan. Koska Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikössä ei diagnosoida lihavan ahmintahäiriötä,

tutkittavien rekrytoinnissa ei ole kiinnitetty huomiota siihen, täyttävätkö tutkittavat syömishäiriön rajat. Johtajatuksena on, että jos henkilöllä havaitaan ahmintatyypiseen syömiseen liittyvää oireilua ja hän haluaa siihen hoitoa, tulisi tätä hoitoa pystyä hänelle tarjoamaan riippumatta erilaisten kriteerien täyttymisestä.

Pro Gradu –työn kirjallisuusuosiossa perehdytään lihavan ahmintahäiriöön, sillä tutkimustietoa lihavan ahmintahäiriön subkliinisestä muodosta, ahmintatyypisestä syömisestä ja sen hoidosta, on vain vähän saatavilla. Koska ahmintatyypinen syöminen poikkeaa diagnostiset kriteerit täyttävästä ahmintahäiriöstä vain pieniltä osin (esimerkiksi ahmimiskohtauksia esiintyy harvemmin), voidaan tutkimustietoa lihavan ahmintahäiriöstä hyödyntää kattavasti intervention suunnittelussa. Lisäksi kirjallisuusuosiossa perehdytään aikaisempiin tutkimuksiin kognitiivis-behavioraalista ryhmäinterventiosta ahmintahäiriön hoidossa. Tietämystä aikaisemmista ryhmäinterventiosta käytetään hyväksi ryhmäintervention suunnittelussa ja tulosten vertailussa. Kirjallisuus-osiossa käsitellään kliinisiä (ihmisillä tehtyjä) tutkimuksia, jotka on julkaistu PubMed-, PsycINFO- tai PsycARTICLES-tietokannassa englanniksi 2000-luvulla, helmikuuhun 2013 mennessä. Tutkimuksista, jotka käsittelevät ahmintahäiriön hoitoon kehitettyjä kognitiivis-behavioraalisia ryhmäinterventioita, esitellään myös 1990-luvulla julkaistuja tutkimuksia, sillä tunnetuimmat ahmintahäiriön hoidossa käytetyt kognitiivis-behavioraaliset ryhmähoito-ohjelmat ovat peräisin 1990-luvulta. Kirjallisuushakuun sisällytettiin kontrolloimattomat ja satunnaistamattomat pilottityyppiset tutkimukset, jotta saadaan tietoa ahmintahäiriön hoitoon kehitetyistä uusista avauksista. Myös Pro Gradu –työssä tutkittava ryhmäinterventio on pilottityyppinen. Tapaustutkimukset rajattiin katsauksen ulkopuolelle.

Selvyyden vuoksi tässä työssä käytetään ahmimishäiriöstä (bulimia nervosasta) termiä bulimia ja laihuushäiriöstä (anoreksia nervosasta) anoreksia.

2 KIRJALLISUUS

2.1 Lihavan ahmintahäiriö

Lihavan ahmintahäiriön tyypilliseen taudinkuvaan kuuluu, että henkilö ahmii nopeasti suuria määriä runsaasti energiaa sisältäviä ruokia muilta salaa, mitä seuraavat masennus ja itsensä halveksunta (American Psychiatric Association 1994). Syömiskäyttäytyminen on usein epäsäännöllistä, ja häiriöön voi liittyä myös yösyömistä (Striegel-Moore ym. 2010a). Suomen terveydenhuollossa yleisesti käytetyssä ICD-10 tautiluokituksessa ahmintahäiriö luokitellaan epätyypilliseksi ahmimishäiriöksi (F50.3), johon sairastuu yleisimmin normaalipainoinen tai ylipainoinen henkilö, jolla on ylensyömisjaksoja (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2009). Amerikkalaisessa psykiatrissa tutkimusta varten laaditussa DSM-IV tautiluokituksessa on ehdotettu omat kriteerit ahmintahäiriölle (taulukko 1). Kriteerien täytyminen edellyttää ainakin toistaiseksi ahmimiskohtauksien esiintymistä keskimäärin kaksi kertaa viikossa puolen vuoden ajan (American Psychiatric Association 1994). Toukokuussa 2013 julkaistavassa päivitettyssä DMS-5-tautiluokituksessa (American Psychiatric Association 2012) lihavan ahmintahäiriö todennäköisesti määritellään omana syömishäiriönään (Moran 2012). Diagnostisia kriteerejä tullaan oletettavasti muuttamaan siten, että kriteerit täyttyvät, kun ahmimiskohtauksia on esiintynyt keskimäärin kerran viikossa kolmen kuukauden aikana (vertaa taulukko 1, kohta D). Lisäksi verrattuna aikaisempiin kriteereihin, uusissa kriteereissä luultavasti linjataan, ettei ahmimiseen liity kompensatiokeinoja (esimerkiksi oksentelua) eikä ahmintahäiriö täytämuiden syömishäiriöiden kriteereitä (vertaa taulukko 1, kohta E) (Moran 2012).

Ahmintahäiriössä ja bulimiassa on paljon samoja piirteitä johtuen erityisesti siitä, että molempiin sairauksiin liittyy ahmimistaipumus (American Psychiatric Association 1994). Ahmintahäiriötä ja bulimiam sairastavat eroavat toisistaan siten, että ahmintahäiriötä sairastavat eivät käytä kompensatiokeinoja (esimerkiksi oksentelua tai ulostuslääkkeitä) estääkseen painon nousua ahmittuaan (Suokas ja Rissanen 2011). Lisäksi ahmintahäiriön ja bulimian psykopatologia on erilainen, eikä bulimiaan kuuluva voimakas lihomisen pelko ole ominaista ahmintahäiriötä sairastaville (American Psychiatric Association 1994). Myös ahmimisjaksot eroavat kolmella merkittävällä tavalla ahmintahäiriössä ja bulimiassa toisistaan: 1) bulimiapotilaat syövät määrällisesti enemmän ahmimisjakson aikana kuin ahmintahäiriöpotilaat; 2) bulimiam sairastavien syömiskäyttäytyminen ahmimisjakson aikana on häiriintyneempää kuin ahmintahäiriötä sairastavien; 3) ahmintahäiriötä sairastavat syövät

myös ahmimisjaksojen välillä keskimääräistä enemmän, kun taas bulimiaa sairastavat pyrkivät vähentämään syömistään ahmimisjaksojen välillä (Walsh ja Boudreau 2003).

Taulukko 1. Lihavan ahmintahäiriön (BED) diagnostiset kriteerit DSM-IV-ehdotelman mukaan (lähde American Psychiatric Association 1994, suomennos Viljanen ym. 2005).

-
- A. ”Potilaalla on toistuvia ahmimiskohtauksia, joille on tunnusomaista:
- sellaisten suurten ruokamäärien syöti tietyinä ajanjaksona (esimerkiksi kahden tunnin aikana), jotka selvästi ylittävät useimpien muiden ihmisten syömis määrät vastaavassa tilanteessa
 - tunne syömisen hallinnan menettämisestä ahmintajaksojen aikana (tunne siitä, ettei kykene keskeyttämään syömistään)
- B. Useimpien ahmintajaksojen aikana todetaan vähintään kolme seuraavista:
- tavallista nopeampi syöminen
 - syöminen, kunnes on epämiellyttävän täynnä
 - suurten määrien syöminen, vaikka ei ole nälkäinen
 - yksin syöminen, koska häpeää syömäänsä ruokamäärää
 - itseinho, masennus ja syyllisyyden tunne syömisen johdosta
- C. Ahminen aiheuttaa voimakasta ahdistusta ja häpeää
- D. Ahmimiskohtauksia on esiintynyt keskimäärin kaksi kertaa viikossa viimeisen puolen vuoden aikana
- E. Tila ei täytä bulimia nervosan diagnostisia kriteerejä tai painon pudotukseen liittyvien lääkkeiden väärinkäytön kriteerejä”
-

Ahmintahäiriön yleisyydestä Suomessa ei ole tarkkaa tietoa, mutta Euroopassa, Yhdysvalloissa ja Uudessa-Seelannissa toteutetut väestötutkimukset tarjoavat suuntaa antavaa tietoa ahmintahäiriön yleisyydestä Suomessa. Näiden tutkimusten (otoskoko 6 581 - 24 124) perusteella ahmintahäiriön esiintyvyys aikuisväestössä on 1,1–2,8 % (Hudson ym. 2007, Preti ym. 2009, Kessler ym. 2013). Ahmintahäiriön lisäksi subkliinistä ahmintahäiriötä on havaittu esiintyvän 0,7–1,2 %:lla väestöstä (Hudson ym. 2007, Preti ym. 2009). Koska suurten ruokamäärien ahmiminen johtaa usein lihavuuteen, ahmintahäiriön esiintyvyyden on havaittu olevan suurta etenkin lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvien joukossa. Italialaisessa tutkimuksessa (otoskoko 344, tutkittavat keskimäärin 43-vuotiaita) lihavuuden ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) vuoksi hoidettavista 7,5 % täytti ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit (Ricca ym. 2000). Kolmen yhdysvaltalaisen ja yhden norjalaisen tutkimuksen (otoskoot 121–215) perusteella lihavuusleikkaukseen jonottavista potilaista 4,2–13,4 %:lla on lihavan ahmintahäiriö (Allison ym. 2006, Sansone ym. 2008, Dahl ym. 2010, Mitchell ym. 2012). Yhdysvalloissa sairaalloisen lihavuuden ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) vuoksi konservatiiviseen hoitoon hakeutuvista neljäsosalla havaittiin vähintään subkliinistä ahmintatyyppistä syömistä ($n=37$, tutkittavat 22–58-vuotiaita) (Hsu ym. 2002). Ahmintahäiriö näyttää olevan sitä yleisempi, mitä vaikeammasta lihavuudesta on kyse. Lisäksi ahmintahäiriön arvellaan jatkuvasti yleistyvän (Hay ym. 2008, Suokas ja Rissanen 2011, Mitchison ym. 2012), mutta DSM-5-

tautiluokituksen kriteereihin mahdollisesti tulevilla muutoksilla näyttää olevan vain pieniä vaikutuksia ahmintahäiriön yleisyyteen (Hudson ym. 2012).

Verrattuna muihin syömishäiriöihin, ahmintahäiriö on noin viisi kertaa yleisempi kuin anoreksia ja kolme kertaa yleisempi kuin bulimia (Hudson ym. 2007, *Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus* 2009). Ahmintahäiriö alkaa tavallisesti myöhäisellä nuoruusiällä tai nuoruusiän jälkeen ja esiintyy tyypillisesti aikuisilla, siinä missä anoreksia ja bulimia ovat perinteisesti nuorten naisten sairauksia (Suokas ja Rissanen 2011). Lisäksi miesten osuus on muita syömishäiriöitä sairastavista poiketen huomattava ahmintahäiriötä sairastavien keskuudessa (Barry ym. 2002, Hudson ym. 2007, Striegel ym. 2012).

2.1.1 Tausta, psykopatologia ja tunnistaminen

Tausta

Lihavan ahmintahäiriön taustan ja psykopatologian tunteminen on tärkeää varhaisen tunnistamisen ja hoidon suunnittelun vuoksi. Valitettavasti ahmintahäiriön tausta on kuitenkin toistaiseksi puutteellisesti tunnettu. Retrospektiivisissä tutkimuksissa ahmintahäiriön riskitekijöiksi on havaittu useat lapsuusajan kielteiset kokemukset, esimerkiksi masentuneisuus, toistuvat negatiiviset kommentit ulkomuodosta, painosta ja syömisestä, perheenjäsenten ahmintatyypinen syömiskäyttäytyminen, hyväksikäyttö, vanhempien masentuneisuus, lapsen kohdistuvat korkeat odotukset, taipumus lihavuuteen ja lapsuuden painonpudotusyrietykset sekä lapsuudessa tai nuoruudessa sairastettu bulimia tai muu syömishäiriö (Fairburn ym. 1998, Hay ja Fairburn 1998, Striegel-Moore ym. 2005, Gustafson ym. 2006, Rubinstein ym. 2010, Knoph Berg ym. 2011). Myös raskaus voi lisätä alttiutta ahmintahäiriön puhkeamiseen. Tutkimusten retrospektiivisen luonteen vuoksi syy-yhteyksien tulkitseminen on kuitenkin hankalaa, mutta tietynlainen perhetausta ja kielteiset ympäristötekijät voivat lisätä alttiutta sairastua ahmintahäiriöön myöhemmällä iällä. Myös perinnöllisyydellä näyttää olevan oma vaikutuksensa, sillä kaksois- ja tapaus-verrokkitutkimuksissa ahmintahäiriön perinnöllisyysasteeksi on arvioitu 41–74 % (Reichborn-Kjennerud ym. 2004, Javaras ym. 2008, Root ym. 2010). Verrattaessa ahmintahäiriötä sairastavien perheitä syömishäiriötä sairastamattomien perheisiin, on havaittu, että ahmintahäiriötä sairastavien ensimmäisen asteen sukulaiset ovat useammin lihavia ja heillä esiintyy enemmän mielialahäiriöitä sekä syömishäiriöitä kuin terveiden verrokeiden ensimmäisen asteen sukulaisilla (Hudson ym. 2006, Lilenfeld ym. 2008). Biologisista

tekijöistä ahmintahäiriötä sairastavilla ruokahalua vähentävän leptiinihormonin määrä on matalammalla tasolla kuin terveillä ylipainoisilla (Brandao ym. 2010). Tämä viittaa siihen, että leptiinin syömistä vähentävä vaikutus on puutteellinen lihavan ahmintahäiriötä sairastavilla (Pyökäri ym. 2011). Kokonaisuudessaan ahmintahäiriön tausta on hyvin monitekijäinen.

Psykopatologia

Ahmintahäiriön psykopatologiaan (taulukko 2) kuuluu monia syömishäiriöille tyypillisiä piirteitä, esimerkiksi huoli painosta ja vääristynyt kehonkuva, joiden vuoksi osa sairastuneista ajautuu ajoittain ankariin laihdutuskausiin ja kokee sosiaaliset tilanteet ahdistavina (de Zwaan ym. 1994, Kuehnel ja Wadden 1994, Ramacciotti ym. 2000, Wilfley ym. 2000, Striegel-Moore ym. 2001, Hilbert ym. 2002, Nicoli ja Junior 2011, Dingemans ja van Furth 2012). Ahmintahäiriötä sairastavien on myös huomattu joko ajattelevan ruokaa koko ajan tai välttävän ruoan ajattelua, ja ainakin ruoan ajattelun välttäminen on naisilla yhteydessä ahminnan lisääntymiseen (Barnes ym. 2011a, Nicoli ja Junior 2011). Lisäksi ruokariippuvuus näyttää olevan yhteydessä lihavan ahmintahäiriöön, vaikka tieteellinen näyttö aiheesta onkin toistaiseksi puutteellista (Meule 2011, Salamone ja Correa 2012). Ruokariippuvuuden oireina pidetään suurten ruokamäärien säännöllistä syömistä, syömisen vähentämisen pyrkimyksiä sekä suurten ruokamäärien syömisen jatkamista epäedullisista seurauksista huolimatta. Edelleen, ahmintahäiriötä sairastavilla on havaittu olevan muita samanpainoisia korkeammat kortisolitasot, mikä viittaa ahmintahäiriöpotilaiden korkeampaan stressitasoon (Gluck ym. 2004). Stressin tiedetään olevan yksi ahmimisen laukaisijoista niin bulimiaa kuin ahmintahäiriötä sairastavilla. Ahmintahäiriöpotilaiden vaikeus tunnistaa ja käsitellä erilaisia tunnetiloja (Grilo ym. 2009) johtaa usein tunteiden tukahduttamiseen, mikä lisää syömisen himoa (Svaldi ym. 2010b). Tällöin syömistä käytetään tunteiden hallinnan keinona. Tunnesyöminen tarjoaa kuitenkin vain hetkellisiä ratkaisuja tunteiden säätelyyn eikä se ole rakentavaa pitkällä aikavälillä (Lappalainen ja Lappalainen 2011).

Taulukko 2. Ahmintahäiriön psykopatologiaan liittyvät tekijät ja niiden vaikutukset käyttäytymiseen.

Viite	Psykopatologinen tekijä	Vaikutukset käyttäytymiseen
(Wilfley ym. 2000, Striegel-Moore ym. 2001, Dingemans ja van Furth 2012)	❖ Huoli painosta ja kehonkuvasta	❖ Useat laihdutusyritykset ❖ Ankarat laihdutustavoitteet → Ahmiminen
(de Zwaan ym. 1994, Kuehnel ja Wadden 1994, Ramacciotti ym. 2000, Nicoli ja Junior 2011)	❖ Tyytymättömyys kehonkuvaan	❖ Ahdistus sosiaalisessa kanssakäymisessä ❖ Pakonomainen syöminen
(Hilbert ym. 2002, Nicoli ja Junior 2011)	❖ Vääristynyt kehonkuva	❖ Laihduuttaminen → Ahmiminen
(Ramacciotti ym. 2000)	❖ Kehonkuvan merkittävä vaikutus itsetuntoon	❖ Laihduuttaminen → Ahmiminen
(Gluck ym. 2004)	❖ Stressi	❖ Alttius ahmia ↑
(Barnes ym. 2011a, Nicoli ja Junior 2011)	❖ ”Kakki-tai-ei-mitään” ruoan ajattelemisessa	❖ Ahminnan lisääntyminen ruoan ajattelua vältettäessä
(Meule 2011, Salamone ja Correa 2012)	❖ Ruokariippuvuus	❖ Syömisen himo
(Svaldi ym. 2010a)	❖ Lisääntynyt riskinotto, tavallista huonompi impulssikontrolli & välittömän mielihyvän tavoittelu	❖ Pyrkiminen mielihyvään syömällä → ahmiminen
(Grilo ym. 2009, Svaldi ym. 2010b)	❖ Vaikeus tunnistaa ja käsitellä erilaisia tunteita	❖ Tunnesyöminen, syömisen himo

Tunnistaminen

Ahmintahäiriön tunnistaminen on vaikeaa, sillä ahmintahäiriötä sairastava ei häpeensä vuoksi välttämättä ota ongelmaa oma-aloitteisesti esille (American Psychiatric Association 1994). Koska ahmintahäiriö on yleinen etenkin lihavilla (Allison ym. 2006, Sansone ym. 2008, Dahl ym. 2010, Mitchell ym. 2012), tulisi lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvilta tiedustella avoimesti ahmimisoireista. Ahmimiseen viittaavia epäspesifejä oireita ovat mm. väsymys, masentuneisuus, vatsavaivat ja vaikeaselkoiset yleisoireet (Dingemans ym. 2002). Myös edellä kuvatut jatkuvat laihduttamisyritykset, ankarien laihdutustavoitteiden asettaminen, suuret painonvaihtelut, ylenmääräinen tyytymättömyys omaan ulkomuotoon ja sosiaalinen eristäytyminen voivat olla merkkejä ahmintahäiriöstä (Wilfley ym. 2000, Striegel-Moore ym. 2001, Dingemans ja van Furth 2012). Ahmintatyyppisen syömisen tunnistamisen apuna voi

käyttää ahmintataipumuksen ja syömiskäyttäytymispiirteiden tunnistamiseen kehitettyjä kyselyjä, esimerkiksi BES-, TFEQ- tai QEWP-kyselyä (Pull 2004, Barnes ym. 2011b).

2.1.2 Somaattinen ja psykiatrinen liitännäissairastavuus

Ahmintahäiriötä sairastavia hoitaville syömishäiriöön liittyvien liitännäissairauksien tunteminen ja huomioiminen on tärkeää, sillä ne voivat vaikuttaa merkittävästi hoidon ajoitukseen, sisältöön ja tavoitteisiin. Somaattisista sairauksista esimerkiksi ahmintahäiriöön liittyvän lihavuuden huomioiminen hoidon suunnittelussa ja tavoitteissa on potilaiden terveyden kannalta merkityksellistä. Lisäksi psykiatristen liitännäissairauksien huomioiminen on tärkeää hoidon ajoituksen ja sisällön suhteen, sillä vaikeista psyykkisistä oireista kärsivien voi olla vaikeaa keskittyä esimerkiksi painonpudotukseen tähtäävään hoitoon. Myös henkilöiden, jotka eivät hoida varsinaisesti ahmintahäiriötä mutta siihen liittyviä (somaattisia ja psykiatrisia) liitännäissairauksia, on hyvä huomioida potilaiden mahdollinen ahmimistaipumus.

Somaattinen liitännäissairastavuus

Ahmintahäiriöön liittyy usein lihavuus, vaikka lihavuus ei kuulu ahmintahäiriön diagnostisiin kriteereihin (American Psychiatric Association 1994). Lihavuuden ja ahmintahäiriön syysuhteista ei olla yksimielisiä, sillä lihavuus voidaan nähdä ahmintahäiriölle altistavana tekijänä tai päinvastoin (Pyökäri ym. 2011). Kun ahmintahäiriö nähdään ylipainon aiheuttajana, syy on yksinkertaisesti ahminnan aiheuttaman ylimääräisen energian saannin muuttuminen ylipainoksi. Jos puolestaan ylipainon ajatellaan johtavan ahmintahäiriöön, välittävänä tekijänä voi olla laihduttaminen, jolloin ruoan määrän ja laadun rajoittaminen voi johtaa ahmimiseen.

Lihavuuden lisäksi ahmintahäiriön on havaittu liittyvän myös muihin somaattisiin sairauksiin, pääasiassa elintapasairauksiin ja ruoansulatuskanavan oireisiin. Ahmintahäiriön esiintyvyyttä tyyppin 2 diabeetikoilla on selvitetty saksalaisessa ja brasilialaisessa sekä kahdessa yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa (otoskoot 70–845, tutkittavat 10–80-vuotiaita) (Herpertz ym. 2000, Papelbaum ym. 2005, Allison ym. 2007, TODAY Study Group 2011). Tutkimusten mukaan ahmintahäiriön yleisyys tyyppin 2 diabeetikoilla vaihtelee 1,4–20 %:n välillä. Suurta vaihteluväliä selittävät todennäköisesti eroavaisuudet tutkimusjoukoissa ja -menetelmissä. Tutkimusten perusteella on kuitenkin havaittavissa, että ahmintahäiriön

esiintyvyys tyypin 2 diabeetikoilla on huomattava verrattuna ahmintahäiriön esiintyvyyteen valtaväestössä. Koska ahmimisoireilu ja sen taustatekijät heikentävät diabeteksen hoitomyöntyvyyttä, on mahdollisen liitännäissairastavuuden huomioiminen tärkeää sekä ahmintahäiriötä että tyypin 2 diabetesta sairastavilla. Ahmintahäiriötä sairastava tyypin 2 diabeetikko voi esimerkiksi välttää diabeteslääkkeiden käyttöä verensokeritasapainon kustannuksella pudottaakseen painoaan.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (otoskoko 268, tutkittavien ikä keskimäärin 47 vuotta) ahmintahäiriötä sairastavilla on havaittu olevan kaksinkertainen riski dyslipidemiaan ja puolitoistakertainen riski kohonneeseen verenpaineeseen ja tyypin 2 diabetekseen verrattuna terveeseen väestöön (Hudson ym. 2010). Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (otoskoko 100, tutkittavien ikä keskimäärin 67 vuotta) ahmintahäiriön on todettu olevan sepelvaltimotautia sairastavilla huomattavasti yleisempi (esiintyvyys 10 %) kuin valtaväestöllä (Bankier ym. 2004). Todennäköisesti ahmintahäiriön ja elintapasairauksien yhteys selittyy ahmintahäiriöön liittyvällä lihavuudella (Pinhas-Hamiel ja Levy-Shraga 2012).

Elintapasairauksien lisäksi ahmintahäiriöön liittyy epänormaalin syömisen aiheuttamia ruoansulatuskanavan oireita, esimerkiksi närästystä, refluksia, nielemisvaikeuksia, turvotusta, ylävatsakipua, ripulia ja ummetusta (Cremonini ym. 2009), sekä luusto- ja lihaskipuja (Kessler ym. 2013). Lisäksi ahmintahäiriön ja Parkinsonin taudin yhteyttä on selvitetty Pohjois-Amerikassa, sillä dopamiinihoidon ja impulssikontrollin häiriöiden yhteys on kiinnostanut tutkijoita (otoskoko 3090, tutkittavat 30–75-vuotiaita) (Weintraub ym. 2010). Tutkimuksessa ahmintahäiriön yleisyyden havaittiin olevan 4,3 % Parkinsonin tautia sairastavilla.

Psykiatrinen liitännäissairastavuus

Tutkimuksia ahmintahäiriön psykiatrisista liitännäissairauksista on tehty 2000-luvulla todella runsaasti. Tutkimusten kohteena on ollut erityisesti ahmintahäiriön yhteys mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin, päihteiden käyttöön sekä aleksitymiaan, joka tarkoittaa vaikeuksia tunteiden tunnistamisessa ja ilmaisemisessa. Lähes kaikissa psykiatrista liitännäissairastavuutta selvittäneissä tutkimuksissa ongelmana on ollut tutkimuksen keskeyttäneiden suuri osuus, mutta tutkimukset antavat kuitenkin selvän suunnan psykiatristen liitännäissairauksien yleisyydestä ahmintahäiriöpotilailla.

Ahmintahäiriötä sairastavien ja syömishäiriötä sairastamattomien aikuisten kokemusta yleisestä elämänlaadusta selvittäneessä yhdysvaltalaisessa kyselytutkimuksessa (otoskoko 530, tutkittavat lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuneita) havaittiin ahmintahäiriötä sairastavien elämänlaadun olevan muita alhaisempi (Kolotkin ym. 2004). Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin 404 aikuisen ahmintahäiriöpotilaan psykiatrisia liitännäissairauksia puolistrukturoidun haastattelun avulla, 43,1 %:lla tutkittavista oli vähintään yksi samanaikainen psykiatrinen häiriö ja 73,8 %:lla tutkittavista havaittiin elämänaikainen psykiatrisen häiriön esiintyvyys (Grilo ym. 2009). Ahmintahäiriön kanssa samanaikaisesti esiintyneistä häiriöistä yleisimpiä olivat mieliala- (26,0 %) ja ahdistuneisuushäiriöt (24,5 %). Aiemmissä elämänvaiheissa 24,8 %:lla oli esiintynyt päihde- tai riippuvuusongelmia. Katsausartikkelissa, jossa tarkasteltiin yhteensä kahdeksaa tutkimusta persoonallisuushäiriöiden yleisyydestä syömishäiriötä sairastavilla, persoonallisuushäiriö esiintyi ahmintahäiriötä sairastavista jopa 73,1 %:lla (Sansone ym. 2005). Todellisuudessa osuus on kuitenkin pienempi, sillä yleisyys laskettiin summaamalla kaikkien persoonallisuushäiriöiden yleisyys yhteen, jolloin huomioimatta jäi se, että yhdellä tutkittavalla voi esiintyä useampi persoonallisuushäiriö samanaikaisesti. Yleisin persoonallisuushäiriö ahmintahäiriötä sairastavilla oli pakko-oireinen häiriö (esiintyvyys 15,9 %). Aleksitymian yleisyyden ahmintahäiriötä sairastavilla on havaittu olevan 39,6 % italialaisessa kyselytutkimuksessa, johon osallistui 101 ahmintahäiriötä sairastavaa aikuista (Carano ym. 2006).

Psykiatriseen liitännäissairastavuuteen on yhdistetty varhainen ahmintahäiriöön sairastumisikä ja suurempi elämänaikainen painoindeksi (Grilo ym. 2009). Liitännäissairauksien huomioiminen ahmintahäiriön hoidossa on ensiarvoisen tärkeää, sillä ahmintahäiriö on oireiltaan vaikea-asteisempi, jos henkilöllä on ahmintahäiriön lisäksi toinen tai useampi psykiatrinen häiriö, johtuen negatiivisen tunnemaailman korostumisesta ja heikosta itsetunnosta (Carano ym. 2006, Grilo ym. 2009). Niillä ahmintahäiriöpotilailla, jotka kärsivät aleksitymiasta, itsemurha-ajatusten yleisyyden on havaittu olevan 61,3 % (Carano ym. 2012). Persoonallisuushäiriöstä kärsivillä kehonkuvaan ja painoon liittyvä ahdistus on suurempaa kuin niillä, joilla on pelkästään ahmintahäiriö (Becker ym. 2010).

2.1.3 Hoito ja ennuste

Hoito

Ahmintahäiriön hoito ei ole vielä vakiintunut eikä yksimielisyyttä optimaalisesta hoitomuodosta ole (Treasure ym. 2010, Suokas ja Rissanen 2011). Erityisesti ahmintahäiriöön liittyvä lihavuus tekee hoidosta haastavaa, sillä häiriötä ei pystytä parantamaan hoitamalla pelkästään lihavuutta ja toisaalta terveyden kannalta merkittävä lihavuus ei saa jäädä hoitamatta. Tavallisesti ahmintahäiriöpotilaiden oma toive hoidossa on nopea painon lasku (Herpertz ym. 2011), kun taas hoidon ensisijaisena tavoitteena on syömiskäyttäytymisen säännöllistäminen ja rajujen laihdutusyritysten lopettaminen (Suokas ja Rissanen 2011). Potilaan ja hoitohenkilökunnan ensisijaisten hoitotavoitteiden eroavaisuudet on otettava huomioon hoitoa suunniteltaessa, ja hoito-ohjelmasta tulee keskustella yhdessä potilaan kanssa asiakaslähtöisesti (Herpertz ym. 2011). Potilasta on tärkeää motivoida pitkäaikaisten tavoitteiden asettamiseen, sillä rajut laihdutusyritykset voivat lisätä ahmimiskierrettä. Syömiskäyttäytymisen säännöllistämisen ja ahmimiskierteen pysäyttämisen ajatellaan johtavan pitkällä aikavälillä painonnousun pysähtymiseen ja hoikistumiseen. Tästä huolimatta ahmintahäiriötä sairastavan painonhallinnan tukeminen on haastavaa, ja useimmat ahmintahäiriön hoitomuodot laihduttavat vain vähän ahmintahäiriötä sairastavien kokonaislaihdustarpeeseen nähden (Brownley ym. 2007, Treasure ym. 2010, Dalle Grave 2011, Suokas ja Rissanen 2011). Lisäksi ahmintahäiriötä sairastavien on muita ylipainoisia vaikeampaa ylläpitää saavutettuja laihdutustuloksia (Borges ym. 2002).

Ahmintahäiriön hoito voidaan kohdentaa syömiskäyttäytymisen normalistamiseen, ahmintahäiriöön liittyvään psykopatologiaan ja samanaikaisesti esiintyvien psyykkisten ongelmien hoitoon sekä painonhallintaan. Yleisesti käytettyjä hoitomenetelmiä ovat ravitsemushoito, psykoterapeuttiset hoito-ohjelmat ja lääkehoito (taulukko 3) (Brownley ym. 2007). Ravitsemushoitoa ja psykoterapeuttista hoitoa voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai itsehoitona. Lisäksi lihavuusleikkaushoidon vaikutuksia ahmintahäiriöön liittyvän lihavuuden hoidossa on tutkittu (Kalarchian ym. 2002, Green ym. 2004, Larsen ym. 2004, Bocchieri-Ricciardi ym. 2006, Sallet ym. 2007, Alger-Mayer ym. 2009, Wadden ym. 2011). Tutkimustulokset ovat ristiriitaisia, mutta leikkaushoito näyttää edistävän ahmintahäiriötä sairastavien painonpudotusta, joskin joissakin tutkimuksissa vähemmän kuin syömishäiriötä sairastamattomilla. Mikäli potilas ei pysty muuttamaan syömiskäyttäytymistään leikkauksen jälkeen, ahmintahäiriö kuitenkin muodostaa vakavan terveydellisen riskin, ja pitkäaikaisessa

(2-7 vuoden) seurannassa paino todennäköisesti nousee leikkauksen jälkeisestä painonpudotuksesta (Kalarchian ym. 2002). Leikkaukseen hakeutuvat ahmintahäiriöpotilaat voisivatkin hyötyä leikkausta edeltävästä ja seuraavasta ravitsemushoidosta ja/tai psykoterapeuttisesta hoidosta. Erilaiset ahmintahäiriön hoitomenetelmät eivät olekaan toisensa poissulkevia, ja usein lihavan ahmintatyyppisen syömisen hoidossa käytetään useita eri hoitomuotoja moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen (Castelnuovo ym. 2011).

Taulukko 3. Lihavan ahmintahäiriön hoitomenetelmät ja niiden vaikutukset tiivistettynä (muokattu Treasure 2010).

Hoitomenetelmä	Vaikutukset¹
Ravitsemusohjaus, painonhallinnan ohjaus	Painon lasku ja ahminnasta pidättäytyminen ⁺⁺
Psykoterapeuttiset hoito-ohjelmat (kognitiivis-behavioraalinen terapia, interpersonaalinen terapia, dialektinen käyttäytymisterapia)	Ahmimiskertojen väheneminen ja ahminnasta pidättäytyminen ⁺⁺
Lääkehoito (masennuslääkkeet, antikongulsantit eli kouristuksia ehkäisevät lääkkeet)	Ahmimiskertojen väheneminen ja remission saavuttaminen ⁺⁺

¹Vaikutukset: + = lievät hyödylliset vaikutukset, ++ = kohtalaiset hyödylliset vaikutukset, +++ = vahvat hyödylliset vaikutukset

Ahmintahäiriön ravitsemushoidosta julkaistujen kansainvälisten tutkimusten tulkitseminen on haastavaa, sillä ravitsemushoidolla tarkoitetaan eri maissa varsin eri asioita, johtuen oletettavasti ravitsemusterapeuttien erilaisesta koulutuksesta ja tietotasosta sekä hoitotiimien erilaisuudesta. Tässä työssä ravitsemushoito-käsitteellä tarkoitetaan ravitsemushoitoa, jota Suomessa työskentelevät laillistetut ravitsemusterapeutit käyttävät ahmintahäiriön hoidossa, sisältäen pelkän ruoan energiarajoituksen lisäksi myös mm. syömiseen ja ruokaan liittyvän psykologisen ohjauksen. Tämä on yhteneväistä Amerikan ravitsemushoito-ohjeistuksen kanssa (Academy of Nutrition and Dietetics 2012).

Ahmintahäiriön ravitsemushoidon pääkohtia ovat rajujen laihdutusyritysten lopettaminen, ateriarytmin säännöllistäminen, ruokavalion monipuolistaminen ja täsmäsyömisen opettelu (Academy of Nutrition and Dietetics. 2012). Lisäksi potilasta autetaan tunnistamaan ahmimiseen johtavia tekijöitä ja tilanteita sekä kehon nälkä- ja kylläisyysviestejä, ja näiden avulla pyritään lisäämään syömisen hallintaa sekä ehkäisemään ahmimiskierteitä ja niihin liittyvää painonnousua. Tiedollisessa ohjauksessa potilaalle on tärkeää kertoa rajujen laihdutuskuurien yhteydestä ahmimiskierteeseen. Maltilliseen painonpudotukseen pyritään

kohtuullistamalla energiansaantia, hyväksymällä yksilölliset erot ruumiinrakenteessa, kiinnittämällä huomioita ruoan monipuolisuuteen ja nautittavuuteen, tunnistamalla oman kehon nälkä- ja kylläisyysviestejä sekä liikkumalla iloisella ja terveyttä edistävällä asenteella – ei pakonomaisesti ainoastaan painonpudotukseen tähdäten. Ravitsemusterapeutti voi koostaa ahmintahäiriötä sairastavalle yksilöllisen ateriasuunnitelman, jota potilas voi hyödyntää erityisesti hoidon alkutaipaleella sopivan ateriarytmin ja annoskokojen mallina. Ohjauksen apuna ravitsemusterapeutti voi käyttää psykologisen ohjauksen keinoja esimerkiksi kognitiivis-behavioraalista terapiasta, mutta ruokaan ja syömiseen liittymätön psykologinen ohjaus kuuluu psykologin ja psykiatrian toimenkuvaan. Ravitsemushoidon tavoitteita ovat pitkäaikaiset elämäntapamuutokset: syömiskäyttäytymisen normalistaminen, maltillinen (realistinen) painonpudotus ja iloa tuottava liikkuminen. Ravitsemusterapeutti laatii yhteistyössä potilaan kanssa toimintasuunnitelman ahmimishalun yllättämisen ja takapakkien varalle. Lihavuuden lisäksi myös muut mahdolliset ahmintahäiriön liitännäissairaudet on huomioitava ravitsemushoidossa (Academy of Nutrition and Dietetics. 2012). Painonhallinnan ohjauksen ahmintahäiriön hoidossa on havaittu vähentävän ahmintaoireilua sekä auttavan painonpudotuksessa, mutta tulokset painonhallinnassa eivät ole olleet pitkäaikaisia (Wonderlich ym. 2003, Vocks ym. 2010, Wilson ym. 2010, Masheb ym. 2011, Iacovino ym. 2012).

Psykoterapeuttisista terapiasuuntauksista ahmintahäiriön hoidossa on käytetty pääasiassa kognitiivis-behavioraalisen terapian, interpersonaalisen terapian ja dialektisen käyttäytymisterapian sovelluksia (Wonderlich ym. 2003, Herpertz ym. 2011, Iacovino ym. 2012). Kognitiivis-behavioraalisen hoidon ensisijaisena tavoitteena on ahmimistaipumuksen väheneminen ateriarytmin säännöllistämällä, kehonkuvaan liittyvän ahdistuksen käsittelyllä, joustavien painonhallintamenetelmien käytön rohkaisulla sekä itsehavainnoinnin ja ongelmanratkaisun opettelulla (Wonderlich ym. 2003, Iacovino ym. 2012). Psykoterapeuttiset terapiamuodot ovat tehokkaita etenkin syömiskäyttäytymisen normalistamisessa ja ahmintahäiriöön liittyvän psykopatologian hoidossa, mutta painonpudotuksessa niistä näyttää olevan vain vähän hyötyä (Herpertz ym. 2011, Iacovino ym. 2012).

Ahmintahäiriön hoidossa yleisesti käytettyjä lääkkeitä Suomessa ovat masennuslääkkeet, kouristuksia ehkäisevät lääkeaineet (antikonvulsantit) ja laihdutuslääke orlistaatti (Reas ja Grilo 2008, Suokas ja Rissanen 2011). Masennuslääkkeistä erityisesti SSRI-lääkkeitä riittävän suurina annoksina käytävillä on vähemmän psyykkistä ja painoon liittyvää oireilua kuin plaseboa käytävillä (Brownley ym. 2007). Antikonvulsantti topiramaatin on havaittu

vähentävän ahmimiskertoja ja laskevan painoa erityisesti ahmintahäiriöpotilailla, jotka vastaavat huonosti muuhun hoitoon ja joilla on psykiatrisia liitännäissairauksia (McElroy ym. 2012). Lääkkeen käyttöön usein liittyvät haittavaikutukset kuitenkin rajoittavat sen käyttöä (Suokas ja Rissanen 2011). Orlistatin käytön on havaittu tehostavan painonpudotusta lyhyellä aikavälillä, mutta seurannassa painonpudotus ei ole ollut pysyvää (McElroy ym. 2012). Suomessa lääkehoitoa käytetään ainoastaan muun hoidon tukena (Suokas ja Rissanen 2011), vaikkakin tutkimustulokset ovat ristiriitaisia siitä, tuoko esimerkiksi lääkehoidon ja psykoterapeuttisen hoidon yhdistäminen lisähyötyä ahmintahäiriön hoitoon (McElroy ym. 2012).

Ennuste

Lihavan ahmintahäiriö on muiden syömishäiriöiden tavoin monitahoinen ja pitkäaikainen sairaus, joka on kuultaan aaltoileva (Suokas ja Rissanen 2011). Tutkimuksia ahmintahäiriön ennusteesta on tarjolla vain niukasti. Syömishäiriöiden kroonisuutta selvittäneessä yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa (tutkittavat 150 ahmintahäiriötä sairastavaa ja 150 syömishäiriötä sairastamatonta ylipainoista tai lihavaa sekä 888 heidän ensimmäisen asteen sukulaista) havaittiin ahmintahäiriön keskimääräisen keston olevan 14,4 vuotta, anoreksian keston ollessa 4,9 vuotta ja bulimian 4,8 vuotta (Pope ym. 2006). Saksalaisessa 12 vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessa (otoskoko 635, tutkittavat keskimäärin yli 20-vuotiaita tutkimuksen alussa) ahmintahäiriötä alkutilanteessa sairastaneista 67,2 % oli parantunut eli ei sairastanut enää mitään syömishäiriötä tutkimuksen lopussa (Fichter ym. 2008). 7,8 %:lla ahmintahäiriö oli kroonistunut ja yhteensä 21,9 %:lle alkutilanteessa ahmintahäiriötä sairastaneista oli seurannassa kehittynyt bulimia tai määrittelemätön syömishäiriö. Yhdysvaltalaisessa neljä vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessa (otoskoko 385, tutkittavat alkutilanteessa keskimäärin yli 20-vuotiaita) ahmintahäiriön ennusteen havaittiin olevan edellä esitettyä parempi, ja 82 % ahmintahäiriötä sairastavista saavutti remission (Agras ym. 2009).

Yksittäisissä tutkimuksissa mm. psykiatrisen liitännäissairastavuuden (Dingemans ym. 2007), ihmissuhdeongelmien (Hilbert ym. 2007), toimimattomien selviytymisstrategioiden ja seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutumisen (Fichter ym. 2008) on havaittu heikentävän ahmintahäiriön ennustetta. Ahmintahäiriöön liittyvän lihavuuden tiedetään lisäävän potilaiden kuolleisuusriskiä (Smink ym. 2012). Syömishäiriöihin liittyvästä itsemurhariskistä tehdyssä meta-analyysissä ahmintahäiriöön ei havaittu liittyvän itsemurhariskiä (Preti ym. 2011).

2.2 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ahmintahäiriön hoidossa

2.2.1 Kognitiivis-behavioraaliset psykoterapiat

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa voidaan pitää yläkäsitteenä erilaisille psykologisille hoitomenetelmille, joissa yksilön tekemät tulkinnat omasta tilanteestaan ennemmin kuin tilanne sinänsä nähdään ongelman taustalla (Tuomisto ja Lappalainen 2012). Kognition käsitteellä tarkoitetaan siis yksilön ajatuksia, informaation prosessointia, sisäisiä mielikuvia ja muistikuvia (Kähkönen ym. 2008). Kognitiivisen psykoterapian perusajatuksena on, että ajatukset ja tunteet liittyvät toisiinsa ja että muokkaamalla ajatuksia joustavampaan suuntaan saadaan aikaan muutosta myös tunnekokemuksessa. Terapian tavoitteena on tehdä yksilön kokemus ymmärrettäväksi yksilön mielen sisäisten prosessien tutkimisen kautta sekä lisätä kokemuksen vaihtoehtoisuutta. Kognitiivis-behavioraaliseen työtapaan kuuluvat oleellisesti tavoitteellisuus, tutkiva työote sekä tasavertaisuusasiakkaan ja hoidon tarjoajan välillä (Tuomisto ja Lappalainen 2012). Kognitiivis-behavioraalisiin hoitomuotoihin sisältyvät hyväksymis- ja omistautumisterapian hoitomenetelmät mukaan lukien tietoisuustaidot, sillä suuntausten peruslähtökohdat ovat samat, vaikka hoitomenetelmien painopisteissä on tiettyjä eroavaisuuksia (taulukko 4).

Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käyttö on yleistä syömishäiriöiden hoidossa (Suokas ja Rissanen 2011). Menetelmien pyrkimyksenä on auttaa potilasta ymmärtämään ravitsemustilan ja fyysisen kuntoutumisen merkitys, auttaa potilasta tunnistamaan tunteitaan sekä ymmärtämään ja muuttamaan haitallista käyttäytymistä ja vääristyneitä ajatuksia syömishäiriöstä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2009). Lisäksi tavoitteena on parantaa potilaan toimintakykyä ja helpottaa muuta psykopatologiaa ja liitännäisoireita.

Taulukko 4. Kooste kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta, hyväksymis- ja omistautumisterapiasta sekä tietoisuustaidoista (koottu lähteistä Bond ja Dryden 2005, Lappalainen 2006, Hakanen 2008, Lehto ja Tolmunen 2008, Tuomisto ja Lappalainen 2012).

Terapiamuoto	Perusta	Ydinasiat	Tavoitteet	Hoidon painopisteet	Hoitomenetelmiä	Esimerkkejä yleisimmistä hoitosovelluksista
Kognitiivis-behavioraalinen terapia	❖ Oppimis-psykologia	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Järjestelmällisyys ❖ Tavoitteellisuus ❖ Asiakaskeskeisyys ❖ Tasavertaisuus ❖ Asiakkaan aktiivisuus 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elämänlaatua lisäävien elämäntaitojen ja käyttäytymismallien saavuttaminen ❖ Ohjauksen tekeminen tarpeettomaksi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asiakkaan ongelmaa ylläpitävien käyttäytymismallien selvittäminen ❖ Vaihtoehtoisen ajattelun ja käyttäytymisen hyödyn tarkasteleminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Itsehavainnointi ❖ Rentoutus ❖ Altistusharjoitukset ❖ Rooliharjoitukset ❖ Ongelmanratkaisumenetelmät ❖ Taitoharjoitukset ❖ Kotitehtävät ❖ Hyväksyminen ❖ Tiedon välittäminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masennus ❖ Ahdistus ❖ Syömishäiriöt
Hyväksymis- ja omistautumisterapia	❖ Suhdekehysteoria	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hyväksyminen ❖ Arvojen mukaiseen elämään omistautuminen ❖ Arvojen mukainen toiminta ❖ Tasavertaisuus ❖ Sairauskäsitteen puuttuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hyvä elämä ❖ Arvojen mukaisten tekojen lisääntyminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Arvokeskustelu ❖ Aikaisempien muutosyritysten tiedostaminen ja toimimattomista menetelmistä luopuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kotitehtävät ❖ Metaforat ❖ Kertomukset ❖ Hyväksymisharjoitukset ❖ Rooliharjoitukset ❖ Tietoisuusharjoitukset 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masennus ❖ Ahdistus
Tietoisuustaidot (Mindfulness)	❖ Zen-buddhalainen filosofia ¹	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tavoitteellinen läsnäolo nykyhetkessä ❖ Ei arvostelua 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uudenlaisen suhteen luominen omiin sisäisiin kokemuksiin ❖ Ajatusten ymmärtäminen ajatuksina, ei todellisuutena ❖ Taito integroida elämänlaatua heikentävät tekijät osaksi elämää 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tunteiden prosessointi ❖ Stressinhallinta 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tietoisuusharjoitukset (ml. tietoinen syöminen) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masennus ❖ Ahdistus ❖ Epävakaa persoonallisuus ❖ Tarkkaavaisuus-häiriö

¹Huom. Psykoterapioissa tietoisuustaidot mielletään mieluummin asennoitumiseksi ja taidoksi kuin uskonnoksi tai meditaatioksi.

2.2.2 Kognitiivis-behavioraaliset ryhmäinterventiot

Kognitiivis-behavioraalisten ryhmäinterventioiden vaikutuksia ahmintahäiriöihin hoidossa on tutkittu runsaasti (taulukko 5). Ensimmäiset tutkimukset ajoittuvat 1990-luvun puoliväliin, josta ovat peräisin kuuluisimmat ja tutkituimmat kognitiivis-behavioraaliset hoitomallit. Interventioiden ryhmäkoko on vaihdellut 3-12 osallistujan välillä ja kesto pääosin 8 viikosta 36 viikkoon. Yleisesti ottaen kognitiivis-behavioraaliset ryhmäinterventiot ovat tehokkaita erityisesti ahmintahäiriön psykopatologian hoidossa, syömiskäyttäytymisen normalistamisessa sekä ahmintahäiriöön liittyvän masennuksen ja sosiaalisten ongelmien hoidossa, mutta niiden hyöty painonpudotuksessa ja –hallinnassa on ristiriitaista (Wolff ja Clark 2001, Duchesne ym. 2007, Ashton ym. 2009, Schlup ym. 2009, Vanderlinden ym. 2012). Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyistä 35 tutkimuksesta kahdeksassa tutkimuksessa (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Pendleton ym. 2002, Gorin ym. 2003, Duchesne ym. 2007, Schlup ym. 2009, Ricca ym. 2010, Vanderlinden ym. 2012), joissa tapaamiskertoja oli yhteensä 13–30, tutkittavien painossa havaittiin myönteisiä, tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Lisäksi ryhmäinterventioiden aikana saavutettujen hyötyjen säilyminen on pohdituttanut tutkijoita. Seuranta-ajan (6 kk - 3,5 vuotta) sisältäneissä tutkimuksissa (Agras ym. 1997, Pendleton ym. 2002, Gorin ym. 2003, Peterson ym. 2009, Schlup ym. 2009, Striegel-Moore ym. 2010b, Hilbert ym. 2012, Vanderlinden ym. 2012) psyykkisen hyvinvoinnin havaittiin lisääntyvän, ahmimistaipumuksen vähenevän ja (kolmessa tutkimuksessa) painon laskevan seurannan aikana. Yhdessä kontrolloimattomassa tutkimuksessa (Ashton ym. 2009) on selvitetty lyhyen, neljä tapaamiskertaa sisältävän ryhmäintervention vaikutuksia, ja intervention havaittiin vähentävän ahmimispäiviä. Tuloksia tulkittaessa on huomioitava, että kaikissa tutkimuksissa tutkimusasetelmaan ei ole sisällynyt satunnaistamista tai vertailuryhmää (taulukko 5).

Kuvaus yleisimmistä ahmintahäiriön kognitiivis-behavioraalista ryhmähoitomalleista

Ahmintahäiriön hoidossa yleisimmin käytetyt kognitiivis-behavioraaliset hoitomallit ovat Telchin (1990) malli, LEARN-ohjelma (Brownell 1985, 1991 ja 2000), Mitchellin ym. (1990) malli ja Fairburnin ym. (1993) malli. Telchin 24 viikkoa kestävässä 12 kerran (á 90 min) mallissa hoitoon osallistuvia ohjeistetaan seuramaan omaa syömistään, ahmimiskohtauksia sekä niitä ennen tai jälkeen viriäviä ajatuksia ja tunteita (Agras ym. 1995). Itsehavainnoinnilla pyritään asteittain muuttamaan kaoottisia syömistottumuksia kohti säännöllistä ja tasapainoista ateriarytmiä. Lisäksi osallistujia kehoitetaan luopumaan kiellettyjä ruokia

koskevasta ajattelutavasta itsekontrollin lisäämiseksi ja riiston tunteiden vähentämiseksi. Itsehavainnoinnin jälkeen osallistujia ohjeistetaan käyttämään erilaisia selviytymiskeinoja, joiden avulla ahmimista voi ehkäistä. Viimeisillä kerroilla osallistujia ohjeistetaan takapakkien ehkäisyyn ja kohtaamiseen (Agras ym. 1995).

12 viikkoa kestävässä, 12 90 minuutin tapaamiskertaa sisältävässä painonhallintaan tähtäävässä LEARN-ohjelmassa (Brownell 2000) opetellaan kuuntelemaan kehon nälkäviestejä, takapakeista selviytymistä, motivaation ylläpitämistä ja keinoja selvitä suuren syömishalun kanssa. Lisäksi osallistujille annetaan vinkkejä realistisen tavoitepainon asettamiseen ja syömiseen kodin ulkopuolella, välitetään tietoa asenteiden ja kehonkuvan vaikutuksista painonhallinnassa sekä tarkastellaan perhettä ja ihmissuhteita painonhallinnan näkökulmasta. Ohjelmaan sisältyvät säännölliset painon mittaukset.

Mitchellin ym. (1990) malli sisältää 14 yhden tunnin kestoista tapaamista kahdeksan viikon aikana. Tapaamisten ensimmäinen puolikas (30 min) käytetään tiedolliseen ohjaukseen ja toinen ryhmäkeskusteluun, joka sisältää myös kotitehtävien käsittelyn (Peterson ym. 1998). Kolmen ensimmäisen tapaamiskerran aiheita ovat mm. ahmintahäiriö, ravitsemuksellinen kuntoutus ja ärsykekontrolli. Keskimmaisilla kerroilla käsitellään erilaisia kognitiivisia taitoja ahminnan vähentämiseksi sekä käydään läpi materiaalia impulsiivisuudesta, tunteiden säätelystä, kehonkuvasta ja itsetunnosta. Viimeisillä tapaamisilla keskitytään stressinhallintaan, ongelmanratkaisuun, itsevarmuuteen, järkeviin keinoihin hallita painoa sekä takapakkien ehkäisyyn (Peterson ym. 1998).

Fairburnin ym. (1993) alun perin ahmimisen ja bulimian yksilöhoitoon tarkoitettu malli rakentuu 20:n, 90 minuuttia kestävien tapaamiskertojen ympärille. Hoidossa keskitytään nykyhetkeen ja tulevaisuuteen menneisyyden sijaan. Intervention päätavoitteet ovat 1) tietoisuuden lisääntyminen ja ahmimisen korvautuminen tasapainoisella syömiskäyttäytymisellä, 2) laihdutuksen lopettaminen keskittyen ongelmallisiin ajatuksiin, uskomuksiin ja arvoihin sekä 3) saavutettujen tulosten säilyttäminen. Ensimmäiseen tavoitteeseen pyritään mm. välittämällä tietoa ahmintahäiriöstä, sen psykopatologiasta ja laihduttamisen haitallisista vaikutuksista vakiinnuttamalla viikoittaiset painonmittaukset, ohjeistamalla säännöllisiä syömistottumuksia sekä pohtimalla yhdessä ahmintahäiriötä sairastavan kanssa, mitkä voisivat olla ahmimisen korvaavia aktiviteetteja (esim. vierailu ystävän luona). Ankarien laihdutuskuurien lopettamiseksi harjoitellaan ongelmanratkaisumenetelmiä sekä käsitellään kehonkuvaan ja painoon liittyviä huolia.

Saavutettujen tulosten säilyttämiseen pyritään luomalla tulevaisuuden suunnitelma, ehkäisemällä takapakkeja sekä valmistamalla toimintasuunnitelma siltä varalta, että ahmimista esiintyy.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat ryhmäinterventiot

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (HOT:ssa) paneudutaan ongelmien taustalla oleviin hallintayrityksiin ja pyritään eroon toimimattomista toimintamalleista (Tuomisto ja Lappalainen 2012). Keskeistä terapiassa on auttaa asiakasta hyväksymään itsensä ja toiset myötätuntoisesti, valitsemaan arvopohjainen elämänsuunta ja sitoutumaan arvojenmukaiseen toimintaan (Pietikäinen 2009). Sen sijaan, että taisteltaisiin epätoivottuja ajatuksia ja tunteita vastaan, hyväksytään ne ja toimitaan niiden kanssa elämän arvojen mukaisesti. Tämän ajatellaan olevan tärkeää ahmintahäiriön hoidossa, sillä ahmimiseen taipuvaisilla ahmiminen nähdään usein epätarkoituksenmukaisena hallintayrityksenä käsitellä vaikeita ajatuksia ja tunteita (Barnes ja Tantleff-Dunn 2010).

Ahmintahäiriön hoitoon kehitettyjä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvia ryhmäinterventioita ei löytynyt kirjallisuushaussa, mutta tutkimuksista, joissa on selvitetty hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien vaikutuksia lihavuuteen, on saatu lupaavia tuloksia. Tuoreessa tutkimuksessa selvitettiin yksipäiväisen hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan työpajan vaikutuksia painonhallintaan lihavilla, jotka olivat osallistuneet kuusi kuukautta kestäneeseen painonhallintaohjelmaan (Lillis ym. 2009). Työpajassa harjoiteltiin erilaisia hyväksymis- ja tietoisuustaitoja tavoitteena oppia soveltamaan opittuja menetelmiä vaikeisiin ajatuksiin, tunteisiin ja kehon tuntemuksiin. Kolmen kuukauden seurannan jälkeen työpajaan osallistuneiden elämänlaatu, painoon liittyvä hyväksyntä, ahdistuksen sieto ja psykologinen joustavuus olivat parempia kuin henkilöillä, jotka eivät osallistuneet työpajaan. HOT-työpaja vähensi myös lihavuuteen liittyvää häpeää ja ahdistusta sekä tehosti painonpudotusta. Samasta tutkimusaineistosta selvitettiin myöhemmin tietoisuustaitojen ja hyväksymisen opetteluun vaikutuksia ahmimiseen, ja analyyseissa todettiin HOT-työpajan vähentäneen ahmimispäiviä (Lillis ym. 2011). Ahmimisen väheneminen selitti osallistujien painonlaskua, minkä lisäksi ahmimisen väheneminen yhdistettiin muutoksiin välttämiskäyttäytymisessä.

Toisessa tutkimusasetelmassa on verrattu kontrolliin ja hyväksymiseen perustuvien menetelmien vaikutuksia ruoan himoon (Forman ym. 2007). Kontrolliin perustuvassa

menetelmässä tutkittaville opetettiin taitoja, joilla kääntää ajatuksen pois mielihalusta syödä ruokaa. Hyväksyntään perustuvassa menetelmässä tutkittavia neuvottiin ainoastaan huomioimaan ruoan himoon liittyviä tunteita ja hyväksymään ne sellaisinaan. Tutkimuksessa havaittiin hyväksymiseen perustuvan menetelmän olevan tehokas erityisesti niillä henkilöillä, joilla ruoan himo oli suuri. Ahmintatyypillisesti syöville ruoan himon on havaittu olevan yhteydessä ahmimiseen (Engelberg ym. 2005).

Tietoisuustaitoharjoitteluun pohjautuvat ryhmäinterventiot

Ahmintahäiriöön kuuluu tyypillisesti vaikeus säädellä ruoankäyttöön ja identiteettiin liittyviä tunteita, käyttäytymistä ja fysiologisia reaktioita (Kristeller ja Wolever 2011). Tietoisuustaitoihin perustuvat hoitomenetelmät soveltuvat vastaamaan ahmintahäiriön ydinongelmiin. Tietoisuustaitojen avulla on tarkoitus kiinnittää huomiota erilaisiin tunnetiloihin liittyvän käyttäytymisen, tehdä tietoisia ruokavalintoja, tunnistaa kehon nälkä- ja kylläisyysviestejä sekä lisätä oman itsensä hyväksymistä. Näiden mekanismien kautta tietoisuustaitoharjoittelun ajatellaan vähentävän ahmintajaksoja, parantavan itsekontrollia sekä vähentävän masennusoireita (Kristeller ja Wolever 2011).

Tietoisuustaitoharjoitteluun pohjautuvia, ahmintahäiriön hoitoon kehitettyjä ryhmäinterventioita löytyi kolme. Vuonna 1999 toteutetussa tutkimuksessa havaittiin kuusi viikkoa kestävä, tietoisuustaitoihin perustuvan meditaatioharjoittelun vähentävän ahmimista, masennusoireita ja ahdistuneisuutta sekä lisäävän kontrollin tunnetta ahmintahäiriötä sairastavilla verrattuna tutkimuksen alkutilanteeseen (Kristeller ja Hallett 1999). Pilottitutkimuksessa, jossa selvitettiin tietoisuustaitoihin perustuvan kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutuksia samanaikaisesti muista psyykkisistä ongelmista kärsivillä ahmintahäiriöpotilailla, havaittiin ryhmäintervention vähentävän ahmimisjaksojen määrää, alkoholi- ja huumausaineriippuvuutta ja masennusoireita sekä parantavan vääristyneitä syömiseen liittyviä asenteita (Courbasson ym. 2011). Tuoreessa tutkimuksessa, jossa verrattiin ryhmämuotoista tietoisuustaitopohjaista tietoisin syömistä harjoittelua ja psykoedukaatiota sisältävää kognitiivis-behavioraalista interventiota toisiinsa ja odotuslistaan, havaittiin tietoisin syömistä harjoitteluun osallistuneista, alkutilanteessa ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit täyttävistä, vain 5 %:n täyttävien kriteerit neljän kuukauden seurannassa (Kristeller ym. 2013). Tulos oli huomattavasti parempi, kuin kognitiivis-behavioraalissa ryhmässä ja vertailuryhmässä.

Taulukko 5. Kooste kognitiivis-behavioraalista ryhmäinterventioista ahmintahäiriön hoidossa. Hoitomuotona tutkimuksissa on ollut avohoito. Jos tutkimusjoukkona ei ole ollut ahmintahäiriötä sairastavat (esim. hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat interventiot), se mainitaan tutkimuskysymyksessä.

Tutkimus					Interventio	Tulokset		
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Agras ym. 1995) Yhdysvallat	Vähentääkö IPT ahmimista tutkittavilla, joilla CBT ei tehoa?	50 86 % 18,9 (SD 12,8) 37,1 (SD 7,3)	14 päivän ahmimis-päiväkirja, paino, BDI, TFEQ, BES, IIP, SCL, RSE	1. CBT-ED-GN + WL 2. CBT-ED-GN + IPT-ED 3. Odotuslista	CBT: Telchin (1990) malli muokattuna WL: LEARN-ohjelma (Brownell 1985) muokattuna IPT: Wilfelyn ym. (1993) malli	24 viikon ajan 12 krt, á 90 min + 12 krt, á 90 min	14 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Verrattuna odotuslistaan, hoitoryhmät vähensivät merkitsevästi ahmimista (p=0,0001). Painon muutos CBT-ED-GN + WL – ryhmässä oli -4,1 kg (p=0,0001). Tutkittavat, jotka eivät hyötyneet 12-viikon CBT-ryhmästä, eivät saaneet lisähyötyä IPT-ryhmästä.
(Agras ym. 1997) Yhdysvallat	Minkälaiset vaikutukset CBT:llä on 1 vuoden seurannassa?	93 100 % 46 (SD 10,2) 36,7 (SD 6,6)	Tutkittavien raportoima ahmiminen, paino, BES, TFEQ, BDI	1. CBT-ED + WL	CBT: Telchin (1990) malli muokattuna WL: LEARN-ohjelma (Brownell 1985) muokattuna	36 viikon ajan 30 krt, á 90 min	18 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimistaipumus väheni 80 % ja painonmuutos -1,8 kg verrattuna alkutilanteeseen. <i>1 vuoden seurannassa:</i> Ahmimistaipumus väheni 64 % ja painonmuutos +0,5 kg verrattuna alkutilanteeseen. Tutkittavilla, jotka eivät ahmineet seurannan aikana, intervention aikana tapahtunut painonpudotus oli pysyvä.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus				Interventio			Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Eldredge ym. 1997) Yhdysvallat	Tehoaako laajennettu CBT tutkittavilla, joilla 12 kerran CBT ei tehoa?	46 96 % 45,2 (SD 9,8) 38,4 (SD 9,5)	Tutkittavien raportoima ahmiminen, paino, RSE, IIP, BDI, TFEQ, GSI, BES	1. CBT-ED-GN + WL 2. CBT-ED 3. Odotuslista	CBT: Telchin (1990) malli muokattuna WL: LEARN-ohjelma (Brownell 1985) muokattuna	24 viikon ajan 1.12 krt, á 90 min + 12 krt, á 90 min 2. 24 krt, á 90 min	20 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> 12 kerran CBT vähensi ahmimispäiviä 68 % (p=0,046 verrattuna odotuslistaan). Tutkittavilla, joilla ahminta ei vähentynyt 12 kerran aikana, laajennettu CBT vaikutti myönteisesti syömiskäyttäytymiseen. Ei merkitseviä muutoksia painossa.
(Peterson ym. 1998) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuseroja kolmella erilaisella CBT-interventiolla on?	61 100 % 42,4 (SD 10,2) 34,7 (SD 7,5)	BMI, EB-IV, EDE, BES, TFEQ, HDRS, RSE, BSQ	1. CBT-TL 2. CBT-PSH 3. CBT-SH 4. Odotuslista	Mitchellin ym. (1990) bulimian hoitoon kehittämä malli BED:n hoitoon muokattuna	8 viikon ajan 14 krt, á 60 min	16 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmiminen väheni merkittävästi kaikissa hoitomuodoissa (p<0,0001), hoitomuotojen välillä ei merkitseviä eroja. Ei merkitseviä muutoksia painossa.
(Kristeller ja Hallett. 1999) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia meditaatio-pohjaisella interventiolla on?	21 100 % 46,5 (SD 10,5) 40,3	QEWP-R, paino, SCL 90-R, BES, BDI, BAI, tutkittavien raportoima ahmiminen	1. MBI	Hoitomalli kehitetty interventioon	6 viikon ajan 7 krt	14 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimispäivät vähenivät 4,0pvä/vk → 1,6pvä/vk (p<0,001). Syömisen kontrollointi sekä nälkä- ja kylläisyysviestien tulkitseminen lisääntyivät (p<0,01). Masennus (p<0,001) ja ahdistus (p<0,01) vähenivät. Ei merkitseviä muutoksia painossa.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Peterson ym. 2000) Yhdysvallat	Mitkä tekijät ennustavat CBT-hoidon tuloksia?	52 100 % 42,4 (SD 10,1) 34,2 (SD 7,1)	EB-IV, EDE, BES, TFEQ, HDRS, BDI, RSE	1. CBT	Mitchellin ym. (1990) bulimian hoitoon kehittämä malli BED:n hoitoon muokattuna	8 viikon ajan 14 krt, á 60 min	16 %	<i>Alkutilanteessa</i> objektiivisten ahmimiskohtausten useus ennusti objektiivisten ahmimiskohtausten todennäköisyyttä hoidon päättyessä (p=0,02).
(Peterson ym. 2001) Yhdysvallat	Minkälaisia eroja pitkäaikaisessa seurannassa kolmella erilaisella CBT-interventiolla on?	51 100 % 42,9 (SD 10,1) 34 (SD 7,1)	BMI, EB-IV, EDE-Q, BES, TFEQ, HDRS, RSE, BSQ	1. CBT-TL 2. CBT-PSH 3. CBT-SH	Mitchellin ym. (1990) bulimian hoitoon kehittämä malli BED:n hoitoon muokattuna	8 viikon ajan 14 krt, á 60 min	14 %	<i>1 vuoden seurannassa:</i> Ahmiminen väheni merkitsevästi alkutilanteeseen verrattuna kaikissa ryhmissä (p<0,001), ryhmien välillä ei merkitsevää eroa. Ei merkitseviä muutoksia painossa.
(Wolff ja Clark 2001) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia CBT-hoidolla on syömiseen liittyvään itsepystyvyyteen ja kehonkuvaan?	20 100 % 40,7 41,3	WEL, AE, BAS, QEWP-R	1. CBT	Malli Fargon Neuropsykiatriasta Instituutista	15 viikon ajan 15 krt	40 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimispäivät vähenivät 5 → 1 päivä/vko hoidon aikana. Ei merkitseviä muutoksia painossa. Itsepystyvyys ja tyytyväisyys kehonkuvaan lisääntyivät (p<0,001).

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus				Interventio			Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Pendleton ym. 2002) Australia	Minkälaisia vaikutuksia liikunnan ja seuranta-tapaamisten lisäämisellä on CBT-hoidossa?	114 100 % 45 (SD 8,3) 36,2 (SD 6,5)	Tutkittavien raportoima ahmiminen, 7 päivän ahmimis-lomake, PAR, BDI, paino	1. CBT-EX-MP 2. CBT-EX 3. CBT-MP 4. CBT	CBT: Telchin (1990) malli EX: Blairin (1991) malli	4 kk:n ajan 16 krt, á 90 min. M-ryhmissä seuranta-tapaamisia intervention jälkeen joka toinen viikko 6 kk:n ajan.	23 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimispäivät vähenivät kaikissa ryhmissä, eniten CBT-EX-ryhmissä (4,4 → 0,7 pvä/vk). Muutos BMI:ssä oli EX-ryhmissä (-0,77 kg/m ²) edullisempi, kuin ei-EX-ryhmissä (+0,26 kg/m ² ; p=0,004) ja MP-ryhmissä (-0,57 kg/m ²) edullisempi kuin ei-MP-ryhmissä (+0,10 kg/m ²) (p=0,006). <i>16 kk:n seurannassa:</i> Ahmimispäivien frekvenssi säilyi interventionjälkeisellä tasolla, seurantatapaamisten lisäämisellä ei siihen vaikutuksia. Edulliset muutokset BMI:ssä säilyivät ja jopa paranivat seurannan aikana EX- ja MP-ryhmissä.
(Marchesini ym. 2002) Italia	Minkälaisia vaikutuksia CBT-hoidolla on terveyteen liittyvään elämänlaatuun?	203 82 % 43 (SD 12) 35,9 (SD 5,8)	SF-36, BES, SCL-90	1. CBT-WL 2. Odotuslista	LEARN-ohjelma (Brownell 1991)	12 viikon ajan 12 krt	17 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Painonmuutos CBT-ryhmässä -9,4 kg. CBT-ryhmän terveyteen liittyvä elämänlaatu koheni huomattavasti alkutilanteeseen ja kontrolliin verrattuna (p<0,001 ja p<0,05).

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Wilfley ym. 2002) Yhdysvallat	Miten CBT ja IPT eroavat vaikutuksiltaan?	162 82 % 45,3 (SD 9,6) 37,5 (SD 5,3)	EDE, kliininen haastattelu (DSM-III-R), BMI, RSE, IIP, SAC, hoitomyöntyvyys (Likert-asteikko)	1. CBT-BED 2. IPT-BED	CBT: Telchin (1990) malli IPT: Wilfley'n ym. (1988) malli	20 viikon ajan 20 krt, á 90 min; lisäksi 3 yksilötapaamista	11 % (CBT) ja 9 % (IPT)	<i>Hoidon päättyessä:</i> CBT-ryhmässä 82 %:lla ja IPT-ryhmässä 74 %:lla ei esiintynyt ahmintaa hoidon päättyessä. Ryhmien välillä ei eroa. <i>1 vuoden seurannassa:</i> CBT-ryhmässä 72 %:lla ja IPT-ryhmässä 70 %:lla ei esiintynyt ahmintaa seurannassa. Ryhmien välillä ei eroa.
(Gorin ym. 2003) Yhdysvallat	Millaisia vaikutuksia hoitotuloksiin on puolison osallistumisella CBT-hoitoon?	94 (+ puoliset) 100 % 45,2 (SD 10) 39,4 (SD 7,7)	Tutkittavien raportoima ahmiminen (7 pvä;n ajalta), EDE-Q, TFEQ, BDI, RSE, DAS	1. CBT 2. CBT-puoliso 3. Odotuslista	Telchin ja Agrasin (1992) malli	12 viikon ajan 12 krt, á 90 min	34 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> CBT-ryhmissä 37 % ja kontroleista 9 % ei ahminut (p=0,02). Myös muutokset painossa, syömiskäyttäytymisessä ja psykopatologiassa olivat CBT-ryhmissä edullisia kontrolliin verrattuna. Puolison osallistuminen CBT-ryhmään ei tuonut lisähyötyä. <i>6 kk:n seurannassa:</i> CBT-ryhmässä 49,5 % ei ahminut. Puolison osallistuminen CBT-ryhmään ei tuonut lisähyötyä.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio			Tulokset
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Binford ym. 2004) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia ahmintahäiriön alkamisiällä on CBT-hoidossa?	44 100 % 43,1 (SD 11,1) 35,8 (SD 7,3)	EHQ, BDI, MPQ, TFEQ, EB-IV, tutkittavien raportoima ahmiminen	1. CBT	Mitchellin ym. (1990) bulimian hoitoon kehittämä manuaali BED:n hoitoon muokattuna	8 viikon ajan 14 krt, á 60 min	0 %	<i>Alkutilanteessa:</i> Tutkittavat, joilla ahmintahäiriö oli alkanut ennen 13 vuoden ikään, oli enemmän kielteisiä tunnetiloja (p=0,08). <i>Hoidon päättyessä:</i> Tutkittavat, joilla ahmintahäiriö oli alkanut ennen 13 vuoden ikään, oli vähemmän ahmimisen jälkeistä ahdistusta (p=0,06). Ei eroa masentuneisuudessa.
(Hilbert ja Tuschen-Caffier 2004) Saksa	Minkälaisia vaikutuksia kehonkuva-altistuksen sisältävällä CBT-hoidolla on?	28 100 % 40,4 (SD 10,3) 35,2 (SD 10,3)	EDE-Q, BSQ, BDI, BMI, kehon osien arviointi asteikolla 1-8	1. CBT-E 2. CBT-C	Tuschen-Caffierin ym. (2001) malli bulimian hoitoon	5 kuukauden ajan 19 krt, á 120 min; tämän jälkeen 3 tapaamista joka 3. viikko	14 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Molemmissa ryhmissä negatiiviset ajatukset omasta kehosta ja huoli painosta ja kehonkuvasta vähenivät (p=0,004). Myös syömis-käyttäytymisessä ja masentuneisuudessa positiivisia muutoksia (p<0,01). Ei muutoksia painossa eikä eroja ryhmien välillä. <i>4 kk:n seurannassa:</i> Tulokset hoidon päättyessä säilyivät seurannassa.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Claudino ym. 2007) Brasilia	Minkälaisia vaikutuksia CBT:n ja topiramaatin yhdistelmähoidolla on?	73 96 % 38,3 (SD 10,3) 37,4 (SD 4,2)	Paino, BMI, ahmimis-frekvenssi, BES, BDI,	1. CBT + topiramaatti 25–300 mg 2. CBT + lume	Fairburnin ym. (1993) malli muokattuna	21 viikon ajan 19 krt, á 90 min	23 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> CBT-topiramaatti-ryhmässä painonmuutos -6,8 kg ja CBT-lume-ryhmässä -0,9 kg (p<0,001). Topiramaatti-ryhmässä 83,8 % ja lume-ryhmässä 61,1 % saavutti remission (p=0,03).
(Devlin ym. 2007) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia CBT:n ja fluoksetiinin yhdistelmähoidolla on 2 vuoden seurannassa?	116 78 % 43 (± 12) 10,9 (± 6,9)	EDE, paino, BMI, vyötärölantio-suhde, BDI, BSQ, BES, BSI, TFEQ	1. CBT-G + fluoksetiini 2. CBT-G + lume 3. CBT-G + CBT-I + fluoksetiini 4. CBT-G + CBT-I + lume	CBT-G: LEARN-ohjelma (Brownell 2000) CBT-I: Fairburnin ym. (1993) malli	12 viikon ajan 12 krt + seurattapaamiset 1 krt/kk 8 viikon ajan, yksilöryhmissä lisäksi yksilötapaamisia	29 %	<i>2 vuoden seurannassa:</i> Kaikki hoidot vähensivät ahmimista. CBT-I-ryhmissä ahmimiskertojen määrä oli alhaisempi kuin CBT-G-ryhmissä. Fluoksetiini-ryhmissä masennusoireet vähenevät enemmän kuin muissa ryhmissä. Ei muutoksia painossa.
(Dingemans ym. 2007) Hollanti	Mitkä tekijät ennustavat CBT-hoidon tuloksia?	52 94 % - -	EDE, EDE-Q, SCID-I, SCL-90, BDI II, UCL, YSQ, paino, BMI, tyytyväisyys hoitoon (VAS)	1. CBT 2. Odotuslista	Manuaali Fargon Neuropsykiatrisesta Instituutista	20 viikon ajan 15 krt, á 120 min	4 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Omasta painosta huolehtimisen väheneminen oli yhteydessä toipumiseen. <i>1 vuoden seurannassa:</i> Vähäinen tunteiden ilmaisu hoidon päättyessä ennusti ahmintahäiriöön liittyvän psykopatologian vähenemistä.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Duchesne ym. 2007) Brasilia	Minkälaisia vaikutuksia CBT:llä on?	21 85,7 % 37,2 (SD 10,8) 39,4 (SD 3,8)	Ahmimis- frekvenssi, BES, BDI, BSQ,	1. CBT	Fairburnin ym. (1993) malli	22 viikon ajan 19 krt, á 90 min	14 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimispäivät vähenivät 2,7 → 0,3 pvä/vk (p<0,001). 76 % saavutti remission. Masentuneisuudessa ja kehonkuvan huolestuneisuudessa tapahtui myönteisiä muutoksia (p<0,001). Painonmuutos -6,1 kg (p<0,001).
(Forman ym. 2007) Yhdysvallat	Millaisia vaikutuseroja hyväksymis- ja kontrollipohjaisilla strategioilla on ruoan himoon terveillä opiskelijoilla?	98 48 % 19,6 (SD 1,65) 24,9 (SD 5,57)	PFS, FCQ-S, suklaan syönti	1. CBC 2. ABC 3. Kontrolli	CBC: LEARN- ohjelma (Brownell 2000) ABC: Muokattu Gilfordin ym, (2004), Hayesin ym.(2006) ja Hayesin ym. (1996) malleista	30 min ohjeistus	3 %	Henkilöillä, joilla ruoan himo oli alkutilanteessa suuri, hyväksymisstrategia vähensi ruoan himoa. Henkilöillä, joilla ruoan himoa ei esiintynyt alkutilanteessa, hyväksymisstrategia lisäsi ruoan himoa. Raportoitu ruoanhimo ennusti suklaan syöntiä.
(Hilbert ym. 2007) Yhdysvallat	Mitkä tekijät ennustavat CBT- ja IPT-hoidon tuloksellisuutta?	162 82,7 % - -	EDE, GSI, SCL-90-R, SCID III, RSE,	1. CBT 2. IPT	CBT: Telchin (1990) malli IPT: Wilfley'n ym. (1998) malli	20 viikon ajan 20 krt, á 90 min + 3 yksilöta- paamista	12 %	Alkutilanteen ja hoidon puolivälin ihmissuhdeongelmat ennustivat huonoa hoitovastetta hoidon jälkeen ja 1 vuoden seurannassa. Alkutilanteen ja hoidon puolivälin huoli kehonkuvasta ja painosta ennustivat huonoa hoitovastetta hoidon päättyessä.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Shapiro ym. 2007) Yhdysvallat	Kuinka käyttökelpoinen CD-pohjainen CBT-hoito on?	66 92 % 39,5 (SD 11,7) 37,4 (SD 8,2)	Yleiset kysymykset syömiskäyttäytymisestä, QEWP-R, BES, BMI	1. CBT 2. CBT-CD 3. Odotuslista	Bulikin ym. (1997) malli	10 viikon ajan 10krt, á 90 min. CBT-CD-ryhmässä mahd. 1 puhelinkeskusteluun/vko ohjaajan kanssa	27 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Remission saavutti CBT-CD-ryhmässä 13,3 %, CBT-ryhmässä 7,7 % ja kontrolleista 0 %. <i>2 kk:n seurannassa:</i> Remission saavutti CBT-CD-ryhmässä 12,5 %, CBT-ryhmässä 22,2 % ja kontrolleista 0 %.
(Ashton ym. 2009) Yhdysvallat	Millainen vaikutus lyhyellä CBT-hoidolla on ahmimiseen lihavuusleikkaukseen pyrkivillä?	243 82 % 47 (SD 11,6) 34–129	BES, ahmimisfrekvenssi, 5-asteikkoinen tyytyväisyyskysely	1. CBT	Hoitomalli kehitetty interventioon	4 viikon ajan 4 krt, á 90 min	-	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmimispäivät vähenivät 2,8 → 1,1 pvä/vk (p<0,001). Tutkittavat olivat hyvin tai erittäin tyytyväisiä interventioon.
(Brambilla ym. 2009) Italia	Minkälaisia vaikutuksia yhdistelmähoidoilla on?	30 100 % 46 (SD 9) 35,7 (SD 5,7)	Ahmimisfrekvenssi, paino, BMI, EDI-2, SCL-90-R, PDQ-4-R	1. 1700 kcal + CBT +sertraliini 50–150 mg + topiramaatti 25–150 mg 2. 1700 kcal + CBT + sertraliini 50-150 mg 3. NG + CBT	Garnerin ym. (1997) malli	6 kk:n ajan 24 krt	-	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ryhmässä 1 ahmimispäivät vähenivät 5 → 2 pvä/vko (p<0,05), painonmuutos -12 kg (p<0,0001). Ryhmissä 2 ja 3 ei merkitseviä muutoksia.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio			Tulokset
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Lillis ym. 2009) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia 1 pvä:n HOT-työpajalla on lihavilla henkilöillä?	84 90,5 % 50,8 33,0 (SD 7,17)	GHQ, ORWELL, WSQ, paino, BMI	1. HOT 2. Kontrolli	Hayesin ym. (1999) malli	1 krt, kesto 6 h (1 pvä:n työpaja)	4 %	3 kk:n seurannassa: HOT:ssa ahdistus (p<0,001) ja lihavuuteen liittyvä häpeä (p<,0,001) vähenivät ja elämänlaatu koheni (p<0,001). Paino laski 1,5 %, kun se kontroleilla nousi (p<0,01).
(Peterson ym. 2009) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuseroja kolmella erilaisella CBT-interventiolla on?	259 87,6 % 47,1 (SD 10,4) 39 (SD 7,8)	EDE-Q, TFEQ, BMI, IDS-SR, RSE, IWQOL	1. CBT-TL 2. CBT-TA 3. CBT-SH 4. Odotuslista	Mitchellin ym. (2008) malli	20 viikon ajan 15 krt, á 80 min	26 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> CBT-TL- ja CBT-TA-ryhmissä oireettomia oli (51,7 % ja 33,3 %) enemmän kuin CBT-SH- ja odotuslista-ryhmissä p<0,008). Ei muutoksia painossa. <i>1 vuoden seurannassa:</i> Remission saavuttaneiden osuudet CBT-TL-, CBT-TA- ja CBT-SH-ryhmissä 20,8 %, 27 % ja 25,4 %. Ei muutoksia painossa.
(Schlup ym. 2009) Sveitsi	Minkälaisia vaikutuksia lyhyellä, seuranta-tapaamisia sisältävällä CBT-hoidolla on?	36 100 % 44,3 (SD 10,3) 33,4 (SD 7,6)	EDE-Q, paino; BMI, BDI, BAI, QLF, GSES, tyytyväisyyskysely	1. CBT 2. Odotuslista	Munsch ym. (2007) malli	8 viikon ajan 8 krt, á 90 min + 5 seuranta-tapaamista 12 kk:n aikana	13 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> 11,4 % CBT-ryhmässä ja 0 % verrokeista saavutti remission (p=0,008). <i>1 vuoden seurannassa:</i> CBT-ryhmässä ahmimistaipumus laski seurannan aikana (p<0,001). BMI laski alkutilanteeseen verrattuna 32,7 → 32,0 kg/m ² (p<0,001).

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus		Interventio			Tulokset			
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Ricca ym. 2010) Italia	Minkälaisia vaikutuseroja yksilö- ja ryhmä-CBT-interventiolla on?	144 88,2 % 46,9 (SD 12,2)	Ahmimis-frekvenssi, paino, BMI, EDE-Q, BES, EES, SCL-90-R, BDI, STAI	1. CBT-I 2. CBT-G	Fairburnin ym. (1993) malli	1. 24 viikon ajan 22 krt, á 50 min 2. 22 viikon ajan 20 krt, á 60 min	5 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Remission saavutti yksilö- ja ryhmähoidossa 33,3 % ja 16,7 % (p<0,05). Yksilöhoidossa BMI laski yli 5 %:lla ja ryhmähoidossa 25 %:lla. Yksilöhoidossa hoitovaste saavutettiin nopeammin, pitkällä aikavälillä molemmat hoidot yhtä tehokkaita.
(Lynch ym. 2010) Yhdysvallat	Millaisia kustannusvaikutuksia ohjatulla CBT-itsehoidolla on?	123 96,7 % 37,2 (SD 7,8) 31,3 (SD 6,2)	EDE, QALYs, itse raportoidut sairaspäivät, hoitojen kustannusten arviointi	1. Tavanomainen hoito (ei CBT) 2. CBT-GSH	Fairburnin (1995) malli	12 viikon ajan 8 krt, á 60 min	0 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ohjattua itsehoitoa saaneiden ryhmässä terveyspalvelujen kokonaiskäyttö vähäisempää ja kustannukset 12 kk:n aikana 400 \$ alhaisemmat.
(Striegel-Moore ym. 2010b) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia ohjatulla CBT-itsehoidolla on ahmintahäiriötä (ja bulimiasairastavilla)?	123 96,7 % 37,2 (SD 7,8) 31,3 (SD 6,2)	PHQ-ED, EDE, EDE-Q, SCID-I/NP, BDI, WSAS	1. Tavanomainen hoito (ei CBT) 2. CBT-GSH	CBT: Fairburnin (1995) malli	12 viikon ajan 8 krt, á 60 min	0 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ohjattua itsehoitoa saaneista 63,5 % ja tavanomaista hoito saaneista 28,3 % ei ahminut (p<0,001). <i>1 vuoden seurannassa:</i> Ohjattua itsehoitoa saaneista 64,2 % ja tavanomaista hoito saaneista 44,6 % ei ahminut (p<0,05).

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio		Tulokset	
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Courbason ym. 2011) Kanada	Millaisia vaikutuksia tietoisuustaito-pohjaisella CBT:llä on päihteitä käyttävillä ahmintahäiriöpotilailla?	38 78,9 % 42 (SD 10,9) -	EDE-Q, ASI, BDI-II	1. MACBT	Hoitomalli kehitetty interventioon	16 viikon ajan 16 krt, á 120 min	24 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Ahmiminen väheni merkitsevästi (p=0,02). Huoli kehonkuvasta, painosta ja syömisestä sekä yleisesti ahmintatyyppinen syömiskäyttäytyminen vähenivät (p<0,05). Masentuneisuus väheni (p<0,01).
(Lillis ym. 2011) Yhdysvallat	Millaisia vaikutuksia ahmimisen vähenemisellä on painoon lihavilla 1 pvä:n HOT-työpajassa?	84 90,5 % 50,8 33,0 (SD 7,17)	AAQW, itse raportoitu ahmiminen, paino	1. HOT 2. Kontrolli	Hayesin ym. (2006) malli muokattuna työpajaversioksi	1 krt, kesto 6 h (1 pvä:n työpaja)	4 %	<i>3 kk:n seurannassa:</i> HOT-työpaja vähensi ahmimista kontroleihin verrattuna (p<0,05). Ahmimisen väheneminen välitti HOT-työpajan myönteisiä vaikutuksia painossa ja välttämiskäyttäytymisessä (p<0,05).
(Hilbert ym. 2012) Yhdysvallat	Millaisia vaikutuksia CBT- ja IPT-hoidoilla on pitkäaikaisessa seurannassa?	90 78,9 % 44,9 (SD 10,0) -	EDE, EDE-Q, BSI, paino, BMI	1. CBT 2. IPT	-	20 viikon ajan 20 krt, á 90 min + 3 yksilötapaamista	8 %	<i>4 vuoden seurannassa:</i> CBT-ryhmässä parantuneiden osuus oli 52 % ja IPT-ryhmässä 76,7 % (p>0,05). CBT-ryhmässä parantumisia tapahtui myös hoidon jälkeisenä seuranta-aikana. Ei muutoksia painossa.

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio			Tulokset
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Tasca ym. 2012) Kanada	Minkälaisia vaikutuksia PIP:llä ja CBT:llä on interpersonalisiin ongelmiin?	95 89,5 % 43,1 (SD 10,6) -	IIP, EDE, TRIPED	1. PIP 2. CBT	PIP: Tascan ym. (2005) malli CBT: Wilfleyn ym. (1996) malli	16 viikon ajan 16 krt, á 90 min	22 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Molemmat hoitomuodot vähensivät interpersonalisia ongelmia, lukuun ottamatta epävarmuutta. PIP-ryhmässä kylmyys/etäisyys väheni enemmän kuin CBT-ryhmässä.
(Vanderlinden ym. 2012) Belgia	Minkälaisia lyhyt- ja pitkäaikaisia vaikutuksia CBT-hoidolla on?	56 86 % 39,7 (SD 10,9) 38,5 (SD 8,3)	Paino, BMI, SCL-90, BAT, BDI-II, DIS-Q, ahmimisfrekvenssin tiedustelu puhelimitse	1. CBT	Hoitomalli kehitetty interventioon	24 viikon ajan 24 krt, á 6 h (tarvittaessa max 24 lisäkertaa)	9 %	<i>Hoidon päättyessä:</i> Tutkittavien ahmimisepisodit vähenivät 5,2 → 2,5 krt/vk (p<0,0001). Muutos BMI:ssä -1,9 kg/m ² (p<0,001). Yleinen psyykinen hyvinvointi lisääntyi (p<0,05). <i>3,5 vuoden seurannassa:</i> Hoidon päättyessä saavutetut tulokset säilyivät ahmimistaipumuksessa ja painossa. Yleinen psyykinen hyvinvointi lisääntyi seurannan aikana (p<0,05).

(jatkuu)

Taulukko 5, jatkuu.

Tutkimus					Interventio			Tulokset
Lähde ja paikka	Tutkimuskysymys ¹	Otoskoko, naisten osuus, ikä (v) ja BMI alussa (kg/m ²)	Menetelmät ²	Asetelma ¹	Käytetty hoitomalli	Kesto	Keskeyttäneiden osuus	Merkittävimmät tulokset
(Kristeller ym. 2013) Yhdysvallat	Minkälaisia vaikutuksia MB-EAT- ja PECB-hoidoilla on? (66 %:lla tutkittavista ahmintahäiriö.)	140 88 % 46,6 (20–74) 40,3 (26–78)	EDE, BES, TFEQ, PFS, ESES, BDI, RSE, paino, BMI, raportoitu ahmiminen ja tietoisuusharjoitusten toteuttaminen	1. MB-EAT 2. PECB 3. Odotuslista	MB-EAT: Malli kehitetty interventioon PECB: -	9 viikon ajan 9 krt á 90–120 min + 3 seurantatapaa-mista	34 %	4 kk:n seurannassa: MB-EAT- ja PECB-ryhmissä ahmimispäivät, ahmimistaipumus ja masentuneisuus vähenivät (p<0,01). Ahmintahäiriötä sairastaneista MB-EAT-ryhmässä 95 % ja PECB-ryhmässä 76 % ei enää täyttänyt diagnostisia kriteerejä. Ei merkitseviä muutoksia painossa.

- = Ei raportoitu

¹Lyhenteet tutkimuskysymyksissä ja –asetelmissä: ABC = Hyväksymispohjainen selviytymisstrategia; CBC = Kontrollipohjainen selviytymisstrategia; ECT = Empiirinen kognitiivinen terapia; CBT = Kognitiivis-behavioraalinen terapia; CT = Kognitiivinen terapia; IPT = Interpersonaalinen psykoterapia; MACBT = Tietoisuustaitoharjoittelua sisältävä kognitiivis-behavioraalinen terapia; MB-EAT = Tietoisuustaitopohjainen tietoisien syömisin harjoittelu; MBI = Meditaatiopohjainen interventio, sisältää myös syömiseen liittyvää tietoisuustaitoharjoittelua; PIP = Psykodynaaminen interpersonaalinen psykoterapia; C = Kehonkuvan tiedollista käsittelyä sisältävä versio; CD = itsehoito-ohjelma CD-levyavusteisesti; E = kehonkuva-altistuksen sisältävä versio; ED = Syömishäiriöiden hoitoon kehitetty versio; EX = Liikuntaohjausta sisältävä versio; G = Ryhmämuotoinen, GN = Yleistä ravitsemus- ja liikuntaohjausta sisältävä versio; GSH = Ohjattu itsehoito; HOT = Hyväksymis- ja omistautumisterapia; I = Yksilömuotoinen; MP = Seurantatapaamisia sisältävä versio; NG = Ravitsemusohjaus; PECB = Psykoedukaatio/kognitiivis-behavioraalinen interventio; PSH = Osittain itsehoito-versio; SH = Itsehoito-versio; TL = Terapeutin ohjaama versio; WL = Painonpudotukseen tähtäävä ohjaus

²Lyhenteet tutkimusmenetelmissä: AAQW = Acceptance and Action Questionnaire for Weight; AE = Appearance Evaluation Scale; ASI = Addiction Severity Index; BAS = Body Areas Satisfaction Scale; BAI = Beck Anxiety Inventory; BAT = Body Attitude Test; BDI = Beck Depression Inventory; BES = Binge Eating Scale; BSI = Brief Symptom Inventory; BSQ = Body Shape Questionnaire; DAS = Dyadic Adjustment Scale; DIS-Q = Dissociation Questionnaire; EB-IV = Eating Behavior-IV; EDE (Q) = Eating Disorders Examination, Q potilaan itse täytettävä versio; EES = Emotional Eating Scale; EHQ = Eating Hedonics Questionnaire; ESES = Eating Self-Efficacy Scale; FCQ-S = Food Craving Questionnaire-State Version; GAS = Global Assessment of Functioning Scale; GHQ = General Health Questionnaire; GSES = General Self-Efficacy Scale; GSI = Global Severity Index of the SCL-90-R; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; IDS-SR = Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report; IIP = Inventory of Interpersonal Problems; IWQOL = Impact of Weight on Quality of Life-Lite; MPQ = Multidimensional Personality Questionnaire; ORWELL = Obesity-Related Quality of Life Scale; PAR = Physical Activity Record; PDQ-4-R = Personality Diagnostic Questionnaire-4-Revised; PFS = Power of Food Scale; PHQ-ED = Patient Health Questionnaire Eating Disorder Module; QALYs = Binge-free Days and Quality-Adjusted Life Years; QEWP-R = Questionnaire of Eating and Weight

Patterns—Revised; QLF = Questionnaire of Life Satisfaction; RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; SAC = Social Adjustment Scale; SAM = Stress Appraisal Measure; SCID-I/NP = Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCL = Symptom Checklist; SF-36 = terveyttä ja hyvinvointia mittaava kysely; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; TFEQ = Three-Factor Eating Questionnaire; TRIPED = Tape Rating Instrument for Psychotherapy of Eating Disorders; UCL = Utrecht Coping List; VAS = Visual Analogue Scale; WEL = Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire; WSAS = Work and Social Adjustment Scale; WSQ = Weight Stigma Questionnaire; YSQ = Young Schema Questionnaire

2.3 Tutkimustieto ryhmäinterventiossa

2.3.1 Lintonin kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoitomalli

Pro Gradu –tutkimusta varten muokattiin Steven Lintonin (2000) selkävun kroonistumisen ennaltaehkäisyyn kehittämä kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoitomalli ahmintahäiriön hoitoon sopivaksi. Lintonin malli (taulukko 6) sisältää kuusi kahden tunnin ryhmätapaamista ja yhden seurantatapaamisen. Jokainen ryhmätapaaminen muodostuu tervetulo-toivotuksesta, välitehtävän läpikäynnistä, teoria- ja keskusteluosuudesta, tapausesimerkkityöskentelystä, taitojen harjoittelusta sekä välitehtävän ohjeistuksesta ja yhteenvedosta. Tapausesimerkkityöskentelyllä tarkoitetaan samaa ongelmaa potevan kertomuksen ydinkohtien ratkaisua pareittain/ryhmässä tapaamiskerran teeman mukaan. Kunkin tapaamisen tavoitteena on tarjota kullekin osallistujalle mahdollisuus saada tietoa ja oivalluksia, oppia taitoja, vapautua emotionaalisesti ja saada sosiaalista tukea. Hoito suositellaan toteutettavan 10–12 hengen ryhmissä.

Lintonin mallissa hyödynnetään ongelmalähtöisen oppimisen lähestymistapaa (Linton 2000). Oppimistavassa passiivisen tiedonjakamisen sijaan osallistujien kanssa määritellään ongelma, jota käytetään erilaisten harjoitusten pohjana. Ongelmalähtöisen oppimisen on havaittu lisäävän mielenkiintoa ja motivaatiota. Osallistujien aktiivisen työskentelyn ongelmien tunnistamiseksi ja ratkaisujen löytämiseksi nähdään lisäävän ryhmäytymistä ja sitoutumista.

Taulukko 6. Lintonin kognitiivis-behavioraalisen intervention tavoitteet ja menetelmät (muokattu Linton 2000).

Tavoitteet	Menetelmät
❖ Lisätä osallistujien ymmärrystä ongelmaan ja sen hallintaan liittyen	❖ Rohkaistaan käyttämään teoriaa ja muuta informaatiota apuna oman tilanteen analysoinnissa ❖ Kannustetaan aktiivisuuteen ongelmien tunnistamisessa ja niiden ratkaisemisessa
❖ Ehkäistä tai hillitä merkittävän pelko-välttämiskäyttäytymisen kehittymistä	❖ Kannustetaan rentoutumismenetelmien harjoitteluun ja tavanomaisien arkipäivän rutiinien noudattamiseen
❖ Opettaa hallinnan keinoja	❖ Esitellään ja harjoitellaan yksilöllisiä selviytymiskeinoja ongelman hallitsemiseksi <ul style="list-style-type: none"> ○ Rentoutuminen, itseilmaisu, takapakkien hallinta
❖ Edistää terveyskäyttäytymistä	❖ Esitellään ja harjoitellaan stressin hallinnan keinoja ❖ Keskustellaan fyysisten ja sosiaalisten toimintojen tarpeesta
❖ Edistää omaksuttujen taitojen soveltamista arkielämässä	❖ Rohkaistaan taitojen ja tarpeiden yhteensovittamisen harjoitteluun kotona ja töissä ❖ Kannustetaan elämänsuunnitteluun ja aikataulujen laatimiseen
❖ Luoda pitkäkestoisen hyötymisen edellytykset käyttäen apuna sitouttamista ja ongelman uudelleen analysointia	❖ Avustetaan tehokkaiden menetelmien yksilöllisessä tunnistamisessa ❖ Luodaan mahdollisuus työskennellä oireiden uudelleen ilmenemisen ennaltaehkäisemiseksi ja terveyskäyttäytymisen edistämiseksi ❖ Käsitellään takapakkeihin varautumista

Ensimmäisen ryhmätapaamisen tavoitteena on kertoa ongelman syistä sekä perustella ryhmän olemassa olo vastaamalla kysymykseen ”miksi olet täällä?” (taulukko 7). Toisen ryhmätapaamisen teemana on ongelman kanssa selviytyminen ja elämänlaadun ylläpitäminen. Kolmas tapamaiskerta keskittyy selviytymiseen ja hallintaan itsehoitona. Tarkoituksena on opetella soveltamaan aikaisemmin opittuja taitoja yksilöllisesti. Neljännen ryhmäkerran pääajatuksena on, kuinka ongelma vaikuttaa perheeseen ja ystäviin ja toisaalta kuinka läheiset vaikuttavat siihen, miten ongelmaan reagoidaan ja miten siitä selviydytään. Viidennen kerran tavoitteena on selviytymiskeinojen soveltaminen arkipäivään, sisältäen takapakkeihin valmistautumisen ja tulosten ylläpitämisen harjoittelun. Takapakkien käsittely on erittäin tärkeää etenkin häiriöissä, joiden taudinkuvaan kuuluu aaltoilevuus. Takapakkeihin varautumisella tarkoitetaan sitä, että mahdollisen takapakin ilmetessä osataan ottaa käyttöön

sopiva selviytymisstrategia oikeaan aikaan. Selviytymiskeinojen ylläpitämisellä varaudutaan elämäntilanteiden muutoksiin ja ennaltaehkäistään mahdollisia ongelmia. Viimeinen ryhmätapaaminen keskittyy hoidon tulosten ylläpitämiseen ja kohentamiseen, sitoutumiseen ja riskien arvioimiseen. Lopuksi osallistujia rohkaistaan soveltamaan selviytymisohjelmaa arjessa.

Lintonin malli on havaittu toimivaksi menetelmäksi kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä hoidossa (Linton ja Andersson 2000, Linton ja Ryberg 2001, Linton 2002, Linton ym. 2005, Linton ja Nordin 2006). Tiedettävästi mallia ei ole aikaisemmin sovellettu ahmintahäiriön hoitoon.

Taulukko 7. Lintonin hoitomallin ryhmätapaamiset tiivistettynä (muokattu Linton 2000).

Tapaamiskerta ja teema	Sisältö
I Ongelman syyt ja sen pitkittymisen ehkäiseminen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ryhmytyminen ja myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Ongelma ja siihen vaikuttavat tekijät ❖ Pitkäkestoisten ongelmien kehittymisen riskit ❖ Ongelman kannalta tärkeiden asioiden tunnistaminen yksilöllisesti → oivallukset ❖ Kiinnostuksen luominen osallistua seuraaville kerroille ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Ongelmanratkaisu ○ Rentoutumistekniikka ❖ Ongelman hallintamenetelmät
II Ongelman kanssa selviytyminen ja elämänlaadun ylläpitäminen: toiminta ja ongelman ehkäiseminen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin edistäminen ❖ Pelko-välttämiskäyttäytyminen ❖ Asenteiden ja käyttäytymisen vaikutukset ongelmaan ❖ Tavoitteiden määrittäminen ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Käyttäytymisen ja toimintojen hallinnan työkalut ○ Stressin hallinta ❖ Ajatukset ja uskomukset, niiden mahdolliset vaikutukset ja niiden kanssa toimiminen
III Itsehoito ja terveyden edistäminen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin ylläpito ❖ Ongelman ehkäisykeinot ❖ Ajatusten ja käyttäytymisen hyödyntäminen ennaltaehkäisyssä ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Sovelletun rentoutuksen tekniikka ○ Käyttäytymisen hallinta ❖ Selviytymiskeinojen soveltamiskohteiden tunnistaminen
IV Selviytyminen työssä, vapaa-aikana ja perhe-elämässä	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin ylläpito ❖ Ongelman mahdolliset vaikutukset työ- ja perhe-elämään ❖ Selviytymiskeinot ongelman ja siihen liittyvien ajatus- ja tunnereaktioiden vaikutuksista työ- ja perhe-elämän ❖ Läheisten sen kaltaisen käyttäytymisen tunnistaminen, mikä pitkällä tähtäimellä on eniten avuksi terveystyöskäytännön edistämiseksi ❖ Myönteisten suhteiden edistäminen perheenjäseniin ja ystäviin ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Pikarentoutus riskitilanteissa ○ Opittujen tekniikoiden soveltaminen sosiaalisissa tilanteissa ❖ Henkilökohtaisen selviytymisohjelman suunnittelun aloittaminen
V Selviytymiskeinojen soveltaminen arkipäivään, sisältäen takapakit ja tulosten ylläpitämisen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin ylläpitäminen ❖ Takapakit ja tulosten ylläpitäminen ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Sovellettu rentoutus selviytymiskeinona ○ Opittujen taitojen soveltaminen takapakeista selviytymiseen ❖ Henkilökohtaisen selviytymisohjelman kehittämisen jatkaminen
VI Hoidon tulosten ylläpitäminen ja kohentaminen, sitoutuminen ja riskien arviointi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tarkoituksenmukaisen selviytymiskäyttäytymisen vahvistaminen ja tuki ❖ Tulosten ylläpitäminen, sitoutuminen ja ongelman uusiutumisen riskien arvioiminen ❖ Opittavat taidot <ul style="list-style-type: none"> ○ Riskiarviointi ○ Sitoutumisen lisääminen ○ Oman ohjelman hienosäätö ja kohentaminen

2.3.2 Lintonin mallin soveltaminen ahmintatyypin syömisen hoitoon

Lintonin kognitiivis-behavioraalinen malli on suunniteltu selkäkivun kroonistumisen ennaltaehkäisyyn, minkä vuoksi ryhmäinterventioon tehtiin muutoksia ahmintatyypin syömisen erityispiirteet huomioiden. Lisäksi ryhmäinterventioon sisällytettiin hyväksymis- ja omistautumisterapian sekä tietoisuustaitojen ja tietoisin syömisen menetelmiä, sillä ne pureutuvat ahmintahäiriön ydinongelmiin (Kristeller ja Wolever 2011, Tuomisto ja Lappalainen 2012).

Ryhmäintervention muokkaamisessa huomioitiin ahmintahäiriön tausta, psykopatologia, mahdolliset liitännäissairaudet sekä aikaisemmin toteutetut kognitiivis-behavioraaliset ryhmäinterventiot (kohdat 2.1 ja 2.2). Ahmintahäiriön psykopatologiaan kuuluva huoli kehonkuvasta ja painosta (Wilfley ym. 2000, Striegel-Moore ym. 2001, Dingemans ym. 2012) nähtiin merkityksellisenä tekijänä ahmimiskierrteen katkaisussa, minkä vuoksi aiheen käsittely lisättiin ryhmäinterventioon merkittävänä osana. Negatiivisen suhtautumisen ylipainoon tiedetään lisäävän ahmimista, vaikeuttavan painonpudotusta ja huonontavan yleisesti hoitotuloksia (Wott ja Carels 2010). Aiheen käsittelyä ryhmäinterventiossa puolsi myös se, että aikaisemmasta ahmintahäiriön hoitoon kehitetystä ryhmäinterventiosta, johon sisältyi kehonkuva-altistus, on saatu myönteisiä tuloksia (Hilbert ja Tuschen-Caffier 2004). Ryhmäinterventioon ei varsinaisesti suunniteltu ravitsemushoidollisten aiheiden käsittelyä, mutta osallistujien aloitteesta ravitsemukselliset asiat olivat esillä ryhmäkeskusteluissa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian työvälaineistä (Tuomisto ja Lappalainen 2012) ryhmäinterventioon sisällytettiin arvojen kartoittaminen sekä arvojen mukaisten tekojen pohtiminen ja lisääminen. Arvokeskustelun tavoitteena oli toimia motivaation herättäjänä – sen avulla pohdittiin, miksi muutoksia pitäisi tehdä. Tärkeänä asiana nähtiin myös sellaisten esteiden huomioiminen, jotka hankaloittavat arvojen mukaisen elämän elämistä. Lisäksi ryhmäintervention aikana pyrittiin tiedostamaan aikaisempia ahmintatyypin syömisen muutosyrityksiä ja luopumaan toimimattomista menetelmistä. Olennainen, läpi ryhmäintervention mukana kulkenut periaate oli hyväksymisen opettelu, mikä nähtiin tärkeänä mm. ahmintahäiriöön liittyvän alhaisen itsetunnon kannalta (Ramacciotti ym. 2000). Epämiellyttäviin ajatuksiin ja kokemuksiin liittyvien suhdekehysten eli mielen kehittämien mielivaltaisten yhteyksien purkaminen on hyväksymis- ja omistautumisterapian perustavoitteita (Tuomisto ja Lappalainen 2012).

Tietoisuustaitojen ja tietoisien syömisen harjoittelu sisällytettiin interventioon yhtenä pääteemana. Tietoisuustaitojen avulla kiinnitettiin huomiota erilaisiin tunnetiloihin liittyvän käyttäytymisen ja pyrittiin lisäämään oman itsensä hyväksymistä. Tietoisella syömisellä tarkoitetaan ruokailutilannetta, jossa syömiseen keskitytään kaikkien aistien avulla (Kristeller ja Wolever 2011). Tietoisessa syömisessä ollaan läsnä todistamassa kaikkia niitä tuntemuksia, ajatuksia ja tunteita, joita syömisen aikana ilmenee ilman vertailua ja tuomitsemista. Tietoisien syömisen avulla osallistujia opastettiin tietoisien ruokavalintojen tekemiseen sekä kehon nälkä- ja kylläisyysviestien tunnistamiseen.

2.3.3 Vertailu aikaisempiin tutkimuksiin

Suurin osa ahmintahäiriön hoidossa käytetyistä ryhmäinterventioista on kestoaltaan pitkiä ja ne hyödyntävät pääasiassa pelkästään perinteisiä kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä (taulukko 5). Pro Gradu –tutkimusta varten muokatussa ryhmäinterventiossa hyödynnettiin perinteisten kognitiivis-behavioraalisten menetelmien lisäksi myös hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä sekä tietoisuustaitoja (taulukko 8). Kustannustehokkuuden näkökulmasta interventio pidettiin Lintonin (2000) mallin tavoin lyhyenä, kuusi tapaamiskertaa sisältävänä. Interventiolla pyrittiin aikaisempien tutkimusten tapaan tasapainoisen ruokasuhteen muodostumiseen ja elämänlaadun lisäämiseen. Painonhallinta nähtiin ainoastaan toissijaisena tavoitteena.

Taulukko 8. Tutkimuksen ryhmäinterventio verrattuna muihin ahmintahäiriön hoitoon kehitettyihin interventioihin.

	Aikaisemmat tutkimukset	Tutkittava ryhmäinterventio
Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät	Kyllä	Kyllä
Ravitsemusohjaus	Kyllä	Ravitsemusaiheista keskustelu osallistujien kysymysten/aloitteiden pohjalta
Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät	Ei	Kyllä
Tietoisuustaidot ja tietoinen syöminen	Itsenäisinä interventioina tai kognitiivis-behavioraalisiin interventioihin yhdistettynä, ei yhdistettynä muihin menetelmiin	Kyllä
Liikunnan ohjaus	Kyllä	Ei
Vaikuttavuus	Paino, painoindeksi, syömiskäyttäytyminen, ahmintahäiriön psykopatologia, ahmintahäiriöön liittyvät psyykkiset häiriöt	Syömiskäyttäytyminen, ahmintahäiriöön liittyvät psyykkiset häiriöt, (paino)
Kesto	Pitkä, keskimäärin 8-36 viikkoa	Lyhyt, 6 viikkoa

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimus on pilottityyppinen interventiotutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää vastaus tutkimusongelmaan: voidaanko lyhytkestoisella, uusia kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä hyödyntävällä ryhmäinterventiolla edistää ahmintatyypisesti syövien tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja kohentaa heidän elämänlaatuaan. Tutkimuksen tarkemmiksi tavoitteiksi asetettiin seuraavat:

1. Asiakaslähtöisen, lyhytkestoisen ja menetelmiltään monipuolisen kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention soveltaminen ahmintatyypisen syömisen hoitoon.

2. Kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention vaikutusten selvittäminen ahmintatyypisesti syövien
 - 2.1. syömiskäyttäytymisessä
 - 2.2. mielialassa ja
 - 2.3 painossa.

4 AINEISTO

Intervention kutsuttiin 13 henkilöä, jotka olivat käyneet ahminta-tyyppisen syömisen vuoksi ravitsemusterapeutin vastaanotolla Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja osoittaneet ravitsemusterapeutin kysyessä suullisesti kiinnostuksensa syömisen hallintaa lisäävää ryhmähoitoa kohtaan. Ryhmäohjelmaan ja tutkimukseen osallistumiseen ei ollut poissulkukriteerejä eikä tutkimukseen osallistuminen ollut ryhmäohjelmaan osallistumisen velvoite. Halukkuus osallistua tutkimukseen selvitettiin osallistujilta suullisesti ennen ryhmäohjelman alkua järjestetyssä alkutapaamisessa, jossa kerrottiin tarkemmin ryhmäohjelmasta ja siihen liittyvästä tutkimuksesta. Kaikki ryhmäohjelmaan osallistujat osallistuivat myös tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistui alun perin 10 henkilöä, joista neljä (40 %) jäi pois kahden ensimmäisen ryhmätapaamisen jälkeen. Tutkimuksen lopulliseksi aineistoksi muodostui kuusi tutkittavaa (n=6), joista kaksi oli miehiä. Aineiston kuvailussa ja analyysissä on huomioitu vain loppuun saakka ryhmäohjelmassa mukana olleet, jotta poisjääneiden tunnistamattomuus turvataan ja jotta tuloksia voidaan mielekkäästi käyttää arvioitaessa intervention onnistumista ja sen vaikutuksia osallistujiin.

Ennen ryhmäohjelman alkamista tutkittavat täyttivät perustietolomakkeen (liite 1), jonka avulla selvitettiin tutkittavien koulutusaste, ammatti, siviilisääty, asumismuoto, tupakointi, alkoholinkäyttö, lääkärin toteamat psyykkiset oireet, sairaudet ja häiriöt, mieliala- ja psyykenlääkitys, laihdutuslääke orlistaatin käyttö, aikaisemmin elämässä (esimerkiksi nuoruudessa) mahdollisesti sairastettu syömishäiriö, liikuntatottumukset sekä pituus ja paino. Tutkittavien ikä tarkastettiin potilastiedoista. Ahmimistaipumuskyselyn (Questionnaire of Eating and Weight Patterns, QEWP; liite 2) avulla selvitettiin, onko tutkittavilla diagnostiset kriteerit täyttävä lihavan ahmintahäiriö. QEWP-kyselyn kuusi kohtaa sisältävät lihavan ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit kysymysmuotoon asetettuna (Spitzer ym. 1993). Esitietoja tiedusteltiin, jotta aineisto voidaan kuvailla kattavasti.

Tutkittavien esitiedot on esitetty taulukossa 9. Tutkittavien keskimääräinen ikä oli 48,5 vuotta (vaihteluväli 43–58 vuotta). Ryhmäohjelman alussa tutkittavat olivat keskimäärin sairaalloisen lihavia (painoindeksi keskimäärin 45,7 kg/m², vaihteluväli 34,9–54,2 kg/m²). Ahmimistaipumuskyselyn (QEWP, liite 2) mukaan kahdella (33 %) tutkittavalla oli diagnostiset kriteerit täyttävä lihavan ahmintahäiriö. Jos kyselyn tuloksia tarkastellaan DSM-

5-tautiluokitukseen mahdollisesti tulevien muutosten valossa (Moran 2012), tutkittavista kolme (50 %) täytti ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit. Lääkärin diagnosoima masennus oli kahdella tutkittavalla, joista yhdellä oli myös ahdistuneisuushäiriö. Lisäksi yksi tutkittava oli havainnut itsellään masennusoireita. Tutkittavista yksi käytti mielialalääkettä. Tutkittavat eivät käyttäneet laihdutuslääke orlistaattia eivätkä he olleet sairastaneet aikaisemmin muuta syömishäiriötä. Poisjääneet olivat 23–52-vuotiaita naisia, joiden esitiedot vastasivat pääosin tutkimuksen loppuun asti suorittaneiden esitietoja (taulukko 9).

Taulukko 9. Tutkittavien (n=6) taustatiedot koulutuksesta, siviilisäädystä, asumismuodosta, tupakoinnista, alkoholinkäytöstä ja liikuntotottumuksista.

Taustatieto	n	%
Koulutus		
Ammattikoulu tai –kurssi	2	33
Lukio tai ylioppilas	1	17
Opistotason ammatillinen koulutus	3	50
Siviilisäätö		
Naimaton	2	33
Avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	2	33
Avoliitossa	1	17
Eronnut	1	17
Asuminen yhdessä puolison tai vakituisen elämänkumppanin kanssa		
Kyllä	3	50
Ei	3	50
Päivittäinen tupakointi		
Kyllä	1	17
Ei	5	83
Alkoholinkäyttö (annosta/viikko)		
0	3	50
1-4	2	33
5-9	0	0
≥ 10	1	17
Liikuntotottumukset, kestävyys- tai lihaskuntoa kehittävää liikuntaa (tuntia/viikko)		
0	4	66
1-2	1	17
3-4	1	17

5 MENETELMÄT

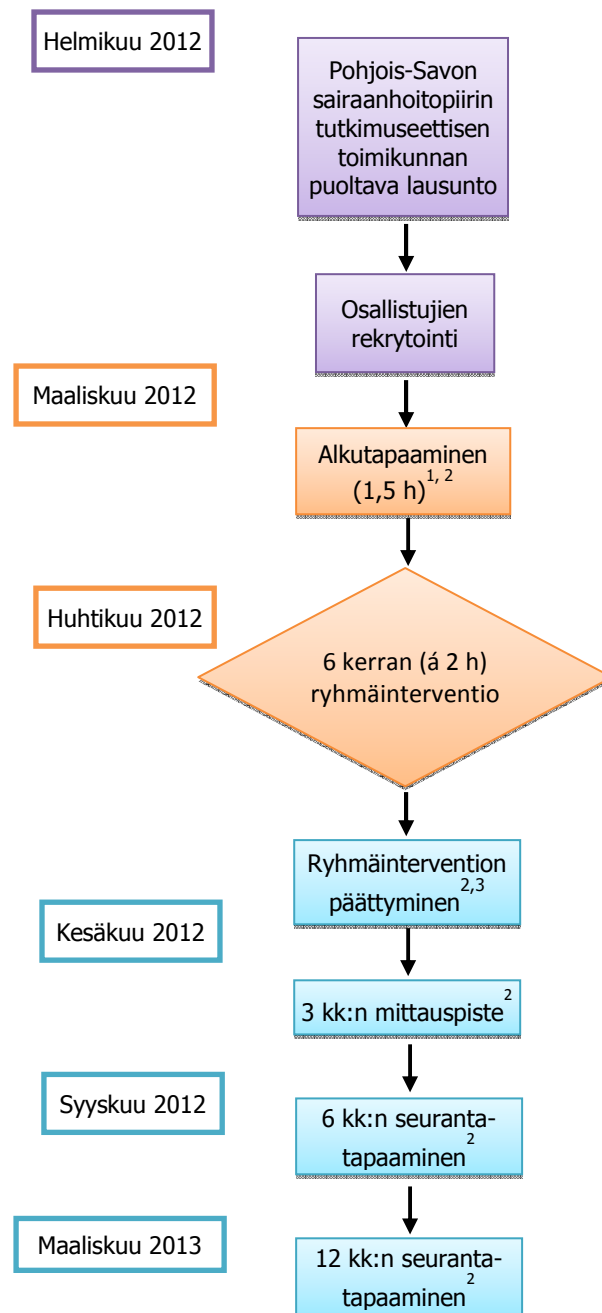
5.1 Tutkimuksen kulku

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimukselle haettiin puoltava lausunto Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettiseltä toimikunnalta (kuvio 1). Tutkittavat rekrytoitiin henkilöistä, jotka olivat Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ravitsemusterapeutin vastaanotolla käydessään ilmoittaneet ravitsemusterapeutilla suullisesti kiinnostuksensa syömisen hallintaa lisäävää ryhmähoitoa kohtaan. Heille lähetettiin kutsukirje (liite 3), tutkimuksen tiedote (liite 4), malli suostumuslomakkeesta (liite 5) sekä tutkimukseen liittyvät kyselyt; perustietolomake (liite 1), ahmimistaipumuskyseily (QEWP; liite 2), syömistapakyselyt (TFEQ, BES; liitteet 6 ja 7) ja mielialakyselyt (BDI, BAI; liitteet 8 ja 9). Rekrytointi tapahtui talvella 2012.

Ennen ryhmäintervention aloittamista järjestettiin puolitoistatuntia kestänyt alkutapaaminen, jossa tutkittaville esiteltiin ryhmäohjelman sisältö. Lisäksi tutkijat kertoivat syömisen psykologiasta ja ahmintatyypisistä syömistä yleisellä tasolla sekä kävivät läpi interventioon liittyvän tutkimuksen. Alkutapaamisessa tutkittavilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta ja kertoa interventioon liittyvistä toiveista, jotka otettiin huomioon ryhmäintervention sisällössä. Tapaamisen lopuksi tutkittavat täyttivät kirjallisen suostumuksen tutkittaviksi osallistumisesta (liite 5). Kyselylomakkeet tutkittavat olivat pääosin täyttäneet jo ennen alkutapaamista. Alkutapaamisen lopuksi tutkittavien paino mitattiin.

Ryhmäinterventio toteutettiin kevättalvella 2012 Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikössä. Ryhmäintervention ohjaajana toimi terveystyöntekijä, jolla on monipuolista kokemusta kognitiivis-behavioraalisten ryhmien ohjaamisesta. Apuohjaajana toimi opinnäytetyön tekijä eli kliinisen ravitsemustieteen maisteriopiskelija. Ryhmäinterventioon sisältyi alkutapaamisen lisäksi kuusi kaksi tuntia kestäväää ryhmätapaamista. Ryhmäintervention päättyessä sekä kolmen ja kuuden kuukauden seurannassa tutkittavat täyttivät syömistapa- ja mielialakyselyt, ja heidän painonsa mitattiin. Ryhmäintervention päättyessä tutkittavat vastasivat myös tyytyväisyyskyselyyn (liite 10), jossa tiedusteltiin mm. tutkittavien tyytyväisyyttä ryhmäintervention sisältöön ja ohjaukseen. Kuuden ja kahdentoista kuukauden kuluttua ryhmäohjelman alkamisesta järjestettiin seuranta-tapaamiset. Myös kahdentoista kuukauden kuluttua tutkittavilta kerättiin vastaukset

syömistapa- ja mielialakyselyihin ja heidän painonsa mitattiin, mutta aikataulullisista syistä 12 kuukauden seurannan tuloksia ei esitetä tässä Pro Gradu –työssä.



¹Perustietolomakkeeseen ja ahmimistaipumuskykelyyn (QEW) vastaaminen

²Syömistapakyselyihin (BES, TFEQ) ja mielialakyselyihin (BDI, BAI) vastaaminen, painon mittaaminen

³Tyytyväisyyskykelyyn vastaaminen

Kuvio 1. Tutkimuksen kulku.

5.2 Ryhmäintervention toimintamalli

Ryhmäinterventio rakennettiin selkäkivun kroonistumisen ennaltaehkäisyyn kehitetyn ryhmäintervention pohjalta (kohta 2.3) kognitiivis-behavioraalisen tradition mukaisesti asiakaslähtöiseksi, tavoitteelliseksi ja tasavertaiseksi (Tuomisto ja Lappalainen 2012). Interventiossa korostuivat osallistujien subjektiiviset kokemukset ja vertaistuki, ja tapaamisilla keskeisessä osassa olivat osallistujien omat kertomukset. Tutkittavia heräteltiin huomaamaan, mikä aiheuttaa ahmintatyypistä syömistä, mikä pitää sitä yllä sekä mitä muuttamalla syömisikäyttäytyminen voisi normalisoitua. Pyrkimyksenä oli saada osallistujat itse ymmärtämään itseään paremmin ja sitä kautta saada heidät aktiivisiksi omien ongelmiensa ratkaisemisessa.

Ryhmäintervention aikana tutkittavia kannustettiin asettamaan itselleen kohtuullisia ja konkreettisia tavoitteita. Tavoitteiden asettamiseen tutkittavat saivat erilaisia työvälineitä (taulukko 10). Ryhmäintervention tavoitteena oli tukea ahmintatyypisesti syöviä tasapainoisen ruokasuhteen muodostumisessa, edistää heidän hyvinvointiaan sekä tukea painonhallinnassa. Ryhmäintervention tavoitteista keskusteltaessa tutkittaville kuitenkin korostettiin, ettei heiltä odoteta tutkimukselle asetettujen tavoitteiden täyttämistä vaan tärkeää on keskittyä niihin asioihin, jotka tutkittavat näkevät itse merkityksellisinä. Koska tutkittavien omat tavoitteet liittyivät poikkeuksetta painonhallintaan, ryhmäintervention aikana painotettiin pysyvien elämäntapamuutosten merkitystä laihdutuskuurijattelun sijaan. Lisäksi tuotiin esille, että pidemmällä aikavälillä muutokset syömisikäyttäytymisessä ja mielialassa tukevat painonhallintaa. Tavoitteiden määrittämisen tarkoituksena oli lisätä ja ylläpitää hoitomotiivaatiota sekä auttaa ohjaajia työskentelyn kohdentamisessa ja tuloksellisuuden arvioinnissa.

Tasavertainen yhteistyösuhde osallistujien ja ohjaajien välillä ilmeni ryhmäinterventiossa siten, että osallistujat nähtiin omien ongelmiensa asiantuntijoina. Ryhmäinterventio oli luonteeltaan yhdessä tutkimista, jossa sekä osallistujat että ohjaajat tarkastelivat osallistujien ahmintatyypistä syömistä ja siihen liittyviä tekijöitä. Osallistujat nähtiin aktiivisina toimijoina, jotka kykenevät omilla valinnoillaan vaikuttamaan omaan tilanteeseensa. Tapaamisilla painotettiin sellaisten asioiden käsittelyä, joihin tällä hetkellä on mahdollista vaikuttaa.

Tyypillisistä kognitiivis-behavioraalisen tradition hoitomenetelmistä interventiossa hyödynnettiin mm. itsehavainnointia, rentoutusta, erilaisia altistus- ja taitoharjoituksia, ongelmanratkaisumenetelmiä, kommunikointiharjoituksia, kotitehtäviä sekä tiedon välittämiseen perustuvia menetelmiä (Bond ja Dryden 2005). Kognitiivis-behavioraalisille toimintatavoille tunnusmaisesti ryhmäintervention aikana pyrittiin luomaan itsehavainnointimenetelmien ja kotitehtävien avulla tilanteita, joissa osallistujat saivat kokemuksia omista mahdollisuuksistaan vaikuttaa ahmintatyypiseen syömiskäyttäytymiseensä. Lisäksi osallistujille tarjottiin tietoa heidän käyttäytymistään selvittävästä tekijöistä tarkoituksena edistää heidän omia mahdollisuuksia ohjata omaa elämäänsä. Ryhmäintervention ohjaaminen vaatii ohjaajalta kognitiivis-behavioraalista koulutusta.

5.2.1 Tapaamiset ja ohjauksen aineisto

Ryhmäintervention tavoitteina oli välittää tietoa sekä harjoitella taitoja ja selviytymiskeinoja, jotka edistävät tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja psyykkistä hyvinvointia sekä tukevat painonhallintaa. Tapaamiskertojen pääpaino oli ryhmäkeskusteluissa, joissa korostuivat asiantuntija- ja vertaistuki (kuvio 2). Tapaamisten alkupuolella ohjaaja kävi läpi lyhyen teoriaosuuden käsiteltävään aiheeseen virittäytymiseksi. Lisäksi ryhmätapaamisilla harjoiteltiin erilaisia taitoja ja selviytymiskeinoja monipuolisten tehtävien (taulukko 10) avulla.



Kuvio 2. Tapaamisten kulku.

Ryhmätapaamisia oli alkutapaamisen lisäksi yhteensä kuusi (taulukko 10), ja ne sijoituivat viikon välein toisistaan lukuun ottamatta hiihtolomasta johtunutta kahden viikon taukoa toisen ja kolmannen tapaamiskerran välillä. Ryhmätapaamiset pidettiin torstaisin klo 15.30–17.30. Jokaisella tapaamiskerralla osallistujat saivat mukaansa välitehtäviä, joiden tarkoituksena oli jalkauttaa ryhmäinterventiossa opittuja asioita arkielämään.

Ryhmäintervention sisällöksi valittiin kirjallisuuden pohjalta itsehavainnointi, kehonkuva, ahmintaan liittyvät tunteet, ajatukset ja tilanteet, sosiaaliset suhteet, tietoisuustaidot ja tietoinen syöminen sekä itsehoito-ohjelman laatiminen (taulukko 10). Osallistujat kokivat sisällön kiinnostavana eikä heillä ollut alkutapaamisella esityksiä ryhmäintervention muokkaamiseksi. Ryhmäintervention aikana osallistujat ottivat itse kuitenkin esille erilaisia ravitsemushoitoon liittyviä asioita, ja niitä käsiteltiin ryhmätapaamisilla. Erityisen mielenkiintoisina aihealueina osallistujat pitivät ahmintaan liittyviä tunteita, ajatuksia ja tilanteita, sosiaalisia suhteita sekä tietoisuustaitoja ja tietoista syömistä. Koska tapaamisilla merkittävässä osassa olivat osallistujien omat kertomukset, muokkautui ryhmäinterventio osallistujien näköiseksi sisällön painotuksiltaan, sillä jokaisella tapaamiskerralla osallistujat nostivat esille heitä kiinnostavia asioita. Osallistujien toiveesta ryhmäinterventioon lisättiin seurantatapaamiset.

Ryhmäinterventiossa käytettiin monipuolisesti ahmintatyypin syömiseen hoitoon soveltuvia aikaisemmin tuotettuja materiaaleja (taulukko 10), joita hyödynnettiin tapaamisten aikana keskusteluissa, tehtävissä ja taitojen harjoittelussa sekä kotiin annettavana välitehtäväaineistona. Lisäksi tutkija kehitti tapausesimerkkikuvauksen ahmintatyypisesti syövästä henkilöstä (liite 11), jonka ongelmia pohdittiin ja ratkaistiin jokaisella tapaamisella tapaamiskerran aiheen näkökulmasta. Tietoisuustaitoharjoittelun mahdollistamiseksi kotiooloissa tutkija äänitti tietoisuustaitoharjoituksen (Kabat-Zinn 2012) CD-levyille, jotka jaettiin osallistujille kolmannella tapaamiskerralla. Osallistujien omasta toiveesta työstettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksilön mallin pohjalta ruokapäiväkirjamalli, joka huomio ajan, paikan sekä ruoan ja juoman määrän ja laadun lisäksi ennen ruokailua olevan näläntunteen ja ruokailun jälkeisen kylläisyyden, ahminnan sekä ruokailuun liittyvät tapahtumat (liite 12). Ruokapäiväkirjamalli annettiin ryhmäläisille kuuden kuukauden seurantatapaamisella.

1. kerta: Itsehavainnointi

Ensimmäisen tapaamisen alkupuolella keskeisessä osassa oli ryhmäytyminen. Osallistujat ja ryhmäohjaajat esittelivät itsensä ensin vieruskaverilleen, minkä jälkeen jokainen esitteli oman vieruskaverinsa koko ryhmälle. Ryhmäytymisen edistämiseksi osallistujille annettiin yhteistehtävä, jossa he ratkaisivat, miten mahdolliset tauot ja virkistäytymien järjestetään. Lisäksi ensimmäisen tapaamisen alussa sovittiin ryhmän pelisäännöistä eli luottamuksellisuudesta ja toisten mielipiteiden kunnioittamisesta. Osallistujat olivat yksimielisiä siitä, että ryhmäkeskusteluissa syntyviä ideoita ja vinkkejä saa jokainen soveltaa omaan arkeensa. Ohjaajat korostivat, että osallistujilla on mahdollisuus esittää jokaisella tapaamisella toiveitaan ja ideoitaan tapaamiskertojen aiheiksi.

Ensimmäisen kerran varsinaisena pääteemana oli itsehavainnointi, jonka pariin siirryttiin tutustumisen ja ryhmäytymisen jälkeen. Itsehavainnointia lähestyttiin mm. syömiseen vaikuttavien tekijöiden ja oppimis- ja ehdollistumisketjujen avulla. Tapausesimerkin avulla pohdittiin ahmintatyypisesti syövän henkilön ahmimista selittäviä tekijöitä sekä keinoja, joilla ahmimista voi ehkäistä. Itsehavainnoinnin käsittelyn tavoitteena oli omaan syömiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen. Välitehtäväksi kotiin osallistujat saivat ohjeistuksen itsehavainnoinnin harjoittelemiseksi (Koivisto ym. 2009) sekä tehtävän omien arvojen pohtimisesta (Pietikäinen 2009).

2. kerta: Kehonkuva

Toisen tapaamisen päätavoitteena oli oman kehonkuvan hyväksyminen. Tavoitteen saavuttamiseksi kehonkuvaa lähestyttiin tapaamisella kahdesta eri näkökulmasta: mitkä asiat vaikuttavat kehonkuvan muodostumiseen ja minkälaisia vaikutuksia kehonkuvalla on elämässä? Lisäksi osallistujat keskustelivat kehonkuvan vaikutuksista heidän omaan käyttäytymiseensä. Tapaamiskerralla harjoiteltiin oman kehon hyväksymistä katsomalla omaa kehoa peilistä sekä havainnoimalla ajatuksia ja tunteita, joita tilanteeseen liittyy. Ajatusten luokittelun tavoitteena oli huomata, että ajatukset ovat vain mielen itsekeksimiä tuotteita, jotka vaikuttavat mm. mielialaan. Uutena taitona tapaamisella opeteltiin syvähengitystä, jota voi käyttää kuormittavissa tilanteissa esimerkiksi vahvojen tunteiden kanssa selviämiseen. Tapaamiskerran ajankohdasta johtuen tapaamisen loppupuolella käsiteltiin osallistujien toiveesta myös pääsiäisruokailua eli sitä, miten juhla-ajan ruokailuun voisi varautua siten, etteivät pääsiäisherkut lisää alttiutta ahmia. Toisaalta korostettiin, että herkkuja saa syödä ja

ruosta on oikeus nauttia. Kotona toteutettavaksi välitehtäväksi osallistujia pyydettiin jatkamaan peiliharjoitusta ja syvähengitystä.

3. kerta: Ahmintaan liittyvät tunteet, ajatukset ja tilanteet

Kolmannen tapaamisen pääsisältönä olivat ahmimiseen liittyvät tunteet, ajatukset ja tilanteet. Tapaamisella harjoiteltiin ennakointia eli ahmimiseen liittyvien ärsykkeiden, tunteiden, ajatusten ja tilanteiden tunnistamista, minkä avulla päästiin paneutumaan yksityiskohtaisesti osallistujien ahmintatyypin syömisen ytimeen. Uutena taitona harjoiteltiin ongelmanratkaisumenetelmän käyttöä. Lisäksi tapaamiskerralla perehdyttiin tietoisuustaitoihin ja harjoiteltiin tietoista läsnäoloa kuormittavuuden hallintakeinona. Tapaamisen lopuksi osallistujat saivat oman tietoisuustaitoäänitteen kotiin, ja osallistujia kannustettiin harjoittelemaan tietoisuustaitoja kotioloissa sekä soveltamaan ongelmanratkaisumenetelmää kolmeen hanakalaan syömistilanteeseen.

4. kerta: Sosiaaliset suhteet

Neljännellä tapaamiskerralla perehdyttiin sosiaalisiin suhteisiin. Tavoitteena oli saada vastaus kysymyksiin: Minkälaisia vaikutuksia ahmintatyypisellä syömisellä on sosiaalisiin suhteisiin? Miten ihmissuhteet ovat vaikuttaneet ahmintatyypin syömisongelman kehittymiseen? Salailun vähentämiseksi osallistujat harjoittelivat tapaamisella salaisuuden kertomista vieruskaverille. Ihmissuhteiden vaikutuksia ahmintatyypin syömiskäyttäytymisen synnyssä käsiteltäessä tavoitteena oli lisätä osallistujien ymmärtäneisyyttä oman syömiskäyttäytymisen taustalla vaikuttavista tekijöistä. Tapaamiskerran loppupuolella osallistuivat pohtivat vapun ajan ruokailua ja antoivat toisilleen vinkkejä vappu-ruokailuun. Välitehtäväksi kotiin osallistujia rohkaistiin muutoskokeiluun omassa välttämiskäyttäytymisessä sekä tietoisuustaitoharjoittelun jatkamiseen.

5. kerta: Tietoisuustaidot & tietoinen syöminen

Viides tapaaminen muotoutui tietoisuustaitojen syventämisen, tietoisin syöminen, riskien hallinnan sekä itsehoitosuunnitelman aloittamisen ympärille. Tapaamisella keskusteltiin syömiseen keskittymisestä sekä ruoasta ja ruokailusta nauttimisesta, ja tehtiin tietoisin syöminen harjoitus (nk. rusinaharjoitus) popcornilla (Bays 2011). Tehtävän tavoitteena oli harjoitella syömiseen keskittymistä sekä nälän- ja kylläisyydentunteen havainnointia.

Osallistujat kuvailivat popcornin ulkonäköä, tuntumaa käsissä, tuoksua, makua, suutuntumaa sekä miten nämä muuttuivat syömisen aikana ja mitä mielikuvia syöminen heissä herätti. Harjoituksen lisäksi osallistujille annettiin myös muita tietoisien syömisen vinkkejä, mm. pysähtyminen ennen ruokailun aloittamista, huolellinen ruoan pureskelu ja aterimien laskeminen lautaselle suupalojen välissä. Riskien hallintaa lähestyttiin kartoittamalla erilaisia riskitekijöitä ja vaaranpaikkoja, jotka altistavat ahmimiselle. Välitehtäväksi osallistujat saivat tietoisien syömisen harjoittelun 3-4 kertaa kotioloissa. Lisäksi seuraavan kerran aiheeseen virittäytymiseksi osallistujia ohjeistettiin itsehoito-ohjelman suunnittelun aloittamiseen.

6. kerta: Itsehoito-ohjelma

Kuudennella eli viimeisellä tapaamisella keskityttiin oman itsehoito-ohjelman laatimiseen ryhmän tuella. Tavoitteena oli valmentaa osallistujia hyödyntämään ryhmäinterventiosta käsitellyjä tietoja, taitoja ja selviytymiskeinoja tulevaisuuden haasteissa. Itsehoito-ohjelmassa kiinnitettiin erityistä huomiota itsehoidon tavoitteisiin, välitavoitteisiin, takapakkeihin ja vaaranpaikkoihin. Tapaamisen ilmapiiri oli kannustava osallistujien kerätessä omaan itsehoito-ohjelmaan ryhmäintervention aikana esiteltyjä työkaluja. Koska takapakeista voi muodostua merkittävä ongelma itsehoito-ohjelman jatkuvuudelle, käytettiin tapaamisella runsaasti aikaa niiden käsittelyyn. Tapaamisen lopuksi osallistujat kertoivat näkemyksiään ryhmäohjelman onnistumisesta ja täyttivät tyytyväisyyskyselyn (liite 10). Osallistujien toiveesta ryhmäinterventioon lisättiin seurantatapaamiset kuuden ja 12 kuukauden päähän ryhmäintervention alkamisesta.

Seurantatapaamiset (6 ja 12 kk)

Seurantatapaamisten pääpainona oli kuulumisten vaihtaminen, ryhmäintervention aikana opittujen tietojen, taitojen ja selviytymiskeinojen mieleen palauttaminen, asiantuntija- ja vertaistuen saaminen sekä tulevaisuuden tavoitteiden asettaminen. Kuuden kuukauden seurantatapaamisella osallistujille annettiin heidän toiveestaan ruokapäivämalli (liite 12), jonka avulla he voivat itse havainnoida omaa syömiskäyttäytymistään. 12 kuukauden seurantatapaamisella osallistujat sopivat keskenään vertaistapaamisten jatkosta.

Taulukko 10. Ryhmätapaamisten sisältö, tavoitteet, käytetty aineisto ja menetelmät.

Kerta& pääteema	Tavoitteet	Keskeinen sisältö	Aineisto & menetelmät
I Itsehavainnointi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Tutustuminen & ryhmäytyminen ❖ Omaan syömiseen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen ❖ Omien arvojen kirkastuminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tervetuloa ❖ Ryhmäintervention esittely ❖ Tutustuminen ❖ Ryhmäytyminen ❖ Ahmintatyypinen syöminen & syömiskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät ❖ Oppimis- ja ehdollistumisketjut ❖ Omaan syömiseen vaikuttavat tekijät ❖ Miksi ahmintatyypiseen syömiseen taipuva ihminen ahmii? Miten ahmimista voi ehkäistä? ❖ Omien tunteiden ja käyttäytymisen havainnointi ❖ Yhteenveto ❖ Välitehtävä kotiin: itsehavainnointi ❖ Välitehtävä kotiin: omien arvojen kirkastaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vieruskaverin esittely ❖ Taukojen ja virkistäytymisen suunnittelu ❖ Palloanalyysi¹ yksilöittäin ❖ Parityöskentely tapausesimerkin (liite 11) pohjalta ❖ Tunteiden ja käyttäytymisen havainnointi –harjoitus² ❖ Omien arvojen kirkastaminen–harjoituslomake³

(jatkuu)

Taulukko 10, jatkuu.

Kerta & pääteema	Tavoitteet	Keskeinen sisältö	Aineisto & menetelmät
II Kehonkuva	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Kehonkuvan vaikutusten ymmärtäminen elämässä ❖ Oman kehonkuvan hyväksyminen ❖ Syvähengityksen oppiminen uutena taitona kuormittavissa tilanteissa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Välitehtävien käsittely (itsehavainnointi & omien arvojen kirkastaminen) ❖ Kehonkuva: mitkä asiat vaikuttavat kehonkuvan muodostumiseen ja minkälaisia vaikutuksia kehonkuvalla on elämässä? ❖ Syvähengitysharjoitus ❖ Oman kehon tarkastelu ❖ Ajatusten luokittelu ❖ Minkälainen ahmintatyypillisesti syövän henkilön kehonkuva on? Minkälaisia vaikutuksia kehonkuvalla on ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen? Voisiko kehoon suhtautua jotenkin toisin? ❖ Yhteenvedo ❖ Välitehtävä kotiin: peilitehtävä ❖ Välitehtävä kotiin: syvähengitys ❖ Välitehtävä kotiin: kirjeen kirjoittaminen omalle keholle 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hengitys- ja rentoutusharjoituksia⁴ ❖ Peiliharjoitus⁵ ❖ Mitä ajatukset ovat? –aineisto⁶ ❖ Parityöskentely tapausesimerkin (liite 11) pohjalta ❖ Peilitehtävän aikana viriäviä ajatuksia ja tunteita –harjoitus³ ❖ Hengitys- ja rentoutusharjoituksia⁴ ❖ Ohjeistus kirjeen kirjoittamiseen⁷

(jatkuu)

Taulukko 10, jatkuu.

Kerta & pääteema	Tavoitteet	Keskeinen sisältö	Aineisto & menetelmät
III Tunteet, ajatukset & tilanteet	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Omiin syömisen ongelmiin liittyvien ärsykkeiden, tunteiden, ajatusten ja tilanteiden pohtiminen ❖ Ongelmanratkaisumenetelmän oppiminen uutena taitona ❖ Tietoisuustaitoharjoituksen hyödyntäminen kuormittavuuden vähentämiseksi 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Välitehtävien käsittely (peilitehtävä, syvähengitys, kirje) ❖ Ennakointi: ahmintaan liittyvien ärsykkeiden, tunteiden, ajatusten ja tilanteiden tunnistaminen ❖ Ongelmanratkaisumenetelmä ❖ Tietoisuustaidot ❖ Minkälaiset tekijät ennustavat ahmintaa ahmintatyypiseen syömiseen taipuvalla? Miten ongelmanratkaisumenetelmää voisi soveltaa näissä tilanteissa? ❖ Yhteenvedo ❖ Välitehtävä kotiin: tietoisuustaitoharjoitus & -päiväkirja ❖ Välitehtävä kotiin: ongelmanratkaisumenetelmän soveltaminen kolmeen hankalaan syömistilanteeseen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Riskitilanteet ja niiden käsittely – harjoituslomake³ ❖ Ongelmanratkaisulomakkeet^{1,6} ❖ Tietoisuustaitoharjoitus⁸ ❖ Parityöskentelyä tapausesimerkin (liite 11) pohjalta ❖ Tietoisuustaitoäänite⁹ ja – päiväkirjaohjeistus, Päivittäinen mindfulness–harjoitus¹⁰ ❖ Ongelmanratkaisulomakkeet^{1,6}
IV Sosiaaliset suhteet	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Ahmintatyypisen syömisen vaikutusten ja seurausten ymmärtäminen sosiaalisten suhteiden kannalta ❖ Sosiaalisten suhteiden vaikutusten ymmärtäminen ahmintatyypiseen syömiskäyttäytymiseen ❖ Omien ajatusten ja tunteiden ilmaisun oppiminen uutena taitona 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Välitehtävien käsittely (tietoisuustaidot & ongelmanratkaisumenetelmän soveltaminen) ❖ Tietoisuustaitoharjoitus⁹ ❖ Miten ahmiminen vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin? ❖ Varhaisten suhteiden merkitys omalle syömiskäyttäytymiselle ❖ Harjoitus: salaisuuden kertominen vieruskaverille ❖ Miten salailu näkyy ahmintatyypisesti syövän elämässä? Miten välttämistilanteissa voisi toimia toisin? ❖ Yhteenvedo ❖ Välitehtävä kotiin: muutoskokeilu omassa välttämiskäyttäytymisessä ❖ Välitehtävä kotiin: tietoisuustaitoharjoitusten jatkaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Parityöskentelyä tapausesimerkin (liite 11) pohjalta ❖ Altistusharjoitus³ ❖ Tietoisuustaitoäänite⁹, Päivittäinen mindfulness–harjoitus¹⁰

(jatkuu)

Taulukko 10, jatkuu.

Kerta & pääteema	Tavoitteet	Keskeinen sisältö	Aineisto & menetelmät
V Tietoisuus- taidot & tietoinen syöminen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Tietoisuustaitojen syventäminen ❖ Tietoisesta syömisestä oppiminen uutena taitona ❖ Oman itsehoito-ohjelman suunnittelun aloittaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Välitehtävien käsittely (muutoskokeilu & tietoisuustaitoharjoitukset) ❖ Tietoinen syöminen ❖ Riskien hallinta (relapsit)³ ❖ Miten ahmintatyypilliseen syömiskäyttäytymiseen taipuva voi hyödyntää tietoista syömistä? ❖ Yhteenveto ❖ Välitehtävä kotiin: tietoisesta syömisestä harjoittelu 3-4 kertaa ❖ Välitehtävä kotiin: itsehoito-ohjelman suunnittelun aloittaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nälän seitsemän eri lajia –harjoitus¹¹ ❖ Parityöskentelyä tapausesimerkin (liite 11) pohjalta
VI Itsehoito- ohjelma	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisin ilmapiirin luominen ❖ Oman itsehoito-ohjelman laatiminen ryhmän tuella ❖ Palautteen saaminen ja antaminen ❖ Seurannan sopiminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Välitehtävien käsittely (tietoinen syöminen & itsehoitosuunnitelma) ❖ Kertaus intervention aikana käsitellyistä aiheista ❖ Itsehoito-ohjelman esittely ❖ Takapakkeihin varautuminen ❖ Elämää voi suunnitella ❖ Mitä esteitä ahmintatyypilliseen syömiseen taipuvainen voi kohdata? Miten voitaisiin varmistaa, että esteet ja mahdolliset takapakit eivät romuta itsehoito-ohjelmaa? ❖ Yhteenveto ❖ Palautekeskustelu & seurannan sopiminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hyvä arki ja hyvä elämä –periaatteet⁶ ❖ Parityöskentelyä tapausesimerkin (liite 11) pohjalta

(jatkuu)

Taulukko 10, jatkuu.

Kerta & pääteema	Tavoitteet	Keskeinen sisältö	Aineisto & menetelmät
Seuranta-tapaaminen (6 kk)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Kuulumisten vaihtaminen ❖ Opittujen tietojen, taitojen ja selviytymiskeinojen mieleen palauttaminen ❖ Asiantuntija- ja vertaistuen saaminen ❖ Tulevaisuuden tavoitteiden asettaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Tietoisuustaitoharjoitus⁹ ❖ Kertaus opituista tiedoista, taidoista ja selviytymiskeinoista ❖ Keskustelua osallistujia mietityttävistä asioista ❖ Mahdollisten takapakkien käsittely ❖ Ruokapäiväkirja syömisen havainnoin työkaluna ❖ Tulevaisuuden tavoitteiden pohtiminen ❖ Toiveet 12 kk:n seurantatapaamiselle 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ruokapäiväkirja (liite 12)
Seuranta-tapaaminen (12 kk)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Myönteisen ilmapiirin luominen ❖ Kuulumisten vaihtaminen ❖ Asiantuntija- ja vertaistuen saaminen ❖ Tulevaisuuden tavoitteiden asettaminen 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kuulumiskierros ❖ Tietoisuustaitoharjoitus⁸ ❖ Keskustelua osallistujia mietityttävistä asioista ❖ Mahdollisten takapakkien käsittely ❖ Mitä ryhmäinterventio jälkeen? 	

¹Lappalainen ja Lappalainen 2011; ²Koivisto ym. 2009; ³Pietikäinen 2009; ⁴Vainio 2009; ⁵Pearson ym. 2010; ⁶Aarnio-Tervo ym. 2010; ⁷Cash 2008; ⁸Laakso 2012; ⁹Kabat-Zinn 2012; ¹⁰Järvenpään sosiaalisairaala 2011; ¹¹Bays 2011

5.3 Ryhmäintervention vaikutusten mittaaminen

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ryhmäintervention ja seurannan aikana tapahtuvia muutoksia tutkittavien syömiskäyttäytymisessä, mielialassa ja painossa. Tutkittavien syömiskäyttäytyminen, mieliala ja paino selvitettiin ennen ryhmäintervention alkamista, ryhmäintervention päättyessä sekä kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmäohjelman alkamisesta (kuvio 1). Kun tutkittavat vastasivat ensimmäistä kertaa (ennen ryhmäintervention alkamista) kyselylomakkeisiin, opinnäytetyön tekijä kävi henkilökohtaisesti tutkittavien kanssa kyselylomakkeet läpi ja varmisti kysymysten ymmärrettävyyden. Syömiskäyttäytymisen mittaamiseen käytettiin TFEQ-syömiskäyttäytymiskyselyä (Three Factor Eating Questionnaire, liite 6) ja BES-syömistapakyselyä (Binge Eating Scale, liite 7), ja mielialan mittaamiseen BDI-masennuskyselyä (Beck Depression Inventory, liite 8) ja BAI-ahdistuskyselyä (Beck Anxiety Inventory, liite 9) (taulukko 11). Kyselyjä on käytetty yleisesti kognitiivis-behavioraalisten ryhmäinterventioiden vaikutusten tutkimisessa (taulukko 5), mikä helpottaa tulosten vertailua aikaisempiin tutkimuksiin.

Taulukko 11. Syömiskäyttäytymisen ja mielialan tutkimisessa käytetyt kyselylomakkeet.

Kysely	Kyselyn mittauksen kohde	Kyselyn rakenne	Kysymysten lukumäärä	Esimerkkikohta/kohdat
TFEQ ¹	Syömisen tietoinen rajoittaminen, syömisen joustava rajoittaminen, syömisen jäykkä rajoittaminen, syömisen hallinnan menettäminen, näläntunteen kokeminen	Itse täytettävä; kyllä/ei-kysymyksiä ja monivalintakysymyksiä	65	”Kun tunnen oloni yksinäiseksi, lohdutan itseäni syömällä.” (Totta, ei totta). ”Syötkö järkevästi muiden seurassa ja ahmit yksinäsi? (En koskaan, harvoin, usein, aina)
BES ²	Ahmiminen	Itse täytettävä; monivalintaväittämiä	16	”Minulla ei ole mitään vaikeuksia syödä hitaasti ja sopivalla tavalla.”, ”Vaikka näytän hotkivan ruokani, en syömisen jälkeen tunne oloani täysinäiseksi liiasta syömisestä.”, ”Toisinaan syön nopeasti, jolloin tunnen oloni epä mukavan täysinäiseksi jälkeenpäin.”, ”Minulla on tapana hotkia ruokani, oikeastaan kunnolla purematta. Kun näin käy, tunnen yleensä oloni epä mukavan täysinäiseksi, koska olen syönyt liikaa.”
BDI ³	Masentuneisuus	Itse täytettävä; monivalintaväittämiä	21	”En tunne epäonnistuneeni elämässä”, ”Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin”, ”Minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljonkaan mainitsemisen arvoista”, ”Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia”, ”Tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä”
BAI ⁴	Ahdistus	Itse täytettävä; monivalintakysymyksiä	21	Miten paljon hermostuneisuus on rasittanut sinua kuluneen viikon aikana? (Ei lainkaan, lievästi, kohtalaisesti, vakavasti)

¹Three Factor Eating Questionnaire (Westenhoefer ym. 1999); ²Binge Eating Scale (Gormally ym. 1982); ³The Beck Depression Inventory (Beck ym. 1961); ⁴The Beck Anxiety Inventory (Beck ym. 1988)

Erityisesti lihaviiden henkilöiden syömiskäyttäytymisen tutkimiseen kehitetty TFEQ-kysely tutkii keskeisiä syömiskäyttäytymispiirteitä, ja kysely sisältää ”totta/ei totta”-väittämiä sekä kysymyksiä, joissa vastaaja valitsee 4-6 vastausvaihtoehdosta itseensä parhaiten sopivan (Stunkard ja Messick 1985, Westenhofer ym. 1999). Alkuperäinen TFEQ-kyselyn selvittämät syömiskäyttäytymispiirteet ovat syömisen tietoinen rajoittaminen, syömisen hallinnan menettäminen ja näläntunteen kokeminen (Stunkard ja Messick 1985). Pro Gradu – tutkimuksessa käytettiin kyselyn täydennettyä, 65 kysymystä sisältävä versiota, joka jaottelee syömisen tietoinen rajoittamisen syömisen joustavaan ja jäykkään rajoittamiseen (Westenhofer ym. 1999). Syömisen tietoisella rajoittamisella tarkoitetaan syömisen tietoista kontrollointia painon hallitsemiseksi (Zandian ym. 2009), joka voidaan jakaa edelleen syömisen jäykkään ja joustavaan rajoittamiseen. Syömisen jäykällä rajoittamisella viitataan kaikki-tai-ei-mitään-tyyppiseen suhtautumiseen syömistä ja painonhallintaa kohtaan (Provencher ym. 2007). Syömisen joustavassa rajoittamisessa syömisen rajoittamiseen liittyviin tekijöihin suhtautuminen on sallivampaa. Syömisen hallinnan menettämisellä tarkoitetaan tilanteita, jolloin syömisen tietoinen rajoittaminen menetetään, minkä seurauksena tapahtuu ylensyömistä tai ahmimista (Bond ym. 2001). Syömisen hallinnan menettäminen voi olla toistuvaa, tunneperäistä tai tilannekohtaista. Näläntunteen kokemisella tarkoitetaan sisäisten ja ulkoisten tekijöiden aiheuttamia tuntemuksia nälästä, jotka johtavat syömiseen ja siten mahdollisesti vaikeuttavat syömisen tietoista rajoittamista (Provencher ym. 2007). TFEQ-kyselyn suomenkielisen 51 kysymystä sisältävän version reabiliteetti on selvitetty aikaisemmassa tutkimuksessa (Lähteenmaki ja Tuorila 1995). Kyselyn suomenkielinen versio on todettu validiksi sen perusteella, että kysely on todettu länsimaisessa kulttuurissa validiksi ja suomenkielisen version reabiliteetti on havaittu hyväksi (Stunkard ja Messick 1985, Westenhofer ym. 1999, Tuorila 2013). Pitkän, 65 kysymystä sisältävän suomenkielisen version validiteettia ja reabiliteettia ei ole selvitetty (Karhunen 2013), mutta aikaisemmassa Pro Gradu –tutkimuksessa kyselyn konsistenssi eli yhteneväisyys on todettu Cronbachin alfan avulla hyväksi (Suorajärvi 2012).

TFEQ-kyselystä ei ole julkaistu viitearvoja. Kyselyn tuloksinassa korkeammat pisteet kustakin osiosta viittaa siihen, että sitä enemmän kyseistä piirrettä henkilöllä esiintyy ja sitä suurempi on kyseisen syömiskäyttäytymispiirteen vaikutus syömiseen. Kyselyn selvittämistä syömiskäyttäytymispiirteistä etenkin syömisen rajoittamista mittaavat faktorit ja syömisen hallinnan menettäminen ovat keskeisiä ahmintahäiriön diagnostiikassa (taulukko 1).

BES-kysely kartoittaa lihavien henkilöiden syömiskäyttäytymistä, spesifisti ahmimistaipumusta (Gormally ym. 1982). Kyselyn kysymykset koskevat ahmimiseen liittyvää käyttäytymistä, kuten suurten ruoka-annosten syömistä ja niiden syömiseen liittyviä ajatuksia ja tunteita. Vastaajat valitsevat kyselyssä jokaisen kysymyksen kohdalla 3-4 vastausvaihtoehdosta itseään parhaiten kuvaavaan vaihtoehtoon, ja kysely pisteytetään annettujen vastausten perusteella; mitä suurempi kokonaispistemäärä, sitä selkeämpi ahmimistaipumus. Pistemäärien perusteella vastaajat voidaan jaotella luokkiin: ”ei ahmimistaipumusta”, ”kohtalainen ahmimistaipumus” ja ”vakava ahmimistaipumus”. BES-kyselyn suomalaista versiota ei ole validoitu, mutta koska se on kaksoiskäännetty Medical Outcomes Trust:in ohjeiston mukaisesti ja kyselyn englanninkielinen versio on todettu validiksi (Gormally ym. 1982), voidaan kyselyn suomalaista versiota pitää käyttökelpoisena (Suomen Lihavuustutkijat ry 2013).

Masennusta selvittävä Beckin depressiokysely sisältää 21 kohtaa mielialan erilaisista piirteistä, joista jokainen kohta sisältää 3-5 vastausvaihtoehtoa (Beck ym. 1961). Vastaaja valitsee vaihtoehdoista sen, joka kuvaa häntä parhaiten vastaushetkellä. Beckin depressiokyselyssä suurempi pistemäärä viittaa vaikeampiin masennusoireisiin, ja pistemäärien perusteella tutkittavat jaetaan ”ei masennusoireista”, ”lievistä masennusoireista”, ”keskivaikeista masennusoireista” sekä ”vaikeista masennusoireista” kärsiviin. Kyselyn suomalainen versio on todettu validiksi ja reliaabeliksi (Raitasalo 1977, Viinamaki ym. 2004).

Beckin ahdistuskysely sisältää luettelon erilaisista tuntemuksista, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut (Beck ym. 1988). Kyselyyn vastaaja valitsee neljästä vaihtoehdosta sellaisen, joka kuvaa parhaiten, kuinka paljon kyseinen tuntemus on rasittanut häntä kuluneen viikon aikana vastauspäivä mukaan lukien. Kuten depressiokyselyssä, myös ahdistuskyselyssä suurempi pistemäärä viittaa vaikeampiin oireisiin. Ahdistuskyselyn perusteella tutkittavien ahdistuksen aste voidaan jakaa vähäiseen, lievään ja vaikeaan. Kyselyn suomalainen versio on todettu validiksi ja reliaabeliksi (Weizmann-Henelius ym. 2004).

Tutkittavien paino mitattiin kevyessä vaatetuksessa 0,1 kg:n tarkkuudella käyttäen kalibroituja, elektronisia vaakoja. Alkutilanteessa, intervention päättyessä ja kuuden kuukauden seurannassa tutkittavat punnittiin Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikössä. Kolmen kuukauden seurannan painon mittaukset toteutettiin Itä-Suomen yliopiston Kliinisen ravitsemustieteen yksikössä.

Tutkittavat vastasivat ryhmäintervention päättymisen jälkeen Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikön tyytyväisyyskyselyyn (liite 10). Kyselyssä tiedusteltiin tutkittavien etukäteisodotuksia ryhmäinterventiolle sekä millä tavoin interventio vastasi näihin odotuksiin palvelun, ohjauksen, tiedonsaannin, aikataulun ja annetun materiaalin suhteen. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, kuinka paljon he arvelevat käytännössä hyötyvän ryhmäinterventiosta, millaisia ehdotuksia heillä on intervention kehittämiseksi sekä minkä yleisarvosanan he antavat interventiolle. Tyytyväisyyskyselyä ei ole validoitu, mutta se on ollut käytössä useita vuosia Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ravitsemusterapeuttien ohjaamissa ryhmissä, ja se on todettu käytännössä toimivaksi ryhmäinterventioiden kehittämisen työvälineenä. Tyytyväisyyskyselyn lisäksi tutkittavat kertoivat kokemuksiaan ryhmäinterventiosta suullisesti viimeisellä ryhmätapaamisella.

5.4 Aineiston käsittely

Osallistujien tunnistamattomuuden turvaamiseksi tutkittaville annettiin satunnainen numerokoodi, joka toistui kyselylomakkeissa. Kyselylomakkeet olivat yksilöitävissä tiettyyn osallistujaan vain koodiavaimen avulla, joka oli vain tutkijan käytettävissä. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin pienestä otoskoosta huolimatta pääasiassa ryhmätasolla. Tuloksissa, joissa vastausten hajonta oli suurta, kuvailtiin tutkittavien tuloksia tekstissä myös yksilötasolla.

Ryhmäintervention ja seurannan aikana tapahtuneita muutoksia syömiskäyttäytymisessä, mielialassa ja painossa analysoitiin pienen otoskoon vuoksi parametrittomalla riippuvien otosten Wilcoxonin testillä. Lisäksi tulosaineistoa tarkasteltiin tavanomaisin kuvailevin tilastollisin tunnusluvuin (keskiarvot, -hajonnat ja vaihteluvälit). Tilastolliset tarkastelut suoritettiin IBM SPSS Statistics 19 -ohjelmalla ja tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin p-arvoa $<0,05$. Pienen otoskoon vuoksi tuloksia esitettäessä mainitaan myös eroja, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,1$), sillä pienellä aineistolla tilastollisten erojen etsiminen on haasteellista.

6 TULOKSET

6.1 Ryhmäintervention vaikutukset syömiskäyttäytymiseen, mielialaan ja painoon

6.1.1 Muutokset syömiskäyttäytymisessä

Tutkittavien syömiskäyttäytymisessä ei tapahtunut intervention ja seurannan aikana tilastollisesti merkitseviä muutoksia alkutilanteeseen verrattuna (taulukot 12 ja 13). TFEQ-kyselyllä mitatuista syömiskäyttäytymispiirteistä syömisen tietoinen rajoittaminen lisääntyi hieman intervention aikana verrattuna alkutilanteeseen. Tietoisen syömisen rajoittamisen osaluista molemmat – joustava ja jäykkä syömisen rajoittaminen – lisääntyivät intervention ja kolmen kuukauden seurannan aikana. Syömisen hallinnan menettäminen väheni intervention ja kuuden kuukauden seurannan aikana. Näläntunteen kokeminen väheni intervention aikana, mutta palasi alkutilanteen tasolle kolmen kuukauden seurannassa. Tutkittavien välillä vaihtelu TFEQ-kyselyllä mitatuissa syömiskäyttäytymispiirteissä oli suhteellisen vähäistä (taulukko 12). TFEQ-kyselylle ei ole olemassa viitearvoja, mutta syömisen tietoista rajoittamista, syömisen hallinnan menettämistä ja näläntunteen kokemista voidaan verrata tuloksiin ruotsalaisesta vertailuväestöstä, jolla ei ole syömisongelmia (Björvell ym. 1986, Stunkard ja Wadden 1992) (taulukko 12). Intervention jälkeen tutkittavien tietoinen syömisen rajoittaminen nousi vertailuväestöä korkeammalle tasolle. Syömisen hallinnan menettäminen ja näläntunteen kokeminen olivat tutkittavilla koko tutkimuksen ajanvertailuväestöä korkeammilla tasoilla. On kuitenkin huomioitava, että TFEQ-kyselylle ei ole haluttu luoda viitearvoja syömiskäyttäytymisen yksilöllisyyden vuoksi, joten johtopäätösten vetäminen vertailusta ei ole tarpeellista.

Taulukko 12. Syömiskäyttäytymispiirteet (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli) TFEQ-kyselyllä mitattuna tutkimuksen eri vaiheissa.

Syömiskäyttäytymispiirre	Alkutilanne	Intervention jälkeen	3 kk seuranta	6 kk seuranta	p-arvo ¹	Vertailuväestö (n=58) ²	Teoreettiset maksimipisteet
Tietoinen syömisen rajoittaminen	7,33 3,14 2–11	11,17 4,31 5–17	11,17 5,38 5–19	10,83 3,97 6–16	0,058 ³	9,8 4,2	21
Syömisen joustava rajoittaminen	2,83 2,14 0-6	4,33 2,66 1–7	5,0 3,74 1–10	4,17 1,47 2–6	0,066 ³		12
Syömisen jäykkä rajoittaminen	7,33 2,50 4–10	8,17 2,56 5–11	8,67 2,25 6–11	7,83 1,47 6–10	0,063 ⁴		16
Syömisen hallinnan menettäminen	10,5 2,26 7–13	9,5 3,83 5–14	8,67 4,27 4–15	8,33 3,67 3–14	0,080 ⁵	4,2 2,8	16
Näläntunteen kokeminen	5,86 2,04 3–8	4,83 3,25 1–10	5,83 4,26 1–12	5,83 3,25 2–11	0,096 ⁶	2,8 2,3	14

¹Wilcoxon, parittaiset vertailut; ²Ruotsalainen ahmintahäiriötä sairastamaton vertailuväestö (Björvell ym. 1986) (kyselylomakkeella ei ole viitearvoja); ³Alkutilanne vs. intervention jälkeen; ⁴Alkutilanne vs. 3 kk:n seuranta; ⁵Alkutilanne vs. 6 kk:n seuranta; ⁶Intervention jälkeen vs. 6 kk:n seuranta

BES-kyselyllä mitattu ahmimistaipumus laski intervention aikana tasolta ”kohtalainen ahmimistaipumus” tasolle ”ei ahmimistaipumusta” ja pysyi samalla alhaisella tasolla kuuden kuukauden seurannan ajan. Tutkittavien väillä vaihtelu ahmimistaipumuksessa oli suurta. Esimerkiksi alkutilanteessa BES-kyselyllä mitattuna kahdella tutkittavista ei ollut lainkaan ahmimistaipumusta, kahdella oli kohtalainen ahmimistaipumus ja kahdella vakava ahmimistaipumus. Intervention jälkeen neljällä tutkittavista ei ollut ahmimistaipumusta, yhdellä oli kohtalainen ahmimistaipumus ja yhdellä ahmimistaipumus oli säilynyt vakavalla tasolla.

Taulukko 13. Ahmimiskäyttäytyminen (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli) BES-kyselyllä mitattuna tutkimuksen eri vaiheissa.

Syömiskäyt- täytymispiirre	Alku- tilanne	Interven- tion jälkeen	3 kk seuranta	6 kk seuranta	p-arvo ¹	Viitearvot
Ahmimis- käyttäytyminen	21,67 10,56 6–30	16,33 12,29 4–36	17,83 10,67 9–33	16,67 9,58 9–33	NS ²	< 20 ei ahmimis- taipumusta 20–29 kohtalainen ahmimistaipumus > 30 vakava ahmimistaipumus

¹Wilcoxon, parittaiset vertailut; ²NS (nonsignificant) = ei tilastollisesti merkitseviä eroja tutkimuksen aikapisteiden välillä

6.1.2 Muutokset mielialassa

Beckin depressiokyselyllä mitatussa tutkittavien masentuneisuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia intervention ja seurannan aikana (taulukko 14). BDI-kyselyn mukaan tutkittavat olivat alkutilanteessa keskimäärin lievästi masentuneita. Intervention jälkeisessä ja kolmen kuukauden seurannan mittauspisteissä keskimääräinen masentuneisuus kohosi tasolle ”kohtalainen masennus”. Kuuden kuukauden seurannassa masentuneisuus palasi keskimäärin samalla tasolle kuin alkutilanteessa. Tutkittavien välillä muutokset masentuneisuudessa olivat hyvin suuria – intervention jälkeen kahdella tutkittavalla ei ollut lainkaan masennusoireita, kun taas kahdella tutkittavalla depressiopisteet kohosivat 40 pisteen tasolle, mikä viittaa vakavaan masennukseen.

Tutkittavien BAI-kyselyllä mitattu ahdistuneisuus laski alkutilanteesta kuuden kuukauden seurantaan tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,043$; taulukko 14). Kuten masentuneisuudessa, myös ahdistuneisuudessa tutkittavien välillä oli eroja. Kaksi tutkittavaa, joilla BDI-kyselyn mukaan oli vakava masentuneisuus, saivat BAI-kyselyssä ryhmän korkeimmat pistemäärät jokaisessa tutkimuksen mittauspisteessä.

Taulukko 14. Mieliala (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli) BDI- ja BAI-kyselyllä mitattuna tutkimuksen eri vaiheissa.

Mieliala	Alku-tilanne	Interventi-on jälkeen	3 kk:n seuranta	6 kk:n seuranta	p-arvo ¹	Viitearvot
Masennus	15,00	20,67	19,33	15,50	NS ²	0–13 Ei masennusta
	10,08	16,72	16,77	9,96		14–19 Lievä masennus
	2–27	3–43	3–45	6–28		20–28 Kohtalainen masennus 29–63 Vakava masennus
Ahdistus	13,67	12,17	12,33	9,50	0,043 ³	0–7 Vähäinen ahdistus
	12,31	16,50	12,94	10,45		8–15 Lievä ahdistus
	1–28	0–42	0–31	1–24		16–25 Lievä ahdistus 26–63 Vaikea ahdistus

¹Wilcoxon, parittaiset vertailut; ²NS (nonsignificant) = ei tilastollisesti merkitsevää eroa; ³Alkutilanne vs. 6 kk:n seuranta

6.1.3 Muutokset painossa

Tutkittavien paino ja painoindeksi eivät muuttuneet intervention ja seurannan aikana tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 15). Intervention päättyessä tutkittavien paino laski alkutilanteeseen verrattuna keskimäärin 3,1 kg. Kolmen kuukauden seurannassa tutkittavien paino nousi alkutilannetta vastaavalle tasolle, ja kuuden kuukauden seurannassa tutkittavien painonmuutos alkutilanteeseen verrattuna oli +2,7 kg.

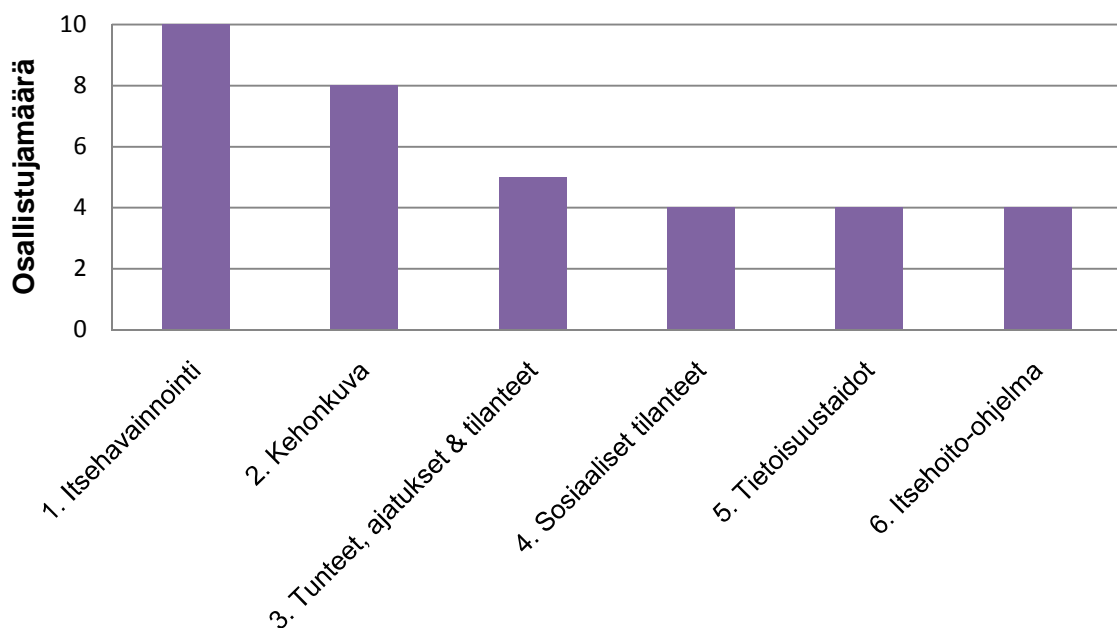
Taulukko 15. Tutkittavien paino ja painoindeksi (BMI) tutkimuksen alkutilanteessa (keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli) ja niiden muutokset intervention ja seurannan aikana.

	Alkutilanteessa (n=6)	Muutos alkutilanne vs. intervention päättyessä (n=4)	Muutos alkutilanne vs. 3 kk seuranta (n=6)	Muutos alkutilanne vs. 6 kk seuranta (n=6)	p-arvo ¹
Paino (kg)	137,6	-3,08	-0,55	+2,73	NS ²
	26,67	6,16	6,09	7,58	
	109,4–187,6	-12,2–1,3	-10,4–4,3	-9,1–11,5	
BMI (kg/m²)	45,73	-1,07	-0,29	+0,77	NS ²
	7,21	2,12	2,06	2,60	
	34,9–54,2	-4,2–0,4	-3,6–1,4	-3,4–3,7	

¹Wilcoxon, parittaiset vertailut; ²NS (nonsignificant) = ei tilastollisesti merkitseviä eroja

6.2 Osallistumisaktiivisuus ja tutkittavien tyytyväisyys ryhmäinterventioon

Ryhmäinterventioon ja tutkimukseen osallistui alun perin 10 henkilöä, joista neljä (40 %) jäi pois toiseen tapaamiskerran jälkeen. Tutkimuksen lopullisen aineiston muodostivat kuusi tutkittavaa (n=6). Tutkittavien osallistumisessa ryhmätapaamisille oli vaihtelua (kuvio 3). Tutkittavat saivat tapaamisilla käsitellyn materiaalin jälkikäteen niiltä tapaamisilta, joilta he olivat poissa. Osallistumisaktiivisuuden yhteyttä ryhmäinterventioon ja seurannan aikana tapahtuneisiin muutoksiin ei tutkittu pienen aineiston vuoksi. Tutkittavien motivaatiota ja sitoutuneisuutta ryhmäinterventioon ei selvitetty.



Kuvio 3. Osallistujamäärät ryhmäinterventioon tapaamisilla.

Tutkittavien tyytyväisyyttä ryhmäinterventioon selvitettiin asiakaslähtöisyyden selvittämiseksi ja ryhmäinterventioon kehittämiseksi. Ryhmäinterventioon päättymisen jälkeen kaikille osallistujille (n=10) lähetettiin tyytyväisyyskysely. Kyselyyn vastasivat kaikki ryhmäinterventiossa loppuun asti mukana olleet sekä yksi keskeyttänyt (n=7). Tutkittavien odotukset ryhmäinterventiota kohtaan korostuivat erityisesti vertaistukeen. Ryhmäinterventio vastasi tutkittavien odotuksia palvelun, ohjauksen, tiedonsaannin, aikataulun ja annetun materiaalin osalta hyvin (kuvio 4). Kiitettävän yleisarvosanan ryhmälle antoi kolme osallistujaa, hyvän arvosanan kolme osallistujaa ja tyydyttävän arvosanan yksi osallistuja. Tulevaisuuden kehittämisideoina tutkittavat ehdottivat lähes yksimielisesti pidempää interventiota, pienempää ryhmäkokoja (5-6 henkilöä) ja pidempää seuranta-aikaa. Pidemmällä

seuranta-ajalla tutkittavat viittasivat painonmittauksiin, jotka tutkittavat kokivat hyvänä painon kontrollointikeinona. Yksi tutkittava toivoi, että tapaamiskerrat olisivat olleet aamupäivisin, toinen tutkittava puolestaan toivoi tapaamiskertojen sijoittuvan myöhempään iltaan. Yksi tutkittava toivoi, että ryhmään olisi sisältynyt enemmän ruokailuohjeita ja –tapoja sekä henkistä ohjausta.

Millä tavoin ryhmä vastasi odotuksianne? (n=7)				
	Hyvin	Kohtalaisesti	Huonosti	Ei lainkaan
Palvelu	√√√√√√	√		
Ohjaus	√√√√√√	√		
Tiedonsaanti	√√√√√√	√		
Aikataulu	√√√√√	√√		
Annettu materiaali	√√√√√	√√		

√ = osallistujan vastaus

Kuvio 4. Ryhmäohjelman asiakastyytyväisyys.

7 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteina oli soveltaa selkäkivun kroonistumisen ennaltaehkäisyyn kehitetty kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio ahmintatyypin syömisen hoitoon sekä selvittää, voidaanko lyhytkestoisella, kognitiivis-behavioraalisella ryhmäinterventiolla edistää ahmintatyypisesti syövien tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja kohentaa heidän elämänlaatuaan. Tutkimus on tiedettävästi ensimmäinen, joka hyödyntää perinteisten kognitiivis-behavioraalisten työtapojen lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapian sekä tietoisuustaitojen menetelmiä ahmintatyypin syömisen hoidossa samassa ryhmäinterventiossa. Aikaisemmista ahmintatyypin syömisen hoitoon kehitetyistä ryhmäinterventioista tutkittava ryhmäinterventio poikkeakin työskentelytapojen ja keston suhteen (taulukko 8).

Tutkimuksen vahvuutena on ryhmäintervention lyhyt kesto ja monipuolisuus. Tutkimuksesta saadaan alustavaa, aiemmasta kirjallisuudesta puuttuvaa tietoa lyhytkestoisen ja uusia kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä monipuolisesti hyödyntävästä ryhmäinterventiosta ahmintatyypin syömisen hoidossa. Lisäksi tutkimustulokset vahvistavat aiemmassa kirjallisuudessa esitetyn havainnon (Ashton ym. 2009) lyhytkestoisen ja ryhmämuotoisen kognitiivis-behavioraalisen intervention soveltuvuudesta ahmintatyypin syömisen hoitoon. Tutkimuksen heikkoutena on sen pieni aineisto (n=6) ja vertailuryhmän puuttuminen.

Syömiskäyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten tarkastelu

TFEQ-kyselyllä mitatuissa syömiskäyttäytymispiirteissä ei tapahtunut intervention ja seurannan aikana tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Syömisen tietoinen rajoittaminen kuitenkin lisääntyi hieman intervention aikana verrattuna alkutilanteeseen, kun taas syömisen hallinnan menettäminen väheni intervention ja seurannan aikana. Näläntunteen kokeminen väheni intervention aikana, mutta palasi alkutilanteen tasolle kolmen kuukauden seurannassa. Tietoisesta syömisen rajoittamisesta osa-alueista molemmat – joustava ja jäykkä syömisen rajoittaminen – lisääntyivät intervention ja kolmen kuukauden seurannan aikana. Myös aikaisemmissa ahmintahäiriötä sairastavien syömiskäyttäytymisen muutosta TFEQ-kyselyn avulla selvittäneissä kognitiivis-behavioraalisisissa interventiotutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Viidessä tutkimuksessa tietoinen syömisen rajoittaminen lisääntyi ja vastaavasti syömisen hallinnan menettäminen ja näläntunteen kokeminen vähenivät

intervention ja seurannan aikana (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Eldredge ym. 1997, Gorin ym. 2003, Peterson ym. 2009) (tarkemmat tiedot tutkimuksista esitetty taulukossa 5). Myös tietoisuustaitopohjaisen intervention vaikutuksia selvittäneessä tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaiset (Kristeller ym. 2013). Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa kognitiivis-behavioraalisella ryhmäinterventiolla ei ollut tilastollisesti merkitseviä vaikutuksia ($p > 0,1$) syömisen tietoisessa rajoittamisessa (Peterson ym. 1998). Samoin kuin Pro Gradu -tutkimuksessa, tutkimuksessa, joka sisälsi yhden vuoden seuranta-ajan, näläntunteen kokeminen väheni intervention aikana ja lyhyessä seurannassa, mutta kääntyi nousuun yhden vuoden seurannan aikana (Peterson ym. 2001).

Aikaisemmissa tutkimuksissa tilastollisesti merkitsevät erot TFEQ-kyselyllä mitatuissa syömiskäyttäytymispiirteissä on todennäköisesti saavutettu suuremman aineiston (taulukko 5) ansiosta. Tutkimusten alkutilanteessa tutkittavien keskimääräinen syömisen tietoinen rajoittaminen ja syömisen hallinnan menettäminen ovat olleet keskimäärin samalla tasolla Pro Gradu -tutkimuksen tutkimusjoukon kanssa, mutta näläntunteen kokeminen selvästi korkeammalla tasolla kuin ryhmäintervention tutkittavilla (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Eldredge ym. 1997, Peterson ym. 2001, Gorin ym. 2003, Peterson ym. 2009). Tuloksista syömisen jäykän rajoittamisen lisääntyminen intervention ja kolmen kuukauden seurannan aikana oli tutkijan kannalta negatiivinen. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole raportoitu erikseen syömisen joustavan ja jäykän rajoittamisen muutoksia. Todennäköisesti syömisen jäykän rajoittamisen lisääntymistä syömisen joustavan rajoittamisen rinnalla selittää toisaalta syömiskäyttäytymispiirteiden kytkeytyminen toisiinsa ja toisaalta ahmintahäiriöön liittyvä taipumus rajoittaa syömistä jäykästi. Tulevaisuudessa interventiossa olisikin syytä painottaa sallivuutta ja siten edistää syömisen joustavaa rajoittamista. Yhteenvetona TFEQ-kyselyn tuloksista voidaan kuitenkin todeta, että ne kertovat osaltaan ryhmäintervention onnistumisesta tasapainoisen ruokasuhteen tavoitteessa.

Tutkittavien ahmimiskäyttäytymisessä tapahtuneet muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, ja niissä oli suurta yksilöllistä vaihtelua. BES-kyselyllä mitatussa ahmimistaipumuksessa kahdella tutkittavalla ahmimistaipumus laski selvästi intervention ja seurannan aikana, kun taas muilla muutokset olivat huomattavasti pienempiä. Tulosta saattaa selittää se, että BES-kyselyllä mitattuna kahdella tutkittavalla ei ollut alkutilanteessa lainkaan ahmimistaipumusta, kun taas neljällä tutkittavalla oli kohtalainen tai vakava ahmimistaipumus. Näin ollen tutkittavilla, joilla alkutilanteessa ei ollut BES-kyselyllä

mitattuna ahmimistaipumusta, muutoksen vähäisyys ja pienuus on toivottavaa ja tulosta voidaan pitää odotettuna. Ryhmätasolla tutkittavien ahmimistaipumus laski intervention aikana tasolta ”kohtalainen ahmimistaipumus” tasolle ”ei ahmimistaipumusta”, ja ahmimistaipumus pysyi samalla alhaisella tasolla kuuden kuukauden seurannan ajan, mikä osaltaan antaa viitteitä ryhmäintervention onnistumisesta tasapainoisen ruokasuhteen tavoitteessa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa BES-kyselyllä mitatun ahmimiskäyttäytymisen on havaittu laskevan kognitiivis-behavioraalisen intervention ja seurannan aikana (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Eldredge ym. 1997, Claudino ym. 2007, Duchesne ym. 2007, Shapiro ym. 2007, Ashton ym. 2009, Ricca ym. 2010). Sama tulos on havaittu tietoisuustaitoharjoitteluun pohjautuvissa tutkimuksissa (Kristeller ja Hallett 1999, Kristeller ym. 2013). Tutkimusten alkutilanteessa tutkittavien ahmimistaipumus on ollut keskimäärin hieman korkeammalla tasolla kuin Pro Gradu- tutkimuksen aineistossa (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Eldredge ym. 1997, Kristeller ja Hallett 1999, Claudino ym. 2007, Duchesne ym. 2007, Shapiro ym. 2007, Kristeller ym. 2013).

Mielialassa tapahtuneiden muutosten tarkastelu

Beckin depressiokyselyllä mitatussa tutkittavien masentuneisuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia intervention ja seurannan aikana. BDI-kyselyllä mitattu masentuneisuus näytti kuitenkin lisääntyneen ryhmäintervention aikana, mikä oli tutkijan kannalta pohdituttava ilmiö. Tämä on ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa, sillä tavallisesti niin kognitiivis-behavioraaliset ryhmäinterventiot (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Eldredge ym. 1997, Pendleton ym. 2002, Gorin ym. 2003, Hilbert ja Tuschen-Caffier 2004, Claudino ym. 2007, Duchesne ym. 2007, Schlup ym. 2009, Ricca ym. 2010, Striegel-Moore ym. 2010b, Vanderlinden ym. 2012) kuin tietoisuustaitoharjoitteluun pohjautuvat ryhmäinterventiot (Kristeller ja Hallett 1999, Courbasson ym. 2011, Kristeller ym. 2013) vähentävät masentuneisuutta. Pro Gradu -tutkimuksessa tutkittavien masentuneisuus alkutilanteessa oli keskimäärin samalla tasolla aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna. Yksilölliset tarkastelut Pro Gradu -tutkimuksesta paljastavat, että masentuneisuus lisääntyi intervention aikana kahdella tutkittavalla huomattavasti, kun taas muilla masentuneisuus pysyi samalla tasolla tai laski ryhmäintervention aikana. Kahden tutkittavan masentuneisuuden nousua selittävätkin todennäköisesti ryhmäinterventiosta riippumattomat

tekijät, sillä ryhmäintervention aikana yksi tutkittava koki lähipiirissään menetyksen ja toisella tutkittavalla ilmeni vahvasti toimintakykyä ja elämänlaatua heikentäviä somaattisia oireita. Nämä tiedot tutkittavat kertoivat ryhmäintervention aikana suullisesti.

Tutkittavien BAI-kyselyllä mitattu ahdistuneisuus väheni alkutilanteesta kuuden kuukauden seurantaan tilastollisesti merkitsevästi. Tulos on linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa on selvitetty ahdistuneisuutta BAI-asteikolla (Kristeller ja Hallett 1999, Schlup ym. 2009). On mielenkiintoista, että ryhmäintervention aikana tutkittavien keskimääräinen masentuneisuus lisääntyi ja ahdistus väheni, sillä vaikka masennus ja ahdistuneisuushäiriö ovat erillisiä häiriöitä, liittyy niihin osittain samoja piirteitä ja esimerkiksi masentunut henkilö voi kärsiä myös ahdistuneisuudesta (Lönnqvist ym. 2011). Tarkasteltaessa aineistoa yksilöllisesti huomattavissa onkin, että kahdella tutkittavalla, joilla masentuneisuus lisääntyi intervention aikana, myös ahdistuneisuus lisääntyi hieman. Kaikilla muilla tutkittavilla ahdistuneisuus puolestaan väheni. Huomio puoltaa näkemystä siitä, että masentuneisuuden lisääntyminen ryhmäintervention aikana johtui ryhmäintervention ulkopuolisista tekijöistä.

Painossa tapahtuneiden muutosten tarkastelu

Tutkittavien painossa ja BMI:ssä ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia intervention ja seurannan aikana. Intervention aikana tutkittavien paino kuitenkin laski keskimäärin 3,1 kg. Kolmen kuukauden seurannassa paino lähti nousemaan ja kuuden kuukauden seurannassa keskimääräinen painonnousu alkutilanteeseen verrattuna oli 2,7 kg. Painonpudotus nähdäänkin yleisesti hyvin haasteellisena ahmintatyyppisen syömisen hoidossa (Brownley ym. 2007, Treasure ym. 2010, DalleGrave 2011, Suokas ja Rissanen 2011). Tässä työssä taulukossa 5 referoiduista tutkimuksista kahdeksassa (Agras ym. 1995, Agras ym. 1997, Pendleton ym. 2002, Gorin ym. 2003, Duchesne ym. 2007, Schlup ym. 2009, Ricca ym. 2010, Vanderlinden ym. 2012) tutkittavien painossa havaittiin myönteisiä, tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Yli kuuden kuukauden seuranta-ajan sisältäneistä tutkimuksista yhdessä paino kääntyi hieman nousuun (Agras ym. 1997) seurannan aikana. Kolmessa tutkimuksessa intervention aikana saavutetut myönteiset muutokset säilyivät tai jopa paranivat seurannan aikana (Gorin ym. 2003, Schlup ym. 2009, Vanderlinden ym. 2012). Liikunnanohjausta sisältäneessä ryhmäinterventiossa paino laski vertailtaessa alkutilannetta ja 16 kuukauden seurantaan toisiinsa, mutta vastaavasti saman tutkimuksen verrokki-interventioissa, jotka olivat liikunnanohjausta sisältämättömiä kognitiivis-behavioraalisia

interventiota, tutkittavien paino nousi seurannan aikana alkutilanteeseen verrattuna (Pendleton ym. 2002).

Pro Gradu –tutkimuksessa interventionaikaista painonhallintaa on saattanut selittää kahdella tutkittavalla erittäin niukka energisten (ENE) valmisteiden käyttö painonhallinnan tukena. Kaksi tutkittavaa raportoi ENE-valmisteiden käytöstä ryhmäintervention aikana suullisesti, ja he kertoivat korvaavansa ENE-valmisteilla pääasiassa iltaruoan. Ryhmäintervention aikana ei kielletty ENE-valmisteiden käyttöä, mutta tutkittaville kerrottiin liian nopean painonpudotuksen vaarasta lisästä ahmimiskierrettä pitkällä aikavälillä. Tulevaisuudessa ryhmäintervention vaikutuksia tutkittaessa ENE-valmisteiden käyttöön olisi hyvä suhtautua kriittisemmin, jotta saadaan luotettavammin selville ryhmäintervention vaikutus painoon. Lisäksi, koska pienikin painonpudotus lyhyen intervention aikana nähdään tutkittavien terveyden kannalta hyödyllisenä, tulevaisuudessa olisi seurantatapaamisilla tärkeä kiinnittää huomiota saavutettujen tulosten ylläpitämiseen. Saavutettujen painonhallintatulosten ylläpitäminen ei ole ainoastaan ahmintahäiriötä sairastavien ongelma, vaan sen nähdään yleisenä vaikeutena kaikilla lihavilla, jotka pyrkivät pudottamaan painoaan.

Ryhmäintervention ajatuksena oli edistää tutkittavien tasapainoisen ruokasuhteen muodostumista ja elämänlaatua, joiden ajatellaan pitkällä aikavälillä vaikuttavan myönteisesti painonhallintaan. Lyhyen seuranta-ajan vuoksi tutkimus ei kuitenkaan anna vastausta kysymykseen, edistivätkö muutokset syömiskäyttäytymisessä ja mielialassa tutkittavien painonhallintaa. Myönteisenä tuloksena voidaan kuitenkin pitää sitä, ettei tutkittavien paino merkittävästi noussut intervention ja seurannan aikana. Ryhmäintervention ja seurannan aikana tutkittavat odottivat painonmittauksia sillä he näkivät ne hyvinä painonkontrolleina, mikä viestii siitä, että ahmintahäiriön hoidossa painon säännöllisellä mittaamisella ei ole kielteisiä vaikutuksia. Siitä, tulisiko syömishäiriötä sairastavien painoa mitata, on käyty jonkin verran keskustelua ravitsemusterapeuttien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.

Tulosten luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että tutkimuksessa esiteltiin pienen otoskoon vuoksi myös tuloksia, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, sillä pienellä aineistolla tilastollisten erojen etsiminen on haasteellista. Kliinisesti tilastollisesti

merkitsemättömät tulokset voivat kuitenkin olla merkittäviä. Tilastollisen harhan vuoksi on kuitenkin mahdollista, että muutokset tutkittavien syömiskäyttäytymisessä ja masentuneisuudessa ovat sattuman aiheuttamia eivätkä ryhmäinterventiosta johtuvia. Lisäksi tutkittavien muut käynnissä olevat hoidot (esimerkiksi ravitsemusterapia, psykoterapia, somaattisten sairauksien hoidot) ovat voineet vaikuttaa tuloksiin. Tutkimusasetelmassa ei haluttu rajata pois henkilöitä, jotka osallistuvat samanaikaisesti muihin (ahmintahäiriön) hoitomuotoihin, sillä ryhmäinterventio kehitettiin osaksi ahmintahäiriön hoidon kokonaisuutta. Tulevaisuudessa haluttaessa selvittää pelkästään ryhmäintervention vaikutuksia laajemmalla tutkimusasetelmalla, on muuta hoitoa saavat kuitenkin tarpeellista rajata tutkimuksen ulkopuolelle. Edelleen, tutkimuksessa verrattiin ryhmäintervention ja seurannan aikana tapahtuvia muutoksia tutkimuksen alkutilanteeseen, sillä tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää. Tämä on voinut aiheuttaa tuloksiin häiriötä, sillä tehtäessä vertailua tutkittavien alkutilanteeseen, ei saada kiistatonta tietoa siitä, onko nimenomaan ryhmäinterventio aiheuttanut tulosten mukaiset muutokset. Jotta vertailuryhmään vertaaminen olisi ollut mahdollista, ryhmäinterventioon osallistujat olisi voitu jakaa kahteen ryhmään, joista toiselle ryhmäinterventio olisi pidetty esimerkiksi puolen vuoden kuluttua ensimmäiselle ryhmälle pidetyn ryhmäintervention päättymisen jälkeen. Näin toisesta ryhmästä olisi saatu odotuslista-periaatteen mukaisesti vertailuryhmä, mikä olisi mahdollistanut tulosten vertailun. Useamman ryhmän sisällyttäminen tutkimukseen ei kuitenkaan ollut Pro Gradu –työn mittakaavassa mahdollinen.

Koska kaikissa kyselylomakkeilla mitatuissa tekijöissä esiintyi vaihtelua tutkittavien välillä, on huomioitava, että tuloksiin on voinut vaikuttaa tutkittavien tavoitteiden ja alkutilanteen yksilöllisyys. Osallistujien tavoitteena on voinut olla keskittyä kohentamaan esimerkiksi vain tiettyä osa-aluetta. Tällöin on odotettavaa, että senhetkisten tavoitteiden ulkopuolelle jääneet tai jo valmiiksi toimivat osatekijät eivät ole muuttuneet tai muutokset ovat olleet pieniä. Keskittyminen henkilökohtaisesti tärkeiden osa-alueiden kohentamiseen on kognitiivis-behavioraalisen toimintatavan mukaista. Lisäksi tuloksiin on voinut vaikuttaa joidenkin osallistujien poissaolo osalta kerroista sekä osallistujien sitoutuneisuus ryhmäinterventioon.

Osallistumisaktiivisuuden ja tutkittavien tyytyväisyyden tarkastelu

Tutkittavien osallistumisessa ryhmätapaamisiin oli vaihtelua, sillä kaikki tutkittavat eivät osallistuneet jokaiseen ryhmätapaamiseen. Ohjaajien arvioin ja osallistujien kertoman mukaan

kaikki ryhmäinterventiossa loppuun asti mukana olleet olivat sitoutuneita ryhmäinterventioon, ja poissaolot liittyivät ryhmäinterventioista riippumattomiin tekijöihin (esim. työt, sairastuminen). Tutkimuksessa olisi kuitenkin ollut mielenkiintoista selvittää systemaattisesti osallistujien sitoutuneisuutta ryhmäinterventioon, minkä avulla olisi ollut mahdollista selvittää myös sitoutuneisuuden yhteyttä intervention ja seurannan aikana tapahtuneisiin muutoksiin, mikä olisi tuonut lisätietoa ryhmäintervention toimivuudesta. Tutkimuksen pienen aineiston vuoksi osallistumisaktiivisuuden vaikutuksia ryhmäintervention ja seurannan aikana tapahtuneisiin muutoksiin ei selvitetty. Aikaisemmassa lyhytkestoisen kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention vaikutuksia ahmintatyypiseen syömiseen selvittäneessä tutkimuksessa tutkittavien osallistumisaktiivisuudella ei havaittu olevan vaikutuksia ahmimiskohtausten esiintymiseen (Ashton ym. 2009).

Tyytyväisyyskyselyn perusteella tutkittavat olivat tyytyväisiä ryhmäinterventioon. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa ryhmäinterventioon osallistujat ovat olleet tyytyväisiä kognitiivis-behavioraalisiin interventioihin (Ashton ym. 2009, Schlup ym. 2009, Striegel-Moore ym. 2010b). Tyytyväisyyskyselyn tuloksia tarkasteltaessa tulevaisuuden kehittämiseksi tutkittavat ehdottivat lähes yksimielisesti pidempää interventiota, pienempää ryhmäkokoja (5-6 henkilöä) ja pidempää seuranta-aikaa. Ryhmäintervention laajentaminen esimerkiksi kahdeksan ryhmätapaamista sisältäväksi olisikin kannattavaa ahmintatyypisen syömismonitekijäisyydestä johtuen. Pidemmällä seuranta-ajalla tutkittavat viittasivat painonmittauksiin, jotka koettiin hyvänä painon kontrollointikeinona.

Tyytyväisyyskyselyssä ei selvitetty, millaisena tutkittavat kokivat vertaistuen merkityksen ryhmäinterventiossa. Tämä olisi ollut ryhmäintervention kannalta arvokasta tietoa, sillä kustannustehokkuuden lisäksi ryhmämuotoisen hoidon etuina yksilöhoitoon verrattuna pidetään mm. vertaistukea sekä mahdollisuutta oppia muita kuuntelemalla ja havainnoimalla (Jacobs ym. 2002). Ahmintahäiriöön liittyvän häpeän vuoksi ryhmäintervention ohjaajat arvelevat ryhmämuotoisen menetelmän olevan erittäin hyödyllinen ahmintahäiriön hoidossa, sillä huomaaminen, ettei ole vaikeuden kanssa yksin, voi vähentää häpeän ja hyväksymättömyyden kokemista (Sharry 2007). Positiivisten tulosten perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että ryhmäohjelma tai toiset osallistujat ovat onnistuneet tukemaan ahmintatyypisesti syöviä hyvin. Ryhmäintervention ja ohjauksen kehittämiseksi olisi ollut mielenkiintoista lisäksi selvittää tutkittavien ymmärretyksi ja tuetuksi tulemista, heidän

käsitystään omasta aktiivisuudestaan ja panoksestaan intervention aikana, koettua omaa tärkeyttä ryhmässä sekäkokemuksia riittävästä ajan ja tilan saamisesta ryhmässä.

Ryhmätapaamisten osallistumiskertojen määrän ja ryhmäinterventioon tyytyväisyyden yhteyttä toisiinsa ei voitu selvittää, sillä tutkittavat vastasivat tyytyväisyyskyselyyn anonymisti mahdollisimman rehellisten vastausten saamiseksi. Jälkikäteen ajateltuna yhteyden selvittäminen olisi kuitenkin ollut mielenkiintoista. Tyytyväisyyskyselyn positiiviset vastaukset ja vastausten pieni hajonta viittaavat siihen, että tutkittavat eivät jättäneet osallistumatta ryhmäinterventio tapaamisille tyytymättömyyttään. Tyytyväisyyskyselyyn jätti vastaamatta kolme ryhmäinterventio keskeyttänyttä osallistujaa, joten heidän tyytyväisyydestään ryhmäinterventioon ei ole tietoa.

Ryhmäinterventio toimintamallin tarkastelu

Ryhmäinterventio vahvuuksia ovat uusien kognitiivis-behavioraalisen perinteen työtapojen (hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät ja tietoisuustaidot) hyödyntäminen sekä interventio ryhmämuotoisuus ja lyhyt kesto, jotka ovat tärkeitä tekijöitä kehitettäessä kustannustehokasta hoitoa. Ryhmäinterventiossa hyödynnetyt menetelmät vastasivat hyvin ahmintahäiriön keskeiseen psykopatologiaan (vertaa taulukko 2, taulukko 10 ja kohta 2.3.2). Myös osallistujien kokemusten perusteella ryhmätapaamisten sisältö sopi hyvin ahmintahäiriön hoitoon.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla, jossa käsiteltiin itsehavainnointia, suuri osa osallistujista koki itsehavainnoinnin erittäin hyödyllisenä työkaluna, sillä he eivät olleet aikaisemmin pohtineet ahmimiseen johtavia tekijöitä. Ryhmäkeskustelua syntyi runsaasti erityisesti omista ahmimiskokemuksista, onnistumiskokemuksista (tilanteet, jolloin ahmintaa ei ollut tapahtunut) sekä tapausesimerkkityöskentelystä. Yhdelle osallistujalle itsehavainnointi johti jopa eräänlaiseen ”kirkastumiseen”, sillä hän ei ollut aikaisemmin tiedostanut ahmivansa. Toisen tapaamiskerran peiliharjoitus herätti ryhmäläisissä paljon ajatuksia ja tunteita. Useat osallistajat olivat poistaneet kokovartalopeilit kodistaan, sillä oman kehon näkeminen koettiin vaikeaksi. Kehonkuvalla oli myös vaikutusta sosiaalisiin tilanteisiin, ja esimerkiksi vaateostoksilla käynti nähtiin ahdistavana.

Ahmintaan liittyviä ajatuksia, tunteita ja tilanteita kolmannella tapaamisella käsiteltäessä ryhmäläiset paneutuivat toistensa kertomuksiin innokkaasti, ja ryhmän tuella pyrittiin

löytämään ratkaisu jokaisen ryhmäläisen syömiskäyttäytymisen tasapainottamiseksi. Jokaisella osallistujalla ahmiminen esiintyi hieman erilaisissa olosuhteissa – joillekin juhlat olivat vaikeita, toisille taas yksinolo. Jotkut osallistujat kokivat, että ahmiminen toimii keinona palkita itseä esimerkiksi rankan päivän jälkeen. Myös selittelyn huomattiin liittyvän ahmimiseen olennaisesti, ja jotkut perustelivat itselleen ahmimisen olevan oikeutettua esimerkiksi silloin, kun päivällä on harrastanut liikuntaa. Suurimmalla osalla osallistujista suurin riski ahmimiseen oli illalla tai yöllä. Neljännellä tapaamisella, jossa pääosassa olivat sosiaaliset suhteet, kävi ilmi, että osallistujat, joilla oli lapsia, olivat huolissaan syömiskäyttäytymisensä vaikutuksista lapsiinsa. Osa yksineläjistä puolestaan kaipasi läheisyyttä, mutta parisuhteen solmiminen tuntui hankalalta ahmimisen ja painon vuoksi. Kaikki osallistujat olivat kertoneet ahminnasta ainakin jollekin läheiselle, vaikka ahmimiseen liittyi häpeää ja salailua. Joillakin osallistujilla lapsuuden perhesuhteiden havaittiin olevan yksi ahmimista selittävä tekijä.

Viidennellä kerralla harjoiteltu tietoinen syöminen oli osallistujille uusi ja odotettu aihe, ja he kokivat sen erittäin hyödyllisenä täsmätaitona ahmintatyypin syöminen hallinnassa. Viimeisellä tapaamiskerralla ryhmäläiset olivat tyytyväisiä omiin henkilökohtaisiin itsehoito-ohjelmiinsa, jotka jokainen muodosti itse intervention aikana käsitellyistä työvälineistä ohjaajien ja ryhmäläisten tuella. Lisäksi ryhmäläiset antoivat positiivista palautetta tapausesimerkkityöskentelystä, jota harjoiteltiin jokaisella tapaamiskerralla.

Ryhmäinterventioon osallistui 10 henkilöä, joista neljä (40 %) jättäytyi interventiosta pois kahden ensimmäisen ryhmätapaamisen jälkeen. Keskeyttämistä on suuri verrattuna aikaisempiin ryhmäinterventioihin (taulukko 5). Keskeyttäneiltä ei kysytty eettisten periaatteiden mukaisesti keskeyttämisen syytä. Ryhmäinterventiota toisen tapaamisen jälkeen jatkaneet osallistujat olivat tyytyväisiä ryhmäkoon pienentymiseen, ja ryhmädynamiikan parantuminen olikin pienemmän ryhmän ansioista silmin havaittavaa. Ryhmäintervention loppuun saakka käyneet epäilivätkin alun liian suuren osallistujamäärän olleen yksi tärkeä syy neljän osallistujan keskeyttämiseen. Tulevaisuutta ajatellen kuuden osallistujan ryhmäinterventio ahmintatyypin syöminen hoidossa olisikin todennäköisesti optimaalisin ryhmän toimivuuden kannalta. Pienemmässä ryhmässä luottamussuhde syntyy helpommin, kuulumisia voidaan vaihtaa vapaasti eikä osallistujien tarvitse odottaa omaa puheenvuoroaan liian kauan. Suurehkoon ryhmäkokoon päädyttiin Lintonin mallin suosituksen perusteella, mutta suunnittelussa ei huomioitu ahmintatyypin syöminen arkuutta verrattuna kivun

kroonistumisen käsittelyyn. Aikaisemmissa ahmintahäiriön hoidon kognitiivis-behavioraalisisissa ryhmäinterventiossa (taulukko 5) ryhmien koot ovat vaihdelleet 3-12 osallistujan välillä.

Toiseksi syyksi keskeyttäneiden suurelle määrälle ohjaajat pohtivat toisen tapaamiskerran teeman raskautta. Toisen tapaamisen teemana oli kehonkuva, ja tapaamiskerralla tehtiin mm. peilitehtävä, jolloin osallistajat katsoivat itseään kokovartalopeilistä. Tehtävä herätti osassa tutkittavissa suuria tunteita, ja suuren ryhmäkoon vuoksi kaikki osallistajat eivät päässeet kertomaan tehtävän aikana heränneitä ajatuksiaan ja tunteitaan ryhmälle ja saamaan niihin tukea. Havainto tukee näkemystä pienen ryhmäkoon eduista isoon ryhmään verrattuna. Lisäksi tulevaisuudessa kehonkuva-teeman siirtämistä myöhemmäksi on syytä pohtia, jotta vakaa luottamussuhde ehtisi varmasti muodostua ryhmäläisten välille ottaen huomioon teeman arkuuden.

Keskeyttäneiden ravitsemusterapeutille antaman suullisen palautteen mukaan keskeyttäminen johtui ryhmäinterventioista riippumattomista syistä (esim. välimatka). Suullisessa palautteenannossa on kuitenkin huomioitava mahdollisuus, että keskeyttäneet pyrkivät miellyttämään ravitsemusterapeuttia (Hebert ym. 1995).

Ryhmäinterventiossa käsiteltiin suhteellisen vähän perinteisiä ravitsemusterapian osa-alueita, vaikka osallistujien toiveesta ravitsemus kulki mukana jokaisella ryhmäintervention tapaamisella. Ravitsemusterapian vähyys ryhmäinterventiossa johtui sitä, että tutkimuksessa haluttiin selvittää nimenomaan kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention toimivuutta ahmintatyypin syömisen hoidossa. Koska ahmintatyypinen syöminen on hyvin monimuotoinen ongelma, tutkimuksen lähtökohtana oli, että ryhmäinterventio ei ole osallistujien ainoa hoitomuoto. Tutkittavat kävivätkin ennen ryhmäintervention alkamista ja ryhmäintervention päättymisen jälkeen ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Lisäksi joillakin tutkittavista oli psykologin tai psykoterapeutin hoitokontakti. Ryhmäintervention aikana osallistujia kannustettiin liikkumaan, mutta ryhmäinterventio ei sisältänyt varsinaisesti liikunnan ohjausta. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista yhdistää ryhmäinterventioon myös liikuntaohjausta, sillä ravitsemusterapiasta poiketen vain harva ahmintatyypisesti syövä henkilö saa liikuntaohjausta, mikä on harmillista, sillä liikunnalla on kiistämättömät terveyttä edistävät vaikutukset niin mielialaan kuin painonhallintaan. Aikaisemmasta kognitiivis-

behavioraalisesta ryhmäinterventiosta, johon yhdistettiin liikunnan ohjaus, on saatu lupaavia tuloksia ahmintahäiriön hoidossa (Pendleton ym. 2002).

Huomioitavaa on, että ohjaajat ovat voineet vaikuttaa intervention onnistumiseen, sillä he toimivat ryhmän järjestäjinä ja asiantuntijatukena. Tämän vaikutuksen poissulkemiseksi vastaava tutkimus tulisi toteuttaa esimerkiksi monikeskustutkimuksena, jossa eri ohjaajien vaikutus häviäisi.

Aineiston tarkastelu

Tutkimukseen osallistui alkutilanteessa 10 tutkittavaa, joista neljä (40 %) jättäytyi pois ryhmäintervention aikana. Tutkimuksen lopullisen aineiston muodosti kuusi (n=6) tutkittavaa. Aineiston pienuuden vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta koska kyseessä on pilottityyppinen tutkimus, voidaan sen tuloksista pienestä aineistosta huolimatta tehdä alustavia arvioita ryhmäintervention käyttökelpoisuudesta ja tehokkuudesta.

Aineiston kokoon vaikutti rekrytoinnin nopea aikataulu keväällä 2012, sillä eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon saamisesta alkutapaamiseen jäi vain reilu viikko aikaa. Koska tutkimukseen rekrytoitavat olivat jo ennen rekrytointia osoittaneet kiinnostuksensa syömisen hallintaa lisäävää ryhmähoitoa kohtaan ravitsemusterapeutin vastaanotolla käydessään, tuloksia tulkittaessa tulee huomioida aineiston valikoituneisuus. Toisaalta kustannustehokkuuden näkökulmasta ryhmäinterventio on hyödyllistä kohdistaa nimenomaan motivoituneille henkilöille, sillä jos ryhmäinterventioon osallistuisivat henkilöt, joilla ei olisi kiinnostusta ryhmäinterventiota kohtaan, motivaation herättämiseksi ryhmäintervention kesto tulisi huomattavasti pidentää.

Aineisto vastasi esitietojen perusteella aikaisempia tutkimuksia ahmintatyypisistä syövien taustasta. Tutkittavat olivat aikuisia (keskimääräinen ikä 48,5 vuotta) naisia ja miehiä, ja he olivat keskimäärin sairaalloisen lihavia (painoindeksi keskimäärin 45,7 kg/m²). Aikaisempien tutkimusten perusteella ahmintahäiriötä sairastavien tiedetään olevan useimmiten lihavia aikuisia, ja muista syömishäiriöistä poiketen ahmintahäiriö on varsin yleinen myös miehillä (Barry ym. 2002, Hudson ym. 2007, Suokas ja Rissanen 2011, American Psychiatric Association 2012, Striegel ym. 2012). Psykiatrisista liitännäissairauksista kahdella

tutkittavalla (33 %:lla) oli lääkärin diagnosoima masennus. Kirjallisuudesta poiketen (Grilo ym. 2009) tutkittavien päihteiden käyttö oli vähäistä.

Somaattista liitännäissairastavuutta ei selvitetty tutkimuksessa systemaattisesti, sillä sitä ei nähty tarpeellisena ryhmäintervention vaikuttavuuden arvioinnissa. Somaattisten liitännäissairauksien tiedusteleminen olisi kuitenkin ollut hyödyllistä aineiston kuvailun laajentamiseksi. Painoindeksin perusteella tutkittavien kuitenkin tiedettiin olevan lihavia, ja ryhmäintervention aikana kävi ilmi, että tutkittavat sairastivat odotetusti useita lihavuuteen liittyviä liitännäissairauksia, esimerkiksi metabolista oireyhtymää. Osa tutkittavista kärsi myös ahmimiseen liittyvistä ruoansulatuskanavan ongelmista, joista on raportoitu myös aikaisemmassa tutkimuksessa (Cremonini ym. 2009). Kirjallisuudessa esiteltyihin ahmintahäiriön somaattisiin liitännäissairauksiin lisäten ryhmätapaamisilla keskustelua heräsi uniapneasta, jonka osa tutkittavista koki ongelmallisena vaivana.

Tutkimuksen alussa tutkittavien ahmintataipumuksen vakavuus selvitettiin ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit kysymysmuodossa sisältävällä QEWP-kyselyllä, koska Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikössä ei diagnosoida lihavan ahmintahäiriötä. Kyselyn perusteella kuudesta tutkittavasta kaksi (33 %) täytti ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit. Tarkasteltaessa kyselyn tuloksia DSM-5-tautiluokitukseen mahdollisesti tulevien muutosten valossa (Moran 2012), tutkittavista kolme (50 %) täytti ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit. QEWP-kysely on ulkomailla validoitu (Spitzer ym. 1993), mutta sen suomenkielistä versiota ei ole kaksoiskäännetty. QEWP-kysely kuitenkin valittiin käyttöön, sillä suomenkielistä versiota on käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa (Karhunen ym. 1997) ja kyselyn suomalainen versio vastaa ahmintahäiriön diagnostisia kriteereitä (American Psychiatric Association 1994). QEWP-kyselyn tuloksiin tulee kuitenkin suhtautua absoluuttisen totuuden sijaan kuvailevana tietona, minkä lisäksi on huomioitava, että diagnoosin tekeminen perustuu aina asiantuntijan tekemään kliiniseen haastatteluun. On mahdollista, että ahmintahäiriön diagnostisten kriteerien täyttymättömyydellä joidenkin tutkittavien kohdalla on vaikutusta ryhmäintervention tuloksiin ja luotettavuuden arviointiin. Toisaalta tutkimuksen johtajatuksena oli, että jos henkilöllä havaitaan ahmintatyypiseen syömiseen liittyvää oireilua ja hän haluaa siihen hoitoa, tulisi tätä hoitoa pystyä hänelle tarjoamaan riippumatta erilaisten kriteerien täyttymisestä. Tästä näkökulmasta aineiston monipuolisuutta voidaan pitää tutkimuksen etuna. Lisäksi aikaisemmassa tutkimuksessa on

havaittu, ettei ahmintahäiriön diagnostisten kriteerien täyttymisellä ole vaikutusta kognitiivis-behavioraalista ohjausta sisältävän hoidon tuloksiin (Friederich ym. 2007).

Ryhmäintervention vaikutusten mittaamisen ja aineiston käsittelyn tarkastelu

Syömiskäyttäytymisessä ja mielialassa tapahtuneiden muutosten selvittämiseen käytetyt kyselyt edustavat standardeja, alan tutkimuksissa yleisesti käytettyjä kyselyitä (Beck ym. 1961, Gormally ym. 1982, Stunkard ja Messick 1985, Beck ym. 1988, Westenhoefer ym. 1999). Tutkimuksen tuloksia syömiskäyttäytymisen ja mielialan muutoksista voidaan siten pitää luotettavina. Tutkimuksessa käytetyt kyselyt ovat kuitenkin itse täytettäviä kyselyjä, joten niihin liittyy kysymysten väärinymmärtämisen riski (Anderson ym. 2001). Riskiä pyrittiin vähentämään siten, että tutkija kävi kysymykset läpi tutkittavien kanssa henkilökohtaisesti tutkittavien palauttaessa kyselylomakkeet ensimmäisen kerran ryhmäintervention alkaessa. Tästä huolimatta on olemassa mahdollisuus, että tutkittavat ovat ymmärtäneet joitakin kysymyksiä väärin. Lisäksi tutkittavat antoivat palautetta, että etenkin syömiskäyttäytymistä mittaavassa TFEQ-kyselyssä oli muutama kankea kysymys, joihin oli vaikea vastata. Tämä todennäköisesti johtuu siitä, että TFEQ-kyselyn alkuperäinen versio on peräisin 1980-luvulla, joten kysymysten päivittäminen vastaamaan paremmin nykyistä ruokakulttuuria voisi parantaa kyselylomakkeen toimivuutta syömiskäyttäytymisessä tapahtuvien muutosten havainnoimisessa. Masentuneisuutta mittaavassa BDI-kyselyssä puolestaan tutkijalle aiheutti vaikeuksia painonmuutosta selvittävien kysymysten tulkinta, sillä BDI-kyselyssä sekä suuresta painonpudotuksesta että painonnoususta saa masennukseen viittaavia pisteitä. Koska ryhmäintervention aikana tavoitteena oli tasapainoisen ruokasuhteen löytäminen ja sitä kautta mahdollinen painonpudotus, tuntui BDI-kyselyn laihtumistuloksen pisteytys ristiriitaiselta. Luotettavuuden ja vertailumahdollisuuden säilyttämiseksi BDI-kysely pisteytettiin kuitenkin alkuperäisten ohjeiden mukaan.

Tutkimuksen alkutilanteessa tutkittavien taustatietoja selvitettiin itse työstetyllä perustietolomakkeella. Ryhmäintervention päättymisen yhteydessä tutkittavien tyytyväisyyttä ryhmäinterventioon selvitettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan Kliinisen ravitsemuksen yksikön tyytyväisyyskyselyllä. Edellä mainitut kyselylomakkeet eivät ole validoituja, joten tutkittavien vastausten vertaileminen keskenään on vaikeaa. Itse työstetty perustietolomake on kuitenkin pyritty laatimaan siten, että se vastaa tutkimukselle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen, ja sitä voidaan pitää riittävinä pilottityyppisen tutkimuksen tarpeisiin.

Kliinisen ravitsemuksen yksikön tyytyväisyyskysely on ollut käytössä useita vuosia Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ravitsemusterapeuttien ohjaamissa ryhmissä, ja se on todettu käytännössä toimivaksi ryhmäinterventioiden kehittämisen työvälineenä. Tutkimuksessa tyytyväisyyskyselyn tarkoituksena oli tutkia tutkittavien tyytyväisyyttä ryhmäinterventioon sekä selvittää ryhmäintervention kehittämistarpeet tulevaisuutta ajatellen, joten tyytyväisyyskysely vastaa tutkimuksen tarpeisiin. Tyytyväisyyskyselyn lisäksi osallistujat antoivat palautetta ryhmäinterventiosta myös tapaamiskerroilla, ja nämä palautteet huomioitiin välittömästi ryhmäintervention ohjelmassa (esimerkiksi ravitsemuksellisten asioiden käsitteleminen ryhmäkeskusteluissa jokaisella ryhmätapaamisella osallistujien toiveista). Lisäksi viimeisellä tapaamisella osallistujat antoivat vapaasti suullista palautetta kokemuksistaan ryhmäinterventiosta. Tämä palaute vastasi tutkittavien antamaa kirjallista palautetta (kohta 6.2).

Tutkittaville lähetettiin tutkimuksen alussa täytettävät kyselylomakkeet (perustietolomake, QEWP-, TFEQ-, BES-, BDI- ja BAI-kysely) postitse ennen alkutapaamista, jotta alkutapaamisella käsiteltävät aiheet eivät vaikuttaisi tutkittavien vastauksiin. Tutkittavia ohjeistettiin ottamaan täytetyt kyselylomakkeet mukaan alkutapaamiselle. Kolme tutkittavaa ei kuitenkaan ollut täyttänyt kyselylomakkeita ennen alkutapaamista, joten alkutapaamisella käsitellyt aiheet ovat voineet vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Lisäksi on mahdollista, että jo itse ryhmäohjelmaan tai hoitoon osallistumisen päätös on voinut innostaa positiivisiin muutoksiin esimerkiksi elämäntavoissa (Sharry 2007). Ihanteellista olisi, jos alkukyselylomakkeiden täyttäminen olisi mahdollista ennen kuin osallistujat ovat tehneet päätöksensä osallistua ryhmäinterventioon, vaikka tämä on tutkimuksen toteuttamisen ja eettisyyden kannalta haastavaa. Näin kuitenkin voitaisiin tarkastella todellista alkutilannetta ennen interventiota.

Kognitiivis-behavioraalisen työtavan mukaisesti tutkittavat asettivat itselleen tavoitteita ryhmäintervention alussa ja lopussa. Tutkittavien tavoitteista keskusteltiin ryhmäintervention aikana, mutta niitä ei kerätty systemaattisesti. Jatkossa olisi mielenkiintoista kerätä tutkittavien tavoitteet ennen ryhmäinterventiota ja sen aikana, jotta tutkimuksen tuloksia voitaisiin verrata tutkittavien henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Tavoitteiden systemaattista selvittämistä varten olisi hyödyllistä kehittää erillinen kyselylomake. Kyselylomakkeen etu aineistonkeräysmenetelmänä keskusteluihin ja haastatteluun verrattuna on, ettei tutkijan läsnäolo vaikuta vastauksiin yhtä vahvasti kuin keskusteluissa ja haastattelussa. Koska

kognitiivis-behavioraaliosassa työotteessa korostuu osallistujien oma aktiivisuus, ryhmäinterventiossa olisi voitu käyttää aktiivisuuden lisäämisen keinona kyselyä, jossa osallistujat arvioivat omaa ja ryhmän aktiivisuutta ryhmäintervention tapaamisilla sekä välitehtävien teossa. Ohjaajien arvioimana ryhmäinterventiossa osallistujat olivat kuitenkin suhteellisen aktiivisia niin tapaamisilla kuin välitehtävien teossa.

Syömistottumusten ja mielialan muutosten lisäksi ryhmäintervention ja seurannan aikana olisi ollut mielenkiintoista selvittää tutkittavien tyytyväisyyttä omaan kehoon, huolestuneisuutta omasta kehosta ja painosta, yleistä kokemusta itsepsytyvyydestä, tunnesyömistä, mahdollisia sosiaalisissa suhteissa ilmeneviä vaikeuksia, stressin kokemista sekä ruokariippuvuutta esimerkiksi BAS-kyselyn (Body Areas Satisfaction Scale), BAT-kyselyn (Body Attitude Test), GSES-kyselyn (General Self-Efficacy Scale), EES-kyselyn (Emotional Eating Scale), IIP-kyselyn (Inventory of Interpersonal Problems), SAM-kyselyn (Stress Appraisal Measure) sekä ASI-kyselyn (Addiction Severity Index) avulla. Edellä mainitut tekijät liittyvät keskeisesti ahmintahäiriön psykopatologiaan (taulukko 2). Lisäksi ahmimispäivien lukumäärän selvittäminen frekvenssikyselyllä sekä ruokapäiväkirjan käyttö syömistottumusten tarkempana kartoittamisena olisi ollut hyödyllistä. Edelleen, tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia ryhmäintervention vaikutuksia myös taloudellisesta näkökulmasta esimerkiksi tutkimusasetelmalla, jossa selvitetään, kuinka paljon ryhmäinterventiossa osallistujat käyttävät terveystalveta. Tässä työssä referoituista tutkimuksista hoidon kustannusvaikuttavuutta tutkittiin ainoastaan ohjatun itsehoidon vaikuttavuutta selvittäneessä tutkimuksessa (Lynch ym. 2010).

Osallistujien tunnistamattomuuden vuoksi tutkimuksen tulokset on käsitelty ryhmätasolla. Vaikka pienellä aineistolla esimerkiksi keskiarvojen laskeminen ei välttämättä ole mielekäästä, koettiin tulosten olevan selkeämmin havaittavissa, kun ne raportoidaan ryhmätasolla. Näin myös tulosten vertailu aikaisempiin tutkimuksiin on mielekkäämpää. Ryhmätasolla tuloksia raportoitaessa osallistujien vastausten vaihtelua pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman selkeästi sekä sanallisesti että taulukkomuodossa, jotta tulosten raportointi olisi mahdollisimman luotettavaa.

Aiheen rajauksen vuoksi tutkimuksen aineistosta ei analysoitu tutkittavien muuttujien vaikutuksia toisiinsa eikä esitietojen vaikutuksia intervention ja seurannan aikana tapahtuneisiin muutoksiin. Yhteyksien analysointi ei myöskään sisällynyt tutkimuksen

tavoitteisiin eikä analyysien tekemistä nähty mielekkäänä aineiston pienen koon vuoksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu masentuneisuuden olevan yhteydessä ahmimistaipumukseen (Pendleton ym. 2002), ahmimisen loppumisen ja tunnesyömisen vähenemisen painonpudotukseen (Agras ym. 1995, Pendleton ym. 2002, Wilfley ym. 2002, Ricca ym. 2010, Striegel-Moore ym. 2010b) ja vastaavasti perfektionismin käänteisesti painonpudotukseen (Brambilla ym. 2009). Tietoisuustaitoharjoittelun on havaittu olevan yhteydessä ahmimistaipumuksen ja masentuneisuuden vähenemiseen sekä ahmimisen vähenemisen syömisen kontrollin, tietoisuuden ja kylläisyysviestien tunnistamisen lisääntymiseen (Kristeller ja Hallett 1999). Hyväksymis- ja omistautumisterapian tavoitteista välttämiskäyttäytymisen vähenemisen on huomattu olevan yhteydessä ahmimisen vähenemiseen sekä hyväksymisen lisääntymisen ja psykologisen joustavuuden häpeän, ahdistuksen ja painon laskemiseen sekä elämänlaadun kohenemiseen (Lillis ym. 2009, Lillis ym. 2011). Hoitovastetta ennustavista tekijöistä tiedetään ahmintahäiriön aikaisen puhkeamisiän sekä ennen hoitoa esiintyvien ahmimiskohtauksien useuden, ihmissuhdeongelmien ja suuren huolen painosta ja kehonkuvasta ennustavan ainakin jollain mittarilla huonoa vastetta kognitiivis-behavioraalille ryhmähoidolle (Peterson ym. 2000, Binford ym. 2004, Dingemans ym. 2007, Hilbert ym. 2007).

Kirjallisuuden tarkastelu

Pro Gradu –työn kirjallisuus-osiossa on perehdytty yleisesti lihavan ahmintahäiriön taudinkuvaan, psykopatologiaan, liitännäissairauksiin ja hoitoon sekä tarkemmin ahmintahäiriön hoitoon suunniteltuihin kognitiivis-behavioraalisiin ryhmäinterventioihin. Aiheen rajauksen ja opinnäytetyön tekijän lääketieteellisen asiantuntemuksen puutteen vuoksi kirjallisuusosiossa ei ole perehdytty tarkemmin ahmintahäiriön lääke- ja leikkaushoitoon eikä psykoterapeuttisiin hoitomuotoihin kognitiivis-behavioraalisia ryhmähoitoja lukuun ottamatta. Katsauksen luotettavuutta vähentää opinnäytetyön tekijän asiantuntemuksen puute kyseisiltä aloilta. Koska kirjallisuuden aihe oli kuitenkin tarkasti rajattu, oli opinnäytetyön tekijällä mahdollisuus perehtyä syvällisesti tutkimuksiin kognitiivis-behavioraalisista ryhmäinterventiosta. Lisäksi kirjallisuudessa on nojaututtu alkuperäisissä artikkeleissa tehtyihin johtopäätöksiin, ja esitetyt tulokset ovat yhteneväisiä katsausartikkeleiden kanssa (de Zwaan 2001, Dingemans ym. 2002, Stunkard ja Allison 2003, Pull 2004, Brownley ym. 2007, Wilson ym. 2007, Treasure ym. 2010, Dalle Grave 2011, Pyökäri ym. 2011, Wilson 2011).

Pro Gradu –työn kirjallisuusosiossa esiteltäviä tutkimuksia kognitiivis-behavioraalisista ryhmäinterventiosta tarkasteltaessa on huomioitava, että mukaan on valittu myös kontrolloimattomia ja satunnaistamattomia tutkimuksia. Vaikka tieteellisissä lehdissä julkaistut artikkelit ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin ja tarkastuksen, ei niihin tule suhtautua kritiikittömästi. Verrattuna kontrolloituihin ja satunnaistettuihin tutkimuksiin, avoimissa tutkimusasetelmissa on suurempi todennäköisyys, että tulokset ovat olleet sattuman aiheuttamia. Kirjallisuusosioon haluttiin kuitenkin sisällyttää myös pilottityyppiset tutkimukset, sillä ne tuovat usein uusia näkökulmia hoitoon. Myös Pro Gradu –työssä tutkittu ryhmäinterventio on luonteeltaan pilottityyppinen.

Ahmintahäiriön hoidon tulevaisuuden näkymiä

Ahmintahäiriötä voidaan pitää kansanterveydellisesti merkittävänä sairautena, sillä siitä kärsii huomattava osa suomalaisista. Häiriö aiheuttaa monenlaisia elämänlaatua heikentäviä oireita ja liitännäissairauksia, minkä lisäksi ahmintahäiriöön lähes poikkeuksetta liittyvällä lihavuudella on suuria kansantaloudellisia vaikutuksia. Ahmintahäiriön hoidon kehittämiseen tuleekin panostaa, sillä toistaiseksi ahmintahäiriön hoidosta tiedetään riittämättömästi. Myönteistä liikahtelua on kuitenkin tapahtunut valtakunnallisesti, kun aikuisten syömishäiriöiden hoitoon on alettu valmistelemaan Käypä hoito –suositusta (Eloranta 2012). Tutkimustietoa ahmintahäiriön hoitomuodoista voidaan osittain hyödyntää myös aikuisten lihavuuden hoidossa, sillä monet kognitiivis-behavioraaliset menetelmät (esimerkiksi arvoanalyysi, tietoisuustaidot, tietoinen syöminen, oppimis- ja ehdollistumisketjut) soveltuvat sellaisinaan lihavuuden hoitoon.

Yhtenä merkittävänä tekijänä ahmintahäiriön hoidon kehittämisessä näen tietoisuuden lisääntymisen syömishäiriön olemassa olosta sekä selkeät ohjeistukset siitä, miten, mistä ja millaista apua on mahdollista saada. Onkin ollut hienoa huomata, että ahmintahäiriö on ollut viime aikoina jonkin verran esillä julkisissa keskusteluissa. Lisäksi etenkin perusterveydenhuollossa työskentelevät olisi hyvä kouluttaa tunnistamaan ahmintahäiriöön liittyviä tekijöitä (kohta 2.1.1), sillä ahmintahäiriötä sairastavan voi olla itse vaikeaa ottaa ahmimista esille siihen liittyvän häpeän vuoksi (American Psychiatric Association 1994). Koska ahmintahäiriö on yleinen etenkin lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvien keskuudessa, (Hsu ym. 2002, Allison ym. 2006, Sansone ym. 2008, Dahl ym. 2010, Mitchell ym. 2012)

olisi kaikilta lihavuuden hoitoon hakeutuvilta tärkeä tiedustella ahmimistaipumuksesta esimerkiksi BES-kyselyn (liite 7) avulla.

Ahmintahäiriön hoidossa tullaan tulevaisuudessa todennäköisesti korostamaan saumatonta moniammatillista yhteistyötä, sillä ahmintahäiriön hoitomuodot ovat monipuolisia, sisältäen psykologisen hoidon, ravitsemushoidon sekä lääke- ja leikkaushoidon. Mikään hoitomuoto ei ole ylivertainen (de Zwaan 2001, Dingemans ym. 2002, Stunkard ja Allison 2003, Pull 2004, Brownley ym. 2007, Wilson ym. 2007, Treasure ym. 2010, Dalle Grave 2011, Pyökäri ym. 2011, Wilson 2011). Hoitomuotojen monipuolisuutta voidaan pitää etuna, sillä jos potilaan vaste tietylle hoitomuodolle on huono, on mahdollista kokeilla eri hoitomuotoa tai hoitomuotojen yhdistelmiä. Toimintatapojen yhtenäistämiseksi ja selkiyttämiseksi on kuitenkin tarve valtakunnalliselle hoitoketjulle, joka määrittää ahmintahäiriön hoidon toteuttamistavat.

Yksilöhoidon sijaan tulevaisuudessa tullaan mitä luultavimmin suosimaan Pro Gradu –työssä tutkitun intervention kaltaisia lyhytkestoisia, ryhmämuotoisia hoitoja sekä (ohjattua) itsehoitoa. Kustannustehokkaaseen hoitoon on terveyden- ja sairaanhoidossa selvä tarve, sillä sekä raha että henkilöresurssit ovat monissa hoitoyksiköissä hyvin tiukalla. Lyhytkestoisia ryhmäinterventioita ja ohjattua itsehoitoa kannattaisi kehittää ja tutkia Suomessa lisää, jotta saadaan tietoa hoitomuotojen oikeasta sisällöstä sekä muun hoidon ja tuen tarpeesta. Itsehoito voisi olla toimivaa etenkin ensilinjan hoitona siinä vaiheessa, kun ahmintahäiriötä sairastava odottaa pääsyä muuhun hoitoon. Erityisesti internet-avusteiset itsehoito-ohjelmat voisivat tarjota myös ohjausta vähäkustanteisesti. Suomessa Duodecim on julkaissut vuoden 2013 alussa kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan, hyväksymis- ja omistautumisterapiaan sekä tietoisuustaitoharjoituksiin pohjautuvan itsehoito-oppaan ahmintahäiriön hoitoon (Keski-Rahkonen ym. 2013). Huomioitavaa kuitenkin on, ettei itsehoito ole kaikille riittävää eikä ahmintahäiriötä sairastava saisi jäädä tahtomattaan pelkän itsehoidon varaan.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätösten tekemistä rajoittavat aineiston pieni koko ja vertailuryhmän puute. Tutkimuksesta saadaan kuitenkin alustavaa tietoa lyhytkestoisen ja menetelmiltään monipuolisen kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention toimivuudesta ahmintatyypin syömisen hoidossa.

1. Lyhytkestoinen ja menetelmiltään monipuolinen kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio vastaa ahmintatyypin syömisen ydinongelmiin, joten tutkittua ryhmäinterventiota voidaan pitää ahmintahäiriön hoitoon soveltuvana. Ahmintatyypin syömiseen liittyy olennaisesti syömisen hallitsemattomuus, huoli ja tyytymättömyys omaa painoa ja kehonkuvaa kohtaan, ankarien laihdutustavoitteiden asettaminen, vaikeudet sosiaalisissa suhteissa, vaikeus tunnistaa ja käsitellä erilaisia tunteita, stressi sekä ahmimiskohtauksia seuraavat masennus, ahdistus, häpeä, itseinho ja syyllisyyden tunne, joita käsitellään ryhmässä jatkumona vertaistukea hyödyntäen ja asiantuntijaohjaajien tukemana.
2. Kognitiivis-behavioraalisen ryhmäintervention aikana voidaan tukea osallistujia tasapainoisen ruokasuhteen muodostumisessa eli ahminnan vähenemisessä ja syömiskäyttäytymisen normalistumisessa sekä lievittää ahdistuneisuutta ja siten osaltaan edistää osallistujien elämänlaatua. Lisäksi ryhmäintervention aikana osallistujia voidaan tukea painonhallinnassa käsittelemällä ankarien laihdutustavoitteiden riskejä sekä ehkäisemällä painonnousua, mutta varsinainen painonpudotus on haastavaa.

Tutkimusta varten muokattu kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio vaikuttaa lupaavalta mallilta ahmintatyypin syömisen hoidossa. Jotta voitaisiin tehdä tarkempia johtopäätöksiä ryhmäintervention eduista sekä verrata tuloksia muihin ahmintatyypin syömisen hoitomenetelmiin, ryhmäinterventiota on tarpeen tutkia kontrolloidulla ja satunnaistetulla tutkimuksella, jossa on riittävän suuri aineisto ja riittävän pitkä seuranta-aika. Ryhmäintervention monipuolistamiseksi ravitsemus- ja liikuntaohjauksen lisääminen ryhmäinterventioon moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen on suositeltavaa.

LÄHTEET

Aarnio-Tervo P, Marttinen E, Passiniemi R. Elämäntaitokurssi. Helsinki: Nyyti ry 2010.

Academy of Nutrition and Dietetics. ADA Nutrition Care Manual. Binge Eating Disorder. Academy of Nutrition and Dietetics 2012. <http://www.nutritioncaremanual.org>

Agras WS, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42:565-570.

Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Detzer MJ, Henderson J, Marnell M. Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *J Consult Clin Psychol* 1995;63:356-360.

Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Marnell M. One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:343-347.

Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeni JM, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: a long-term outcome study. *Obes Surg* 2009;19:139-145.

Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, Dilillo VG, Wadden TA, Jeffery RW, Van Dorsten B, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1287-1293.

Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, Stack RM, Stunkard AJ, Williams NN. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surg Obes Relat Dis* 2006;2:153-158.

American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Arlington: American Psychiatric Association 2012. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.

Anderson R, Clouse R, Freedland K, Lustman P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1069-1077.

Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:257-262.

Bankier B, Januzzi JL, Littman AB. The high prevalence of multiple psychiatric disorders in stable outpatients with coronary heart disease. *Psychosom Med* 2004;66:645-650.

Barnes RD, Masheb RM, Grilo CM. Food thought suppression: a matched comparison of obese individuals with and without binge eating disorder. *Eat Behav* 2011a;12:272-276.

- Barnes RD, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Comparison of methods for identifying and assessing obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Int J Eat Disord* 2011b;44:157-163.
- Barnes RD, Tantleff-Dunn S. Food for thought: examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eat Behav* 2010;11:175-179.
- Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2002;31:63-70.
- Bays J. Tietoinen syöminen. Opas terveelliseen ja onnelliseen ruokasuhteeseen. Helsinki: Basam Books 2011.
- Blair SN. Living with exercise: Improving your health through moderate physical activity. Dallas: American Health 1991.
- Beck A, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897.
- Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
- Becker DF, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Compr Psychiatry* 2010;51:531-537.
- Binford RB, Pederson Mussell M, Peterson CB, Crow SJ, Mitchell JE. Relation of binge eating age of onset to functional aspects of binge eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2004;35:286-292.
- Björvell H, Rössner S, Stunkard AJ. Obesity, weight loss and dietary restraint. *Int J Eat Disord* 1986;5:727-734.
- Bocchieri-Ricciardi LE, Chen EY, Munoz D, Fischer S, Dymek-Valentine M, Alverdy JC, le Grange D. Pre-surgery binge eating status: effect on eating behavior and weight outcome after gastric bypass. *Obes Surg* 2006;16:1198-1204.
- Bond F, Dryden W. Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy. Hoboken, NJ, USA: Wiley 2005.
- Bond M, McDowell A, Wilkinson J. The measurement of dietary restraint, disinhibition and hunger: an examination of the factor structure of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ). *Int J Obes* 2001;25:900-906.
- Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, Da Silveira DX, Custodio O. Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obes Res* 2002;10:1127-1134.
- Brambilla F, Samek L, Company M, Lovo F, Cioni L, Mellado C. Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 2009;24:312-317.

- Brandao PP, Garcia-Souza EP, Neves FA, Pereira MJ, Sichieri R, Moura EG, Silva PC, Moura AS. Leptin/adiponectin ratio in obese women with and without binge eating disorder. *Neuro Endocrinol Lett* 2010;31:353-358.
- Brownell KD. The LEARN program for weight management. Dallas: American Health 2000.
- Brownell KD. The LEARN program for weight control. Dallas: American Health 1991.
- Brownell KD. The LEARN manual for weight control. Philadelphia: University of Pennsylvania 1985.
- Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:337-348.
- Bulik CM. Cognitive-behavioral modules for successful weight control. Unpublished manuscript. Virginia Commonwealth University: Eating Disorders Clinic, MCV Hospitals 1997.
- Carano A, De Berardis D, Campanella D, Serroni N, Ferri F, Di Iorio G, Acciavatti T, Mancini L, Mariani G, Martinotti G, Moschetta FS, Di Giannantonio M. Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *J Psychiatr Pract* 2012;18:5-11.
- Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, Sepede G, Mancini E, La Rovere R, Salini G, Cotellessa C, Salerno RM, Ferro FM. Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2006;39:332-340.
- Cash T. *The Body Image Workbook: An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks*. California: New Harbinger Publications 2008.
- Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials* 2011;12:114-6215-12-114.
- Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordas TA, Duchesne M, Sichieri R, Bacaltchuk J. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1324-1332.
- Courbasson CM, Nishikawa Y, Shapira LB. Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders. *Eat Disord* 2011;19:17-33.
- Cremonini F, Camilleri M, Clark MM, Beebe TJ, Locke GR, Zinsmeister AR, Herrick LM, Talley NJ. Associations among binge eating behavior patterns and gastrointestinal symptoms: a population-based study. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:342-353.
- Dahl JK, Eriksen L, Vedul-Kjelsas E, Strommen M, Kulseng B, Marvik R, Holen A. Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a

comparison between patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2010;15:e247-55.

Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med* 2011;22:153-160.

de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25 Suppl 1:S51-5.

de Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, Crosby RB. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1994;15:43-52.

Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Liu L, Walsh BT. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1702-1709.

Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:299-307.

Dingemans AE, Spinhoven P, van Furth EF. Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2007;45:2551-2562.

Dingemans AE, van Furth EF. Binge Eating Disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Eat Disord* 2012;45:135-138.

Duchesne M, Appolinario JC, Range BP, Fandino J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:23-25.

Duodecim. BAI (verkkodokumentti). Lääkäriin tietokannat 2013. www.terveysportti.fi

Duodecim. BDI, Beckin depressioasteikko (verkkodokumentti). Lääkäriin tietokannat 2007. www.terveysportti.fi

Eldredge KL, Stewart Agras W, Arnow B, Telch CF, Bell S, Castonguay L, Marnell M. The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *Int J Eat Disord* 1997;21:347-352.

Eloranta E. Kirjallinen kysymys 377/2012 vp. Käypä hoito -suositusten laatiminen aikuisten syömishäiriöiden hoitoon. Helsinki: Eduskunta 2012. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/kk_377_2012_p.shtml

Engelberg MJ, Gauvin L, Steiger H. A naturalistic evaluation of the relation between dietary restraint, the urge to binge, and actual binge eating: a clarification. *Int J Eat Disord* 2005;38:355-360.

Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:425-432.

Fairburn CG. *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Publications 1995.

Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. Kirjassa: Fairburn CG, Wilson GT, toim. Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press 1993, s. 337-404.

Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008;41:577-586.

Forman EM, Hoffman KL, McGrath KB, Herbert JD, Brandsma LL, Lowe MR. A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: an analog study. *Behav Res Ther* 2007;45:2372-2386.

Friederich HC, Schild S, Wild B, de Zwaan M, Quenter A, Herzog W, Zipfel S. Treatment outcome in people with subthreshold compared with full-syndrome binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:283-287.

Garner DM. Psychoeducational principles in treatment. Kirjassa: Garner DM, Garfinkeli PE, toim. Handbook of treatment for Eating Disorders. New York: Guilford Press 1997, s. 145-177.

Gifford, EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptancebased treatment for smoking cessation. *Behav Ther* 2004;35:689-705.

Gluck ME, Geliebter A, Lorence M. Cortisol stress response is positively correlated with central obesity in obese women with binge eating disorder (BED) before and after cognitive-behavioral treatment. *Ann NY Acad Sci* 2004;1032:202-207.

Gorin AA, Le Grange D, Stone AA. Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;33:421-433.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.

Green AE, Dymek-Valentine M, Pytluk S, Le Grange D, Alverdy J. Psychosocial outcome of gastric bypass surgery for patients with and without binge eating. *Obes Surg* 2004;14:975-985.

Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-234.

Gustafson TB, Gibbons LM, Sarwer DB, Crerand CE, Fabricatore AN, Wadden TA, Raper SE, Williams NN. History of sexual abuse among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 2006;2:369-376.

Hakanen A. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 14-38.

Hay P, Fairburn C. The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Eat Disord* 1998;23:7-15.

- Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS One* 2008;3:1541.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44:1–25.
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press 1999.
- Hebert J, Clemow L, Pbert L, Ockene I, Ockene J. Social desirability bias in dietary self-report may compromise the validity of dietary intake measures. *Int J Epidemiol* 1995;24:389-398.
- Herpertz S, Albus C, Lichtblau K, Kohle K, Mann K, Senf W. Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *Int J Eat Disord* 2000;28:68-77.
- Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A, German Society of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, German College for Psychosomatic Medicine. The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:678-685.
- Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, Wilfley DE. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry* 2012;200:232-237.
- Hilbert A, Saelens BE, Stein RI, Mockus DS, Welch RR, Matt GE, Wilfley DE. Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:645-651.
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behav Res Ther* 2004;42:1325-1339.
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Vogege C. Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *J Psychosom.Res* 2002;52:137-144.
- Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG, Rolls B, McCrory MA, Saltzman E, Shikora S, Dwyer J, Roberts S. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1398-1403.
- Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK, Pope HG,Jr. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012;45:139-141.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG,Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348-358.
- Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, McElroy SL, Laird NM, Tsuang MT, Walsh BT, Rosenthal NR, Pope HG,Jr. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:313-319.
- Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ, Bulik CM, Hudson MS, Yanovski JA, Rosenthal NR, Pope HG,Jr. Longitudinal study of the diagnosis of components

of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr* 2010;91:1568-1573.

Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:432-446.

Jacobs E, Masson R, Harvill R. *Group counseling: strategies and skills*. Australia: Brooks/Cole 2002.

Järvenpään sosiaalisairaala. Mindfulness-harjoituksia 2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/jarvenpaa/koulutusmateriaalit>

Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope HG, Jr, Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study. *Int J Eat Disord* 2008;41:174-179.

Kabat-Zinn J. Täyttä elämää. Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa. Sanoukian M, Turpeinen T, suom. Helsinki: Basam Books Oy 2012.

Kähkönen S, Karila I, Holmberg N. *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim 2008.

Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg* 2002;12:270-275.

Karhunen L. Suomalaisen syömistapakyselyiden validiteetti ja reabiliteetti. leila.karhunen@uef.fi. 27.3.2013.

Karhunen L. QEWP-kyselylomake lihavan ahmintahäiriön selvittämiseen. leila.karhunen@uef.fi 23.1.2012a.

Karhunen L. Suomalainen 65 kysymystä sisältävä TFEQ-kysely. leila.karhunen@uef.fi. 23.1.2012b.

Karhunen LJ, Lappalainen RI, Tammela L, Turpeinen AK, Uusitupa MI. Subjective and physiological cephalic phase responses to food in obese binge-eating women. *Int J Eat Disord* 1997;21:321-328.

Keski-Rahkonen A, Meskanen K, Nalbantogly M. *Irti ahminnasta - kohti tasapainoista suhdetta ruokaan*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2013.

Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013 (painossa).

Knoph Berg C, Torgersen L, Von Holle A, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *Int J Eat Disord* 2011;44:124-133.

Koivisto M, Stenberg J, Nikkilä H, Rosenqvist A, Karlsson H. *Epävakaata persoonallisuutta: Itsehävainnointi (harjoitus)*. Helsinki: Duodecim 2009.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01409&p_haku=Epävakaapersoonallisuus

Kolotkin RL, Westman EC, Ostbye T, Crosby RD, Eisenson HJ, Binks M. Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obes Res* 2004;12:999-1005.

Kristeller J, Ruth Q, Sheets V. Mindfulness-based eating awareness training (mb-eat) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness* 2013;1-16.

Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol* 1999;4:357-363.

Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord* 2011;19:49-61.

Kuehnel RH, Wadden TA. Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord* 1994;15:321-329.

Laakso J. Mielen taito - vapauta ajatuksia - kehitä tunteita. Helsinki: Kirjapaja 2012.

Lähteenmaki L, Tuorila H. Three-factor eating questionnaire and the use and liking of sweet and fat among dieters. *Physiol Behav* 1995;57:81-88.

Lappalainen R. Syömissen hallinta ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: Mustajoki M, Fogelholm M, Rissanen, A. & Uusitupa, M., toim. Lihavuus - ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2006, s. 222-245.

Lappalainen R, Lappalainen P. Painon ja mielen psykologiaa. Hyväksymis- ja omistautumisterapia & kognitiivinen käyttäytymisterapia painonhallinnassa. Ohjaajan opas. Jyväskylä: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos Oy 2011.

Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R, Brand N, Stroebe W, van Doornen LJ. Binge eating and its relationship to outcome after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2004;14:1111-1117.

Lehto S, Tolmunen T. Onko tietoisuustaitojen harjoittelulla terveysvaikutuksia? *Suom Laakaril* 2008;63:41-45.

Lilenfeld LR, Ringham R, Kalarchian MA, Marcus MD. A family history study of binge-eating disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49:247-254.

Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med* 2009;37:58-69.

Lillis J, Hayes SC, Levin ME. Binge eating and weight control: the role of experiential avoidance. *Behav Modif* 2011;35:252-264.

Linton SJ. Cognitive-Behavioral Therapy in the Early Treatment and Prevention of Chronic Pain: A Therapist's Manual for Groups. Örebro: Department of Occupational and Environmental Medicine 2000.

Linton SJ. Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *Am J Ind Med* 2002;41:433-442.

Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000;25:2824-31.

Linton SJ, Boersma K, Jansson M, Svard L, Botvalde M. The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21:109-119.

Linton SJ, Nordin E. A 5-year follow-up evaluation of the health and economic consequences of an early cognitive behavioral intervention for back pain: a randomized, controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31:853-858.

Linton SJ, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain* 2001;90:83-90.

Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2011.

Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, Debar L, Wilson GT, Kraemer HC. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:322-333.

Marchesini G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Di Domizio S, Sartini A, Pasqui F, Baraldi L, Forlani G, Melchionda N. Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1261-1267.

Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ. 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.

McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. *Ther Clin Risk Manag* 2012;8:219-241.

Meule A. How Prevalent is "Food Addiction"? *Front Psychiatry* 2011;2:61.

Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, Marcus MD, Wonderlich S, Christian NJ, Yanovski SZ. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8:533-541.

Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*. New York: Guilford 2008.

Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:149–157.

Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PLoS One* 2012;7:48450.

Moran M. Binge Eating Disorder May Be Added to *DSM-5*. *Psychiatric News* 2012;47:8-26.

Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schulp B, Tusch A. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2007;40:102-113.

Nicoli MG, Junior RD. Binge Eating Disorder and body image perception among university students. *Eat Behav* 2011;12:284-288.

Papelbaum M, Appolinario JC, Moreira Rde O, Ellinger VC, Kupfer R, Coutinho WF. Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:135-138.

Pearson A, Heffner M, Follette V. *Acceptance and Commitment Therapy for Body Image Dissatisfaction: A Practitioner's Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies (Professional)*. California: New Harbinger Publications 2010.

Pekurinen M. Mitä lihavuus maksaa? *Duodecim* 2006;10:1213-1214.

Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord* 2002;31:172-184.

Peterson CB, Crow SJ, Nugent S, Mitchell JE, Engbloom S, Mussell MP. Predictors of treatment outcome for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000;28:131-138.

Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1347-1354.

Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Mussell MP, Miller JP. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord.* 1998;24:125-136.

Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Pederson Mussell M, Crow SJ, Thuras P. Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *Int J Eat Disord.* 2001;30:363-374.

Pietikäinen A. *Joustava mieli. Vapaudu stressin, masennuksen ja uupumuksen ylivallasta.* Helsinki: Duodecim 2009.

Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating Disorders in Adolescents with Type 2 and Type 1 Diabetes. *Curr Diab Rep* 2012;13:289-297.

- Pope HG, Jr, Lalonde JK, Pindyck LJ, Walsh T, Bulik CM, Crow SJ, McElroy SL, Rosenthal N, Hudson JI. Binge eating disorder: a stable syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163:2181-2183.
- Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P, ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009;43:1125-1132.
- Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:6-17.
- Provencher V, Bégin C, Piché M, Bergeron J, Weisnagel S, Nadeau A, Lemieux S. Disinhibition, as assessed by the three-factor-eating questionnaire, is inversely related to psychological well-being in postmenopausal women. *Int J Obes* 2007;31:315-320.
- Pull C. Binge eating disorder. *Curr Opin Psychiatr* 2004;17:43-48.
- Pyökäri N, Luutonen S, Saarijärvi S. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. *Suom Laakaril* 2011;66:1649-1653.
- Raitasalo R. Depressio ja psykoterapian tarve. Helsinki: Suomen Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:13 1977.
- Raitasalo R, Maaniemi K. Mielenterveyden häiriöt syrjäyttävät nuoria työelämästä. *Sosiaalivakuutus* 2008;6:8-10.
- Ramacciotti CE, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Osso L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Res* 2000;94:131-138.
- Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16:2024-2038.
- Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Tambs K, Harris JR. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study. *Int J Eat Disord* 2004;36:307-314.
- Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite* 2010;55:656-665.
- Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, Rotella CM. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-115.
- Root TL, Thornton LM, Lindroos AK, Stunkard AJ, Lichtenstein P, Pedersen NL, Rasmussen F, Bulik CM. Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eat Behav* 2010;11:92-98.
- Rubinstein TB, McGinn AP, Wildman RP, Wylie-Rosett J. Disordered eating in adulthood is associated with reported weight loss attempts in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:663-666.

- Salamone JD, Correa M. Dopamine and Food Addiction: Lexicon Badly Needed. *Biol.Psychiatry* 2012 (painossa).
- Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A, Bonaldi FL, Cordas TA. Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg* 2007;17:445-451.
- Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord* 2005;13:7-21.
- Sansone RA, Schumacher D, Wiederman MW, Routsong-Weichers L. The prevalence of binge eating disorder and borderline personality symptomatology among gastric surgery patients. *Eat Behav* 2008;9:197-202.
- Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2009;47:628-635.
- Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:175-184.
- Sharry J. *The principles of solution-focused groupwork*. Lontoo: SAGE Publications 2007.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14:406-414.
- Spitzer R, Yanovski S, Wadden T, Marcus M, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne R. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993;2:137-153.
- Striegel RH, Bedrosian R, Wang C, Schwartz S. Why men should be included in research on binge eating: results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *Int J Eat Disord*. 2012;45:233-240.
- Striegel-Moore RH, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disord* 2001;29:157-165.
- Striegel-Moore RH, Fairburn CG, Wilfley DE, Pike KM, Dohm FA, Kraemer HC. Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychol Med* 2005;35:907-917.
- Striegel-Moore RH, Rosselli F, Wilson GT, Perrin N, Harvey K, DeBar L. Nocturnal eating: association with binge eating, obesity, and psychological distress. *Int J Eat Disord* 2010a;43:520-526.
- Striegel-Moore RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F, Kraemer HC. Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol* 2010b;78:312-321.

Stunkard A, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29:71-83.

Stunkard AJ, Wadden TA. *Psychological Aspects of Human Obesity*. Kirjassa: Björntorp P, Brodoff BN, toim. *Obesity*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company 1992, s. 352-360.

Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S107-16.

Suokas J, Rissanen A. *Syömishäiriöt*. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2011, s. 346-364.

Suomen Lihavuustutkijat ry. Tutkimuksen avuksi. Kyselylomakkeita. BES (ahmimistaipumuskyselylomake). <http://www.suomenlihavuustutkijat.fi/kyselyt.html> (luettu 8.3.2013).

Suorajärvi R. Itsepystyvyyden, psykologisen joustavuuden ja syömiskäyttäytymisen yhteydet kuluttajien painonhallintaan. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto 2012.

Svaldi J, Brand M, Tuschen-Caffier B. Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite* 2010a;54:84-92.

Svaldi J, Caffier D, Tuschen-Caffier B. Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychother Psychosom* 2010b;79:188-190.

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009.

Tasca GA, Balfour L, Presniak MD, Bissada H. Outcomes of specific interpersonal problems for binge eating disorder: comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy. *Int J Group Psychother* 2012;62:197-218.

Tasca GA, Mikail S, Hewitt P. Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: Summary of a treatment model and outcomes for depressive symptoms. Kirjassa: Abelian ME, toim. *Focus on psychotherapy research*. New York: Nova Science 2005, s. 155-188.

Telch CF, Agras WS, Rossiter EM, Wilfley D, Kenardy J. Group cognitive-behavioral therapy for the nonpurging bulimic: An initial evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58: 629-635.

Telch CF, Agras WS. *Cognitive behavioral therapy for binge eating disorder therapist manual*. CA: Stanford University 1992.

TODAY Study Group, Wilfley D, Berkowitz R, Goebel-Fabbri A, Hirst K, Ievers-Landis C, Lipman TH, Marcus M, Ng D, Pham T, Saletsky R, Schanuel J, Van Buren D. Binge eating, mood, and quality of life in youth with type 2 diabetes: baseline data from the today study. *Diabetes Care* 2011;34:858-860.

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375:583-593.

Tuomisto M, Lappalainen R. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Kirjassa: Huttunen M. Kalska H, toim. Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 80-101.

Tuorila H. Suomenkielisen TFEQ-kyselyn validiteetti ja reabiliteetti.hely.tuorila@helsinki.fi4.4.2013

Tuschen-Caffier B, Pook M, Frank M. Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behav Res Ther* 2001;39:299–308.

Vainio A. Hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Helsinki: Duodecim 2009.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01409&p_haku=Epävakaapersoonallisuus

Vanderlinden J, Adriaensen A, Vancampfort D, Pieters G, Probst M, Vansteelandt K. A cognitive- behavioral therapeutic program for patients with obesity and binge eating disorder: short- and long- term follow-up data of a prospective study. *Behav Modif* 2012;36:670-686.

Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Haatainen K, Kaustio O, Hintikka J. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease? *Nord J Psychiatry* 2004;58:49-53.

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

Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010;43:205-217.

Wadden TA, Faulconbridge LF, Jones-Corneille LR, Sarwer DB, Fabricatore AN, Thomas JG, Wilson GT, Alexander MG, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective, observational study. *Obesity (Silver Spring)* 2011;19:1220-1228.

Walsh BT, Boudreau G. Laboratory studies of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S30-8.

Weintraub D, Koester J, Potenza MN, Siderowf AD, Stacy M, Voon V, Whetteckey J, Wunderlich GR, Lang AE. Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Arch Neurol* 2010;67:589-595.

Weizmann-Henelius G, Viemero V, Eronen M. Psychopathy in violent female offenders in Finland. *Psychopathology* 2004;37:213-221.

Westenhoefer J, Stunkard A, Pudel V. Validation of the flexible and rigid control dimensions of dietary restraint. *Int J Eat Disord* 1999;25:53-64.

Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM., Schneider JA., Cole AG, Sifford L, Raeburn, SD. Group cognitive behavioral therapy and group interpersonal therapy for the nonpurging bulimic: A controlled comparison. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:296-305.

Wilfley DE, Frank MA, Welch R, Spurrell EB, Rounsaville BJ. Adapting interpersonal psychotherapy to group format (IPT-G) for binge eating disorder: toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Res.* 1998;8:379-391.

Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000;27:259-269.

Wilfley DE, Stein RI, Friedman MA, Beren SA, Wiseman CV. Group cognitive-behavioral therapy for Binge Eating Disorder. Unpublished manuscript 1996.

Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, Douchis JZ, Frank MA, Wiseman CV, Matt GE. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:713-721.

Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:773-783.

Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol* 2007;62:199-216.

Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:94-101.

Wolff GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder: a clinical study. *Eat Behav* 2001;2:97-104.

Wonderlich SA, de Zwaan M, Mitchell JE, Peterson C, Crow S. Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S58-73.

Wott CB, Carels RA. Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *J Health Psychol* 2010;15:608-614.

Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Södersten P. Linear eaters turned decelerated: Reduction of a risk for disordered eating? *Physiol Behav* 2009;96:518-521.

Liite 1. Perustietolomake

KYS Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
Itä-Suomen yliopisto Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

PERUSTIETOLOMAKE

Tutkittavan nimi _____

Tutkimustunnus _____

Koulutuksenne? (Rengastakaa vain yksi vaihtoehto.)

- 1 Vielä koulussa (peruskoulu, lukio, ammattikoulu tai -kurssi, opisto)
- 2 Kansakoulu
- 3 Peruskoulu
- 4 Ammattikoulu tai -kurssi
- 6 Lukio tai ylioppilas
- 7 Opistotason ammatillinen koulutus
- 8 Ammattikorkeakoulu
- 9 Korkeakoulu, alemman asteen tutkinto
- 10 Korkeakoulu, ylemmän asteen tutkinto

Ammatti _____

Oletteko tällä hetkellä... (Rengastakaa vain yksi vaihtoehto.)

- 1 Naimaton
- 2 Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- 3 Avoliitossa
- 4 Seurustelusuhteessa
- 5 Asumuserossa
- 6 Eronnut
- 7 Leski
- 8 Muu

Asutteko nykyisin yhdessä puolison tai vakituisen elämäkumppanin kanssa?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

Päivittäinen tupakointi Kyllä, _____savuketta/päivä Ei**JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA**

Alkoholinkäyttö _____ annosta / viikko

Yksi annos on: Yksi pieni (33cl) pullo olutta, siideriä tai lonkeroa.
Yksi lasillinen (12cl) puna- tai valkoviiniä.
Yksi lasillinen (8cl) cherryä, madeiraa tai vermuttia tai muuta väkevää viiniä.
Yksi ryyppylasillinen (4 cl) viinaa, konjakkia, viskiä, rommia tai likööriä.

Pituus _____ cm

Paino _____ kg

BMI _____ kg/m²

Lääkärin toteamat psyykkiset oireet, sairaudet tai häiriöt:

- Masennus Ahdistuneisuushäiriö Persoonallisuushäiriö
 Muu psyykinen häiriö _____

Mieliala ja/tai muut psyykenlääkkeet:

Laihdutuslääke orlistaatin käyttö (Alli®, Orlistat Sandoz®, Xenical®)

- Kyllä Ei

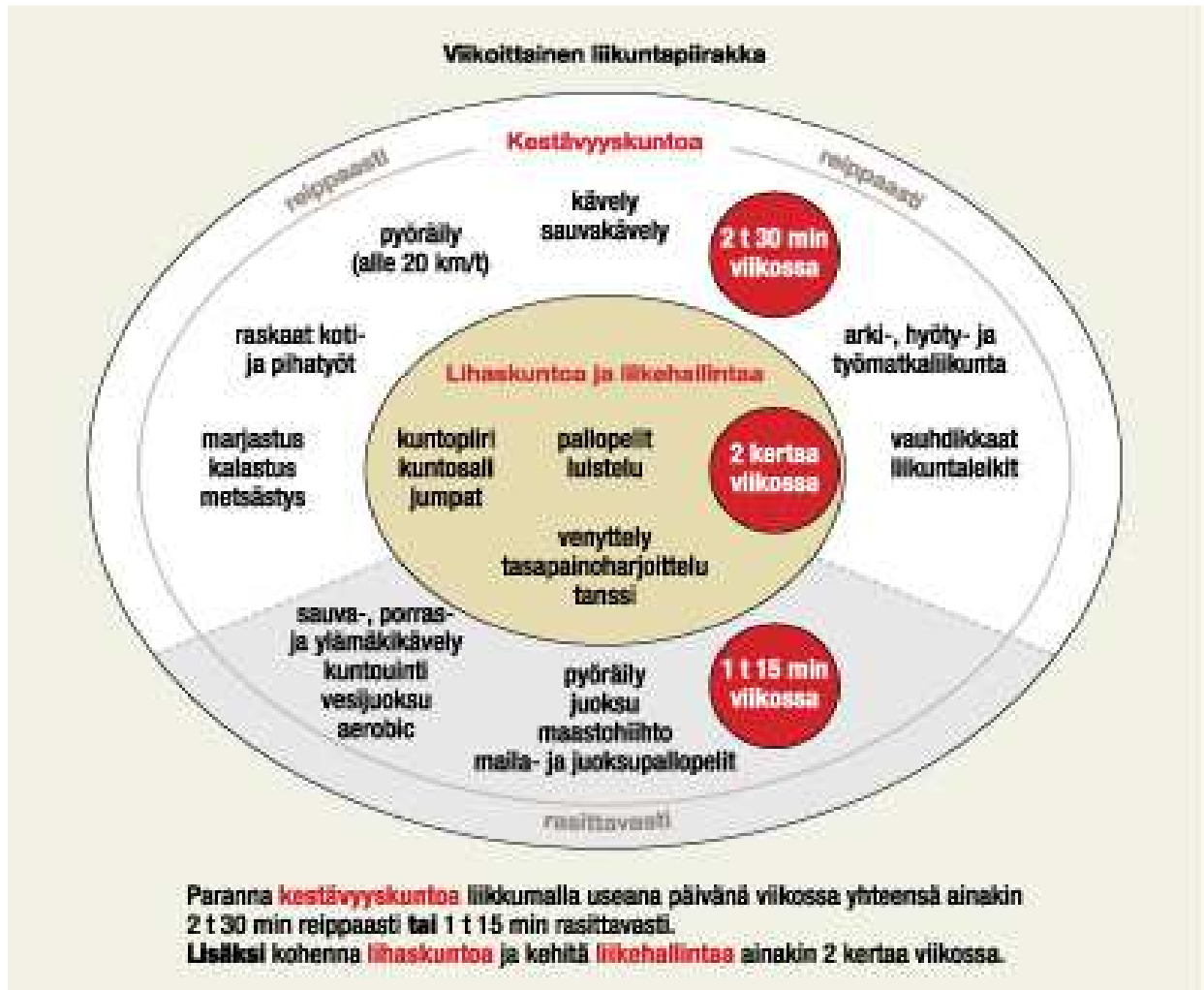
Aikaisemmin (esimerkiksi nuoruudessa) sairastettu syömishäiriö:

- Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)
 Muu syömishäiriö, mikä _____

JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA

Liikuntatottumukset

- 1) Kestävyyskuntoa kehittävää liikuntaa, _____h/vko
- 2) Lihaskuntoa/liikehallintaa kehittävää liikuntaa, _____h/vko



Kiitos vastauksistasi!

D Useimmiten tällaisissa tilanteissa...

- söin paljon tavallista nopeammin	1. Kyllä	2. En
- söin, kunnes tunsin oloni epämiellyttävän täydeksi	1. Kyllä	2. En
- söin suuria määriä ruokaa, vaikka en ollut nälkäinen	1. Kyllä	2. En
- söin yksin, koska häpesin syömiäni ruokamääriä	1. Kyllä	2. En
- tunsin itseinhoa, masentuneisuutta tai voimakasta syyllisyyttä	1. Kyllä	2. En

E Kuinka huolestunut olet viimeksi kuluneiden kuuden (6) kuukauden aikana ollut ylensyönnistäsi (siitä, että söit enemmän kuin ajattelette olevan Sinulle hyväksi)?

1. En ollenkaan huolestunut
2. Hieman huolestunut
3. Kohtalaisen huolestunut
4. Hyvin huolestunut
5. Erittäin huolestunut

F Kuinka huolestunut olet viimeksi kuluneiden kuuden (6) kuukauden aikana ollut tuntiessasi, että et pystynyt lopettamaan tai hallitsemaan syömistäsi (tai sitä, mitä ja miten paljon söit)?

1. En ollenkaan huolestunut
2. Hieman huolestunut
3. Kohtalaisen huolestunut
4. Hyvin huolestunut
5. Erittäin huolestunut

Kiitos vastauksistasi!

KUTSU RYHMÄÄN**Hyvä vastaanottaja**

Olette ravitsemusterapeutin vastaanotolla käydessänne kertonut olevanne kiinnostunut osallistumaan syömisen hallintaryhmään. Kutsummekin sinut nyt mukaan ryhmään, jonka tavoitteena on tasapainoisen ruokasuhteen muodostuminen.

Ryhmässä käytetään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Kognitiivinen työskentely tarkoittaa huomion kiinnittämistä siihen, miten henkilö rakentaa ajatteluaan ja päätelmiään. Työskentelyssä huomio kiinnitetään nykyiseen elämäntilanteeseen ja selviytymistaitojen tukemiseen, keskitytään siihen, mikä on nyt mahdollista. Tärkeä osa työskentelyä on selviytymiskeinojen kokeileminen omassa arjessa suunniteltujen välitehtävien avulla. Työskentelyn pohjana on hyvä yhteistyösuhte ohjaajan ja ohjattavan välillä, ohjattavan kokemuksia tutkitaan niitä tuomitsematta.

Ryhmää ohjaavat terveystyöntekijät Sanna Sinikallio, ravitsemustieteen opiskelija Maaria Nikunen sekä ravitsemusterapeutti Tarja Martikainen.

Ohjelmaan sisältyy seitsemän ryhmätapaamista maaliskuu-toukokuussa 2012. Ensimmäinen tapaaminen pidetään KYS:n kliinisen ravitsemuksen yksikössä **to 22.3.2012 klo 15.30–17.30**.

Muut tapaamiset pidetään samassa paikassa seuraavasti:

to 29.3.2012 klo 15.30–17.30
to 5.4.2012 klo 15.30–17.30
to 12.4.2012 klo 15.30–17.30
to 19.4.2012 klo 15.30–17.30
to 26.4.2012 klo 15.30–17.30
to 3.5.2012 klo 15.30-17.30.

Ryhmään osallistuminen on vapaaehtoista ja ryhmäkäynnit ovat osallistujille maksuttomia.

Annamme mielellämme lisätietoja ryhmästä. Jos haluat tulla mukaan ryhmään, ole hyvä ja ilmoittaudu Tarja Martikaiselle xxxxx@kuh.fi tai 044 xxx xxxx (mielellään tekstiviestinä) tai 017 xxx xxx.

TERVETULOA MUKAAN!

7.3.2012

TIEDOTE TUTKITTAVALLE**Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio ahmintatyypisen syömisen hallintaongelman hoidossa****Pyyntö osallistua tutkimukseen**

Kuopion Yliopistollisen sairaalan Lihavuuden hoitokeskuksessa on osana lihavuuden hoitoa käytetty kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä sekä yksilö- että ryhmähoidossa. Kognitiivinen työskentely tarkoittaa huomion kiinnittämistä siihen, miten henkilö rakentaa ajatteluaan ja päätelmiään. Työskentelyssä huomio kiinnitetään nykyiseen elämäntilanteeseen ja selviytymistaitojen tukemiseen, keskitytään siihen, mikä on nyt mahdollista. Tärkeä osa työskentelyä on selviytymiskeinojen kokeileminen omassa arjessa suunniteltujen kotitehtävien avulla. Työskentelyn pohjana on hyvä yhteistyösuhde ohjaajan ja ohjattavan välillä, ohjattavan kokemuksia tutkitaan niitä tuomitsematta.

Olette ilmoittautuneet mukaan em. menetelmiä hyödyntävään syömisen hallintaryhmään. Pyydämme teitä nyt mukaan tutkimukseen, jossa tarkastellaan kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien vaikutuksia ahmintatyypisen syömisen hallintaongelman ryhmähoidossa. Tutkimuksessa pyritään arvioimaan em. hoitomenetelmän vaikuttavuutta, ja tätä kautta edelleen kehittämään kl. ravitsemuksen yksikössä annettavaa lihavuuden hoitoa.

Tämä tiedote kuvaa kyseiseen ryhmäohjelmaan liittyvää tutkimusta ja Teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta vastaavat terveystieteiden psykologi Sanna Sinikallio ja ravitsemusterapeutti Tarja Martikainen.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, keskeyttämiseen mennessä Teistä kerätyt tiedot käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien vaikuttavuutta ahmintatyypisen syömisen hallintaongelman ryhmähoidossa.

Tutkimuksen kulku

Tutkimukseen liittyen täytätte painonhallintaryhmän alussa ja lopussa sekä 6 ja 12 kk ryhmän päättymisen jälkeen kyselylomakkeet joilla kartoitetaan syömiskäyttäytymistä mielialaa ja syömisen hallintaa. Samassa yhteydessä teidät punnitaan.

Ryhmäkäynnit ovat teille ilmaisia. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvista ryhmäohjelmista on hyötyä ahmintatyyppisen syömisen hallintaongelman hoidossa. Itse tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille suoranaista hyötyä. Tutkimuksesta tulevan informaation pohjalta pyrimme kuitenkin kehittämään yksikössämme toteutettavaa lihavuuden hoitoa, jolloin mukana olonne voi hyödyttää jatkossa yksikköön lihavuuden hoitoon tulevia potilaita.

Tutkimuksesta mahdollisesti aiheutuvat haitat ja epämukavuudet

Mikäli osallistutte tutkimukseen, vastaatte syömistapa- ja mielialakyselylomakkeisiin ja teidät punnitaan ryhmän ensimmäisellä ja viimeisellä tapaamisella sekä 6 kk ja 12 kk ryhmän päättymisen jälkeen. Tutkimukseen ei liity riskejä.

Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuojaja

Keräämme Teistä tietoa syömistapa- ja mielialakyselylomakkeilla sekä punnitsemme painonne ennen ensimmäistä ryhmätapaamista, viimeisen ryhmätapaamisen jälkeen sekä 6 kk ja 12 kk ryhmän päättymisen jälkeen. Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnuskoodi ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilytetään Kuopion yliopistollisen sairaalan kliinisen ravitsemuksen yksikössä lukollisessa kaapissa, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tutkimuksessa kerättävistä tiedoista ja tutkimustuloksista ei tehdä merkintöjä sairauskertomukseenne. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustietoja säilytetään Kuopion yliopistollisen sairaalan kliinisen ravitsemuksen yksikössä enintään kaksi vuotta tutkimuksen päättymisen jälkeen, jonka jälkeen ne hävitetään. Luottamuksellisia tietoja sisältävät paperit kerätään lukolliseen turvasäiliöön, jonka tyhjentämisestä ja sisällön hävittämisestä huolehtii Kiinteistö KYS Oy.

Tutkimuksen kustannukset ja rahoitus

Ryhmäkäynnit ovat ilmaisia. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimusryhmän jäsenet ovat työsuhteessa Itä-Suomen yliopistoon tai Kuopion yliopistolliseen sairaalaan eivätkä saa tutkimuksen suorittamisesta erillistä korvausta.

Tutkittavien vakuutusturva

Tutkimukseen osallistuvat henkilöt kuuluvat KYS:in potilasvahinkovakuutuksen piiriin.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksen tulokset julkaistaan Pro Gradu –tutkielmana ja mahdollisesti tieteellisenä artikkelina. Teille tiedotetaan niistä tutkimukseen mahdollisesti tulevista muutoksista, jotka voivat vaikuttaa osallistumiseen, esimerkiksi mahdollisista aikataulumuutoksista.

Tutkimuksen päätyminen

Tutkimus päättyy toukokuussa 2013.

Lisätiedot

Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta ja vastaamme kysymyksiin.

Ryhmänohjaajien yhteystiedot

Terveyspsykologi, PsT, dos.
Sanna Sinikallio
Itä-Suomen yliopisto, Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
puh. 044 xxx xxxx
sposti: xxxxx@uef.fi

Ravitsemusterapeutti, TtM
Tarja Martikainen
Kuopion yliopistollinen sairaala, Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
puh. 044 xxx xxxx
sposti: xxxxx@kuh.fi

Ravitsemustieteen opiskelija, TtK
Maaria Nikunen
Itä-Suomen yliopisto, Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
puh. 050xxxxxxx
sposti: xxxxx@student.uef.fi

28.1.2012

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS**Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio ahmintatyypin syömisen hallintaongelman hoidossa****Kuopion yliopistollinen sairaala, Kliinisen ravitsemuksen yksikkö & Itä-Suomen yliopisto, Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö**

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on **tutkia kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmien vaikutuksia ahmintatyypin syömisen hallintaongelman ryhmähoidossa.**

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi _____ __ / __ / 20 ____. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

Tutkittavan nimi_____
Tutkittavan syntymäaika_____
Tutkittavan osoite_____
Päivämäärä_____
Allekirjoitus**Suostumus vastaanotettu**_____
Tutkijan nimi

(Suostumuksen vastaanottaja)

Päivämäärä_____
Allekirjoitus

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Liite 6. Syömistapakysely (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ)
Lähde: (Karhunen 2012b)

Tutkimustunnus _____
Päiväys _____

KYS Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
Itä-Suomen yliopisto Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

SYÖMISTAPAKYSELY 1

Arvioi, pitävätkö seuraavat väitteet paikkansa Sinun kohdallasi. Mikäli väite mielestäsi kuvastaa syömistäsi, **ympyröi** vaihtoehto TOTTA (T), ja mikäli väite ei kuvaa Sinua, **ympyröi** vaihtoehto EI TOTTA (E). Vastaathan kaikkiin kysymyksiin. Valitse vaihtoehto, joka on lähempänä omaa syömistäsi.

	TOTTA	EI TOTTA
1. Paistin tuoksuessa tai nähdessäni mehukkaan lihapalan minun on hyvinvaikea olla syömättä, vaikka olen juuri lopettanut aterioinnin.	T	E
2. Syön yleensä liikaa muiden seurassa, esimerkiksi juhlissa ja vierailulla.	T	E
3. Olen tavallisesti niin nälkäinen, että syön useammin kuin kolme kertaa päivässä.	T	E
4. Kun olen syönyt päivittäisen kalorikiintiöni, pystyn tavallisesti olemaan syömättä sen enempää.	T	E
5. Laihduttaminen on niin vaikeaa minulle, koska tulen aivan liian nälkäiseksi.	T	E
6. Otan tarkoituksella pieniä annoksia pitääkseni painoni kurissa.	T	E
7. Joskus ruoka vain maistuu niin hyvältä, että jatkan syömistä, vaikkonenää olisi nälkäinen.	T	E
8. Koska minun on usein nälkä, toivoisin, että syödessäni joku asiantuntija kertoisiminulle, että olen jo syönyt tarpeeksi tai että voin vielä syödä jotain lisää.	T	E
9. Huomaan syöväni silloin, kun olen hermostunut tai kiihtynyt.	T	E
10. Elämä on liian lyhyt laihduttamisen murehtimiseen.	T	E
11. Koska painoni nousee ja laskee, olen ollut laihdutuskuurilla useammin kuin kerran.	T	E
12. Tunnen itseni usein niin nälkäiseksi, että minun kerta kaikkiaan täytyy syödä jotain.	T	E
13. Kun olen sellaisen henkilön kanssa joka syö liikaa, syön tavallisesti liikaa itsekin.	T	E
14. Minulla on aika hyvä käsitys tavallisen ruoan kalorimäärästä.	T	E
15. Joskus, kun alan syödä, tuntuu, etten vain pysty lopettamaan.	T	E
16. Minun ei ole vaikea jättää ruokaa lautaselle.	T	E
17. Tiettyihin aikoihin päivästä tulen nälkäiseksi, koska olen tottunut syömään silloin.	T	E
18. Jos laihduttaessani syön jotain kiellettyä ruokaa, syön tarkoituksella jonkin aikaavähemmän korvatakseni vahingon.	T	E

JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

TOTTA EI TOTTA

19. Jos joku seurassani syö, tulen usein itsekin niin nälkäiseksi, että syön.	T	E
20. Ollessani alakuloinen syön usein liikaa.	T	E
21. Nautin syömisestä niin paljon, etten halua pilata sitä laskemalla kaloreitaita tarkkailemalla painoani.	T	E
22. Nähdessäni jotain todella herkullista tulen usein niin nälkäiseksi, että minuntäytyy heti syödä.	T	E
23. Rajoittaakseni syömäni ruoan määrää lopetan usein syömisen ennen kuin olen aivan täynnä.	T	E
24. Tulen usein niin nälkäiseksi, että vatsani vaikuttaa pohjattomalta.	T	E
25. Painoni ei ole muuttunut juuri lainkaan viimeisen kymmenen vuoden aikana.	T	E
26. Olen aina nälkäinen, joten minun on vaikea lopettaa ennen kuin olen syönyt lautasen tyhjäksi.	T	E
27. Kun tunnen oloni yksinäiseksi, lohdutan itseäni syömällä.	T	E
28. Hillitsen tietoisesti syömistäni aterioilla, jottei painoni nousisi.	T	E
29. Joskus tulen hyvin nälkäiseksi myöhään illalla tai yöllä.	T	E
30. Syön mitä tahdon ja milloin mieleni tekee.	T	E
31. Käytän syömiseen yleensä paljon aikaa, asiaa sen kummemmin pohtimatta.	T	E
32. Lasken kaloreita pitääkseni painoni kurissa.	T	E
33. En syö joitakin ruokia, koska ne lihottavat minua.	T	E
34. Olen aina sen verran nälkäinen, että voin syödä.	T	E
35. Kiinnitän paljon huomiota vartaloni muutoksiin.	T	E
36. Jos laihduttaessani tulen syöneeksi jotain mitä ei olisi pitänyt, niin alan usein ahmia muitakin runsaskalorisia ruokia.	T	E

Vastaa seuraaviin kysymyksiin **ympyröimällä numero** sen vastausvaihtoehdon yläpuolelta, joka mielestäsi parhaiten sopii Sinuun.

37. Kuinka usein laihdutat tietoisesti pyrkiessäsi pitämään painosi kurissa?

1	2	3	4
Harvoin	Joskus	Tavallisesti	Aina

38. Olisiko kahden kilon painonmuutoksella vaikutusta elämääänne?

1	2	3	4
Ei lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Hyvin paljon

39. Kuinka usein tunnet itsesi nälkäiseksi?

1	2	3	4
Vain ruoka-aikoina	Joskus aterioiden välillä	Usein aterioiden välillä	Melkein aina

JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA

40. Auttavatko ylensyönnistä aiheutuvat syyllisyydentunteet Sinua rajoittamaan syömäsi ruoan määrää?

1 Ei koskaan	2 Harvoin	3 Joskus	4 Aina
-----------------	--------------	-------------	-----------

41. Kuinka vaikea Sinun olisi keskeyttää syöminen puolivälissä ateriaa ja olla sitten syömättä seuraavien neljän tunnin ajan?

1 Helppoa	2 Hieman vaikeaa	3 Melko vaikeaa	4 Erittäin vaikeaa
--------------	---------------------	--------------------	-----------------------

42. Kuinka tietoinen olet siitä, mitä kulloinkin syöt?

1 En lainkaan	2 Hieman	3 Melko	4 Erittäin
------------------	-------------	------------	---------------

43. Kuinka usein vältät ostamasta kotiisi houkuttelevia ruokia?

1 Tuskin koskaan	2 Harvoin	3 Tavallisesti	4 Melkein aina
---------------------	--------------	-------------------	-------------------

44. Kuinka todennäköistä on, että ostat vähäkalorisia kevyttuotteita?

1 Epätodennäköistä	2 Jossain määrin todennäköistä	3 Melko	4 Erittäin
-----------------------	-----------------------------------	------------	---------------

45. Syötkö järkevästi muiden seurassa ja ahmit yksinäsi?

1 En koskaan	2 Harvoin	3 Usein	4 Aina
-----------------	--------------	------------	-----------

46. Kuinka usein syöt tarkoituksella hitaasti, jotta Sinun tulisi syötyä vähemmän?

1 Tuskin koskaan	2 Harvoin	3 Melko usein	4 Erittäin usein
---------------------	--------------	------------------	---------------------

47. Kuinka usein jätät jälkiruoan väliin, koska et ole enää nälkäinen?

1 Tuskin koskaan	2 Harvoin	3 Ainakin kerran viikossa	4 Melkein joka päivä
---------------------	--------------	------------------------------	-------------------------

48. Kuinka todennäköistä on, että syöt tietoisesti vähemmän kuin mielesi tekee?

1 Epätodennäköistä	2 Jossain määrin todennäköistä	3 Melko todennäköistä	4 Erittäin
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------

49. Ahmitko joskus suuret määrät ruokaa, vaikka et olisi nälkäinen?

1 En koskaan	2 Harvoin kerran	3 Joskus	4 Ainakin viikossa
-----------------	---------------------	-------------	-----------------------

JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

50. Asteikolla 0-5, jossa 0 tarkoittaa syömisen rajoittamattomuutta (syöt mitä tahansa milloin huvittaa) ja 5 tarkoittaa kokonaisvaltaista rajoittamista (jatkuvaa ruoankäytön rajoittamista, josta ei koskaan anneta periksi), **ympyröi** numero, jolla kuvaisit itseänne.

- 0 Syön aina mitä tahansa mieleni tekee, milloin huvittaa
- 1 Syön yleensä mitä tahansa mieleni tekee, milloin huvittaa
- 2 Syön joskus mitä tahansa mieleni tekee, milloin huvittaa
- 3 Rajoitan joskus syömistäni, mutta usein myös annan periksi
- 4 Rajoitan yleensä syömistäni, harvoin annan periksi
- 5 Rajoitan aina syömistäni, enkä koskaan anna periksi

51. Missä määrin seuraava väittämä kuvaa syömistapojasi? "Aloitan aamulla laihduttamisen, mutta koska päivän aikana sattuu kaikenlaista, olen iltaan mennessä luovuttanut ja syön mitä haluan, samalla luvaten itselleni aloittaa laihduttamisen alusta taas aamulla".

- | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ei lainkaan
kaltaiseni | Vähän kuten minä | Varsin hyvä
kuvaus minusta | Kuvaa
minuatäysin |

52. Rajoitatko tarkoituksellisesti syömistäsi aterioiden aikana, vaikka haluaisit syödä enemmän?

- | | | | |
|------|-------|---------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Aina | Usein | Harvoin | En koskaan |

Mikäli väite mielestäsi kuvastaa syömistäsi, **ympyröi** vaihtoehto TOTTA (T), ja mikäli väite ei kuvaa Sinua, **ympyröi** vaihtoehto EI TOTTA (E). Vastaathan kaikkiin kysymyksiin. Valitse vaihtoehto, joka on lähempänä omaa syömistäsi.

	TOTTA	EI TOTTA
53. Jos syön yhtenä päivänä vähän enemmän, korvaan sen syömällä vähemmän seuraavana päivänä.	T	E
54. Kiinnitän huomiota vartalooni, mutta nautin silti monenlaisista ruoista.	T	E
55. Suosin kevyt-tuotteita, jotka eivät ole lihottavia.	T	E
56. Jos syön yhdellä aterialla vähän enemmän, korvaan sen syömällä vähemmän seuraavalla aterialla.	T	E
57. Syön laihdutus tuotteita, vaikka ne eivät maistuisi kovin hyviltä.	T	E
58. Laihdutusruokavalion noudattaminen olisi minulle liian tylsä tapa pudottaa painoa.	T	E
59. Mieluummin jätän aterian kokonaan väliin kuin lopetan syömisen kesken aterian.	T	E
60. Olen välillä tiukalla laihdutuskuurilla ja välillä taas en kiinnitä paljoakaan huomiota siihen, mitä ja minkä verran syön.	T	E
61. Toisinaan jätän aterian väliin välttääkseni painon nousua.	T	E
62. Vältän periaatesyistä syömästä joitain ruokia, vaikka pidän niistä.	T	E
63. Pysin pitämään kiinni ennakkosuunnitelmasta, kun pudotan painoani.	T	E
64. Ilman ruokavaliosuunnitelmaa en tietäisi kuinka kontrolloida painoani.	T	E
65. Nopea onnistuminen on minulle laihduttaessa kaikkein tärkeintä.	T	E

Kiitos vastauksistasi!

Liite 7.Syömistapakysely (Binge Eating Scale, BES)
Lähde: (Suomen Lihavuustutkijat ry 2013)

Tutkimustunnus _____
Päiväys _____

KYS Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
Itä-Suomen yliopisto Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

SYÖMISTAPAKYSELY 2

Alla on joukko väittämiä numeroituina ja ryhmiteltyinä. **Lue kunkin ryhmän väittämät ja merkitse lomakkeeseen, mikä väittämistä kuvaa parhaiten sitä, miten koet omat syömiskäyttäytymisen hallintaan liittyvät ongelmasi.**

#1

1. En ole vaivautunut painostani tai koostani, kun olen toisten seurassa.
2. Olen huolestunut siitä, miltä näytän muiden silmissä, mutta tavallisesti se ei saa minua tuntemaan tyytymättömyyttä itseeni.
3. Olen vaivautunut ulkonäöstäni ja painostani, mikä saa minut tuntemaan tyytymättömyyttä itseeni.
4. Olen hyvin vaivautunut painostani ja tunnen usein voimakasta häpeää ja itseinhoa. Yritän välttää sosiaalisia tilanteita vaivautumiseni vuoksi.

#2

1. Minulla ei ole mitään vaikeuksia syödä hitaasti ja sopivalla tavalla.
2. Vaikka näytän hotkivan ruokani, en syömisen jälkeen tunne oloani täysinäiseksi liiasta syömisestä.
3. Toisinaan syön nopeasti, jolloin tunnen oloni epämukavan täysinäiseksi jälkeenpäin.
4. Minulla on tapana hotkia ruokani, oikeastaan kunnolla purematta. Kun näin käy, tunnen yleensä oloni epämukavan täysinäiseksi, koska olen syönyt liikaa.

#3

1. Tunnen, että niin halutessani kykenen hallitsemaan syömishaluni.
2. Tunnen, että olen useammin kuin ihmiset yleensä epäonnistunut syömisen hallitsemisessa.
3. Koen itseni täysin avuttomaksi, mitä tulee syömishaluni hallitsemisen tunteeseen.
4. Koska tunnen itseni niin avuttomaksi syömisen hallinnan suhteen, olen tullut epätoivoiseksi yrittäessäni saada sen hallintaan.

JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

#4

1. Minulla ei ole tapana syödä, kun olen ikävystynyt.
2. Syön joskus, kun olen ikävystynyt, mutta usein pystyn keksimään jotain tekemistä ja saan ajatukset pois ruuasta.
3. Minulla on säännönmukaisesti tapana syödä, kun olen ikävystynyt, mutta toisinaan voin käyttää muuta toimintaa hyväkseni, jotta saan syömisen pois mielestäni.
4. Minulla on sitkeä tapa syödä, kun olen ikävystynyt. Mikään ei näytä auttavan minua irti tästä tottumuksesta.

#5

1. Minulla on yleensä fyysisesti nälkä, kun syön jotain.
2. Toisinaan syön hetken mielijohteesta, vaikka en itse asiassa olekaan nälkäinen.
3. Minulla on säännönmukaisesti tapa syödä ruokia, joista en oikeastaan pidä, jotta saisin tyydytettyä nälän tunteeni, vaikka en fyysisesti tarvitsekaan ruokaa.
4. Vaikka minulla ei ole fyysisesti nälkä, suussani on nälän tunne, jonka näyttää tyydyttävän vain se, että syön suun täyttävää ruokaa, esimerkiksi leipää. Joskus kun syön tyydyttääkseni "suun nälän", sylkäisen ruuan pois, jotta en lihoisi.

#6

1. En tunne syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.
2. Syötyäni liikaa tunnen toisinaan syyllisyyttä tai itseinhoa.
3. Koen lähes aina voimakasta syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.

#7

1. En menetä syömisen hallintaani kokonaan ollessani dieetillä sellaistenkaan kausien jälkeen, jolloin syön liikaa.
2. Joskus kun syön dieetillä ollessani "kiellettyä ruokaa", ajattelen että epäonnistuin ja syön vielä lisää.
3. Minulla on usein tapana sanoa itselleni "epäonnistuin, antaa siis mennä saman tien", kun syön liikaa dieetillä ollessani. Kun näin käy, syön vielä enemmän.
4. Minulla on säännöllisesti tapana aloittaa tiukka dieetti, mutta dieetti keskeytyy, kun rupean ahmimaan. Elämäni näyttää olevan joko yhtä "juhla-ateriaa" tai "nälkään nääntymistä".

JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA

#8

1. Syön harvoin niin paljon ruokaa, että tunnen itseni epämukavan täysinäiseksi jälkeenpäin.
2. Yleensä noin kerran kuussa syön niin suuren määrän ruokaa, että tunnen itseni lopulta hyvin täysinäiseksi.
3. Minulla on säännöllisesti kuukauden mittaan jaksoja, jolloin syön valtavan määrän ruokaa, joko aterioilla tai välipaloina.
4. Syön niin paljon ruokaa, että tunnen säännöllisesti oloni varsin epämukavaksi syömisen jälkeen ja joskus vähän pahoinvoivaksi.

#9

1. Nauttimani energiamäärä ei nouse kovin korkealle tai laske kovin matalalle tasolle säännöllisesti.
2. Joskus kun olen ylensyönyt, pyrin alentamaan energian saannin lähes nolnaan liikaa nauttimani energiamäärän tasaamiseksi.
3. Minulla on säännöllinen tapa syödä liikaa illan mittaan. Päiväjärjestykseni näyttää olevan sellainen, että en ole nälkäinen aamulla mutta ylensyön illalla.
4. Aikuisiällä minulla on ollut viikon mittaisia kausia, jolloin käytännöllisesti katsoen näännytän itseäni. Nämä kaudet tulevat ylensyömisjaksojen jälkeen. Näyttää siltä, että elämässäni joko "vietän juhlaa" tai "näen nälkää".

#10

1. Tavallisesti kykenen lopettamaan syömisen, kun haluan. Tiedän milloin "tarpeeksi on tarpeeksi".
2. Aika usein koen pakottavaa syömishalua, jota en näytä pystyvän hallitsemaan.
3. Koen usein voimakasta syömishalua, jota en näytä kykenevän hallitsemaan, mutta toisinaan taas pystyn hallitsemaan syömishaluni.
4. Tunnen olevani kyvytön hallitsemaan syömishaluni. Pelkään että en kykene lopettamaan syömistä vapaaehtoisesti.

#11

1. Minulla ei ole mitään vaikeuksia lakata syömästä, kun tunnen itseni kylläiseksi.
2. Pystyn tavallisesti lopettamaan syömisen, kun tunnen itseni kylläiseksi, mutta toisinaan syön liikaa, minkä jälkeen tunnen itseni epämukavan täysinäiseksi.
3. Minulla on vaikeuksia lopettaa syöminen, kun olen aloittanut, ja tavallisesti tunnen itseni epämiellyttävän täysinäiseksi syötyäni aterian.
4. Koska minulla on vaikeuksia lopettaa syöminen silloin kun haluan, minun täytyy joskus saada itseni oksentamaan, jotta pääsisin täysinäisyyden tunteesta.

JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

#12

1. Näytän syövän yhtä paljon, kun olen seurassa (perhe, sosiaaliset tilanteet), kuin silloin kun olen yksin.
2. Joskus kun olen toisten seurassa, en syö niin paljon kuin haluan syödä, koska olen vaivautunut syömisestäni.
3. Usein syön vain vähän ruokaa toisten läsnä ollessa, koska syömiseni nolostuttaa minua.
4. Häpeän niin paljon liikaa syömistäni, että pyrin valitsemaan yleensyömiselle sellaiset ajat, jolloin tiedän ettei kukaan näe minua. Tunnen olevani "kaappisyöppö".

#13

1. Syön kolme ateriaa päivässä ja vain satunnaisesti välipaloja.
2. Syön kolme ateriaa päivässä, mutta tavallisesti myös välipaloja.
3. Kun syön runsaasti välipaloja, tavakseni tulee jättää säännölliset ateriat väliin.
4. Minulla on säännöllisesti kausia, jolloin tuntuu että syön jatkuvasti, ilman mitään suunnitelmallisia aterioita.

#14

1. En juuri ajattele pyrkiväni hallitsemaan ei toivottua syömishalua.
2. Ainakin toisinaan tunnen, että ajatuksiani hallitsee pyrkimykseni hallita syömishalua.
3. Minusta tuntuu, että usein käytän paljon aikaa sen miettimiseen, kuinka paljon söin, tai sen pohtimiseen, miten yritän olla syömättä enää.
4. Minusta näyttää siltä, että suurimman osan valvellaoloajastani ajatuksiani hallitsee syöminen tai syömättä jättäminen. Tunnen että taistelen jatkuvasti ollakseni syömättä.

#15

1. En ajattele ruokaa kovin paljon.
2. Tunnen joskus voimakasta ruuan himoa, mutta yleensä vain lyhyen aikaa.
3. On päiviä, jolloin en näytä pystyvän ajattelemaan mitään muuta kuin ruokaa.
4. Suurinta osaa päivistäni näyttää hallitsevan ruuan ajatteleminen. Tunnen, että elän syödäkseni.

#16

1. Tiedän yleensä, olenko vai enkö ole fyysisesti nälkäinen. Otan oikean määrän ruokaa nälän tyydyttämiseksi.
2. Toisinaan olen epävarma siitä, olenko vai enkö ole fyysisesti nälkäinen. Tällöin on vaikea tietää, miten paljon minun pitäisi ottaa ruokaa nälän tyydyttämiseksi.
3. Vaikka tietäisin, miten paljon energiaa minun pitäisi saada, minulla ei ole mitään käsitystä siitä, mikä on "normaali" ruoka-annos minulle.

Kiitos vastauksistasi!

Liite 8. Depressiokysely (Beck Depression Inventory, BDI)
Lähde: (Duodecim 2007)

Tutkimustunnus _____

Päiväys _____

KYS Kliinisen ravitsemuksen yksikkö

Itä-Suomen yliopisto Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö

DEPRESSIOKYSELY

Tiedustelemme tällä lomakkeella mielialan erilaisia piirteitä. Vastaa kuhunkin kysymykseen sillä tavalla millaiseksi tunnet itsesi tällä hetkellä. **Ympyröi numero sen vaihtoehdon edestä, joka parhaiten kuvaa Sinua tällä hetkellä.**

1.

- 0 en ole surullinen
- 1 tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
- 2 olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä eroon
- 3 olen niin surullinen tai onneton ja se tuottaa minulle tuskaa
- 4 olen niin surullinen tai onneton, etten kestä enää

2.

- 0 en suhtaudu tulevaisuuteeni erityisen toivottomasti
- 1 tulevaisuus tuntuu minusta melko masentavalta
- 2 minusta tuntuu, ettei minulla ole tulevaisuudelta mitään odotettavaa
- 3 minusta tuntuu, etten koskaan pääse eroon huolistani
- 4 tulevaisuus tuntuu minusta toivottomalta, enkä jaksa uskoa, että asiat muuttuisivat parempaan päin

3.

- 0 en tunne epäonnistuneeni elämässä
- 1 minusta tuntuu, että olen epäonnistunut pyrkimyksissäni tavallista useammin
- 2 minusta tuntuu, etten ole saanut aikaan paljonkaan mainitsemisen arvoista
- 3 elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia
- 4 tunnen epäonnistuneeni täydellisesti ihmisenä

4.

- 0 en ole erityisen tyytymätön
- 1 olen suurimman osan ajasta ikävystynyt
- 2 en nauti asioista samalla tavalla kuin ennen
- 3 en saa enää tyydytystä mistään
- 4 olen täysin tyytymätön kaikkeen

JATKUU KÄÄNTÖPUOLELLA

5.

- 0 en tunne itseäni syylliseksi mihinkään
- 1 tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melko usein
- 2 minulla on syyllisyyden tunteita
- 3 nykyään tunnen itseni huonoksi ja arvottomaksi melkein aina
- 4 tunnen itseni hyvin huonoksi ja arvottomaksi

6.

- 0 minua ei mielestäni tällä hetkellä rangaista
- 1 minusta tuntuu, että jotain pahaa saattaisi tapahtua minulle
- 2 tunnen, että minua rangaistaan tällä hetkellä tai tulevaisuudessa
- 3 tunnen, että ansaitseen tulla rangaistuksi
- 4 haluan, että minua rangaistaan

7.

- 0 en ole pettynyt itseeni
- 1 olen pettynyt itseeni
- 2 en pidä itsestäni
- 3 minua inhottaa oma itseni
- 4 vihaan itseäni

8.

- 0 en tunne olevani muita huonompi
- 1 suhtaudun arvostelevasti itseeni heikkouksieni ja erehdysteni johdosta
- 2 moitin itseäni kaikesta, mikä menee vinoon
- 3 mielestäni minulla on liian monia huonoja puolia
- 4 syytän itseäni kaikesta pahasta, mitä tapahtuu

9.

- 0 en ole koskaan ajatellut vahingoittaa itseäni
- 1 joskus ajattelen itseni vahingoittamista, mutta en kuitenkaan aio tehdä sitä
- 2 minusta tuntuu, että olisi parempi, jos olisin kuollut
- 3 minulla on vakaa aikomus tehdä itsemurha
- 4 perheelleni olisi parempi, jos olisin kuollut
- 5 tekisin itsemurhan, jos vain voisin

10.

- 0 en itke tavallista enempää
- 1 itken nykyisin enemmän kuin ennen
- 2 itken nykyisin jatkuvasti, enkä voi lopettaa sitä
- 3 ennen kykenin itkemään, mutta nyt en voi, vaikka haluaisinkin

11.

- 0 en ole sen ärtyneempi kuin yleensäkkään
- 1 ärsyynnyn nykyisin helpommin kuin aikaisemmin
- 2 tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan
- 3 asiat, jotka saivat minut ennen ärsyntyymään eivät enää ärsytä minua

12.

- 0 en ole menettänyt kiinnostustani muita ihmisiä kohtaan
- 1 toiset ihmiset eivät enää kiinnosta minua niin paljon kuin ennen
- 2 olen menettänyt mielenkiintoni sekä tunteeni toisia ihmisiä kohtaan lähes kokonaan
- 3 olen menettänyt mielenkiintoni muihin ihmisiin, enkä välitä heistä lainkaan

13.

- 0 pystyn tekemään päätöksiä yhtä helposti kuin ennenkin
- 1 en ole enää yhtä varma itsestäni kuin ennen ja yritän lykätä päätösten tekoa
- 2 nykyisin en pysty tekemään päätöksiä ilman apua
- 3 en pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä

14.

- 0 luulen, etten näytä sen huonommalta kuin ennenkään
- 1 olen huolissani, että näytän vanhalta tai epämiellyttävältä
- 2 minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi ja näytän epämiellyttävältä
- 3 olen varma, että näytän rumalta ja vastenmieliseltä

15.

- 0 pystyn tekemään työtä kuten ennenkin
- 1 minkä tahansa työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia
- 2 en enää pysty tekemään työtä yhtä hyvin kuin ennen
- 3 pystyväkseni tekemään jotain, minun on väkisin pakotettava itseni siihen
- 4 en pysty enää tekemään minkäänlaista työtä

16.

- 0 pystyn nukkumaan yhtä hyvin kuin ennenkin
- 1 herätessäni aamuisin olen paljon väsyneempi kuin ennen
- 2 herään 1–2 tuntia tavallista aikaisemmin ja minun on vaikea nukahtaa uudelleen
- 3 herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia kauempaa

17.

- 0 en väsy enempää kuin tavallisesti
- 1 väsyn helpommin kuin ennen
- 2 vähäinenkin tekeminen väsyttää minua
- 3 olen liian väsynyt tehdäkseni mitään

18.

- 0 ruokahaluni ei ole sen huonompi kuin ennenkään
- 1 ruokahaluni ei ole yhtä hyvä kuin ennen
- 2 ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen
- 3 minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua

19.

- 0 painoni on pysynyt ennallaan tai noussut (*jos **noussut**, siirtykää kysymykseen 19b.*)
- 1 olen laihtunut enemmän kuin 2,5 kg
- 2 olen laihtunut enemmän kuin 5 kg
- 3 olen laihtunut enemmän kuin 7,5 kg

19b.

- 0 painoni on noussut enemmän kuin 2,5 kg
- 1 painoni on noussut enemmän kuin 5 kg
- 2 painoni on noussut enemmän kuin 7,5 kg

20.

- 0 en ole huolissani terveydestäni tavallista enempää
- 1 kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyyn ja kipuun sekä muihin epämiellyttäviin ruumiillisiin tuntemuksiini
- 2 olen niin huolissani tuntemuksistani, että minun on vaikea ajatella mitään muuta
- 3 terveyteni ja tuntemusteni ajattelemisen on kokonaan vallannut mieleni

21.

- 0 en ole havainnut viime aikoina muutosta kiinnostuksessani sukupuolielämään
- 1 kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt entisestä
- 2 kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempi kuin ennen
- 3 olen menettänyt kaiken mielenkiinnon sukupuolielämään

Kiitos vastauksistasi!

Liite 9. Ahdistuskysely (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Lähde: (Duodecim 2013)

Tunnustunnus _____

Päiväys _____

**KYS Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
Itä-Suomen yliopisto Kliinisen ravitsemustieteen yksikkö****AHDISTUSKYSELYLOMAKE**

Alla on lueteltu tuntemuksia, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut. Ympyröi numero sen mukaan, miten paljon tuntemus on rasittanut sinua **kuluneen viikon aikana** tämä päivä mukaan lukien.

	ei lainkaan	lievästi	kohtalaisesti (hyvin epämiellyttävää, mutta kestin sen)	vakavasti (niin vakavaa, että hädin tuskin kestin sen)
1. Puutuminen tai kihelmöinti	0	1	2	3
2. Kuuma olo (joka ei johdu lämpötilasta)	0	1	2	3
3. Heikotus jaloissa	0	1	2	3
4. Kyvyttömyys rentoutua	0	1	2	3
5. Pelko siitä, että pahin tapahtuu	0	1	2	3
6. Huimaus	0	1	2	3
7. Sydämentykytys	0	1	2	3
8. Tasapainohäiriöt	0	1	2	3
9. Kauhun tunne	0	1	2	3
10. Hermostuneisuus	0	1	2	3
11. Tukehtumisen tunne	0	1	2	3
12. Käsien vapina	0	1	2	3
13. Muu vapina	0	1	2	3
14. Itsehillinnän menettämisen pelko	0	1	2	3
15. Hengitysvaikeus	0	1	2	3
16. Kuolemanpelko	0	1	2	3
17. Yleinen pelokkuus	0	1	2	3
18. Ruoansulatusvaikeudet	0	1	2	3
19. Pyörtymisen pelko	0	1	2	3
20. Punastuminen	0	1	2	3
21. Hikoilu (joka ei johdu kuumuudesta)	0	1	2	3

Kiitos vastauksistasi!

Liite 10. Tyytyväisyyskysely

KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA
 Kliinisen ravitsemuksen yksikkö
 Vastuhenkilöt: Tarja Martikainen
 Hyväksyjä: Helena Gylling

ASIAKASPALAUTE / R:MUUT/asiakaspalaute

26.10.2011

Arvoisa ryhmäläinen!

Toimintamme kehittämiseksi toivomme mielipidettänne hoidostanne ja siihen liittyneistä asioista (ryhmä).

1. Millaisia odotuksia teillä oli ryhmälle? _____

2. Millä tavoin ryhmä vastasi odotuksianne?

	Hyvin	Kohtalaisesti	Huonosti	Ei lainkaan
Palvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedonsaanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aikataulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annettu materiaali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kuinka paljon arvelette käytännössä hyötyväanne ryhmässä saamastanne ohjauksesta

Erittäin paljon Paljon Jonkin verran En lainkaan

Olen entistäkin epätietoisempi siitä, kuinka toteutan ruokailuni käytännössä

4. Millaisia ehdotuksia teillä on toimintamme kehittämiseksi _____

5. Minkä yleisarvosanan annatte ryhmälle?

- kiitettävä
- hyvä
- tyydyttävä
- huono

Kiitos vastauksistasi!

Liite 11. Tapausesimerkki

Saijan tarina

Saija oli aktiivinen ja liikunnallinen nuori nainen. Opiskeluaikoina hän teki paljon töitä ja suoritti opintonsa hyvin arvosanoin. Opiskelun loppuvaiheessa Saijan valmistuminen kuitenkin viivästyi opinnäytetyöpaikan sotkujen vuoksi, ja samalla työpaikka irtisanoi hänet. Työpaikan menetys ja valmistumisen viivästyminen aiheuttivat rahaongelmia. Samaan aikaan tapahtunut ero poikaystävästä sai Saijan masentumaan. Jossain vaiheessa Saijalle määrättiin masennuslääkkeet.

Vuoden sairastamisen jälkeen Saija sai hankittua itselleen työpaikan. Työn aloittamisen jälkeen hän päätti, että työ on parasta terapiaa, ja lopetti masennuslääkkeiden käytön. Saijan "uudessa elämässä" kaikki sujui hyvin. Hän alkoi seurustella mukavan miehen kanssa. Myöhemmin he menivät naimisiin ja saivat yhdessä kaksi lasta. Ahdistavissa tilanteissa Saija kuitenkin alkoi tukeutua naposteluun. Erityisesti yksin ollessa napostelu usein karkasi käsistä. Saija jatkoi syömistä siihen saakka että tuli huonovointiseksi. Ylimääräinen syöminen aiheutti ahdistusta, mutta Saijalla ei ollut oikein ketään, jonka kanssa asiasta olisi kehdannut puhua. Vaa'allakaan ei uskaltanut enää käydä, kun jatkuvasti kasvava lukema toi pahan mielen.

35-vuotiaana Saija uskaltautui vaa'alle ja totesi, että painoa oli tullut 15 kiloa lisää. Paino itsessään ei Saijaa vielä huolettanut, mutta oma peilikuva näytti omituiselta. "En se ole minä", Saija ajatteli. Seuraavana vuonna Saijan esimies vaihtui ja töissä piti kiirettä. Tämän stressaavan jakson aikana Saija lihoi toiset 15 kiloa. Joka ilta Saija päätti aloittaa terveellisemmän elämän, mutta seuraavan päivän kiireiden myötä asia lykkääntyi.

Tällä hetkellä Saija 40-vuotias ja hänen lapsensa ovat kouluikäisiä. Saija tekee toimistotyötä ja hänen miehensä matkustelee työnsä vuoksi paljon. Vaa'alla käynti ahdistaa ja vaatteiden sopimattomuus ärsyttää. Saija on yrittänyt laihduttaa, mutta lukuisat laihdutusyritykset ovat osoittautuneet tuloksettomiksi – aluksi paino putoaa mukavasti, mutta innostuksen mentyä ohi pieni poikkeama dieetistä johtaa ahmimiseen, ja paino nousee nopeasti, yleensä lähtöpainoa korkeammalle. Saija on kertonut miehelleen ahmimisesta sivumennen.

Saijan tyypillinen päivä koostuu lapsien viemisestä kouluun, työpäivästä ja kotiaskareiden teosta. Tänäpäin Saija on väsynyt, sillä hänen miehensä on ollut jo viikon työmatkalla, ja Saija on joutunut hoitamaan kaikki kotiaskareet yksin. Lapsetkin ovat kiukutelleet, kun Saijalla ei ole riittänyt aikaa läksyjien kanssa auttamiseen. Aamuäkäilyistä huolimatta Saija saa vietyä lapset ajoissa kouluun ja ehtii vielä itsekkin ajoissa töihin. Töissä kuitenkin pitää kiirettä ja Saija joutuu jäämään ylitöihin. Lounas jää väliin ja tulee kuitattua pikaisesti suklaapatukalla. Töistä lähdettyään Saija käy ostamassa läheiseltä grilliltä kaksi kebabannosta ja hampurilaisia, jotka hän piilottaa lapsiltaan takakonttiin. Saijan valtaa ihana odotuksen tunne, kun tietää että saa ruokaa. Ostokset eivät harmita Saijaa, sillä onhan hän ollut koko sen ajan, jonka mies on ollut poissa, ahmimatta. Päivän toisen suklaapatukan hän nappaa autossa iltapäiväkerhon pihalla. Lapsille Saija kokkaa kotona ruoan, mutta syö itse siitä vain näön vuoksi. Lasten mentyä nukkumaan Saija hakee ruoat takakontista ja hotkii kebabit ja hampurilaiset viinin kanssa. Aterian jälkeen Saija tuntee olevansa kuin käärme, joka on nielaissut peuran. Ahdistus valtaa mielen. Saija kokee epäonnistuneensa jälleen yhdessä laihdutusyrityksessä, ja käy sujauttamassa hampurilaispaperit salaa ulkoroskikseen. Nukahtaessaan Saija yrittää tynnyttellä itseään, että onneksi huomenna ei sitten olekaan niin kova nälkä: "Varmuuden vuoksi voisin huomenna valmistaa ison kattilallisen kasviskeittoa. Olisi sitten ainakin terveellistä ahmittavaa."

Seuraavana aamuna herätessään Saija häpeää eilistä ahmimistaan ja kokee syyllisyyttä. Töissä Saija tuntee olonsa epä mukavaksi, sillä vaatteet kiristävät. Saija on ihan varma, että työkaverit tuijottavat häntä ja miettivät: "Tekis toikin nyt ittelleen jotain." Saijan tekisi mieli huutaa takaisin: "Ai

tosta noin vain?! No etteikö ole yritetty?!” Illalla miehen kotiinpaluun kunniaksi koko perhe lähtee elokuviin, ja teatterista ostetaan asiaan kuuluvat leffasyömiset. Saija tuntee olonsa stressaantuneeksi, sillä hän joutuu syömään herkkuja muiden seurassa eikä voi ahmia. Kotiin päästyään ja lasten mentyä nukkumaan Saija purkaa koko viikon väsymyksensä mieheensä, mikä johtaa riitaan. Mies menee nukkumaan. Saija pakenee tilannetta ahmimiseen ja syö yksinäisyyteensä ja suruunsa. Saijalla on paha olo jo ennestään leffaherkuista, mutta silti hänen on pakko saada jotain lisää. Hän syö syömästä päästyään ja tukahduttaa itkun kurkkuunsa ahtamalla sinne lisää syötävää, mitä tahansa jääkaapista löytyy. Hän kiroaa, kun ei osaa oksentaa. Kun Saija on varma että mies on nukahtanut, hän kömpii varovasti omalle puolelleen sänkyä ja nukahtaa.

Saija on huolissaan perhesuhteistaan: miten ahminnan salailu vaikuttaa parisuhteeseen ja perivätkö lapset hänen syömiskäyttäytymisensä? Myös Saijan sosiaalinen elämä on alkanut kärsiä. Hän tapaa yhä vähemmän ystäviään ja on lopettanut rakkaan harrastuksensa pianonsoiton. Ystävien tapaamisista Saija on luistanut sanomalla olevansa milloin sairas, milloin stressaantunut töistä, milloin haluavansa viettää aikaa perheensä kanssa. Viime aikoina tekosyitä on tarvinnut keksiä vähemmän, sillä ystävät ovat väsyneet pyytämään Saijaa viettämään aikaa kanssaan. Saijan vapaa-aika pyörii pitkälti kotitöiden ympärillä. Hän huomaa syövänsä, kun ei ole muuta tekemistä. Ruokaan menee suunnattomasti rahaa. Saija on loputtoman kyllästynyt tilanteeseen ja ajattelee: ”Huomenna jotain radikaalia muutosta tähän elämään on pakko tehdä. Näin ei voi jatkaa.”

Liite 12. Ruokapäiväkirja

RUOKAPÄIVÄKIRJA

Täyttöohje:

Pidä ruokakirjanpitoa itseäsi varten, jotta voit paremmin seurata omaan syömiseesi vaikuttavia asioita. Voit pitää ruokapäiväkirjaa niin kauan, kuin koet tarpeelliseksi. Muista tarkastella ja arvioida kirjanpitoasi. Mihin asioihin vaikuttaminen voisi olla hyödyllistä tavoitteidesi saavuttamiseksi?

Aika

- Merkitse ruokailun aloitusaika (esim. 11.30)

Paikka

- Merkitse ruokailupaikka (esim. kotona keittiössä, kotona sohvalla, kahvilassa, työpaikkaruokalassa jne.)

Ruoat ja juomat

- Kirjaa muistiin kaikki nauttimasi ruuat ja juomat heti syötyäsi
- Muista kirjata myös kaikki naposteltavat
- Kirjaa myös ruuan ja juoman laatu mahdollisimman tarkasti (esim. kevytmaito, lauantaimakkara, ruisleipä, Oivariini)

Ruon määrä

- Ilmoita talousmittoina (esim. tl, rkl, dl, lasillinen, lautasellinen, viipale, kpl)
- Voit myös kuvailla ruokamäärää muuten (esim. ohut, keskikokoinen, kananmunan kokoinen, puolikas)

Ahmiminen

- Ympyröi oman kokemuksesi mukaan, tapahtuiko aterian aikana ahmimista.

Nälkä ennen ruokailua

- Ympyröi ateriana edeltävää näläntunnetta parhaiten kuvaava vaihtoehto

Kylläisyys ruokailun jälkeen

- Ympyröi aterian jälkeistä kylläisyudentunnetta parhaiten kuvaava vaihtoehto

Tapahtumayhteys

- Kirjaa tähän ruokailun edeltäviä tai jälkeisiä tilanteita, jotka vaikuttivat ruokailuun. Esim. "En ollut kuuteen tuntiin syönyt mitään." tai "Söin kiireellä, sillä minulla oli kiire tapaamiseen."

Päivämäärä:

Aika	Paikka	Ruuat ja juomat	Määrä	Nälkä ennen ruokailua	Kylläisyys ruokailun jälkeen	Ahmiminen	Tapahtumayhteys
				1 = ei lainkaan nälkä / ennestään täysi olo 2 = nälkä 3 = kova nälkä	1= ei kylläinen / voisin syödä lisää 2 = sopivasti kylläinen 3 = liian kylläinen / epämiellyttävä olo	1 = ei ahmimista 2 = vähän ahmimista 3 = paljon ahmimista	
				1 = ei lainkaan nälkä / ennestään täysi olo 2 = nälkä 3 = kova nälkä	1= ei kylläinen / voisin syödä lisää 2 = sopivasti kylläinen 3 = liian kylläinen / epämiellyttävä olo	1 = ei ahmimista 2 = vähän ahmimista 3 = paljon ahmimista	
				1 = ei lainkaan nälkä / ennestään täysi olo 2 = nälkä 3 = kova nälkä	1= ei kylläinen / voisin syödä lisää 2 = sopivasti kylläinen 3 = liian kylläinen / epämiellyttävä olo	1 = ei ahmimista 2 = vähän ahmimista 3 = paljon ahmimista	