



**TURUN
YLIOPISTO**

Kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) laihuushäiriön hoidossa nuorilla ja nuorilla aikuisilla

Maija Tiittanen

Syventävien opintojen kirjallinen opinnäytetyö

Kevätlukukausi 2026

Kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) laihuushäiriön hoidossa nuorilla ja nuorilla aikuisilla

Maija Tiittanen

Kliininen laitos
Kevätlukukausi 2026

Vastuhenkilö: Katri Lahti, LT

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Tiittanen, Maija: Kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) laihuushäiriön hoidossa nuorilla ja nuorilla aikuisilla

Syventävien opintojen kirjallinen opinnäytetyö, 56 s.

Nuorisopsykiatria

Huhtikuu 2026

Syventävien opintojen opinnäytetyöni on muodoltaan kirjallisuuskatsaus. Työni tavoitteena on käsitellä kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) merkitystä laihuushäiriön hoidossa. Erityisesti tarkoituksena on tutkia sen ajallista soveltuvuutta suhteessa potilaan painoon, hoidossa oloaikaan ja sairastamisaikaan. Käsittelen aihetta sekä aikuisten että alaikäisten laihuushäiriöpotilaiden osalta.

Kirjallisuuskatsauksessa käsittelen laihuushäiriötä sairautena, sen diagnostiikan kulmakiviä sekä monitahoisia hoitomahdollisuuksia. Tarkastelen lisäksi kognitiivisen psykoterapian ja KKT:n historiaa, niiden taustalla olevaa ajattelumallia sekä näiden terapiamuotojen sovelluksia ja hyödyntämistä mielenterveyden häiriöiden hoidossa.

Katsauksen materiaalina on käytetty Medline-, APA PsycInfo- ja APA PsycArticles -tietokannoista haettuja artikkeleita. Artikkelihakua rajattiin muun muassa julkaisupaikan, kielen sekä tutkimustyyppin perusteella. Katsaukseen valikoituneet artikkelit sekä niiden merkittävimmät löydökset katsauksen kannalta käsitellään tarkemmin Tulokset- ja Pohdinta-luvuissa.

Tarkastelemieni artikkelien mukaan kognitiivisesta psykoterapiasta ja KKT:sta laihuushäiriön hoidossa on suhteellisen hyvin tutkimusnäyttöä aikuispotilailla. Nuorilla potilailla tehtyjä tutkimuksia on toistaiseksi hyvin vähän, joten nuorten osalta myös tutkimusnäyttö jää puutteelliseksi. Artikkelien tulosten valossa voidaan kuitenkin todeta, että erityisesti nuorilla aikuisilla KKT:ta voidaan pitää yhtenä ensilinjan hoitovaihtoehtona. Nuoremmilla potilailla perhekeskeiset interventiot ovat perinteisesti olleet ensisijaisia, ja niiden osalta tutkimusnäyttö onkin vahvaa. Kuitenkin myös KKT-interventioista nuorilla on alustavaa näyttöä, mutta perheterapiaa ja KKT:ta vertailevia tutkimuksia on vielä niukasti, ja lisää tutkimustietoa aiheesta tarvitaan. KKT:n ajoittamisen näkökulmasta alustava tutkimusnäyttö viittaa siihen, että KKT on sovellettavissa sekä hoidon varhaisessa että myöhäisemmässä vaiheessa, mutta hoidon painopisteet on syytä sovittaa kulloiseenkin kliniseen tilanteeseen.

Avainsanat: laihuushäiriö, kognitiivinen psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, KKT

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	LAIHUUSHÄIRIÖ	6
2.1	LAIHUUSHÄIRIÖ SAIRAUTENA	6
2.1.1	Laihuushäiriö eli anorexia nervosa.....	6
2.1.2	Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksessa	7
2.1.3	Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksessa.....	8
2.1.4	Miehet ja syömishäiriöt	9
2.2	ETIOLOGIA	10
2.2.1	Altistavat ja laukaisevat tekijät	10
2.3	LAIHUUSHÄIRIÖN PSYKKISET OIREET	11
2.3.1	Laihuushäiriön psykologiset oireet	11
2.3.2	Laihuushäiriön psykiatrinen samanaikaissairastavuus	14
2.4	LAIHUUSHÄIRIÖN HOITO	14
2.4.1	Hoidon tavoitteet ja porrastus	15
2.4.2	Laihuushäiriö ja lääkehoito	17
2.4.3	Laihuushäiriön psykososiaalinen hoito.....	18
2.4.4	Laihuushäiriön psykoterapeuttinen hoito.....	19
3	KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA JA KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA.....	21
3.1	Kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian historia	21
3.2	Työskentely kognitiivisessa psykoterapiassa ja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa .	23
3.3	Kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia laihuushäiriön hoidossa	24
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	26
5	TULOKSET	28
6	POHDINTA	32
6.1	Sairauden keston vaikutus hoitovasteeseen	33
6.2	Painotason merkitys hoidon alkaessa.....	34
6.3	Hoidon kesto ja intensiteetti hoitotulosten selittäjänä	36
6.4	Hoitotuloksia moderoivat tekijät kognitiivisessa psykoterapiassa ja KKT:ssa	38
6.5	Hoidon ajoitus.....	39
6.6	Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus nuorilla verrattuna aikuisiin laihuushäiriön hoidossa.....	41
6.7	Uuden aallon kognitiiviset psykoterapiat sekä integroidut terapiamuodot.....	42
	LÄHTEET	44

1 JOHDANTO

Syömishäiriöissä potilaan suhde ruokaan, syömiseen tai omaan kehoon sekä usein myös liikuntaan vääristyy niin voimakkaasti, että se uhkaa potilaan terveyttä ja toimintakykyä. Oireet häiritsevät jokapäiväistä elämää ja heikentävät elämänlaatua. Vaikka valtaosa syömishäiriöön sairastuneista on nuoria naisia, niitä esiintyy sukupuolesta, iästä, painosta, sosioekonomisesta asemasta ja etnisestä taustasta riippumatta. Syömishäiriöt ovat usein pitkäkestoisia sairauksia. Keskimääräinen sairauden kesto on noin kuusi vuotta, mutta kesto vaihtelee kuitenkin valtavasti. Syömishäiriöt voivat muuttaa muotoaan tyyppistä toiseen, esimerkiksi kolmasosalla laihuushäiriöpotilaista taudinkuva muuttuu ahmimishäiriöksi.

Anorexia nervosa (AN) eli laihuushäiriö on syömishäiriöihin lukeutuva vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy itse tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty aliravitsemustila. Hallitseva piirre on kehonkuvan vääristyminen. Diagnoosin kannalta olennaisia ovat myös merkittävä alipaino sekä tämän aiheuttama hypotalamus–aivolisäke–sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö.

Laihuushäiriön esiintyvyys länsimaissa on väestötutkimusten mukaan naisilla keskimäärin 0,9 %. Suomalaisen kaksostutkimuksen perusteella 2,2 % naisista on sairastanut laihuushäiriön ennen 30. ikävuottaan.

2 LAIHUUSHÄIRIÖ

2.1 LAIHUUSHÄIRIÖ SAIRAUTENA

2.1.1 Laihuushäiriö eli anorexia nervosa

Anorexia nervosa (AN) eli laihuushäiriö on vakava mielenterveyden häiriö, jonka keskiössä on itse tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty aliravitsemustila. Hallitseva piirre on kehonkuvan vääristyminen: potilas kokee itsensä liian lihavaksi ja/tai pelkää lihomista. Lisäksi potilas on voinut asettaa itselleen epärealistisen alhaisen painotavoitteen. ICD-10-diagnoosiluokituksen diagnostisia kriteerejä ovat lisäksi merkittävä alipaino sekä siihen liittyvä hypotalamus-aivolisäkesukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka naisilla havaitaan kuukautisten puuttumisena ja miehillä tyypillisesti seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Esimurrosiässä tai tätä nuorempana sairastuneilla, niin tytöillä kuin pojilla, laihuushäiriö voidaan havaita murrosiän ja kasvun viivästymisenä tai pysähtymisenä. ICD-10-tautiluokituksessa erotetaan kaksi laihuushäiriödiagnoosia: laihuushäiriö F50.0 ja epätyypillinen laihuushäiriö F50.1. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia käytetään potilailla, joilla on tyypillisiä laihuushäiriön oireita, mutta joilta puuttuu vähintään yksi laihuushäiriön diagnostisista kriteereistä, esimerkiksi kuukautisten poisjääminen. Laihuushäiriön esiintyvyys länsimaissa on väestötutkimusten mukaan naisilla keskimäärin 0,9 %. Suomalaisen kaksostutkimuksen perusteella 2,2 % naisista on sairastanut laihuushäiriön ennen 30. ikävuottaan. ⁽¹¹⁴⁾

Laihuushäiriö on ennusteensa perusteella yksi vakavimmista mielenterveyden häiriöistä, sillä siihen liittyy merkittävä uusiutumisen ja kroonistumisen riski ja lisäksi siinä on psykiatrisista häiriöistä korkein kuolleisuus. Laihuushäiriö on usein myös kulultaan hyvin aaltoileva. Vakava aliravitsemustila ja toisaalta mahdollinen tyhjentyminen lisäävät riskiä sekä välittömille että myöhäisille komplikaatioille. Laihuushäiriöön liittyvistä elimellisistä muutoksista suurin osa paranee aliravitsemustilan korjaannuttua. Kuitenkin luustomuutokset, osteopenia tai osteoporoosi sekä hammasvauriot ovat usein luonteeltaan palautumattomia. ⁽⁷³⁾

Laihuushäiriö on tappavin psykiatrinen häiriö. Siihen liittyy kaikista psykiatrisista häiriöistä korkein kuolleisuus. Laihuushäiriössä vuosittainen kokonaiskuolleisuus on 5,1 kuolemaa/1 000 henkilövuotta. Sairastuneiden kuolemanriski muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna on yli 6-kertainen. Kuolema johtuu useimmiten nälkiintymiseen liittyvistä somaattisista seurauksista tai itsemurhasta. Tyypillisimpiä somaattisia kuolemaan johtavia tiloja ovat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, kuten rytmihäiriöt. ^(38, 114, 115)

Pidempi sairastamisaika, alhainen painoindeksi (BMI), toistuvat osastohoidot, alkoholin haitallinen käyttö, huono sosiaalinen toimintakyky, pakko-oireiset piirteet sekä tyhjentyminen (oksentaminen, ulostus- tai nesteentoistolääkkeiden käyttö) heikentävät ennustetta ja lisäävät kuolemanriskiä. On kuitenkin tärkeää huomioida, että varhainen hoitoon pääsy ja hoitoonohjaus sekä aktiivinen hoito-ote ovat yhteydessä hyvään ennusteeseen ja mahdollistavat jopa toipumisen sairaudesta täysin. Laihuushäiriöön sairastuneista arvioiden mukaan 50–70 % toipuu somaattisesti täysin, 20–30 %:lla oireilu lievenee, mutta jää pysyväksi, ja 10–20 %:lla häiriö kroonistuu. Laihuushäiriötä sairastavien nuorten lähiajan ennuste on kohtalaisen hyvä, mutta pitkäaikaisennuste selvästi huonompi. (73, 114)

Kaikki syömishäiriöt ovat yleisimmin pitkäkestoisia. Keskimäärin laihuushäiriö kestää kuusi vuotta. Osalla laihuushäiriöpotilaista sairaus kuitenkin jatkuu vaikeaoireisena ja pitkäkestoisena. Ajallisesta määritelmästä ei ole yksimielisyyttä, mutta käytännössä kyseessä on krooninen laihuushäiriö, kun potilaan sairaus on kestänyt vuosia eivätkä lukuisat hoitointerventiot ole tehonneet. Kuolemanvaara lisääntyy, kun BMI on alle 13. Koskaan ei tule menettää toivoa parantumisen suhteen – täydellistä parantumista on raportoitu jopa 12 vuoden sairastamisen jälkeen. (9, 48, 51, 73, 114, 126)

2.1.2 Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksessa

Laihuushäiriölle (anorexia nervosa) (F50.0) on määritelty diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen perusteella (Taulukko 1). Diagnostisista kriteereistä jokaisen on täytyttävä. Mikäli kaikki kriteerit eivät täyty, on kyseessä epätyypillinen laihuushäiriö.

Taulukko 1. Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan. ⁽¹¹⁴⁾

Taulukko 1. Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit.	
A	Potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI ¹⁾ on korkeintaan 17,5 kg/m ² . Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla tulee tapahtua painonlaskua.
B	Painonlasku on aiheutettu itse välttämällä ”lihottavia” ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
C	Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
D	Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Jos häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti, mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolien pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys voi olla poikkeavaa.
E	Ahmimishäiriön kriteerit ²⁾ A ja B eivät täyty
¹⁾	BMI lasketaan paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä. Tätä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.
²⁾	Ahmimishäiriön kriteerit <ul style="list-style-type: none"> A. Potilaalla on toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan), jolloin hän nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. B. Ajattelua hallitsevat syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä. C. Potilas pyrkii estämään ruoan ”lihottavat vaikutukset” itse aiheutetun oksentelun, ajoittaisen syömättömyyden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostuslääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytön avulla. D. Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava, ja hänellä on lihomisen pelko, mikä usein johtaa alipainoisuuteen. Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko.

2.1.3 Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksessa

DSM-5-luokituksessa laihuushäiriön diagnoosikuva on laveampi ja se eroaa osin ICD-10-luokituksesta (Taulukko 2). Pääosin DSM-5-luokitus pitää sisällään myös ICD-10:n epätyypillisen laihuushäiriön (F50.1). DSM-5-luokituksessa laihuushäiriödiagnoosi ei edellytä kuukautisten poisjäämistä. Lisäksi DSM-5 jakaa laihuushäiriön paastoamistyyppiseen muotoon ja ahmimisvatsatyhjennystyyppiseen muotoon. Rajoittava (restriktiivinen) eli paastoamistyyppinen laihuushäiriön muoto on kyseessä, kun viimeisten 3 kuukauden aikana henkilöllä ei ole ollut toistuvia ahminta- tai vatsatyhjennyskäyttäytymistä (itse aiheutettu oksentaminen ja/tai laksatiivien, diureettien ja/tai emeettien väärinkäyttö). Tähän alatyyppeihin kuuluvat sellaiset laihuushäiriön taudinkuvat, joissa painon lasku on saavutettu pääasiassa ruokavaliota rajoittamalla, paastoamalla

ja/tai liiallisella liikunnalla. Ahmimis-vatsantyhjennystyyppinen muoto taas on kyseessä silloin, kun viimeisten 3 kuukauden aikana henkilöllä on ollut toistuvia ahmimis-vatsantyhjennysepisodeja.

DSM-5-luokituksessa laihuushäiriö jaetaan tavallisesti vaikeusasteeseen potilaan painoindeksin perusteella (Taulukko 3).

Taulukko 2. Laihuushäiriön (anorexia nervosa) diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksen mukaan.

Taulukko 2. Laihuushäiriön (anorexia nervosa) diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksen mukaan.	
1	Energiansaannin rajoittaminen suhteessa tarpeeseen, mikä johtaa merkittävän alhaiseen painoon suhteessa ikään, sukupuoleen, kehitysvaiheeseen ja fyysiseen terveyteen. Merkittävän alhaisena painona pidetään painoa, joka on alhaisempi kuin normaalipainon alaraja.
2	Voimakas lihomisen tai painon nousun pelko, tai jatkuva painon nousua estävä käyttäytyminen, vaikka henkilö olisi jo äärimmäisen alipainoinen
3	Henkilön kokemus omasta painostaan tai kehonkuvastaan on häiriintynyt, painolla tai kehon muodolla on kohtuuttoman suuri vaikutus henkilön itsetuntoon, tai henkilö on pysyvästi kykenemätön näkemään matalan painon vakavuutta.

Taulukko 3. Laihuushäiriön luokittelu vaikeusasteisiin DSM-5-luokituksen mukaan.

Taulukko 3. Laihuushäiriön luokittelu vaikeusasteisiin DSM-5-luokituksen mukaan.	
Vaikeusaste	BMI
Lievä	$\geq 17 \text{ kg/m}^2$
Keskivaikea	16–16,99 kg/m^2
Vaikea	15–15,99 kg/m^2
Erittäin vaikea	$< 15 \text{ kg/m}^2$

2.1.4 Miehet ja syömishäiriöt

Eri syömishäiriöiden, myös laihuushäiriön, diagnostiset kriteerit soveltuvat huonommin pojille ja miehille, koska sairauden ilmiäsu on usein heillä erilainen kuin tytöillä ja naisilla^(8, 41, 55). Painoa ei sinänsä välttämättä pyritä vähentämään, mutta tyypillistä on lihasmassan kasvattamisen ja rasvan vähentämiseen tähtäävien kuurien vuorottelu sekä lisäravinteiden ja anabolisten steroidien käyttö⁽²⁸⁾. Miespuoliset syömishäiriötä sairastavat hakeutuvat naisia harvemmin hoidon piiriin. Hoitoon hakeutuvalla pojalla tai miehellä on usein ehtinyt kehittyä vakavampia komplikaatioita kuin hoitoon hakeutuvilla naisilla keskimäärin^(86, 102). Kasvuikässä olevilla miespuolisilla laihuushäiriöpotilailla yleistä on pituuskasvun taittuminen. Syömishäiriöön sairastumista edeltävästi pojat ja miehet ovat

naisiin verrattuna useammin ylipainoisia ^(16, 45). Miehillä samanaikaissairastavuus on hyvin yleistä ^(16, 21, 25, 110).

2.2 ETIOLOGIA

Laihuushäiriö on taustaltaan monitekijäinen sairaus. Sairastumisessa uskotaan olevan osa geneettisillä tekijöillä, psykologisilla ja neurobiologisilla mekanismeilla sekä näihin kytkeytyvillä ympäristötekijöillä. Laihuushäiriön kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan usein tarkastella jakamalla ne altistaviin tekijöihin, oireilun laukaiseviin tekijöihin sekä oireilua ylläpitäviin tekijöihin. ⁽⁷³⁾

2.2.1 Altistavat ja laukaisevat tekijät

Monet erilaiset psykologiset tekijät voivat altistaa laihuushäiriölle. Laihuushäiriöön sairastuvat ovat usein kasvaneet suorituksia arvostavassa ja korkean vaatimustason ilmapiirissä. Persoonallisuudeltaan sairastuneet ovat keskimääräistä useammin täydellisyyttä tavoittelevia, ahdistusherkkiä ja sisäänpäin kääntyneitä. Heillä on usein vaativan persoonallisuuden piirteitä, voimakas halu ja tarve miellyttää muita sekä alhainen itsetunto. ⁽⁷³⁾

Psykologiset ja kehitykselliset traumat (kuten turvaton varhainen kiintymyssuhde) altistavat niin ikään laihuushäiriölle. Laihuushäiriöön sairastumiselle voi altistaa mikä tahansa psykologinen tai kehityksellinen trauma ⁽¹⁰⁸⁾. Lisäksi eräässä tutkimuksessa on havaittu, että noin 13,7 %:lla laihuushäiriöpotilaista voidaan todeta myös samanaikainen PTSD ⁽⁹⁸⁾. Joissain tapauksissa altistavana tekijänä voi olla myös muu mielenterveyden häiriö. Monet muutkin elämänaikaiset kokemukset, kuten somaattinen sairastaminen ja jopa syntymään tai sikiöaikaan liittyvät komplikaatiot tai nuoreen tai perheeseen kohdistuneet stressitekijät, voivat olla häiriön synnyn taustalla ^(70, 107, 108, 124).

Perheen ilmapiiri voi vaikuttaa osaltaan sairastumisalttiuteen, mutta toisaalta ilmapiiri voi muuttua myös sairauden myötä.

Laihuushäiriöllä tiedetään olevan useita geneettisiä taustatekijöitä. Geneettiset tekijät vaikuttavat sekä laihuushäiriölle altistaviin luonteenpiirteisiin että biologisiin ominaisuuksiin. Laihuushäiriön riskin on todettu olevan 11-kertaisesti kohonnut sairastuneen naispuolisilla lähisukulaisilla ⁽¹¹²⁾. Genominlaajuisten assosiaatiotutkimusten (GWAS) tulosten perusteella laihuushäiriö tulisi käsitteellistää ”metabo-psykiatriseksi” sairaudeksi, jonka etiologiaan kuuluu heikentyneeltä sokerinsiedolta, tyypin 2 diabetekselta ja painon nousulta suojaava metabolinen profiili ⁽¹²⁵⁾. Lisäksi

neurobiologisissa tutkimuksissa on havaittu välittäjäainejärjestelmien poikkeavuuksia^(12, 37). Tällaisia ovat muun muassa yhteys serotonergisen 5-HT_{2A}-reseptorin sekä aivoperäisen neurotrofisen tekijän BDNF-geenin polymorfismiin. Näiden geenien toiminta vaikuttaa osaltaan mielialan ja syömisen säätelyyn^(73, 114).

Tavallisesti laihuushäiriön käynnistää laihduttaminen. Laihduttamisen taustalla voi olla yritys kohentaa omanarvontuntoa tai hallinnan kokemusta omasta elämästä. Aikuistumiseen sekä oman seksuaalisuuden ja identiteetin löytämiseen liittyy monilla nuorilla psykososiaalista stressiä, mutta erityisen voimakkaana stressi näyttäytyy niillä, joilla on ihmissuhdeongelmia, liiallista kriittisyyttä omaa itseä ja kehoa kohtaan sekä heikko itsetunto. Tällöin laihduttaminen voi olla eräänlainen yritys ratkaista nämä ongelmat.⁽⁷³⁾

Geneettisesti alttiilla henkilöllä laihuushäiriön laukaisevana tekijänä voi olla painon lasku jo itsessäänkin. On myös todettu, että laihuushäiriölle tyypillisen oirekuvan voi käynnistää myös tahaton painonlasku. Toisaalta laukaisevina tekijöinä voi olla myös ulkonäköä koskevat kommentit, kriittiset tai kriittisiksi tulkitut kommentit tai merkittävä elämäntilanteen muutos tai stressaava elämäntilanne.^(73, 114)

2.3 LAIHUUSHÄIRIÖN PSYKKISET OIREET

2.3.1 Laihuushäiriön psykologiset oireet

Laihuushäiriötä sairastavilla esiintyy monesti kaavamaisia ajatusvääristymiä ja uskomuksia. Nämä saattavat sekä altistaa syömishäiriöoireilulle että ylläpitää sitä. Sairauden edetessä vääristyneet ajatukset omasta itsestä, kehosta ja ruoasta voimistuvat aina vain enemmän. Oman painon hallinta voi sairastuneelle olla keskeinen itsearvostuksen lähde. Laihuus ja oman painon hallitseminen voivat tuoda potilaalle tunteen, että hän pystyy kontrolloimaan ainakin jotain omassa elämässään. Kyvyttömyys kontrolloida muuta elämää voi aiheuttaa ahdistusta. Sairastunut saattaa kokea elämäntilanteen tuntuvan kaoottiselta, ja sairastuneen sisäinen tarve noudattaa ympäristön vaatimuksia ja odotuksia dominoi kaikkea hänen tekemistään ja olemistaan.⁽⁷³⁾

Laihuushäiriön psykopatologiassa tyypillisiä piirteitä ovat ruumiinkuvan vääristyminen ja pelko lihavuudesta. Tyypillisesti henkilö ajattelee olevansa liian lihava, minkä vuoksi hän saattaa pakonomaisesti rajoittaa syömistään. Sairastunut asettaa usein itselleen alhaisen painotavoitteen, joka kuitenkin sairastamisen edetessä laskee tavanomaisesti epärealistiselle tasolle. Mikään vaa'an näyttämä lukema ei ole sairauden näkökulmasta tarpeeksi matala. Lisäksi tyypillistä on voimakas

itseinho ja tyytymättömyys niin omaan kehoon kuin persoonaankin. Monesti sairastunut kokee olevansa niin arvoton, ettei ansaitse mitään hyvää: ei lepoa, ruokaa, läheisiä. Pienikin epäonnistuminen, esimerkiksi se, ettei ole pystynyt välttämään syömistilannetta, voi saada sairastuneen pettymään itseensä, mikä voi puolestaan johtaa itsensä rankaisemiseen.

Sairauden oirekuva etenee usein pikkuhiljaa ja salakavalasti vaikeammaksi. Alkuvaiheessa henkilö saattaa ajatella voivansa lopettaa syömisen rajoittamisen milloin vain niin halutessaan. Sairaus tekee kuitenkin palaamisen riittävään ja normaaliin syömiseen mahdottomaksi. Sairaus tekee palaamisen riittävään ja normaaliin syömiseen mahdottomaksi, huolimatta siitä, että henkilö saattaa olla pahimmillaan jopa sairaalloisen alipainoinen. ⁽⁷³⁾

Yksi laihuushäiriön tyyppioire on anosognosia eli sairaudentunnettomuus ⁽⁷³⁾. Vaikka henkilön paino usein jatkaakin laskuaan, ei hän useinkaan tiedosta tilansa vakavuutta. Sairaudentunnettomuuden takia potilas ei välttämättä kykene havaitsemaan huonoa fyysistä kuntoaan. Hän saattaa näin ollen viimeisilläänkin voimillaan pyrkiä toteuttamaan pakonomaisia liikuntaan liittyviä rutiinejaan. Sairastunut ei koe tarvitsevansa ulkopuolista apua, sillä hän rationalisoi käyttäytymisensä, niin itselleen kuin muille, esimerkiksi terveellisten elämäntapojen noudattamisena. Toisaalta sairastunut voi myös ajatella, ettei hän ansaitse hoitoa; osittain siksi, että hän saattaa ajatella olevansa liian lihava ollakseen syömishäiriöpotilas – hän ei koe olevansa tarpeeksi sairas. Osittain siksi, että hän kokee olevansa niin arvoton, ettei hän ole ansainnut saada apua.

Merkittävä aliravitsemustila ja nälkiintyminen aiheuttavat elimistössä sekä fyysisiä että psyykkisiä muutoksia. Nämä muutokset, kuten pakkoajatukset, masentuneisuus ja ahdistus, sekä toisaalta monet somaattiset seuraukset, vain lisäävät syömishäiriöoireilua ja ylläpitävät sitä. Laihuushäiriö vaikuttaa laaja-alaisesti koko sairastuneen elämään – niin ihmissuhteisiin kuin toimintatapoihin – mikä johtaa itseään vahvistavaan noidankehään. ⁽⁷³⁾

Myös sairastuneen suhtautuminen syömiseen, ruokaan ja usein liikuntaankin on häiriintynyt. Syöminen ei enää sairastuneen elämässä ole luonnollinen osa päivää ja siihen liittyy usein voimakkaita tunnelatauksia, ahdistusta, pelkoa, itsevihaa ja pakkoa. Monella sairastuneella syömistapahtumaan liittyy usein varsin pakonomaisia rutiineja, jotka ulkopuolisen silmään vaikuttavat kummallisilta. Monilla sairastuneilla on ns. pelkoruokia, jotka perinteisesti ovat runsaskalorisia ruoka-aineita. Toisaalta toisilla taas pelkoruokana voi olla toisen henkilön tekemä ruoka, jonka sisältöä sairastunut ei tiedä, tai jollain ruoka-aineet, joiden tarkkaa määrää on vaikea arvioida, jos käytössä ei ole keittiövaakaa. Pelkoruokiin liittyy tyypillisesti välttämiskäyttäytymistä.

Syömisen ajattelemisen, suunnittelu ja vältteleminen, monesti pakonomainen liikunta sekä muu syömishäiriökäyttäytyminen alkavat vähitellen enemmän ja enemmän häiritä normaalia arkea. Laihuushäiriön oireet laskevat sairastuneen toimintakykyä usein merkittävästi. Heikkeneminen voi ilmetä useilla toimintakyvyn osa-alueilla: sosiaalisissa suhteissa, harrastuksissa, yleisessä terveydentilassa, työkyvyssä sekä opinnoissa suoriutumisessa. Sairastunut on usein juuttunut omiin rutiineihinsa ja on joustamaton näiden suhteen. Tämä estää osallistumista arjen toimintoihin, sillä rutiinien rikkoutuminen aiheuttaisi sairastuneelle erittäin voimakasta ahdistusta. Syömishäiriön ajatusvääristymien, rutiinien sekä energiavajeen myötä sosiaalinen elämä, ihmissuhteet ja aiemmat kiinnostuksenkohteet menettävät sairastuneen elämässä merkityksensä.

Sairastuminen vaikuttaa usein myös henkilön käytökseen ihmissuhteissa. Sosiaalinen elämä, ihmissuhteet ja aiemmat kiinnostuksenkohteet menettävät sairastuneen elämässä merkityksensä. Sairastuneella ei energia riitä harrastamaan tai edes olemaan kiinnostunut asioista ja muista ihmisistä. Hän vaikuttaa vetäytyvältä, ja sosiaaliset tilanteet aiheuttavat ahdistusta—etenkin jos niihin liittyy ruokatarjoilu, jonka sisältöä sairastunut ei pysty etukäteen selvittämään, tai toisaalta pelkästään muiden katseen alla syöminen. Sairastunut saattaa muuttua sairauden myötä myös luonteeltaan. Syömishäiriö voi saada herkästi rehellisenkin ihmisen valehtelemaan ja manipuloimaan, ja tästä sairastunut voi kokea valtavan huonoa omaatuntoa. Syömishäiriökäyttäytymisen peitteleminen nousee keskeiseksi prioriteetiksi. Lisäksi sairastunut saattaa saada voimakkaita tunteenpurkauksia: syömiseen liittyvät ristiriidat voivat aikaansaada aggressiivisuutta ja raivonpuuskia aikaisemmin rauhallisessa ja hyväkäytöksisessä henkilössä. Tunteenpurkaukset voidaan nähdä sekundaarisina syömishäiriöoireiden noudattamatta jättämisen herättämälle ahdistukselle. Sairastunut voi olla luonteeltaan hyvinkin empaattinen, mutta hänen energiansa ja ajatuskapasiteettinsa eivät riitä siihen, kun hänen mielensä täyttää syömishäiriöajatukset.

Kaikkiaan laihuushäiriö aiheuttaa sairastuneelle psyykkistä kärsimystä. Suuren osan ajastaan hän kokee riittämättömyyttä, masentuneisuutta, ahdistusta, tunteiden latistumista, ärtymistä sekä jatkuvaa ja pakonomaista ruoan, syömisen ja oman painon ajattelua. Tästä huolimatta myös sairaudesta irti päästäminen ja rutiineista luopuminen aiheuttavat yleensä erityisesti alkuun voimakasta ahdistusta. Syömishäiriöoireilu palvelee sairastuneen psyykkistä kokemusta, joten siitä irti päästäminen on vaikeaa. Paranemista saattaa vaikeuttaa pelko syömishäiriöön liittyvän kontrollin menettämisestä. Toisaalta sairastavalla saattaa olla pelko joutumisesta tyhjän päälle. Potilas on sairauden takia usein eristäytynyt ystävistään ja lopettanut harrastuksiaan, joten häntä pelottaa, jääkö hänen elämänsä mitään, jos hän luopuu syömishäiriöstä. Sairastuneen kanssa on siksi tärkeää yhdessä etsiä uusia selviytymiskeinoja ja toimintamalleja.

2.3.2 Laihuushäiriön psykiatrinen samanaikaissairastavuus

Laihuushäiriötä sairastavilla todetaan elämänsä aikana keskivertoväestöä enemmän muita mielenterveydenhäiriöitä ⁽⁸⁴⁾. Komorbiditeeteista yleisimpiä ovat ahdistuneisuushäiriö ja vakava masennus ^(47, 118). Vakava masennus voi olla seuraus pitkäkestoisesta nälkiintymistilasta tai olla yhteydessä laihuushäiriön somaattisiin seurauksiin, sillä aliravitsemuksen korjaamisen jälkeen useilla potilailla mieliala paranee. Lisäksi laihuushäiriötä sairastavilla esiintyy selvästi enemmän autismikirjoon kuuluvia häiriöitä kuin muussa samanikäisessä väestössä keskimäärin ⁽⁶⁵⁾. Nämä on tärkeä tunnistaa ja huomioida, sillä niillä voi olla vaikutusta syömishäiriön hoitoon ja ennusteeseen.

Laihuushäiriöpotilailla todetaan usein myös jokin persoonallisuushäiriö. Tavallisimpia piirteitä persoonallisuushäiriöistä laihuushäiriötä sairastavilla ovat vaativuus, eristäytyvyys, pakonomaisuus ja tunne-elämän epävakaus. Laihuushäiriöön liittyvät pakko-oireisen häiriön tai vaativan persoonallisuuden piirteet säilyvät tavallisesti syömishäiriöstä toipumisen jälkeenkin. ⁽⁷⁶⁾

Potilaat, joiden oirekuvaan liittyy tyhjentäytymiskäyttäytyminen, esimerkiksi oksentaminen tai ulostus- tai nesteenpoistolääkkeiden käyttö, kärsivät selvästi keskimääräistä enemmän psyykkisistä ongelmista ^(22, 94). Heillä myös itsetuhoinen käyttäytyminen on tavallista, samoin itsemurhayritykset ovat yleisempiä ⁽⁵⁹⁾.

2.4 LAIHUUSHÄIRIÖN HOITO

Yleisesti ottaen laihuushäiriön hoidon vaikuttavuudesta on edelleen varsin rajallisesti näyttöä ⁽⁷⁵⁾. Ei ole kiistatonta tieteellistä tutkimusnäyttöä siitä, että sairaalahoito olisi tehokkaampi kuin avohoito, jos vain potilaan somaattinen ja psyykinen tila sallii avohoidon ⁽⁷⁴⁾. On osoitettu, että vain vähän aikaa sairastaneet nuoret potilaat hyötyvät perheterapiasta alipainon korjaantumisen jälkeen ⁽¹⁰³⁾. Sen sijaan aikuispotilaiden on havaittu hyötävän suhteellisesti enemmän yksilöpsykoterapiasta kuin perheterapiasta, ja heillä suositellaankin ensisijaisesti yksilöterapeuttisia menetelmiä ⁽¹²⁷⁾. Lisäksi lääkehoidon osalta alustavaa näyttöä on SSRI-lääkkeiden tehosta relapsien estämisessä ⁽⁷¹⁾. Hoidon vaikuttavuutta selvittävässä tutkimuksissa tulosten tulkintaa ja yleistettävyyttä hankaloittaa se, etteivät tutkimuksiin osallistuvat potilaat välttämättä vastaa hoitoon hakeutuvia ^(91, 109).

2.4.1 Hoidon tavoitteet ja porrastus

Laihuushäiriön hoidon tavoitteina ovat mahdollisimman varhainen häiriön tunnistaminen ja siihen puuttuminen ja puheeksi ottaminen. Varhainen hoitoon pääsy liittyy parempaan ennusteeseen^(3, 4, 20, 40, 69, 78, 83, 89). Keskeistä on korjata aliravitsemustila sekä lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita. Tärkeää on potilaan oman motivaation herättäminen sekä toipumisvalmiuden rakentaminen ja tukeminen. Tavoitteina laihuushäiriön hoidossa ovat lisäksi syömiskäyttäytymisen normalisoiminen (mm. täsmäsyömisen toteutuminen ja tyhjentäytymiskäyttäytymisen lakkaaminen), syömishäiriöön kuuluvien ajatusvääristymien ja uskomusten haastaminen, uusien selviytymis- ja toimintamallien rakentaminen, sairauden kroonistumisen ja uusiutumisen ehkäiseminen sekä auttaa potilasta saavuttamaan tasapainoisempi minäkuva ja itsetunto. Ravitsemushoito kuuluu kaikkien syömishäiriöpotilaiden hoitoon sekä avo- että osastohoidoissa^(27, 77). Psykoedukaatiolla voidaan lisätä potilaan ymmärrystä omasta tilanteestaan ja oireista sekä auttaa hahmottamaan sairautta ja tunnistamaan varomerkkejä^(35, 43, 85). Lisäksi usein potilaan läheisten mukanaolo hoidossa on tärkeää, erityisesti nuoruusikäisillä potilailla. Myös perhe tarvitsee tukea ja tietoa syömishäiriöistä.

Motivaation tukeminen on tärkeää, sillä vahvempi hoitoa edeltävä motivaatio ennustaa suurempaa yleisten syömishäiriöoireiden vähenemistä hoidon jälkeen⁽⁹⁹⁾. Heikko muutosmotivaatio sen sijaan on yhteydessä vakavampiin oireisiin ja kehotyöttömyyteen, toisaalta myös nuorempaan ikään ja lyhyempään edeltävään sairastamisaikaan^(19, 33, 120). Muutosmotivaatiota voidaan lisätä esimerkiksi arvioimalla sairauden haittoja ja hyötyjä, käsittelemällä oireiden funktionaalisuutta sekä asettamalla realistisia muutostavoitteita^(35, 121). Motivaation rakentaminen on tärkeää myös siksi, että hoidon keskeyttäminen lisää riskiä sairauden uusiutumiseen vuoden kuluessa sairaalahoidon jälkeen⁽⁶⁾. Nopea uusiutuminen ennustaa vaikeampaa ja kroonisempaa taudinkulkua nuorilla laihuushäiriöpotilailla⁽¹¹³⁾. Hoidon keskeyttäminen on yleistä, jopa 30–50 % hoitoon hakeutuneista potilaista keskeyttää hoidon ennen aikaisesti⁽⁶⁰⁾.

Laihuushäiriön hoito pyritään yleensä toteuttamaan avohoitona. Hoitopaikan valinnassa huomioidaan kliinisen harkinnan perusteella somaattinen ja psyykinen tila sekä paikalliset hoitoketjut. Perusterveydenhuollon vastuulla on ensisijaisesti syömishäiriöiden tunnistaminen ja somaattinen tutkiminen, oireiluun puuttuminen, hoitoon motivointi sekä lievien häiriöiden hoito. Lievissä tapauksissa tilanne voi korjaantua jo muutaman seurantakäynnin myötä. Moni erityisesti epätyypilliseen laihuushäiriöön sairastunut parantuu ilman tarvetta erikoissairaanhoidolle, ja osalle heistä pelkkä perusterveydenhuollon tarjoama ohjattu itsehoito voi riittää. Olennaista on keskustella tilanteesta ja sen tuomista riskeistä sekä ohjata potilasta säännölliseen, riittävään, monipuoliseen ja

sallivaan syömiseen. Soveltuvissa tilanteissa voidaan käyttää itsehoito- ja omahoito-ohjelmia. Hoidon onnistuminen vaatii, että potilas on itse valmis muutokseen ajattelu- ja toimintatavoissa. ⁽¹¹⁴⁾

Erikoissairaanhoidon kuuluvat potilaat, joiden syömishäiriöoireet eivät ole alkaneet lievittyä muutaman perusterveydenhuollon seuranta- ja tukikäynnin myötä tai jos oireet jo lähtötilanteessa ovat vakavia tai vaikeutuvat nopeasti. Etenkin jos potilaan paino putoaa nopeasti tai hänellä ilmaantuu henkeä uhkaavia somaattisia oireita tai epäillään vakavaa mielenterveydenhäiriötä, on syytä konsultoida erikoissairaanhoidoa. ^(73, 114)

Erikoissairaanhoidossakin pyritään ensisijaisesti avohoitoon, jos potilas on siihen soveltuva. Erikoissairaanhoidon avohoito voi sisältää myös tarvittaessa intervalli-tyyppisesti lyhyitä hoitajaksoja päiväsaalassa tai kokovuorokausiosastolla. Päivystyksellinen erikoissairaanhoidon arvio on tarpeen, jos todetaan vitaalielintoimintojen tai elektrolyyttitasapainon häiriötä, lähes täydellistä syömättömyyttä tai hallitsematonta oksentelua tai jos esiintyy vaikea psykiatrinen tai somaattinen liitännäissairaus, merkittävää painonlaskua tai aliravitsemuksen aiheuttamia muita komplikaatioita ⁽¹¹⁴⁾. Tietyissä tilanteissa vaaditaan M1-lähetettä. Nuorella pitkittynyt aliravitsemustila ja avohoidon riittämättömyys saattavat vaatia potilaan hoitoon ohjaamista M1-lähetteellä ^(61, 82).

Päiväsairaalahoidon tai ympärivuorokautisen psykiatrisen sairaalahoidon hyödyistä syömishäiriöissä ei ole luotettavaa tutkimusnäyttöä ⁽⁵⁰⁾. Tietyissä tapauksissa, kuten edellä mainittu, osastohoito on kuitenkin välttämätöntä. Avohoitoon pyritään tällöinkin siirtymään heti, kun sairastuneen tila sen sallii. Osastohoidosta voidaan myös siirtyä asteittain avohoitoon päiväsaairalahoidon kautta. Nuorilla potilailla syömishäiriöön fokusoitu päiväsaairalahoido on yhtä tehokasta kuin osastohoito mutta halvempaa, ja lisäksi nuoren sopeutuminen takaisin normaaliin arkielämään on helpompaa päiväsaairalajakson jälkeen ^(53, 114).

Vakavasti alipainoiset laihuushäiriöpotilaat saattavat tarvita hoidon alussa sairaalahoidoa esimerkiksi sisätautiosastolla, ja tällöin hoidossa keskeisintä on nälkiintymistilan nopea korjaaminen ja somaattisen tilan seuranta. Sairalahoido voi olla aiheen myös, jos potilaalla todetaan syömishäiriön ohella itsetuhoisuutta, syömishäiriöstä riippumaton muu psyykinen sairaalahoidoa vaativa häiriö, yhtäaikainen päihdeongelma tai vakavia ja invalidisoivia oireita ^(73, 114). Ravitsemustilan korjaamisen ohella myös osastohoidon on tärkeää sisältää psykoedukaatiota. Osastohoidon optimaalisesta pituudesta ei ole tutkimusnäyttöä. Useimmiten suositellaan, että hoidon alussa sovitaan terveellinen tavoitepaino ja laaditaan aikataulu sen saavuttamiseksi. Sairauden uusiutumisen riski on sitä pienempi, mitä lähempänä tätä tavoitepainoa potilas on kotiutumisvaiheessa. Hoitajakson sopivaa

kestoa arvioitaessa ei tavoitepainon saavuttaminen kuitenkaan saisi olla ainut kriteeri, vaan pituus tulee määräytyä ensisijaisesti hoidon tarpeen mukaan ⁽⁸⁸⁾.

Jos potilas kieltäytyy vapaaehtoisesta osastohoidosta, vaikka hoidon tarve olisi ilmeinen, voidaan hoito tietyissä tapauksissa toteuttaa tahdosta riippumattomana. Alaikäisen nuoren vakavan syömishäiriön hoidossa tahdosta riippumaton psykiatrinen osastohoito on tarpeen, jos potilas kieltäytyy hoidosta ja hänen somaattinen terveydentilansa on vakavasti vaarantunut tai henkeä uhkaava tai jos häiriö muutoin täyttää alaikäisen vakavan mielenterveydenhäiriön kriteerit, potilas itse kieltäytyy vapaaehtoisesta hoidosta, eikä avohoidossa ole saavutettu riittävää hoitovastetta ^(61, 82). Aikuisen vakavan syömishäiriön tahdosta riippumattoman hoidon tarvetta arvioidaan, jos siihen liittyy psykoottistasoista realiteettitestauksen horjumista ja syömishäiriö vakavasti vaarantaa henkilön terveyden tai turvallisuuden. Realiteettitestauksen häiriönä voidaan pitää esimerkiksi sitä, ettei potilas näe hengenvaarallista tilaansa totuudenmukaisesti tai sitä, että esiintyy erittäin vaikeasteista ja käyttäytymisessä havaittavaa kehonkuvan häiriötä ⁽¹¹⁴⁾.

Kroonista laihuushäiriötä sairastava tarvitsee säännöllistä seurantaa sekä tukea antavan avohoitokontaktin. Hoidossa keskeistä on laihuushäiriön komorbiditeettien aktiivinen hoito. Läheisten mukana olo hoidossa on tärkeää myös kroonisissa tapauksissa. Hoidon tavoitteet pidetään maltillisina ja ne asetetaan yhdessä sairastuneen kanssa. Ensisijainen hoidon tavoite on elämänlaatua tukeva hoito, jossa pyritään psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen tilan kohenemiseen ja optimointiin. Usein kroonista laihuushäiriötä sairastavat pärjäävät avohoidossa, vaikka alipaino olisikin asteeltaan vaikea. Kroonista laihuushäiriötä sairastavan potilaan voinnin akuutin huonontumisen yhteydessä voidaan tarpeen mukaan järjestää lyhyt kriisihoito sairaalassa tai konsultoida sisätautipäivystäjää. ⁽⁷³⁾

2.4.2 Laihuushäiriö ja lääkehoito

Laihuushäiriöön ei ole olemassa spesifistä lääkehoitoa. Laihuushäiriön lääkehoitoon liittyvät tutkimukset on toistaiseksi tehty pääasiallisesti aikuisilla, ja näyttöä on lähinnä samanaikaissairastavuuden hoidosta ⁽¹¹⁴⁾. Laihuushäiriön ydinoireita hoidettaessa lyhytvaikutteinen bentsodiatsepiini saattaa auttaa ruokailuun liittyvään ahdistukseen. Atyyppisten antipsykoottien tehokkuudesta painon nostamisessa on ristiriitaista näyttöä, mutta kliinisen kokemuksen mukaan ne voivat olla hyödyksi. Masennuslääkkeistä taas ei ilmeisesti ole hyötyä painon korjaantumisen kannalta hoidon alussa, mutta tutkimustulokset fluoksetiinistä tehosta laihuushäiriöpotilaan jatkohoidon tukena painon korjaannuttua ovat ristiriitaisia ^(63, 64, 111, 122). Joissakin tutkimuksissa

fluoksetiin on todettu estävän relapseja normaalipainon saavuttaneilla nuoruusikäisillä laihuushäiriöpotilailla.

Lääkehoito voi olla aiheellinen etenkin, jos potilaalla on muita samanaikaissairauksia, kuten psykoottisia oireita, masennusta, ahdistuneisuutta tai pakko-oireita, jolloin lääke valitaan niiden oireiden pohjalta. Lääkkeiden hyöty perustuukin juuri samanaikaissairastavuuden aiheuttamien oireiden lievittämiseen. Näiden lääkkeiden käyttö on tarkoitettu asianmukaisen ravitsemushoidon ja psykoterapian tueksi. ⁽⁷³⁾

2.4.3 Laihuushäiriön psykososiaalinen hoito

Psykiatrinen hoito on ravitsemushoidon ohella olennainen osa kokonaisuutta, ja ne tulee huomioida yhtä aikaa. Psykiatrisen hoidon tavoitteena on hoidon alkuvaiheessa auttaa hahmottamaan sairaus konkreettisemmin, lisätä hoitomotivaatiota sekä olla tukemassa ravitsemustilan korjaantumista ja syömisen tervettä hallintaa. Pidemmällä tähtäimellä pyrkimyksenä on helpottaa sairauteen liittyvien psykologisten, perheperäisten, sosiaalisten ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien ratkaisemista ja tukea iänmukaisen toimintakyvyn palautumista, nuorilla myös itsenäistymistä ja aikuistumista. Olennainen osa hoitoa on lisäksi ehkäistä sairauden relapseja ja kroonistumista. ^(73, 114)

Yleisesti on suositeltu, että psykoterapia kannattaa aloittaa vasta pahimman aliravitsemustilan korjaantumisen jälkeen. Psykoterapiaa ei alkuvaiheen vaikeassa nälkiintymistilassa pidetä tehokkaana, sillä potilaan voimavarojen ei katsota riittävän siihen ^(26, 98). Alkuvaiheessa suositellaan keskittyvän asioiden konkreettiseen käsittelyyn. Toisaalta hoitomotivaation löytämiseen ja painon korjaantumisen hyväksymiseen tarvitaan usein psykoterapeuttista työskentelyä ⁽¹²⁸⁾.

Avohoidossa psykiatrista hoitoa voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena hoitona ⁽³⁶⁾. Näitä ovat esimerkiksi ahdistuksen hallintaryhmät, psykoedukaatioryhmät ja fysioterapiaryhmät. Päiväsairaalahoidon tai ympärivuorokautisen psykiatrisen sairaalahoidon hyödyistä avohoitoon verrattuna ei ole luotettavaa tutkimusnäyttöä ⁽⁵⁰⁾.

Psykofyysisen fysioterapian tehosta laihuushäiriön hoidossa on vain vähäisesti tutkimusnäyttöä, mutta sen uskotaan vähentävän potilaiden masennus- ja syömishäiriöoireita. Psykofyysinen fysioterapia on suositeltavaa, koska laihuushäiriöön liittyy usein vääristynyt kehonkuva sekä negatiivinen suhtautuminen omaan ulkonäköön ja kehoon ja koska laihuushäiriötä sairastavilla

esiintyy usein liiallista ja pakonomaista liikuntaa. Tavoitteena fysioterapeuttisessa hoidossa on ohjata potilasta turvalliseen liikuntaan ja rentoutumiseen sekä muokkaamaan asenteitaan ja kokemuksiaan ja käsityksiään omasta kehostaan. Myös mindfulness saattaa lisätä sallivaa asennetta suhteessa itseen. (114)

Psykoedukaation antamisella tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden hoidossa käytettyä työskentelytapaa, jonka tarkoituksena on lisätä potilaan ja hänen läheistensä ymmärrystä ja tietoa sairaudesta. Syömishäiriöiden kohdalla tietoa annetaan esimerkiksi syömisen lainalaisuuksista ja aliravitsemuksen terveystarpeista. Tavoitteena on auttaa potilasta ja läheisiä hahmottamaan sairaus ja sen merkitys, auttaa potilasta pääsemään eroon häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen johtaneista vääristyneistä ajatusmalleista ja uskomuksista. Suullisesti annettavan psykoedukaation tukena voidaan hyödyntää myös kirjallista materiaalia. (73, 114)

2.4.4 Laihuushäiriön psykoterapeuttinen hoito

Laihuushäiriön hoidossa voidaan hyödyntää erilaisia psykoterapeuttisia hoitoja. Tavoitteena on potilaan psyykkisen kärsimyksen vähentäminen ja potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin lisääminen. Keskeistä on potilaan sisäisten tapahtumien, uskomusten, mielikuvien, tunteiden ja toiminnallisten prosessien tarkastelu, minkä pohjalta pyritään identifioimaan potilaan elämän keskeiset, toistuvat teemat, jotka vaikeuttavat selviytymistä. Hoitomuotoina käytetään niin yksilö-, ryhmä- kuin perheterapiaakin. Hoidot ovat fokuoitu ja rajattu syömishäiriön hoitoon. Riittävän pitkä terapia on laihuushäiriötä sairastavilla tarpeen. Luottamuksellisen potilas-terapeutti-suhteen syntyminen ei käy hetkessä, ja hoidossa olennaista onkin, että potilas kokee terapeutin ymmärtävän ja tukevan häntä. (26, 73, 81)

Laihuushäiriön hoidossa käytettyjä terapiamuotoja ovat perhepohjainen hoito (Family-Based Treatment, FBT), kognitiivinen käyttäytymisterapia eli KKT (Cognitive Behavioral Therapy, CBT), psykodynaaminen psykoterapia (Psychodynamic Therapy, PDT), interpersonaalinen terapia (Interpersonal Therapy, IPT) ja dialektinen käyttäytymisterapia eli DKT (Dialectical Behavior Therapy, DBT). Yksilöterapioiden tehosta on tutkimuksia lähinnä täysi-ikäisillä potilailla. Aikuisen laihuushäiriön avohoidossa mikään yksittäinen yksilöterapiamuoto ei ole osoittautunut selvästi tavanomaista hoitoa, eli psykoterapian ja yleislääkärin toteuttaman seurannan ja hoidon yhdistelmän, paremmaksi. (114)

Perhepohjaisessa hoidossa (FBT) perhe ajatellaan keskeisenä voimavarana. Hoidon alussa vanhempia tuetaan ottamaan vastuu lapsen tai nuoren ruokailusta ja ravitsemustilan korjaamisesta. Sen jälkeen vanhempia tuetaan antamaan vastuu syömisestä lapselleen. Hoidon loppuvaiheissa keskiössä ovat perheen dynaamisten ja nuoren kehitysvaiheeseen liittyvät seikat. FBT on laihuushäiriötä sairastavilla 12–18-vuotiailla nuorilla tehokkaampaa kuin yksilökeskeinen terapia (Adolescent-Focused Individual Therapy, AFT). Syynä perheterapian tehokkuudelle on mahdollisesti se, että perheen tuoma tuki potilaalle jatkuu vuosia terapian päättymisen jälkeen terapiassa opittuja tekniikoita hyödyntäen. Perhepohjaisessa hoidossa potilaan paino voidaan saada hyvin nousemaan, koska vastuu syömisestä on vanhemmilla, vanhemmat ovat vähemmän kriittisiä potilasta kohtaan ja koska vanhemmat pystyvät helpommin ulkoistamaan sairauden. Vanhempien voimaantuminen vähentää potilaan oireilua. Nuorilla systeemistyyppinen perheterapia saattaa olla tehokkaampaa kuin yksilöhoito. Koko perheen yhteinen terapia (Conjoined Family Therapy, CFT) sekä potilaalle ja tämän perheelle erillisinä istuntoina annettu perheterapia (Separated Family Therapy, SFT) ovat mahdollisesti yhtä tehokkaita teini-ikäisillä laihuushäiriöpotilailla. Lyhytkestoinenkin perhepohjainen hoito voi olla tehokas hoidettaessa laihuushäiriöstä kärsiviä 12–18-vuotiaita. (24, 57, 68, 72, 87, 123)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) tavoitteena on tunnistaa sairastuneen haitalliset uskomukset ja ajatukset sekä auttaa sairastunutta löytämään korvaavia vaihtoehtoisia, toipumista edistäviä ajatusmalleja. Lisäksi hyödynnetään käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä, kuten altistusta, yhdessä käyttäytymisterapeuttisten menetelmien kanssa. Kognitiivinen psykoterapia ja KKT voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähoitona tai vaihtoehtoisesti itsehoitona. Vaikutus saavutetaan keskimäärin 4–6 kuukauden kuluessa. KKT:sta on kehitetty eri syömishäiriötyyppeihin spesifisiä hoitomalleja, joista osa toimii myös ryhmäterapiaina. Lisäksi siitä on kehitetty kaikkien syömishäiriöiden hoitoon soveltuva transdiagnoottinen hoitomalli, KKT-E (Enhanced Cognitive Behavioural Therapy, CBT-E). Nuorilla KKT:ta käytetään soveltavasti niin, että huomioidaan potilaan ikä ja kehitysvaihe sekä otetaan perhe mukaan hoitoon. (2, 31, 35, 54, 62)

Psykodynaamisessa psykoterapiassa (PDT) tarkoituksena on tunnistaa ja muokata sairastuneen varhaislapsuuden vuorovaikutuskokemuksissa syntyneitä ja tiedostamattomalla tasolla nykyiseen kokemusmaailmaan vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä. Terapiasta on hyötyä etenkin potilaan kokonaistilanteen ja komorbiditeettien hoidossa sekä kuntoutuksessa. Ryhmäterapiamuotona psykodynaamista suuntausta voidaan käyttää potilaiden jatkohoitona. (54, 114)

Interpersonaalisessa terapiassa (IPT) pyritään pääasiassa ratkaisemaan ihmissuhderistiriitoja ja parantamaan ihmissuhteiden palkitsevuutta. Tavoite on, että potilas oppii reagoimaan arkielämään liittyviin sosiaalisiin haasteisiin muilla keinoilla kuin turvautumalla syömishäiriökäyttäytymiseen. ^(54, 114)

Dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) tavoitteena on opettaa erilaisia arkielämässä tarpeellisia taitoja, esimerkiksi tunteiden hallintaa, tietoisien läsnäolon taitoa ja vuorovaikutustaitoja. Terapiassa pyritään siihen, että sairastunut voisi näillä korvata syömishäiriötä ylläpitävät ja pahentavat käyttäytymismallinsa. ^(54, 114)

3 KOGNITIIVINEN PSYKOTERAPIA JA KOGNITIIVINEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIA

3.1 Kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian historia

Kognitiivisen psykoterapian teoria perustuu alun alkaen kuitenkin jo antiikin Kreikan filosofien oppeihin ja traditioihin. Etenkin Sokrateen (470–399 eKr.) ja Epiktetoksen (55–n. 135 jKr.) opit ovat teorian taustalla. Edelleen kognitiivisen psykoterapian perusajatuksiin lukeutuu Epiktetoksen ajatus siitä, etteivät asiat sellaisenaan saa ihmisiä menettämään mielenrauhaansa, vaan että mielenrauhan järkkymisen syynä on ihmisten oma, mielensisäinen käsitys asioista. ⁽⁵⁴⁾

Käyttäytymisterapeuttisten menetelmien kehittyminen on saanut alkunsa 1900-luvun alkupuolella. Behaviorismin katsotaan syntyneen, kun vuonna 1913 John B. Watson ehdotti, että psykologiassa tulisi tutkia käyttäytymistä sellaisenaan sivuuttaen mieleen ja sen sisältöön liittyvät haastavat kysymykset. Behavioristinen lähestymistapa johti käyttäytymisterapian kehittymiseen. Terapiassa painottui havaittavissa oleva käyttäytyminen ja sen muuttaminen. Keskeinen ajatus oli, että opitusta käyttäytymisoireesta on myös mahdollista oppia pois. Menetelminä hyödynnettiin muun muassa desensitisaatiota (poisherkistäminen), ehdollistamista, altistusta sekä sovellettua rentoutusharjoittelua. Käyttäytymisterapian kannattajille tärkeää oli, että hoitomallien toimivuutta oli mahdollista tutkia ja arvioida kokeellisesti. Behaviorismi alkoi kuitenkin kohdata kritiikkiä, sillä sen näkemys, jossa mielen osuus sivuutettiin, oli liian kapea. ⁽⁶²⁾

Kognitiivinen psykoterapia on alun perin kehitetty 1960-luvulla ensisijaisesti depression hoitoon. Terapiasuuntauksen ”isänä” pidetään Aaron T. Beckiä, joka alkoi luomaan kognitiivista

psykoterapiaa kognitiivisen psykologian pohjalta. Beck toimi alun perin psykoanalytikkona, mutta kiinnostui depression hoidon kehittämisestä. ⁽⁵⁴⁾

Beck päätyi empiirisen tutkimustyönsä avulla siihen, että masennuksen perustana on ihmisen negatiiviset uskomukset itsestään, ympäristöstään ja tulevaisuudesta. Nämä muodostavat Beckin mukaan masennuspotilaille tyypillisen depressiiviseen noidankehään johtavan kognitiivisen triadin ja perustuvat erilaisiin ajatusvääristymiin, kuten katastrofiajatteluun ja vääriin yleistykseen. Beck alkoikin kohdentaa psykoterapiaa tähän mielensisäiseen kielteissävytteiseen ajattelumalliin. ⁽⁵⁴⁾

Kognitiivisen psykoterapian kehittymiseen vaikutti osaltaan myös tyytymättömyys aiemmin vallalla olevia terapiamalleja, psykodynaamista terapiaa ja käyttäytymisterapiaa, kohtaan. Kognitiivinen terapia onkin saanut vaikutteita näistä molemmista suuntauksista. Toinen aiemmin psykoanalytikkona tunnettu, mutta myöhemmin kognitiivisen suuntauksen omaksunut terapeutti, Albert Ellis, antoi kritiikkiä myös terapian kestolle. Kritiikin pohjalta myös behavioristit alkoivat sisällyttää terapiamalleihinsa kognitiivisia tekijöitä, kuten havainnointia ja informaation prosessointia, jolloin syntyi kognitiivisen käyttäytymisterapian malli. ⁽⁶²⁾

Kognitiivinen psykoterapia ei kuitenkaan nykyisellään ole tarkoitettu vain depression tai minkään muunkaan spesifin häiriön hoitoon. Vuosikymmenten aikana sitä on kehitetty hyödynnettäväksi useiden mielenterveyden häiriöiden, esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöiden, persoonallisuushäiriöiden ja skitsofrenian hoidossa. Kognitiivisen psykoterapian pohjalta on sittemmin kehittynyt useita erilaisia suuntauksia, joilla kullakin on omat taustateoriansa. Esimerkiksi osassa kognitiivisista psykoterapioista painotetaan nykyhetkeä, kun taas osassa keskitytään tutkimaan enemmän yhteyksiä lapsuuden kokemuksiin ja elämän varrella opittuihin käsityksiin omasta itsestä sekä ympäröivästä maailmasta. Lisäksi toisissa kognitiivisissa psykoterapioissa painotetaan enemmän tunnekokemuksia kuin toisissa. ⁽⁵⁴⁾

Esimerkkinä tunnekokemuksiin keskittyvästä kognitiivisesta psykoterapiasta on kognitiivis-konstruktiivinen psykoterapia. Se yhdistää kognitiivisen psykoterapian perusmalliin George A. Kellyn 1950-luvulla kehittämän konstruktiteorian. Kelly nosti esiin mielen konstruktiot, jotka kehittyvät ihmisen kokemusten pohjalta ja sisäistyvät mieleen. Tällaiset konstruktiot muodostavat Kellyn mukaan hierarkkisesti organisoituneen järjestelmän, jonka kautta kaikki kokemukset seulotaan ja jonka myötä ne saavat merkityksensä. Kellyn teoriaan perustuvan psykoterapian tavoitteeksi muovautui tämän konstruktioiden järjestelmän löytäminen ja sen hyödyntäminen pyrittäessä ymmärtämään potilaan ongelmatiikkaa ja vaikeutta käsitellä muutoksia. Hänen mukaansa

psykoterapiassa tärkeää onkin eritasoisten kognitioiden tutkiminen, koska ne vaikuttavat suuresti ihmisen tunteisiin ja käyttäytymiseen. ⁽⁵⁴⁾

3.2 Työskentely kognitiivisessa psykoterapiassa ja kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa

Kognitio tarkoittaa kognitiivisessa psykologiassa ja kognitiotieteessä tietoon ja tiedon käsittelyyn liittyvien mielen sisäisten ilmiöiden ja toimintojen kokonaisuutta. Kognitiivinen psykoterapia on siis keskustelulähtöistä mielenterveyden hoitamista, jossa keskitytään ihmisen tiedonkäsittelytoimintoihin ja käyttäytymismalleihin. ^(54, 62)

Kognitiivisen mallin mukaan erilaisille häiriöille ominaisia ovat erilaiset uskomukset ja skeemat. Masennustiloille on tyypillistä negatiiviset uskomukset, jotka liittyvät epäonnistumiseen ja menetykseen. Ahdistuneisuushäiriöitä sen sijaan kuvaa uhkaan, vaaraan ja ylimitoitettuun huoleen liittyvät uskomukset. Persoonallisuushäiriöissä nähdään puolestaan häiriötyypistä riippuen erilaisia perususkomuksia ja selviytymisstrategioita. ^(54, 62)

Tyypillisesti kognitiivisessa psykoterapiassa lähtökohtana on pyrkiä selvittämään ihmisyksilön ajatusmaailmaa sekä tutkia, millaisia tunteita ja toimintatapoja ajattelutapoihin liittyy. Ajatuksena on, että tutkimalla haitallisia ja ongelmallisia ajatuksia ja uskomuksia sekä muokkaamalla niitä joustavammiksi, on yksilön mahdollista vaikuttaa tapaansa tuntea ja kokea asioita. Terapiassa käsitellään ongelmallisia ajattelun ja kokemisen tapoja sekä sitä, miten nämä kenties ruokkivat yksilön pahaa oloa ja mielenterveyden häiriöön liittyvää oirehdintaa. Tavoitteena on potilaan psyykkisen kärsimyksen väheneminen ja potilaan emotionaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen. Tavoitteellisuus on tyypillistä kognitiivisille psykoterapioille. Tavoitteellisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas ja terapeutti yhdessä sopivat, mitä terapialla halutaan saavuttaa. Tavoitteiden on hyvä olla selkeitä, konkreettisia ja kohtuullisia. Lisäksi tyypillistä kognitiiviselle psykoterapialle on käsitteellistäminen. Se tarkoittaa pyrkimystä luoda käsitys siitä, miten erilaiset ongelman kehittymiseen vaikuttaneet ja sitä ylläpitävät tekijät kytkeytyvät ja lopulta johtavat moninaiseen psyykkiseen oirehdintaan. Käsitteellistämällä yritetään siten kuvata käsittein haitallisia mekanismeja, eli miten yksilön vääristyneet ajatukset lopulta ovat syynä tämän kokemille tunteille, käyttäytymiselle ja somaattisille oireille. ^(54, 62)

Kognitiivisille psykoterapioille tyypillinen terapiasuhde on Beckin määritelmän mukaisesti tutkiva yhteistyösuhde, eli terapeutti ja potilas pyrkivät yhdessä tutkimaan ajattelua ja kokemuksia. Tällainen suhde edellyttää, että potilas on tietoinen terapian taustaoletuksista, periaatteista ja tavoitteista ja että

potilas ymmärtää omat ja terapeutin tehtävät yhteisessä prosessissa. Tutkivan yhteistyösuhteen toimiminen vaatii myös niin sanottua terapeutista liittoutumaa eli allianssia. Amerikkalainen psykologi Edward S. Bordin kuvasi, että allianssin vahvuuden perustana on kolme tekijää: yhteinen käsitys tavoitteista, yhteinen näkemys terapeutin ja potilaan tehtävistä sekä terapeutin ja potilaan välisen emotionaalisen suhteen lämpimyys. Vain allianssin muodostumisen kautta on vaikuttavien kognitiivisten interventioiden toteutuminen mahdollista. Terapeutin ja potilaan välinen suhde on myös tutkimusten mukaan merkittävä hoidon tuloksellisuuteen vaikuttava tekijä. Terapeutti on terapiasuhteessa vuorovaikutuksellisesti aktiivinen ja empaattinen. ^(54, 62)

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa (KKT) kognitiiviseen psykoterapiaan yhdistetään käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä. Käytettyjen menetelmien valinta pohjautuu funktionaaliseen käyttäytymisanalyysiin, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Siinä kiinnitetään huomiota käyttäytymisen yksilöllisiin funktioihin eli merkityksiin erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä. Paljon käytettyjä menetelmiä ovat koulutus tai edukaatio, itsehavainnointimenetelmät, altistusmenetelmät ja niiden sovellukset, sosiaalisten taitojen harjoittelu, ongelmanratkaisumenetelmä, sovellettu rentoutus sekä monet erilaiset aktivointimenetelmät. Kognitiivisten psykoterapioiden uusimman eli kolmannen aallon terapiamuodot, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) ja dialektinen käyttäytymisterapia (DKT), ovat kognitiivisen käyttäytymisterapian muotoja. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on maailmanlaajuisesti yleisimmin käytetty ja tutkittu psykoterapiasuuntaus. ^(54, 62)

3.3 Kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia laihuushäiriön hoidossa

Kognitiivisen psykoterapiasuuntauksen pohjalta syömishäiriöitä käsitellään perinteisesti syömistä, painoa ja kehon muotoa koskevien uskomusten ja ajatusvääristymien kautta. Nämä kaavamaiset ajatusmallit voivat sekä altistaa syömishäiriöoireilulle että pitää sitä yllä. Laihuushäiriölle ominaista on ruumiinkuvan vääristyminen ja pelko lihavuudesta, mikä saa hänet kontrolloimaan ja rajoittamaan syömistään. Laihuushäiriön taustalla uskotaan olevan myös laaja-alaisempia minäkokemuksen ongelmia. Oireiluun ajatellaan liittyvän erityisesti kliininen perfektionismi sekä heikko ydinitseluottamus. ⁽⁶²⁾

Kliininen perfektionismin eli täydellisyyden tavoittelu tarkoittaa vaativien standardien tavoittelemista ja näiden saavuttamisen liiallista arvostamista siitä huolimatta, että seurauksena on ongelmatiikkaa. Perfektionismi näkyy laihuushäiriössä tyypillisesti syömisen, kehon muodon ja painon

kontrolloinnissa, mutta myös muilla elämänalueilla, kuten opiskelu-, työ- ja urheilusuorituksissa. Keskeistä on epäonnistumisen pelko ja omien suoritusten jatkuva tarkkailu. Epäonnistuminen itselle asetettujen standardien saavuttamisessa voimistaa negatiivista minäkuvaa ja johtaa herkästi itsensä rankaisemiseen ja syömishäiriöoireiluun muun muassa pyrkimällä entistä tiukempiin rajoituksiin syömisen ja painon suhteen. ^(54, 62)

Heikolla ydinitseluottamuksella tarkoitetaan sitä, että negatiivinen minäkuva ei liity ainoastaan tunteeseen kyvyttömyydestä kontrolloida syömistä, painoa ja kehon muotoa, vaan kielteinen arvio on laaja-alainen ja osa pysyvää identiteettiä. Heikko ydinitseluottamus aiheuttaa noidankehän, jossa ihminen tulkitsee minkä tahansa epäonnistumisen vahvistukseksi uskomukselle, että on epäonnistunut ihmisenä, mikä puolestaan vahvistaa negatiivista minäkuvaa. Heikko ydinitseluottamus johtaa herkästi myös toivottomuuteen: sairastunut ei usko tilanteensa voivan muuttua paremmaksi. Tästä syystä sairastuneiden on usein vaikea ottaa apua vastaan, hän näkee mahdollisuutensa parantua olemattomina. ^(54, 62)

Laihuushäiriötä sairastavan kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään tunnistamaan ja muokkaamaan sairastuneen haitalliset ja vääristyneet syömiseen ja omaan itseen liittyvät uskomukset ja ajatukset sekä korvaamaan nämä vaihtoehtoisilla, toipumista edistävillä ajatusmalleilla. Laihuushäiriötä sairastavan kokonaisvaltaisessa hoidossa on huomioitava niin syöminen, suorittamisaineiden vähentäminen kuin minäkokemuksen vahvistaminen. Syömisessä pyritään syömisen normalisoimiseen ja suorittamisessa täydellisyys tavoittelun lieventämiseen. Minäkokemuksen vahvistamisessa tärkeää on itsenäisyyden tunteen tukeminen, muiden odotusten kyseenalaistaminen, itsensä todesta ottaminen, puolensa pitämiseen oppiminen, tunteiden tunnistaminen sekä sosiaalisten taitojen kehittäminen. Keskeistä on potilaan sisäisten tapahtumien, uskomusten, mielikuvien, tunteiden ja toiminnallisten prosessien tarkastelu, minkä pohjalta pyritään identifioimaan potilaan elämän keskeiset, toistuvat teemat, jotka vaikeuttavat selviytymistä. Muutos edellyttää vaikeiden teemojen työstämistä emotionaalisesti, vuorovaikutuksellisesti, kognitiivisesti ja toiminnallisesti. ⁽⁶²⁾

Laihuushäiriöille on tyypillistä, että potilaan muutoshalu voi olla ristiriitainen. Toisaalta potilas kärsii suuresti oireistaan, ja toisaalta paraneminen pelottaa. Ristiriita kuvautuu usein järjen ja tunteen väliseksi vastakkainasetteluksi. Terapeutin tuella voidaan tätä ongelmaa alkaa työstämään esimerkiksi pohtimalla sairauden aiheuttamia henkilökohtaisia ”hyötyjä” sekä toisaalta negatiivisia asioita, joita sairaus on aiheuttanut tai tuonut elämään. ⁽⁶²⁾

Kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) tavoitteena laihuushäiriön hoidossa on normalisoida sairastuneen haitallisia syömishäiriötä ylläpitäviä käyttäytymismalleja. Terapiassa voidaan

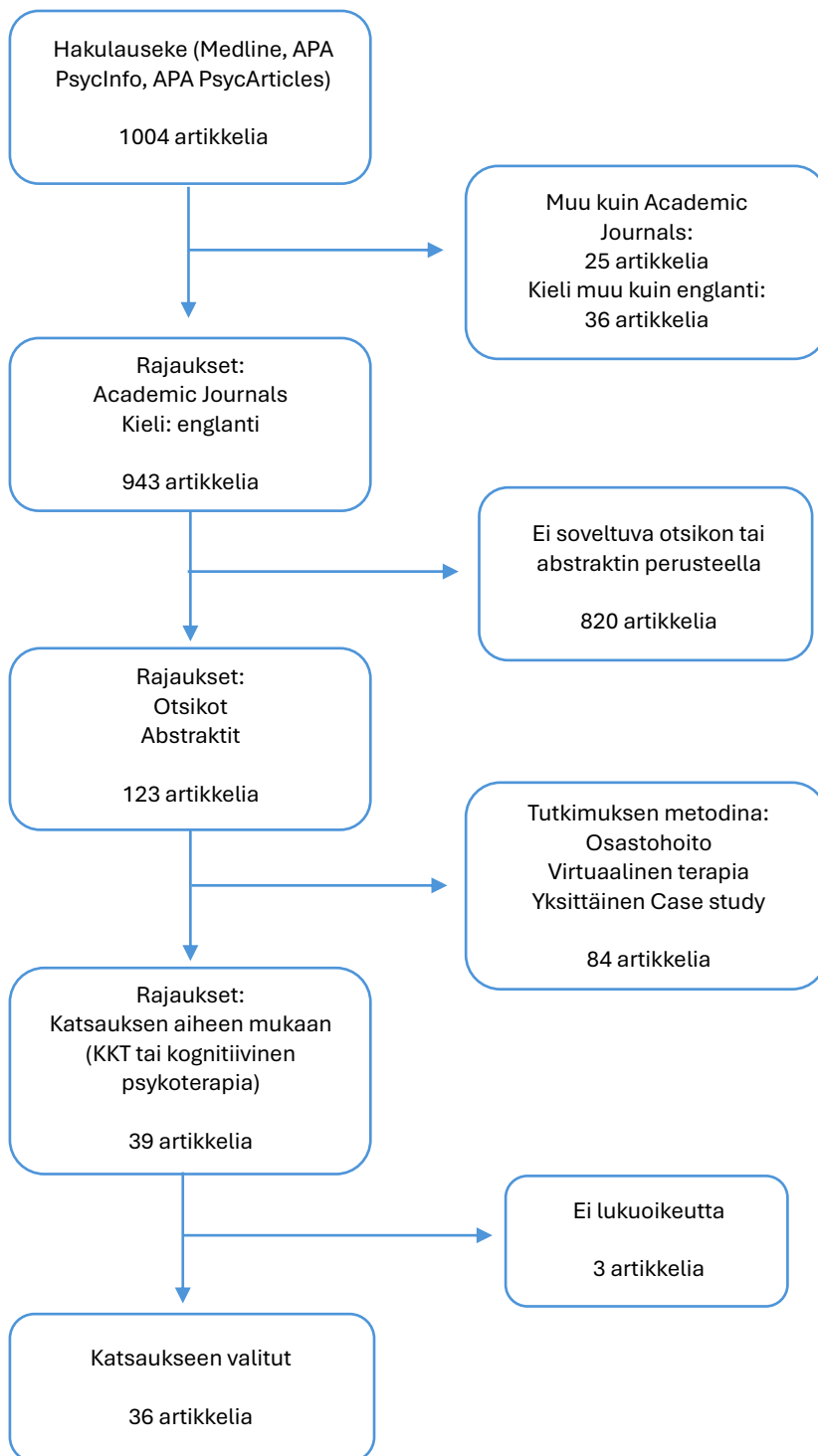
hyödyntää päiväkirjaa, johon potilas kirjaa syömisään sekä syömistilanteisiin liittyviä ajatuksia ja tunteita sekä mahdollisesti myös näiden ajatusten laukaiseman kompensaatiokäyttäytymisen. Yhdessä terapeutin kanssa pyritään tunnistamaan ongelmallisia käyttäytymissäntöjä, tunnereaktioita sekä ajatuksia, jotka liittyvät syömiseen ja kehonkuvaan. Käyttäytymisanalyysin avulla voidaan graafisesti kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat sairastuneen käyttämisotottumuksiin. Lisäksi terapiassa voidaan käsitellä usein liialliseen kontrolliin liittyviä ongelmallisia asenteita ja toimintatapoja. KKT:n interventiona voidaan hyödyntää esimerkiksi erilaisia altistusmenetelmiä. ^(54, 62)

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämän kirjallisuuskatsauksen materiaalina on käytetty EBSCO-hakuohjelmaa. Artikkeleita haettiin 3 tietokannasta: Medline, APA PsycInfo ja APA PsycArticles. Hakulausekkeena käytettiin ”(anorexia nervosa) AND (cognitive behavioral therapy OR cbt OR cognitive therapy) AND (adolescents OR teenagers OR young adults OR teen OR youth) NOT (family based therapy OR fbt OR family therapy OR family-based therapy) NOT (intensive therapy) NOT (cognitive remediation therapy OR crt)”.

Haun jälkeen julkaisuja rajattiin poissulkukriteerein. Lähdetyypeiksi valittiin akateemiset aikakausjulkaisut. Kieleksi valittiin ainoastaan englanninkieliset artikkelit. Rajauksia tehtiin vielä terapiamuodon mukaan: katsauksesta poissuljettiin tutkimukset, joissa kognitiivinen terapia tai sen tekniikoita hyödyntävä muu terapiamuoto toteutettiin ryhmämuotoisena terapiana. Lisäksi poissuljettiin yksittäisiä potilastapauksia koskevat artikkelit. Katsauksesta rajattiin pois myös tutkimukset, joissa terapia oli toteutettu digitaalisella sovelluksella, nettiterapiana tai muulla tavanomaisesta terapiasta poikkeavana ratkaisuna. Haun tulosten joukossa oli myös tutkimuksia, joissa oli tutkittu kognitiivista terapiaa laihuushäiriön sijaan ahmimishäiriötä sairastavilla.

Kaikki edellä mainittujen rajausten jälkeen jäljelle jääneet haun tuottamat artikkelit käytiin vielä pintapuolisesti abstraktin perusteella läpi. Katsauksen tutkimuskysymyksen perusteella aiheeseen sopimattomat julkaisut jätettiin pois. Lisäksi kolmeen haun tuottamaan artikkeliin ei ollut Turun yliopiston lukuoikeutta, joten nämä artikkelit päädyttiin jättämään katsauksen ulkopuolelle. Lopulta kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 36 artikkelia. Artikkelien valintaprosessi määrineen esitellään tarkemmin vuokaaviossa (Kuva 1).



Kuva 1. Vuokaavio artikkelien hakuprosessista

5 TULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta yhteensä 36 tieteellistä julkaisua. Suurin osa näistä (25/36) oli yksittäistä tutkimusta koskevia artikkeleita. Lisäksi mukana on kaksi meta-analyysiä sekä 9 katsausartikkelia.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten joukossa kohderyhmänä oleva ikäryhmä vaihteli. Pelkästään alaikäisiä nuoria käsitelleitä tutkimuksia löytyi katsaukseen mukaan yhteensä 4 kappaletta. Tutkimuksia, joissa tutkittiin sekä nuoria että nimenomaan nuoria aikuisia (alle 40-vuotiaita), oli 9. Eniten oli tutkimuksia, joissa tutkittiin kaikenikäisiä aikuisia, mutta näissäkin suurin osa oli nuoria aikuisia, ja potilaiden iän keskiarvo sijaitsi noin 25 ikävuoden tuntumassa. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa ⁽¹⁵⁾ tutkittiin sekä nuoria että aikuisia potilaita omina ryhminään ja verrattiin näitä keskenään.

Valittujen meta-analyysien ja katsausartikkelien ikäryhmä oli suurimmassa osassa kaikenikäiset kattava, eli katsaus käsitteli kognitiivista käyttäytymisterapiaa (KKT) sekä nuorilla että aikuisilla potilailla. Yksi katsausartikkeli ⁽¹⁰⁰⁾ ja yksi meta-analyysi ⁽¹⁰⁾ olivat kuitenkin keskittyneet yksinomaan nuoriin ja/tai nuoriin aikuisiin.

Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa valtaosassa tutkittavana hoitomenetelmänä oli joko syömishäiriöihin suunnattu kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT-E, CBT-ED) tai joissain nimenomaan laihuushäiriöpotilaiden hoitoon kohdennettu erityinen KKT (CBT-AN). Yksittäisistä tutkimusartikkeleista yhteensä 7:ssä ei määritelty tarkemmin, onko kyseessä juuri syömishäiriöön suunnattu KKT-hoitomuoto. Näissäkin kuitenkin terapian kuvattiin sisältävän vastaavia menetelmiä kuin syömishäiriöitä varten luotu CBT-E.

Myös uuden aallon kognitiivisia terapioita käsitteleviä tutkimuksia valikoitiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT), englanninkielisessä kirjallisuudessa ACT, kohdentuneita tutkimuksia löytyi katsauksen hakulausekkeella ja -kriteereillä yhteensä 2 kappaletta ^(7, 90), ja lisäksi kyseistä psykoterapiamuotoa arvioitiin yhdessä katsausartikkeleissa muiden laihuushäiriön hoidossa käytettyjen terapiamenetelmien ohessa ⁽⁸⁷⁾. Kognitiivinen analyttinen terapia (KAT), englanninkielisessä kirjallisuudessa CAT, puolestaan on integratiivinen psykoterapiamuoto, joka yhdistää kognitiivisen ja analyttisen (psykodynaamisen) terapian menetelmiä ja näkökulmia. Kirjallisuuskatsauksessa KAT:n käyttöä laihuushäiriön hoidossa arvioitiin 1 meta-analyysissä ⁽¹¹⁹⁾ sekä 2 katsausartikkelissa ^(49, 123).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) hyödyllisyyttä tarkastelleissa tutkimuksissa hoitovastetta arvioitiin osittain eri tavoilla. Suurimmassa osassa tutkimuksia, etenkin niissä, jotka keskittyivät nimenomaan laihuushäiriön (anorexia nervosa, AN) hoitoon, käytettiin yhtenä hoitovasteen mittarina painoindeksiä (BMI). Painoindeksin sijaan saatettiin seurata myös yksinkertaisemmin potilaan painoa (kg) tai esimerkiksi kullekin potilaalle arvioidun tavoitepainon saavuttamista. BMI:n, tai vaihtoehdoisen painoa kuvaavan suureen, muutos oli yhtenä primaarisena tulomuuttujana valtaosassa (23/25, 92,0 %) yksittäisistä tutkimuksista. Toinen yleisimmistä hoitotulosta kuvaavista primaarisista muuttujista oli syömishäiriön psykopatologian vaikeusaste, jota useimmiten mitattiin joko haastattelumuodossa (EDE, Eating Disorder Examination) tai potilaan itse täyttämistä kyselylomakkeista (esim. EDE-Q, Eating Disorder Examination Questionnaire).

KKT-hoidon tehokkuutta ja hyötyä selvittävässä tutkimuksissa havaittiin potilaiden edistymistä psykoterapian aikana. Tutkimuksissa ei havaittu, että KKT:n aikana potilaiden vointi olisi kääntynyt laskusuuntaiseksi tai että KKT:lla olisi haittavaikutuksia potilaan kannalta. KKT johti valtaosassa tutkimuksista selvään edistymiseen sekä BMI:n että EDE-Q-pisteiden osalta.

Vertailututkimuksia, joissa KKT:ta verrattiin toiseen psykoterapiamuotoon tai muuhun hoitomuotoon, saatiin katsaukseen mukaan yhteensä 11 (13, 17, 18, 34, 44, 56, 79, 90, 92, 116, 117). Yhdessä näistä tutkimuksista verrattiin kliinisen hoitovasteen sijaan potilaiden, näiden vanhempien sekä terapeuttien subjektiivisia näkemyksiä hoidosta (56). Lisäksi osassa meta-analyyseistä ja katsausartikkeleista oli verrattu KKT:n ja muiden hoitomuotojen hyödyllisyyttä.

Tutkimuksia, joissa KKT osoittautui tilastollisesti merkitsevästi kontrollihoitoa paremmaksi, oli vain yksittäisiä. Kahdessa tutkimuksessa KKT osoittautui kontrollihoitoa hyödyllisemmäksi (18, 92). Toisessa KKT:n havaittiin olevan hoitotuloksen (BMI, syömishäiriöoireiden vaikeus) parantamisen sekä relapsin ehkäisemisen kannalta tehokkaampi kuin TAU (treatment as usual). Toisessa tutkimuksessa taas KKT-ryhmällä havaittiin olevan ravitsemusneuvontaryhmään verrattuna pienempi riski hoidon keskeyttämiseen (drop-out, DO) ja relapsiin sekä parempi yleinen hoitotulos (BMI, syömishäiriöoireet, muut psyykkiset oireet).

Monissa tutkimuksissa KKT saattoi joidenkin seurattujen muuttujien osalta olla verrokkihoitoa hyödyllisempi, mutta toisten muuttujien osalta taas kummankaan hoidon paremmuutta ei voitu havaita. Esimerkiksi tutkimuksessa, jossa vaikeaa laihuushäiriötä sairastavia hoidettiin randomisoituna joko KKT- tai SSCM-terapialla (Specialist Supportive Clinical Management) (117), havaittiin, että hoidon loppumishetkellä arvioituna hoitovasteessa terapiat osoittautuivat samanarvoisiksi, mutta elämänlaadun osalta SSCM-ryhmässä raportoitiin parempia tuloksia.

Seurannassa 6 ja 12 kk kohdalla kuitenkin KKT-hoidon käyneillä nähtiin parempia tuloksia WSAS- (Weissmann Social Adjustment), EDE- (Eating Disorder Examination) ja ANSOCQ- (Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire) -kyselyissä.

Useissa tutkimuksissa KKT:n ja verrokkihoitoryhmän hoitotuloksia verrattaessa ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja. Esimerkiksi yhdessä RCT-tutkimuksessa verrattiin KKT-, IPT- ja SSCM-hoitoja toisiinsa ⁽¹⁷⁾. Tässä hoitovastetta seurattiin laihuushäiriön diagnostisten kriteerien täyttymisen kannalta. Lyhyellä aikavälillä SSCM osoittautui joidenkin muuttujien osalta vaikuttavimmaksi, mutta pitkäaikaisseurannassa hoitotulosten välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja.

Hoidon keskeyttäminen eli ”drop-out” (DO) oli tutkimuksista suurimmassa osassa varsin yleistä. Niissä tutkimuksissa ja meta-analyyseissä, joista dataa keskeyttäneistä oli saatavilla, osuus oli keskimäärin hoidon päättymishetkellä laskettuna 34,96 %, seurantatilastoista laskettuna 35,24 %. Keskeyttämisen syitä oli raportoitu yhteensä 13 tutkimuksessa. Keskeyttäminen oli useimmissa tutkimuksissa voinut tapahtua joko potilaan omasta tahdosta tai vaihtoehtoisesti potilas saatettiin joutua vetämään pois tutkimuksesta. Potilaslähtöisen keskeyttämisen tavallisimpia syitä olivat haluttomuus jatkaa hoitoa, kykenemättömyys osallistua terapiakäynneille sekä hoitoon liittymättömät syyt, kuten muutto toiselle paikkakunnalle tai työhön liittyvät tekijät. Yhdessä tutkimuksessa ⁽⁹⁷⁾ raportoitiin, että osalla hoidon keskeyttämisen syynä oli myös se, että he eivät kokeneet hoidosta hyötyä. Samaisessa tutkimuksessa 1 potilas lopetti puolestaan hoidon siksi, että oireet olivat helpottaneet 5 viikon hoidon jälkeen niin merkittävästi, ettei kokenut enää tarvetta jatkaa.

Osa potilaista jouduttiin myös vetämään tutkimuksesta pois kesken tutkimuksen. Tavallisimpia syitä tähän olivat tarve intensiivisemmälle hoidolle, siirtäminen muiden palvelujen piiriin, somaattisen tilan heikkeneminen tai psyykkisten oireiden niin voimakas paheneminen, että ilmaantui tarve osastohoidolle.

Hoidon ajoituksen suhteen suurin osa tutkimuksista oli tehty avohoidossa hoidon alkuvaiheessa. Avohoitotutkimusasetelman vuoksi monessa tutkimuksessa vaikeimmin alipainoiset oli rajattu pois tutkimuksesta, sillä heidän katsottiin tarvitsevan intensiivisempää hoitoa turvallisuussyistä. Kolme tutkimusta tehtiin joko ainoastaan osastohoidossa olevilla potilailla ⁽⁶⁷⁾ tai vertailututkimuksena niin, että arvioitiin KKT-interventioiden hyödyllisyyttä osastohoidossa olevilla verrattuna avohoidossa oleviin potilaisiin ^(44, 101). Tutkimuksiin osallistuneiden potilaiden sairastamisaika vaihteli huomattavasti, eikä valtaosassa niistä ollut systemaattisesti raportoitu sitä, olivatko potilaat saaneet aiemmin jotain muuta hoitoa syömishäiriöönsä. Nuorten potilaiden osalta sairastamisaika oli

odotetusti keskimäärin aikuispotilaita lyhyempi. Kahdessa tutkimuksessa oli erityisesti tarkasteltu osastohoidon jälkeisen avohoidon aikaista psykoterapiaa ylläpitohoitoajatuksella ^(18, 92). Lisäksi yhdessä tutkimuksessa tutkittiin hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT) päiväosastohoidon jälkeisenä ylläpitohoitona ⁽⁹⁰⁾.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa havaittiin, että psykoterapian tehokkuuteen ainakin osittain vaikuttavia tekijöitä on lukuisia. Selkein ja johdonmukaisin kokonaihoitovasteeseen vaikuttava tekijä aineiston perusteella oli varhainen oireiden lievittyminen ja/tai painon korjaantuminen ^(15, 97). Keskeinen havainto oli myös, että koko hoidon loppuun käyminen assosioitui keskimäärin parempaan hoitotulokseen kuin hoidon keskeyttäminen ^(56, 58, 67). Myös hyvä terapeutin allianssi on yhteydessä keskimäärin parempaan hoitotulokseen ⁽¹¹⁾. Moderoivaa vaikutusta saattaa olla myös lähtötilanteen painoindexillä ⁽¹⁵⁾, mutta matala BMI ei kuitenkaan estä hyvää hoitovastetta. Samankaltaista vaikutusta voi olla myös sairauden kroonisuudella ^(96, 117), eikä sekään ole este psykoterapian tehokkuudelle.

Hoitotulosten pysyvyyteen vaikuttavia tekijöitä arvioitiin muutamassa tutkimuksessa. Keskeisenä löydöksenä oli, että varhainen hoitovaste joko painon korjaantumisen tai oireiden lievittymisen perusteella arvioituna ennusti parempaa pitkän aikavälin tulosta ^(15, 97). Myös terapeutin allianssin ja hoitoon sitoutumisen havaittiin voivan johtaa parempaan hoitotuloksen säilymiseen ⁽¹¹⁾. Tutkimuksissa havaittiin myös, että psykoterapian jatkuminen hoidon ylläpitovaiheessa on yhteydessä painon ylläpitoon ja pienempään uusiutumisiin ^(18, 92).

Vanhempien osallistumisesta laihuushäiriötä sairastavien hoitoon oli havaintoja yhteensä 10 artikkelissa. Näistä kahdessa meta-analyysissä ^(42, 119) ja neljässä katsausartikkelissa ^(1, 52, 57, 123) vanhempien osallistuminen hoitoon tarkoitti ensisijaisesti perhekeskeisen terapian (FBT) hyödyllisyyden tutkimista tai vertaamista muihin hoitomuotoihin. Lisäksi 4 tutkimusartikkelissa nuorten ja nuorten aikuisten laihuushäiriöpotilaiden psykoterapeuttiseen hoitoon kohdistuneissa tutkimusasetelmissä myös vanhemmat olivat osittain hoidossa mukana. Vuonna 2025 julkaistussa italialaisessa tutkimuksessa ⁽³¹⁾ 14–25-vuotiaat potilaat saivat 40 kerran KKT-E-intervention. Alle 18-vuotiailla ainakin toinen vanhemmista osallistui hoitoon, ja keskimäärin vanhempi oli mukana 22,5 %:ssa terapiaistunnoista. Sen sijaan yli 18-vuotiaista 2/3:lla ainakin toinen vanhempi osallistui jossain määrin hoitoon, ja keskimäärin vanhempi oli mukana 8,3 %:ssa terapiakäynneistä. Tämä oli tilastollisesti merkittävä ero nuorten ja nuorten aikuisten välillä. Toisessa italialaisessa tutkimuksessa ⁽³⁰⁾ KKT-E:n hyödyllisyyttä tutkittiin yksinomaan nuoruusikäisillä potilailla. Kaikkien näiden potilaiden hoitokokonaisuuteen kuului potilaan vanhemmalle yksi oma terapiakäynti ja lisäksi 8–10

käyntiä yhdessä nuoren kanssa. Samankaltainen rakenne oli eräässä aiemmin toteutetussa tutkimuksessa ⁽¹¹⁶⁾, jossa nuorten 15–18-vuotiaiden potilaiden terapiakäynneistä keskimäärin 82 % oli yksilöterapiaa ja 19,9 % käynneistä oli suunnattu vanhemmille. 7,4 %:lla potilaista vanhemmat eivät osallistuneet lainkaan hoitoon. Lisäksi eräässä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ⁽⁵⁶⁾, jossa nuoria ja nuoria aikuisia hoidettiin satunnaistetusti joko KKT- tai DKT-metodiin pohjautuvalla terapialla, arvioitiin, miten hoitoa saaneet potilaat, heidän vanhempansa sekä terapeutit arvioivat kokemuksiaan hoidosta. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että vanhempien ja terapeuttien hoitotyytyväisyydet vastasivat toisiaan, mutta sen sijaan potilaiden ja vanhempien sekä potilaiden ja terapeuttien kokemukset ja mielipiteet erosivat tilastollisesti merkitsevästi.

Lääkehoitoa laihuushäiriön hoidossa ei varsinaisesti tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellä, joten sen hyödyllisyydestä ei näiden artikkelien perusteella ole aineistoa. Useissa tutkimusasetelmissa poissulkukriteereinä oli ajankohtainen psykiatrikäsittely. Vaihtoehtoisesti osassa tutkimuksista lääkityksen käyttäminen sallittiin, mutta sen mahdollista vaikutusta terapian hoitovasteeseen ei arvioitu. Lisäksi osassa tutkimuksista ei ollut raportoitu lääkityksen käyttämisestä tai käyttämättömyydestä. Kuitenkin yhdessä katsauksen tutkimuksista arvioitiin samassa tutkimusasetelmassa sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian että fluoksetiinilääkityksen vaikutusta uusiutumisiin ⁽¹⁸⁾. KKT-interventiota saavasta ryhmästä potilaat satunnaistettiin fluoksetiini- ja placebo-ryhmiin. Tutkimuksen perusteella fluoksetiini ei vaikuttanut sairauden uusiutumisiin seuranta-aikana.

6 POHDINTA

Laihuushäiriö on yleinen ja näyttäisi olevan lisääntymään päin. Sen psykoterapeuttisesta hoidosta on kuitenkin toistaiseksi melko niukasti tutkimusnäyttöä. Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus laihuushäiriön hoidossa ei määräydy yksittäisten kliinisten muuttujien perusteella, vaan se muodostuu useiden samanaikaisten tekijöiden vuorovaikutuksesta. Erityisesti hoidon ajoitus, potilaan kliininen tila hoidon alkaessa sekä hoitoprosessin aikana tapahtuvat muutokset näyttävät olevan keskeisiä hoitotuloksia selittäviä tekijöitä.

6.1 Sairauden keston vaikutus hoitovasteeseen

Terapiaa edeltäneen sairauden keston merkitystä kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitotuloksiin on tarkasteltu useissa tutkimuksissa, mutta tulokset eivät ole täysin yhteneviä. On perinteisesti oletettu, että lyhyempi sairastamisaika ennustaa parempaa hoitovastetta, koska pitkäaikainen aliravitsemus ja oireiden kroonistuminen voivat heikentää kognitiivista joustavuutta, motivaatiota ja psykologista muutosvalmiutta. Osa tutkimuksista tukee tätä oletusta, mutta osa sen sijaan haastaa sen.

Kahdessa nimenomaan kroonisten laihuushäiriöpotilaiden psykoterapeuttiseen hoitoon keskittyneessä tutkimuksessa kroonisesti sairaiden potilaiden hoitotulokset eivät eronneet merkittävästi lyhyemmän sairaushistorian omaavista potilaista, kun interventio perustui strukturoituun KKT-malliin ^(96, 117). Näissä tutkimuksissa havaittiin, että myös pitkäkestoista laihuushäiriötä sairastavat potilaat voivat saavuttaa kliinisesti merkittävää oireiden lievittymistä, vaikka täydellinen remissio olisikin harvinaisempaa. Tämä havainto viittaa siihen, että sairauden kesto ei yksinään määritä hoidon onnistumista, vaan vaikutus välittyy todennäköisesti muiden tekijöiden kautta.

Kolmea eri psykoterapiaa vertailevissa satunnaistetuissa tutkimuksissa ^(14, 17, 79) sairauden kestolla ei havaittu systemaattista yhteyttä hoitotuloksiin eri hoitomuotojen välillä. Tulokset viittaavat siihen, että psykoterapian rakenteelliset ja relationaaliset tekijät saattavat olla merkittävämpiä vasteen ennustajia kuin sairauden kronologinen kesto. Erityisesti terapeutin allianssi, hoitoon sitoutuminen ja pian hoidon alettua alkava oireiden lievittyminen näyttäisivät tulosten perusteella selittävän hoitovasteen vaihtelua paremmin kuin pelkkä sairastamisaika.

Toisaalta kokonaisuudessaan tutkimusaineisto viittaa siihen, että pitkäkestoiseen laihuushäiriöön voi liittyä suurempi taudin uusimisen riski ja hitaampi painon palautuminen, vaikka hoitovaste sinänsä olisi mahdollinen ^(15, 31, 117). Näyttö ei kuitenkaan ole täysin yhtenevää eikä sairauden kesto yksinään selitä hoitotuloksia. Löydöksen tulkintaan voi vaikuttaa myös se, että pidempi sairauden kesto assosioituu usein myös potilaan korkeampaan ikään, mikä puolestaan voi jo sekin selittää hoitovastetta ja hyvän hoitotuloksen saavuttamiseen kuluvaan aikaan. Kroonisemmin sairaiden potilaiden hoidossa pidempikestoiset ja ylläpitoa sisältävät hoitointerventiot näyttäytyvät kliinisesti perusteltuina, vaikka tutkimusnäyttö niiden suhteellisesta paremmuudesta on rajallista. Yleisesti ottaen tutkimushavainnot tukevat käsitystä siitä, että sairauden kesto vaikuttaa ensisijaisesti hoidon vaatimaan intensiteettiin eikä niinkään hoidon periaatteelliseen tehoon.

Yhteenvedon voidaan todeta, että sairauden kesto näyttää olevan yhteydessä hoitovasteeseen epäsuorasti eikä deterministisesti. Tämä tukee käsitystä laihuushäiriöstä dynaamisena häiriönä, joka fluktuoi ja jossa toipumispotentiaali säilyy myös pitkäkestoisissa tapauksissa. Tutkimusnäyttö korostaa potilaan henkilökohtaiset piirteet huomioivan yksilöllisen hoidon suunnittelun merkitystä ja tukee kliinistä lähestymistapaa, jossa hoidon intensiteetti, rakenne ja tavoitteet sovitetaan kunkin potilaan sairaushistorian, toimintakyvyn ja muutosvalmiuden mukaan.

6.2 Painotason merkitys hoidon alkaessa

Potilaan painotaso hoidon alkaessa on yksi keskeisimmistä tekijöistä, joiden on oletettu vaikuttavan kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) toteutettavuuteen ja hoitovasteeseen laihuushäiriön hoidossa. Perinteisesti on esitetty, että vaikea alipaino voi heikentää psykoterapian vaikuttavuutta kognitiivisten toimintojen heikkenemisen, keskittymiskyvyn vaikeuksien ja tunteiden säätelyn hankaluuksien vuoksi. Tieteellinen tutkimusnäyttö antaa kuitenkin tästä oletuksesta moniulotteisemman kuvan.

Useat katsauksen tutkimukset viittaavat siihen, että myös alipainoiset potilaat voivat hyötyä KKT-interventioista ^(58, 67, 96). Tutkimusaineisto antaa myös epäsuorasti viitteitä siitä, että painon nousu usein tapahtuu osittain samanaikaisesti, mutta ei suoraan verrannollisesti kognitiivisten ja käyttäytymiseen liittyvien muutosten kanssa, mikä tukee hypoteesia siitä, että psykologinen työskentely voi samalla myös edistää ravitsemuksellista toipumista. Painotaso vaikuttaa siis ennen kaikkea hoidon sisältöön ja intensiteettitarpeeseen eikä niinkään siihen, onko psykoterapeuttinen hoito ylipäättään tehokasta. Tämä tukee sitä käsitystä, että painotaso toimii moderoivana muuttujana: se ei ratkaise hoidon onnistumista, mutta vaikuttaa siihen, millaisin keinoin hoito on tarkoituksenmukaista toteuttaa.

Painon palautumisen aikataulua tarkastelleet analyysit antavat viitteitä siitä, että varhainen painonnousu hoidon alkuvaiheessa saattaa ennustaa parempaa hoitotulosta ^(11, 15). Toisaalta on myös näyttöä siitä, että varhainen painonnousu selittää hyvää hoitovastetta vain, kun edistymistä arvioidaan painon korjaantumisen perusteella. Sen sijaan laihuushäiriön oireiden lievittymisen kannalta ei vastaavaa korrelaatiota ole havaittu ⁽⁹⁷⁾, mikä osaltaan tukee ajatusta siitä, ettei varhainen ravitsemustilan ja painon korjaaminen suoraan ole yhteydessä syömishäiriöoireilun helpottamiseen.

Tutkimusnäyttöä on myös siitä, että KKT on hyödyllinen hoitomuoto sekä painon korjaantumisen ja ylläpidon että syömishäiriöoireiden osalta niillä potilailla, joilla psykoterapeuttista interventiota

edeltävästi paino on jo korjaantunut normaalipainon alueelle ^(18, 92). Näissä kahdessa tutkimuksessa KKT osoittautui selvästi verrokkihoitoja paremmaksi tässä potilasryhmässä sekä painon ylläpitämisen että syömishäiriöoireilun osalta. Huomioitavaa on kuitenkin, että tutkimuksissa ei ole verrattu näiden potilaiden saamia hoitotuloksia sellaisiin potilaisiin, joilla hoito on varhaisemmassa vaiheessa ja jotka ovat huomattavan alipainoisia.

Terapeuttista allianssia tarkastelleissa tutkimuksissa puolestaan on havaittu, että hyvä varhainen painon korjaantuminen on yhteydessä terapeuttisen allianssin vahvistumiseen sekä hoitokontaktissa pysymiseen ja painon korjaantumisen jatkumiseen ⁽¹¹⁾. Tämä yhteys on havaittavissa myös huomattavan alipainoisilla potilailla. Tämä viittaa siihen, että vaikka merkittävä alipaino voi lisätä hoidon haasteita, laadukas psykoterapeuttinen vuorovaikutus voi toimia ikään kuin kompensoivana tekijänä ja mahdollistaa tehokkaan työskentelyn myös vaikeammin oireilevien potilaiden kanssa. Myös potilaat itse ovat painottaneet potilas-terapeutti-suhteen merkitystä ⁽³²⁾. Hyvä vuorovaikutussuhde mahdollistaa sen, että hoidon alkuvaiheessa voidaan keskittyä painon korjaantumiseen tämän aiheuttamasta mahdollisesta ahdistuksesta huolimatta, mikä puolestaan ennustaa hyvää hoitovastetta pidemmälläkin aikavälillä. Tällainen havainto korostaa terapeuttisen prosessin relationaalisten elementtien merkitystä pelkkien somaattisten lähtötekijöiden sijaan.

Tutkimukset ja katsaukset, joissa on analysoitu KKT:n hyödyllisyyttä verrattuna ravitsemuskuntoutukseen, viittaavat siihen, että pelkkä painon korjaantuminen ilman samanaikaista psykologista interventiota ei johda yhtä tehokkaasti syömishäiriöoireiden lievittymiseen eikä ehkäise uusiutumista yhtä hyvin ^(18, 34, 49, 90, 92, 123). Tämä tukee ensinnäkin näkemystä siitä, että painon normalisoituminen on välttämätön, mutta ei riittävä ehto toipumiselle. Se myös osoittaa, että psykoterapeuttiset menetelmät ovat keskeisiä syömishäiriöpsykopatologian muutoksessa.

Kokonaisuutena kirjallisuus osoittaa, että KKT on sovellettavissa myös alipainoisille potilaille, kun hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja sisältää samanaikaisen ravitsemuksellisen tuen. Yhteenvedona voidaan todeta, että lähtöpaino vaikuttaa hoitoprosessiin ennen kaikkea hoidon intensiteetin, keston ja rakenteen kautta. Nykyinen tutkimusnäyttö tukee lähestymistapaa, jossa psykoterapiaa ei viivästetä alipainon vuoksi, vaan sitä sovelletaan joustavasti potilaan kliinisen tilan mukaisesti. Painotasoa voidaanankin tarkastella tekijänä, joka määrittää terapian sisällöllistä painopistettä eri hoidon vaiheissa.

6.3 Hoidon kesto ja intensiteetti hoitotulosten selittäjänä

Hoidon kestolla ja intensiteetillä on keskeinen merkitys kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) vaikuttavuudessa laihuushäiriön hoidossa, mutta tutkimuskirjallisuus osoittaa, ettei yhteys ole lineaarinen. Sen sijaan hoidon optimaalinen pituus näyttää riippuvan potilaan yksilöllisestä kliinisestä profiilista, sairauden vaikeusasteesta sekä hoidon tavoitteista ^(57, 87, 123).

Lyhytkestoisia interventioita tarkastelleet tutkimukset osoittavat, että rajatun mittaiset hoitomallit, kuten noin 20 istunnon terapiaprotokollat, voivat olla samalla tavalla hyödyllisiä kuin pidemmätkin interventiot ⁽³²⁾. Nuoria ja aikuisia sairastuneita verrattaessa on havaittu, että lyhyempikestoiset interventiot saattavat olla hyödyllisempiä nuoremmassa ikäryhmässä, joilla myös sairastamisaika on siten keskimäärin lyhyempi ⁽²⁹⁾. Kvalitatiivisissa analyyseissä on todettu viitteitä siitä, että lyhyemmissäkin hoidoissa potilaat kokevat saavansa konkreettisia työkaluja oireiden hallintaan, mutta osa heistä raportoi kokevansa hoidon keston olevan riittämätön pysyvämpien psykologisten muutosten saavuttamiseksi ⁽³²⁾.

Pidempiä hoitomalleja tarkastelleet tutkimukset puolestaan viittaavat siihen, että spesifisemmät KKT-interventiot, kuten syömishäiriöihin kohdennettu KKT-E, osoittavat johdonmukaisesti, että nämä interventiot ovat yhteydessä kliinisesti merkittävään painon korjaantumiseen ja syömishäiriöoireiden vähenemiseen ^(14, 30, 31). Lisäksi psykoterapeuttinen jatkohoito ylläpitovaiheessa näyttäisi olevan yhteydessä pienempään uusiutumisriskiin ^(18, 92). Näissä tapauksissa hoidon pidempi kesto mahdollistaa vaiheittaisen etenemisen: alkuvaiheen stabilointi, kognitiivinen työskentely ja uusiutumisen ehkäisy voidaan toteuttaa systemaattisesti ilman kiirettä. Tämä tukee käsitystä siitä, että hoidon pituus on erityisen tärkeä silloin, kun oireet ovat pitkäkestoisia ja/tai vakavia. Viitteitä on myös siitä, että selvästi alipainoisia potilaita hoidettaessa pidempikestoiset hoitajakset saattaisivat olla tarpeen hoidon tehokkuuden optimoimiseksi ⁽⁹⁰⁾.

On esitetty, että lyhyemmät KKT-interventiot saattavat olla riittäviä erityisesti lievemmissä kliinisissä tilanteissa tai siinä vaiheessa, kun sairastuneen paino on jo osittain korjaantunut. Toistaiseksi tutkimusaineistoa on aiheesta niukasti, eikä tätä oletusta ole pystytty ristiriidattomasti osoittamaan ^(42, 51, 119, 129). Näyttö siitä, että pidemmät hoidot olisivat systemaattisesti lyhyempiä tehokkaampia kaikissa potilasryhmissä, on rajallista ^(119, 129). Vaikeaoireisten tai kroonista laihuushäiriötä sairastavien potilaiden kohdalla pidempikestoiset interventiot näyttävät kliinisesti perusteltuina, vaikka niiden suhteellista paremmuutta ei ole yksiselitteisesti osoitettu ^(87, 117, 123).

Jatkohoitoa ja ylläpitojaksoja koskeva tutkimusnäyttö korostaa hoidon jatkuvuuden merkitystä. Laihuushäiriön ylläpitovaiheen hoitoon kohdentuneet tutkimukset osoittavat, että psykoterapian jatkuminen sairaalahoidon jälkeen vähentää sairauden uusiutumisriskiä ja tukee painon ylläpitoa ^(18, 92). Tämä voi viitata siihen, että hoidon kokonaiskesto saattaa olla yksittäisen intensiivisemmän hoitojakson pituutta tärkeämpi muuttuja, koska laihuushäiriö on usein pitkäkestoinen ja uusiutumisriski säilyy pitkään, joten hoidossa pitkäjänteisyys on keskeistä. Toisaalta tutkimuksissa, joissa varsinaisen hoitojakson jälkeen seurattiin potilaita vielä pitkään, osassa tutkimuksista jopa vuosia, on havaittu, että psykoterapeuttisen hoidon päättymisen jälkeenkin hoitotulokset pääsääntöisesti pysyvät ^(5, 7, 13, 18, 23).

Toisaalta tutkimukset osoittavat myös, että hoidon pidentäminen ei automaattisesti paranna tuloksia. Useissa tutkimuksissa merkittävää edistymistä todetaan jo hoidon alkuvaiheessa, ja varhainen muutos ennustaa vahvasti lopputulosta riippumatta hoidon kokonaispituudesta ^(15, 97). Tämä havainto korostaa sitä, että hoidon vaikuttavuus ei määräydy pelkästään sen keston perusteella, vaan keskeistä on hoitoprosessin laatu. Näin ollen pitkä hoito ei korvaa puutteellista terapeuttista allianssia tai heikkoa hoitoon sitoutumista.

Vertailututkimukset, joissa KKT:ta on verrattu muihin psykoterapioihin tai perheterapeuttisiin lähestymistapoihin, viittaavat siihen, että hoidon rakenne ja kesto vaihtelevat hoitomallista riippuen, eikä yhtenäistä optimaalista hoidon pituutta ole tunnistettavissa ^(5, 13, 17, 79). Optimaalinen hoidon kesto saattaa vaihdella hoitomenetelmästä riippuen, mutta tätä ei ole systemaattisesti tutkittu. Eri terapiamuodot painottavat erilaisia mekanismeja ja etenevät eri tahdissa, mikä osaltaan selittää hoidon keston vaihtelua.

Kokonaisuutena kirjallisuus tukee näkemystä, jonka mukaan hoidon kesto tulee arvioida yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla. Lyhyet interventiot voivat olla riittäviä rajatuissa kliinisissä tilanteissa, mutta vaikeaoireisilla, alipainoisilla tai pitkään sairastaneilla potilailla pidempi ja vaiheistettu hoito on usein perusteltu ^(57, 87, 123). Keskeinen kliininen johtopäätös on, että hoidon pituuden tulisi perustua järjestelmälliseen ja toistuvaan vasteen arviointiin eikä ennalta määrättyyn standardikeston. Tämä tukee adaptiivista hoitomallia, jossa hoidon kesto säädetään dynaamisesti potilaan hoitovasteen perusteella.

6.4 Hoitotuloksia moderoivat tekijät kognitiivisessa psykoterapiassa ja KKT:ssa

Tutkimuskirjallisuus osoittaa johdonmukaisesti, että laihuushäiriön psykoterapeuttiset hoitotulokset eivät määräydy yksinomaan käytetyn hoitomenetelmän perusteella, vaan niitä muokkaavat useat potilas-, hoito- ja kontekstitekijät ^(51, 87, 123). Näitä muuttujia voidaan tarkastella moderaattoreina, koska ne vaikuttavat siihen, ketkä hyötyvät eniten kognitiivisesta psykoterapiasta tai KKT:sta sekä siihen, milloin ja missä olosuhteissa hoito on hyödyllisintä.

Varhainen hoitovaste näyttäytyy yhtenä keskeisimmistä hoitotulosta ennustavista tekijöistä. Useat tutkimukset viittaavat siihen, että oireiden lievittyminen tai painonnousu hoidon alkuvaiheessa on yhteydessä parempaan lopputulokseen ja pienempään hoidon keskeyttämisriskiin ^(15, 97). Tämä viittaa siihen, että varhaiset muutokset heijastavat paitsi biologista toipumista myös potilaan sitoutumista hoitoprosessiin. Vastaavasti varhaisen vasteen puuttuminen näyttäisi olevan riskitekijä heikommalle ennusteelle, mikä korostaa hoidon alkuvaiheen aktiivisen seurannan ja tarvittaessa hoitosuunnitelman joustavan muokkaamisen merkitystä.

Terapeuttinen allianssi on toinen keskeinen hoitotuloksia moderoiva tekijä. Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että vahva yhteistyösuhde terapeutin ja potilaan välillä on yhteydessä suurempaan painonnousuun, parempaan hoitoon sitoutumiseen ja pienempään keskeyttämisriskiin ⁽¹¹⁾. Lisäksi terapeuttisen allianssin merkitys näyttäisi joissakin tutkimuksissa olevan suurempi kuin yksittäisten kliinisten lähtökiteijöiden, kuten painoindeksin, vaikutus ⁽¹¹⁾. Tämä korostaa terapeuttisen vuorovaikutuksen keskeistä roolia erityisesti laihuushäiriössä, jossa potilaan hoitomotivaatio voi olla ambivalenttia ja oireisiin liittyä usein voimakas kontrollin tarve. Näin ollen allianssi ei ole pelkkä taustatekijä vaan aktiivinen mekanismi, joka mahdollistaa terapeuttisten interventioiden vaikuttavuuden.

Hoidon keskeyttäminen eli drop-out (DO) on tärkeä hoitotuloksiin vaikuttava tekijä. Tutkimuksissa keskeyttämisen on todettu olevan varsin yleistä, ja keskeyttämisriskiin yhteydessä olevia tekijöitä näyttäisivät olevan muun muassa oireiden vakavuus, hoitoon sitoutumisen haasteet, psykiatriset liitännäishäiriöt sekä käytännön elämän olosuhteet ^(17, 67, 129). Keskeyttämisen merkitys moderaattorina on kaksijakoinen: se sekä heikentää hoitotuloksia yksilötasolla että vaikuttaa myös osaltaan tutkimustulosten tulkintaan, mikä tekee siitä merkittävän sekä kliinisen että metodologisen näkökulman kannalta.

Myös sairauden keston ja lähtöpainon kaltaiset kliiniset muuttujat toimivat moderaattoreina, mutta tutkimusnäyttö viittaa siihen, että niiden vaikutus ei ole yksiselitteinen. Tutkimuksissa on havaittu,

että pitkäkään sairastamisaika ei välttämättä ole esteenä kliinisesti merkittävälle hoitovasteelle KKT-interventioissa ^(96, 117). Samoin alipainoiset potilaat voivat hyötyä psykoterapiasta, kun hoito toteutetaan riittävän strukturoituna ja moniammatillisena ^(15, 58). Näin ollen nämä tekijät eivät yksinään määrää hoidon onnistumista tai epäonnistumista, vaan niiden vaikutus välittyy todennäköisesti muiden tekijöiden, kuten motivaation, kognitiivisen joustavuuden ja hoidon intensiteetin, kautta.

Kontekstuaaliset tekijät muodostavat kolmannen moderaattoriluokan. Hoitoympäristö, perheen osallistuminen, kulttuurinen tausta sekä hoitomallin rakenne vaikuttavat kaikki siihen, miten hyvin psykoterapeuttiset interventiot voidaan toteuttaa ja miten potilas niihin sitoutuu ^(101, 116). Erityisesti nuorilla potilailla perheen osallistuminen näyttäytyy keskeisenä hoitoa tukevana tekijänä, kun taas aikuisilla yksilöterapeuttinen työskentely ja autonomian tukeminen korostuvat ^(5, 100). Tämä viittaa siihen, että hoidon vaikuttavuus ei riipu pelkästään käytetystä menetelmästä, vaan myös siitä, kuinka hyvin hoitomalli sovitetaan potilaan elämäntilanteeseen.

Kokonaisuutena kirjallisuus tukee monitekijäistä selitysmallia, jossa hoitotulos on useiden samanaikaisten moderaattorien yhteisvaikutuksen tulos. Yksittäinen tekijä harvoin ratkaisee hoidon onnistumista, mutta useiden suotuisten tekijöiden kasaantuminen lisää todennäköisyyttä kliinisesti merkittävään toipumiseen ^(87, 123). Tämä havainto tukee yksilöllisesti räätälöityä hoitolähestymistapaa, jossa intervention intensiteetti, rakenne ja painopisteet sovitetaan kunkin potilaan yksilölliseen profiiliin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että laihuushäiriön kognitiivisten hoitomuotojen vaikuttavuus määräytyy pitkälti sen mukaan, miten hyvin hoito pystyy vastaamaan potilaan yksilöllisiin moderaattoritekijöihin. Näin ollen kliinisesti keskeinen kysymys ei ole pelkästään se, mikä hoitomuoto on tehokkain, vaan se, millaisissa olosuhteissa ja millaisille potilaille tietty hoitomuoto on optimaalisin. Keskeinen johtopäätös on, että moderaattoritekijät eivät ainoastaan selitä hoitotulosten vaihtelua, vaan ne myös osaltaan määrittävät, milloin ja miten psykoterapeuttinen interventio on tehokkaimmillaan.

6.5 Hoidon ajoitus

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kognitiivisen psykoterapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (KKT) vaikuttavuutta laihuushäiriön hoidossa ei voida tarkastella yksinomaan sen aloitusajankohdan näkökulmasta, vaan keskeiseksi nousee hoidon vaihekohtainen kohdentaminen ^(57, 87, 123).

Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että KKT on sovellettavissa eri sairauden vaiheissa, mutta sen terapeutista painopistettä voidaan sovittaa potilaan kliinisen tilanteen mukaan ^(15, 58).

Akuuttivaiheessa, jolloin potilas saattaa olla merkittävän alipainoinen, intervention keskiössä näyttäytyvät erityisesti käyttäytymiseen kohdentuvat elementit, kuten syömisen rakenteistaminen ja hoitoon sitoutumisen tukeminen ^(1, 58). Yleisesti on esitetty, että vaikea aliravitsemus voi heikentää kognitiivista joustavuutta ja siten rajoittaa syvällisemmän kognitiivisen työskentelyn toteuttamista. Tutkimuksissa on kuitenkin näyttöä siitä, että psykoterapiaa voidaan tästä huolimatta toteuttaa menestyksekkäästi myös alipainoisilla potilailla ^(87, 123). Näin ollen kognitiivisen työskentelyn laajuuden voi hoidon alkuvaiheessa olla tarpeen pitää rajatumpana, mutta terapeutin hoito ei tuolloin kuitenkaan ole poissuljettu.

Painon korjaantumisen myötä psykoterapeuttisen työskentelyn edellytysten on havaittu paranevan, mikä mahdollistaa syömishäiriötä ylläpitävien ajatus- ja uskomusrakenteiden systemaattisemman käsittelyn. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset osoittavat, että varhainen hoitovaste, ensisijaisesti painon nousu ja oireiden lievittyminen hoidon alkuvaiheessa, on yhteydessä parempaan kokonaistulokseen ^(15, 97). Tämä viittaa siihen, että hoidon alkuvaiheen onnistuminen on keskeinen myöhempää toipumista ennustava tekijä.

Painon normalisoitumisen jälkeen terapian painopiste siirtyy usein uusiutumisen ehkäisyyn ja saavutettujen muutosten ylläpitämiseen. Seurantatutkimukset viittaavat siihen, että psykoterapeuttinen jatkohoito on yhteydessä pienempään uusiutumisriskiin ja parempaan hoitotulosten säilymiseen ^(18, 92). Lisäksi katsausartikkeleissa on esitetty, että tässä vaiheessa hoito voi hyötyä myös integratiivisista lähestymistavoista, jotka kohdistuvat laajempiin psykologisiin prosesseihin, kuten tunnesäätelyyn ja identiteettiin liittyviin teemoihin ^(57, 87).

Kokonaisuutena kirjallisuus tukee näkemystä, jonka mukaan psykoterapian ajoituksen kannalta keskeistä ei ole yksinomaan hoidon aloitusajankohta suhteessa painon korjaantumiseen, vaan se, kuinka hyvin terapeutin intervention sisältö ja intensiteetti sovitetaan potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin ja toipumisprosessin vaiheeseen ^(57, 87, 123). Tämä korostaa vaiheistetun ja yksilöllisesti räätälöidyn hoitomallin keskeistä merkitystä laihuushäiriön psykoterapeuttisessa hoidossa.

6.6 Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuus nuorilla verrattuna aikuisiin laihuushäiriön hoidossa

Kirjallisuuskatsauksen perusteella kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) on sovellettavissa sekä nuorille että aikuisille laihuushäiriötä sairastaville potilaille, mutta hoidon toteutus, vaste ja siihen vaikuttavat tekijät näyttävät osittain eroavan ikäryhmien välillä ^(42, 87, 123). Tutkimusnäyttö ei kuitenkaan osoita yksiselitteisesti, että KKT olisi systemaattisesti tehokkaampaa toisessa ikäryhmässä, vaan erot liittyvät pikemminkin hoitoprosessin rakenteeseen ja kontekstiin kuin menetelmän perusvaikuttavuuteen. Tutkimuksia KKT:n hyödyntämisestä nuorilla laihuushäiriöpotilailla on toteutettu varsin niukasti, joten myös tutkimusnäyttö KKT:n hyödyistä nuorilla potilailla on vielä toistaiseksi hyvin alustavaa ja vajavaista.

Nuorilla potilailla KKT:n vaikuttavuus näyttäytyy usein osana laajempaa hoitokokonaisuutta, jossa perheen rooli on keskeinen. Tutkimukset viittaavat siihen, että perheen osallistuminen voi tukea hoitoon sitoutumista ja painon korjaantumista erityisesti alaikäisillä potilailla ^(5, 100). Lisäksi nuorilla hoitovaste saattaa olla nopeampi, mikä voi liittyä lyhyempään sairauden kestoon ja vähäisempään oireiden kroonistumiseen, vaikka tämä yhteys ei ole kaikissa tutkimuksissa yksiselitteinen ^(15, 42, 44, 116). Toisaalta myös vastakkaiseen viittaavaa on raportoitu: vuonna 2019 julkaistussa meta-analyysissä ⁽¹¹⁹⁾ havaittiin, että niissä tutkimuksissa, joissa oli vain aikuisia, raportoitiin painon normalisoitumisen kannalta keskimäärin parempia tuloksia kuin sellaisissa tutkimuksissa, joissa oli mukana myös nuoria. Lisäksi nuorten kohdalla hoidon keskeyttäminen näyttäytyy suhteellisen yleisenä haasteena, ja siihen voivat vaikuttaa kehitykselliset tekijät, motivaatio sekä hoidon rakenteeseen liittyvät vaatimukset ⁽⁶⁷⁾.

Nuorilla aikuisilla (ns. transition-age youth) KKT, erityisesti syömishäiriöihin kohdennettu KKT-E, on osoittautunut lupaavaksi hoitomuodoksi. Tutkimuksissa on raportoitu kliinisesti merkittävää painon korjaantumista ja oireiden lievittymistä tässä ikäryhmässä ^(30, 31). Tämä viittaa siihen, että KKT soveltuu hyvin myös kehityksellisesti siirtymävaiheessa oleville potilaille, joilla hoidon tulee yhdistää sekä nuoruuteen että aikuisuuteen liittyviä piirteitä, kuten lisääntyvää autonomiaa ja samanaikaista tuen tarvetta.

Aikuisilla potilailla KKT:n vaikuttavuus on myös hyvin dokumentoitu, mutta hoitovasteeseen liittyy usein suurempaa vaihtelua ^(51, 129). Aikuisilla sairauden kesto on keskimäärin pidempi ja oirekuva voi olla kroonisempi, mikä saattaa vaikuttaa hoidon etenemiseen ja tavoitteisiin. Tästä huolimatta tutkimukset osoittavat, että myös pitkäkestoista laihuushäiriötä sairastavat aikuiset voivat hyötyä KKT-interventioista, vaikka täydellinen remissio olisi harvinaisempaa ^(96, 117). Aikuisilla hoidon

painopiste korostuu usein yksilöterapeuttisessa työskentelyssä ja kognitiivisten sekä emotionaalisten prosessien käsittelyssä, kun taas perheen rooli on tyypillisesti vähäisempi kuin nuorilla.

Tutkimukset, joissa on tutkittu sekä nuoria että aikuisia laihuushäiriötä sairastavia, antavat viitteitä siitä, että hoitotulosten erot eivät ole ensisijaisesti iästä riippuvaisia, vaan liittyvät pikemminkin moderoiviin tekijöihin, kuten sairauden keston, oireiden vakavuuteen, hoitoon sitoutumiseen ja terapeuttiseen allianssiin ^(17, 79). Tämä tukee näkemystä, että ikä itsessään ei ole ratkaiseva hoitotuloksen ennustaja, vaan toimii pikemminkin välillisenä tekijänä muiden kliinisten muuttujien kautta.

Kokonaisuutena kirjallisuus osoittaa, että KKT on joustava ja eri ikäryhmiin sovellettavissa oleva hoitomuoto, jonka vaikuttavuus ei ole yksiselitteisesti sidoksissa potilaan ikään. Sen sijaan hoidon onnistuminen edellyttää ikävaiheeseen sopivaa toteutustapaa: nuorilla perheen osallistumisen huomioimista ja kehityksellisten tekijöiden ymmärtämistä, sekä aikuisilla yksilöllisen autonomian ja pitkäkestoisemman oirekuvan huomioimista. Tämä korostaa yksilöllisesti räätälöidyn ja kehitysvaiheeseen sovitettun hoidon merkitystä laihuushäiriön psykoterapeuttisessa hoidossa.

6.7 Uuden aallon kognitiiviset psykoterapiat sekä integroidut terapiamuodot

Kognitiiviseen malliin pohjautuvasta psykoterapiasta on ajan myötä kehitetty moniin eri häiriöihin spesifisiä terapiamalleja, ja näistä kaikista on olemassa myös kognitiivis-behavioraalisia sovellutuksia. Lisäksi 1990-luvulla on syntynyt uuden aallon eli ”kolmannen aallon” kognitiivisia psykoterapiamalleja. Näihin lukeutuvat muun muassa hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT), myötätuntokeskeinen terapia (CFT), kognitiivinen analyttinen terapia (KAT) sekä hyvinvointiterapia (WBT).

Kirjallisuuskatsauksen perusteella nämä uuden aallon kognitiiviset psykoterapiat tarjoavat täydentäviä näkökulmia laihuushäiriön psykoterapeuttiseen hoitoon perinteiseen kognitiiviseen psykoterapiaan ja käyttäytymisterapiaan (KKT) verrattuna ^(57, 87, 123). Näiden lähestymistapojen keskeinen ero suhteessa KKT:hen liittyy siihen, että ne kohdistuvat oireiden suoran muokkaamisen sijaan laajempiin psykologisiin prosesseihin, kuten tunnesäätelyyn, kokemukselliseen välttämiseen, itsemyötätuntoon ja identiteettiin liittyviin tekijöihin.

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT/ACT) koskevat tutkimukset viittaavat siihen, että menetelmä voi olla hyödyllinen erityisesti potilaille, joilla oirekuva on pitkäkestoinen tai jotka eivät

ole hyötyneet aiemmista hoidoista ^(7, 90). HOT:n keskiössä on psykologisen joustavuuden lisääminen, mikä voi olla erityisen relevanttia laihuushäiriössä, jossa ajattelumallit ovat usein jäykkiä ja kontrollipainotteisia. Tutkimuksissa on raportoitu oireiden lievittymistä ja hoidon hyväksyttävyyttä, mutta näyttö perustuu pääosin pieniin aineistoihin, eikä menetelmän tehoa voida siksi vielä suoraan verrata KKT:hen ^(7, 90).

Kognitiivinen analyttinen terapia (KAT/CAT) yhdistää kognitiivisia ja psykodynaamisia elementtejä ja painottaa erityisesti vuorovaikutussuhteita sekä toistuvia käyttäytymismalleja. Katsaus- ja meta-analyysitasoinen näyttö viittaa siihen, että KAT voi olla käyttökelpoinen lähestymistapa laihuushäiriön hoidossa, mutta sen vaikuttavuudessa suhteessa KKT:n on toistaiseksi rajallisesti vertailunäyttöä ^(52, 87). Menetelmän vahvuutena voidaan pitää sen kykyä käsitellä syvempiä rationaalisia ja identiteettiin liittyviä teemoja, jotka eivät välttämättä ole perinteisen KKT:n ensisijainen kohde.

Muiden uuden aallon kognitiivisten terapioiden osalta tutkimusnäyttö tämän katsauksen tutkimusaineistossa on rajallisempaa, eikä niiden vaikuttavuudesta laihuushäiriön hoidossa voida täten tehdä vahvoja johtopäätöksiä. Katsausartikkeleissa kuitenkin viitataan siihen, että laajempien psykologisten prosessien huomioiminen, kuten tunnesäätelyn ja minäkuvan työstäminen, voi olla kliinisesti merkityksellistä erityisesti hoidon myöhemmissä vaiheissa ^(57, 87).

Perinteiseen KKT:hen verrattuna uuden aallon terapiat eivät ensisijaisesti pyri muuttamaan suoraan potilaan syömiskäyttäytymistä tai mahdollisesti vääristynyttä kehonkuvaa, vaan ne kohdistuvat niihin psykologisiin prosesseihin, jotka ylläpitävät oireita. KKT:n vahvuutena on sen strukturoitu ja oirekeskeinen lähestymistapa, ja sen vaikuttavuudesta on laajaa tutkimusnäyttöä erityisesti painon korjaantumisen ja syömishäiriön psykopatologian vähenemisen osalta ^(52, 119, 129). Uuden aallon psykoterapiat puolestaan voivat täydentää tätä KKT:n lähestymistapaa erityisesti tilanteissa, joissa tilanne on kroonistunut, hoitovaste on jäänyt vajavaiseksi tai keskeiset oireita ylläpitävät tekijät liittyvät laajempiin psykologisiin prosesseihin.

Kokonaisuudessaan kirjallisuus tukee näkemystä, että uuden aallon kognitiiviset terapiat eivät korvaa perinteistä KKT:ta laihuushäiriön ensisijaisena hoitomuotona, mutta ne voivat tarjota hyödyllisiä täydentäviä näkökulmia hoitoon. Tämä tukee integratiivista lähestymistapaa, jossa eri terapiamuotojen vahvuuksia yhdistetään potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

LÄHTEET

- 1 Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Jun;42(2):169-179. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.001. Epub 2019 Apr 2. PMID: 31046920.
- 2 Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020 Mar;53(3):311-330. doi: 10.1002/eat.23206. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31840285.
- 3 Austin A, Flynn M, Richards K, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2021;29(3):329-345
- 4 Austin A, Flynn M, Shearer J, et al. The First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders - Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Interv Psychiatry* 2022;16(1):97-105
- 5 Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord.* 2004 Winter;12(4):303-14. doi: 10.1080/10640260490521389. PMID: 16864523.
- 6 Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1995 Jul;152(7):1070-2. doi: 10.1176/ajp.152.7.1070. PMID: 7793445.
- 7 Berman MI, Boutelle KN, Crow SJ. A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2009 Nov;17(6):426-34. doi: 10.1002/erv.962. PMID: 19760625.
- 8 Bohrer BK, Donahue JM. Assessing and diagnosing eating disorders in boys and men: an overview. Kirjassa: Nagata JM, Brown TA, Murray SB ym. (toim.). *Eating disorders in boys and Men.* Springer, Cham 2021
- 9 Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P. Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis. *Int J Eat Disord.* 2017 Jun;50(6):611-623. English, Spanish. doi: 10.1002/eat.22715. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28444828.
- 10 Brothwood, Phillipa Louise; Baudinet, Julian. Effectiveness of psychological interventions for eating disorders in adolescence: An overview of systematic reviews. *Journal of Eating Disorders*, 2025-03, Vol. 13 (1).
- 11 Brown A, Mountford V, Waller G. Therapeutic alliance and weight gain during cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa. *Behav Res Ther.* 2013 May;51(4-5):216-20. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.008. Epub 2013 Feb 4. PMID: 23435122.

- 12 Bulik CM, Coleman JRI, Hardaway JA, et al. Genetics and neurobiology of eating disorders. *Nat Neurosci* 2022;25(5):543-554
- 13 Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, Schmidt U, McIntosh V, Allen K, Fursland A, Crosby RD. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2017 Dec;47(16):2823-2833. doi: 10.1017/S0033291717001349. PMID: 28552083.
- 14 Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial. *Behav Res Ther*. 2011 Apr;49(4):219-26. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.006. Epub 2011 Jan 27. PMID: 21345418.
- 15 Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG. Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2015 May 28;3:21. doi: 10.1186/s40337-015-0057-z. PMID: 26019868; PMCID: PMC4445817.
- 16 Carlat DJ, Camargo CA Jr, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1127-32
- 17 Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, Bulik CM, Joyce PR. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2011 Nov;44(7):647-54. doi: 10.1002/eat.20879. Epub 2010 Nov 10. PMID: 21997429.
- 18 Carter JC, McFarlane TL, Bewell C, Olmsted MP, Woodside DB, Kaplan AS, Crosby RD. Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual. *Int J Eat Disord*. 2009 Apr;42(3):202-7. doi: 10.1002/eat.20591. PMID: 18949764.
- 19 Cassin SE, von Ranson KM, Heng K, ym. Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav* 2008;22(3):417-25
- 20 Chang PGRY, Delgadillo J, Waller G. Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;86():102032
- 21 Claes L, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, ym. Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: a comparison of psychopathological and personality features. *Eur Eat Disord Rev* 2012;20(4):335-8
- 22 Colleen Stiles-Shields E, Labuschagne Z, Goldschmidt AB, Doyle AC, Le Grange D. The use of multiple methods of compensatory behaviors as an indicator of eating disorder severity in treatment-seeking youth. *Int J Eat Disord*. 2012 Jul;45(5):704-10. doi: 10.1002/eat.22004. Epub 2012 Feb 13. PMID: 22331840; PMCID: PMC3355214.

- 23 Cooper, Peter J.; Fairburn, Christopher G. Cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: Some preliminary findings. *Journal of psychosomatic research*, 1984, Vol. 28 (6), p.493-499
- 24 Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46(1):3-11
- 25 Crisp A. Anorexia nervosa in males: similarities and differences to anorexia nervosa in females. *Eur Eat Disord Rev* 2006;14:163-7
- 26 Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, Golden N, Guarda A, Jackson-Triche M, Manzo L, Mascolo M, Pierce K, Riddle M, Seritan A, Uniacke B, Zucker N, Yager J, Craig TJ, Hong SH, Medicus J. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 2023 Feb 1;180(2):167-171. doi: 10.1176/appi.ajp.23180001. PMID: 36722117.
- 27 Cuerda C, Vasiloglou MF, Arhip L. Nutritional Management and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: Anorexia Nervosa. *J Clin Med* 2019;8(7):
- 28 Cunningham ML, Nagata JM, Murray SB. Muscularity-oriented disordered eating in boys and men. *Kirjassa: Nagata JM, Brown TA, Murray SB ym. (toim.). Eating disorders in boys and men. Springer, Cham 2021*
- 29 Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Jan;18(1):2. doi: 10.1007/s11920-015-0643-4. PMID: 26689208.
- 30 Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *Int J Eat Disord*. 2019 Sep;52(9):1042-1046. doi: 10.1002/eat.23122. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31199022.
- 31 Dalle Grave R, Sartirana M, Dalle Grave A, Calugi S. Effectiveness of enhanced cognitive behaviour therapy for patients aged 14 to 25: A promising treatment for anorexia nervosa in transition-age youth. *Eur Eat Disord Rev*. 2025 Nov;33(6):1133-1143. doi: 10.1002/erv.3019. Epub 2023 Aug 11. PMID: 37568266.
- 32 Duggan HC, Rose C, Turner H, Cox J, Ebbens R, Southron J, Waller G. How Do Outpatients Experience 20-Session Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa (CBT-AN-20)? A Qualitative Exploration. *Int J Eat Disord*. 2025 Nov;58(11):2182-2193. doi: 10.1002/eat.24528. Epub 2025 Aug 21. PMID: 40838274; PMCID: PMC12605776.
- 33 Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychol Addict Behav* 2006;20(1):44-52

- 34 Egger N, Wild B, Zipfel S, Junne F, Konnopka A, Schmidt U, de Zwaan M, Herpertz S, Zeeck A, Löwe B, von Wietersheim J, Tagay S, Burgmer M, Dinkel A, Herzog W, König HH. Cost-effectiveness of focal psychodynamic therapy and enhanced cognitive-behavioural therapy in out-patients with anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2016 Dec;46(16):3291-3301. doi: 10.1017/S0033291716002002. Epub 2016 Sep 9. PMID: 27609525.
- 35 Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: The Guilford Press, 2008
- 36 Fernández-Aranda F, Bel M, Jiménez S, Viñuales M, Turón J, Vallejo J. Outpatient group therapy for anorexia nervosa: a preliminary study. *Eat Weight Disord*. 1998 Mar;3(1):1-6. doi: 10.1007/BF03339981. PMID: 11234249.
- 37 Frank GKW, Shott ME, DeGuzman MC. The Neurobiology of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019;28(4):629-640
- 38 Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK, Herzog DB. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):917-25. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070868. PMID: 23771148; PMCID: PMC4120076.
- 39 Frostad S, Rozakou-Soumalia N, Dârvariu Ş, Foruzesh B, Azkia H, Larsen MP, Rowshandel E, Sjögren JM. BMI at Discharge from Treatment Predicts Relapse in Anorexia Nervosa: A Systematic Scoping Review. *J Pers Med*. 2022 May 20;12(5):836. doi: 10.3390/jpm12050836. PMID: 35629258; PMCID: PMC9144864.
- 40 Fukutomi A, Austin A, McClelland J, et al. First episode rapid early intervention for eating disorders: A two-year follow-up. *Early Interv Psychiatry* 2020;14(1):137-141
- 41 Ganson KT, Golden NH, Nagata JM. Medical management of eating disorders in boys and men: current clinical guidance and evidence gaps. Kirjassa: Nagata JM, Brown TA, Murray SB ym. (toim.). *Eating disorders in boys and men*. Springer, Cham 2021.
- 42 García-Fernández G, Krotter A, Udeanu A. Effectiveness of psychological interventions for eating disorders in adolescence: An overview of systematic reviews. *Rev Psicol Clin Niños Adolesc*. 2023;10(1):116–126. doi:10.21134/rpcna.2023.10.1.10
- 43 Garner DM. Psychoeducational principles in treatment. Kirjassa: *Handbook of treatment for eating disorders*. Garner DM, Garfinkel PE (toim.). The Guilford Press, 1997, s. 47–177
- 44 Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S, Barrett B. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007 Nov;191:427-35. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036764. PMID: 17978323.

- 45 Gueguen J, Godart N, Chambry J, et al. Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *Int J Eat Disord* 2012;45(4):537-45
- 46 Guisinger S. Adapted to flee famine: adding an evolutionary perspective on anorexia nervosa. *Psychological Review* 110, 745–761 (2003).
- 47 Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord*. 2022 Sep 5;10(1):132. doi: 10.1186/s40337-022-00654-2. PMID: 36064606; PMCID: PMC9442924.
- 48 Hay P, Touyz S. Classification challenges in the field of eating disorders: can severe and enduring anorexia nervosa be better defined? *J Eat Disord*. 2018 Dec 10;6:41. doi: 10.1186/s40337-018-0229-8. PMID: 30555695; PMCID: PMC6287358.
- 49 Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, Abd Elbaky G. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 27;2015(7): CD003909. doi: 10.1002/14651858.CD003909.pub2. PMID: 26212713; PMCID: PMC6491116.
- 50 Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 21;1(1): CD010827. doi: 10.1002/14651858.CD010827.pub2. PMID: 30663033; PMCID: PMC6353082.
- 51 Hay PJ, Touyz S, Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012 Dec;46(12):1136-44. doi: 10.1177/0004867412450469. Epub 2012 Jun 13. PMID: 22696548.
- 52 Hay, Phillipa. A systematic review of evidence for psychological treatment in eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 2013-07, Vol. 46 (5), p.462-469
- 53 Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, Pfeiffer E, Fleischhaker C, Scherag A, Holtkamp K, Hagenah U, Bühren K, Konrad K, Schmidt U, Schade-Brittinger C, Timmesfeld N, Dempfle A. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*. 2014 Apr 5;383(9924):1222-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62411-3. Epub 2014 Jan 17. PMID: 24439238.
- 54 Huttunen MO, Kalska H. Psykoterapiat. *Duodecim*; 2022.
- 55 Isomaa R, Raevuori A. Syömishäiriöt pojilla ja miehillä (Lisätietoa aiheesta, artikkelin tunnus nix03465). Käypä hoito -suosituksessa: Syömishäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen Yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen

Lääkäriseura Duodecim, 2026 (viitattu 18.4.2026). Saatavilla internetissä:
www.kaypahoito.fi

- 56 Jaite C, Pfeiffer A, Pfeiffer E, Thurn C, Bierbaum T, Winter SM, Lehmkuhl U, Salbach H. Subjective evaluation of outpatient treatment for adolescent patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2020 Apr;25(2):445-452. doi: 10.1007/s40519-018-0620-0. Epub 2018 Nov 29. PMID: 30498987.
- 57 Jansingh A, Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Curr Opin Psychiatry.* 2020 Nov;33(6):534-541. doi: 10.1097/YCO.0000000000000642. PMID: 32796187; PMCID: PMC7575018.
- 58 Jenkins PE, Morgan C, Houlihan C. Outpatient CBT for Underweight Patients with Eating Disorders: Effectiveness Within a National Health Service (NHS) Eating Disorders Service. *Behav Cogn Psychother.* 2019 Mar;47(2):217-229. doi: 10.1017/S1352465818000449. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30070185.
- 59 Joiner TE, Robison M, McClanahan S, Riddle M, Manwaring J, Rienecke RD, Le Grange D, Duffy A, Mehler PS, Blalock DV. Eating disorder behaviors as predictors of suicidal ideation among people with an eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2022 Oct;55(10):1352-1360. doi: 10.1002/eat.23770. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35792367.
- 60 Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2001 Nov;30(3):237-44. doi: 10.1002/eat.1080. Erratum in: *Int J Eat Disord* 2002 Sep;32(2):249. PMID: 11746282.
- 61 Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydellinen häiriö alaikäisillä tarkoittaa? Helsinki 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1236–2115; 2003:7. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- 62 Karila I, Kähkönen S, Koivisto M, Holmberg N. Kognitiivinen psykoterapia. *Duodecim*; 2021.
- 63 Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001;49:644-52
- 64 Kaye WH, Weltzin TE, Hsu LK, et al. An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991;52:464-71
- 65 Koch SV, Larsen JT, Mouridsen SE, Bentz M, Petersen L, Bulik C, Mortensen PB, Plessen KJ. Autism spectrum disorder in individuals with anorexia nervosa and in their first- and second-degree relatives: Danish nationwide register-based cohort-study. *Br J Psychiatry.* 2015 May;206(5):401-7. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153221. Epub 2015 Feb 5. PMID: 25657359.

- 66 Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K, Sourander A. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. *Duodecim*; 2016.
- 67 Kurotori I, Abe T, Kato R, Ishikawa S, Suda S. Dropout from cognitive behavioral approach with behavioral limitation in adolescents with severe anorexia nervosa in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 Nov;73(11):717-719. doi: 10.1111/pcn. 12930. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31482644.
- 68 Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug;55(8):683-92. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.007. Epub 2016 May 25. PMID: 27453082.
- 69 Linardon J, Brennan L, de la Piedad Garcia X. Rapid response to eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2016;49(10):905-919
- 70 Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord*. 2003 Dec;34(4):397-408. doi: 10.1002/eat.10221. PMID: 14566927.
- 71 Lloyd EC, Griffen T, Wang Y, Attia E, Walsh BT. Fluoxetine for anorexia nervosa after weight restoration: moderation of effect by depression. *Psychol Med*. 2025 Sep 30;55:e290. doi: 10.1017/S003329172510127X. PMID: 41022691; PMCID: PMC12527491.
- 72 Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1025-32. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.128. PMID: 20921118; PMCID: PMC3038846.
- 73 Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. *Psykiatria*. *Duodecim*; 2017.
- 74 Madden S, Hay P, Touyz S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World J Psychiatry*. 2015 Mar 22;5(1):147-53. doi: 10.5498/wjp.v5.i1.147. PMID: 25815264; PMCID: PMC4369544.
- 75 Marchesi G, Cammisuli DM, Semonella M, Castelnuovo G, Pietrabissa G. The Efficacy of Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Brain Sci*. 2024 Jan 24;14(2):118. doi: 10.3390/brainsci14020118. PMID: 38391693; PMCID: PMC10886621.
- 76 Martinussen M, Friborg O, Schmierer P, Kaiser S, Øvergård KT, Neunhoffer AL, Martinsen EW, Rosenvinge JH. The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2017 Jun;22(2):201-209. doi: 10.1007/s40519-016-0345-x. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27995489.

- 77 Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, ym. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* 2013;13():290
- 78 McClelland J, Hodsoll J, Brown A, et al. A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED). *Eur Eat Disord Rev* 2018;26(2):129-140
- 79 McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):741-7. doi: 10.1176/appi.ajp.162.4.741. PMID: 15800147.
- 80 Meads, C., Gold, L., & Burls, A. (2001). How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. *EUROPEAN EATING DISORDERS REVIEW*, 9(4), 229–241.
- 81 Meskanen K. Psykososiaalisen hoidon ja psykoterapian tavoitteet syömishäiriöiden hoidossa. (Lisätietoa aiheesta, artikkelin tunnus nix03429). Käypä hoito -suosituksessa: Syömishäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2026 (viitattu 18.4.2026). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- 82 Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. 2 luku. Hoito tahdosta riippumatta (viitattu 13.4.2026). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L2>
- 83 Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord* 2023;11(1):85
- 84 Morais AS, Martins F, Casimiro P, Henriques V, Descalço N, Diniz Gomes R, Cruz S, Costa N. Anorexia Nervosa and Psychiatric Comorbidities – It’s not all about food. *Eur Psychiatry*. 2023 Jul 19;66(Suppl 1):S521. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.1106. PMID: PMC10660929.
- 85 Motlova LB, Balon R, Beresin EV, ym. Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Acad Psychiatry* 2017;41(4):447-451
- 86 Muisse AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health* 2003;33(6):427-35
- 87 Muratore AF, Attia E. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clin Ther*. 2021 Jan;43(1):85-94. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.11.006. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33293054; PMID: PMC8221037.
- 88 National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 May. PMID: 28654225.

- 89 Nazar BP, Gregor LK, Albano G, ym. Early Response to Treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2017;25(2):67-79
- 90 Parling T, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2016 Jul 29;16:272. doi: 10.1186/s12888-016-0975-6. PMID: 27473046; PMCID: PMC4966749.
- 91 Perkins PS, Klump KL, Iacono WG, McGue M. Personality traits in women with anorexia nervosa: evidence for a treatment-seeking bias? *Int J Eat Disord*. 2005 Jan;37(1):32-7. doi: 10.1002/eat.20064. PMID: 15690463.
- 92 Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003 Nov;160(11):2046-9. doi: 10.1176/appi.ajp.160.11.2046. PMID: 14594754.
- 93 Pohjolainen V, Karlsson H. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2005;121(18)1975–81
- 94 Pryor T, Wiederman MW, McGilley B. Laxative abuse among women with eating disorders: an indication of psychopathology? *Int J Eat Disord*. 1996 Jul;20(1):13-8. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199607)20:1<13::AID-EAT2>3.0.CO;2-7. PMID: 8807348.
- 95 Raevuori A, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. *Duodecim*. 2002;118(8):856–866.
- 96 Raykos BC, Erceg-Hurn DM, McEvoy PM, Fursland A, Waller G. Severe and enduring anorexia nervosa? Illness severity and duration are unrelated to outcomes from cognitive behaviour therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2018 Aug;86(8):702-709. doi: 10.1037/ccp0000319. PMID: 30035586.
- 97 Real-Brioso N, Estrada E, Ruiz-Lee AL, Raykos BC, Erceg-Hurn DM. Early response in people with anorexia nervosa receiving cognitive-behavioural therapy for eating disorders (CBT-ED): a latent change study. *Psychother Res*. 2025 Nov;35(8):1473-1488. doi: 10.1080/10503307.2024.2432674. Epub 2024 Dec 12. PMID: 39666873.
- 98 Reyes-Rodríguez ML, Von Holle A, Ulman TF, Thornton LM, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Huber T, Johnson C, Jones I, Kaplan AS, Mitchell JE, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Berrettini WH, Kaye WH, Bulik CM. Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2011 Jul-Aug;73(6):491-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e31822232bb. Epub 2011 Jun 28. PMID: 21715295; PMCID: PMC3132652.

- 99 Sansfaçon J, Booij L, Gauvin L, ym. Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2020;53(12):1879-1900
- 100 Schmidt U. Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Jan;18(1):147-58. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.011. PMID: 19014863.
- 101 Schopf K, Schneider S, Meyer AH, Lennertz J, Humbel N, Bürgy NM, Wyssen A, Biedert E, Isenschmid B, Milos G, Claussen M, Trier S, Whinyates K, Adolph D, Teismann T, Margraf J, Assion HJ, Überberg B, Juckel G, Müller J, Klauke B, Munsch S. Eating disorder treatment in routine clinical care: A descriptive study examining treatment characteristics and short-term treatment outcomes among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa in Germany and Switzerland. *PLoS One*. 2023 Jun 30;18(6):e0280402. doi: 10.1371/journal.pone.0280402. PMID: 37390075; PMCID: PMC10313003.
- 102 Siegel JH, Hardoff D, Golden NH, ym. Medical complications in male adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1995;16(6):448-53
- 103 Signe HP, Carlsson L, Bentz M. Modifications to enhance outcomes of family-based treatment for anorexia nervosa: A scoping review. *Psychiatry International*. 2024;5(2):217. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/modifications-enhance-outcomes-family-based/docview/3072626276/se-2>. doi: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5020015>.
- 104 Silén Y, Sipilä PN, Raevuori A, Mustelin L, Marttunen M, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *Int J Eat Disord*. 2020 May;53(5):520-531. doi: 10.1002/eat.23236. Epub 2020 Jan 30. PMID: 31999001.
- 105 Silén Y. (2025). *Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääkärin käsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/> (luettu 18.4.2026).
- 106 Sisä-Suomen SYLI ry. Miten syömishäiriön tunnistaa? [Internet]. Saatavilla: <https://www.syliin.fi>. Viitattu 2026. Apr 18.
- 107 Sjögren M, Englund E, Erlandsson AÅE, Möllsten A. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa in individuals with childhood-onset type 1 diabetes: a nationwide retrospective cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2026 Feb 12;16(2):e109015. doi: 10.1136/bmjopen-2025-109015. PMID: 41689220; PMCID: PMC12911715.
- 108 Solmi M, Radua J, Stubbs B, Ricca V, Moretti D, Busatta D, Carvalho AF, Dragioti E, Favaro A, Monteleone AM, Shin JI, Fusar-Poli P, Castellini G. Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. *Braz J Psychiatry*. 2021 May-Jun;43(3):314-323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099. PMID: 32997075; PMCID: PMC8136381.

- 109 Stiles-Shields C, Goldschmidt AB, Lock J, Le Grange D. Are adolescent treatment studies of eating disorders utilizing clinically relevant samples? A comparison of RCT and clinic treatment-seeking youth with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2013 Sep;21(5):420-4. doi: 10.1002/erv.2228. Epub 2013 Mar 11. PMID: 23483619; PMCID: PMC4115795.
- 110 Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm FA, ym. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord* 1999;25(4):399-404
- 111 Strober M, Freeman R, DeAntonio M, et al. Does adjunctive fluoxetine influence the post-hospital course of restrictor-type anorexia nervosa? A 24-month prospective, longitudinal followup and comparison with historical controls. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:425-31
- 112 Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* 2000 Mar;157(3):393-401. doi: 10.1176/appi.ajp.157.3.393. PMID: 10698815.
- 113 Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1997 Dec;22(4):339-60. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199712)22:4<339::aid-eat1>3.0.co;2-n. PMID: 9356884.
- 114 Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrinen Yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2026
- 115 Søreby M, Gribsholt SB, Clausen L, Richelsen B. Overall and cause-specific mortality in anorexia nervosa; impact of psychiatric comorbidity and sex in a 40-year follow-up study. *Int J Eat Disord.* 2024 Sep;57(9):1842-1853. doi: 10.1002/eat.24223. Epub 2024 Jun. 12. PMID: 38863340.
- 116 Thompson-Brenner H, Boisseau CL, Satir DA. Adolescent eating disorders: treatment and response in a naturalistic study. *J Clin Psychol.* 2010 Mar;66(3):277-301. doi: 10.1002/jclp.20646. PMID: 19938166; PMCID: PMC4109281.
- 117 Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, Bamford B, Pike KM, Crosby RD. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2013 Dec;43(12):2501-11. doi: 10.1017/S0033291713000949. Epub 2013 May 3. Erratum in: *Psychol Med.* 2013 Dec;43(12):2512. PMID: 23642330.
- 118 Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res.* 2015 Dec 15;230(2):294-9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.008. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26416590.

- 119 van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, Daemen I, Katsaragaki G, Karyotaki E, Cuijpers P, Dekker J. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2019 Jul;27(4):331-351. doi: 10.1002/erv.2683. Epub 2019 May 23. PMID: 31124215.
- 120 Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, et al. A Randomized controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation + self-help for binge eating. *Int J Eat Disord* 2015;48(3):328-32
- 121 Waller G, Cordery H, Corstorphine E ym. *Cognitive Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide.* Cambridge, England: University Press, 2007
- 122 Walsh BT, Kaplan AS, Attia E ym. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2605-12
- 123 Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med.* 2013 Dec;43(12):2477-500. doi: 10.1017/S0033291712002620. Epub 2012 Dec 10. PMID: 23217606.
- 124 Watson HJ, Diemer EW, Zerwas S, Gustavson K, Knudsen GP, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *Int J Eat Disord.* 2019 Jun;52(6):643-651. doi: 10.1002/eat.23073. Epub 2019 Mar 20. PMID: 30891792; PMCID: PMC6644683.
- 125 Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet* 2019;51(8):1207-1214
- 126 Wonderlich SA, Bulik CM, Schmidt U, Steiger H, Hoek HW. Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality. *Int J Eat Disord.* 2020 Aug;53(8):1303-1312. doi: 10.1002/eat.23283. Epub 2020 May 2. PMID: 32359125.
- 127 Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U, Ehrlich S, Cuntz U, Zipfel S, Hartmann A. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2018 May 1;9:158. doi: 10.3389/fpsy.2018.00158. PMID: 29765338; PMCID: PMC5939188.
- 128 Zipfel, S., Giel, K.E., Bulik, C.M., Hay, P. & Schmidt, U. (2015) Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), pp. 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)
- 129 Öst LG, Brattmyr M, Finnes A, Ghaderi A, Havnen A, Hedman-Lagerlöf M, Parling T, Welch E, Wergeland GJ. Cognitive behavior therapy for adult eating disorders in routine

clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2024 Feb;57(2):249-264. doi: 10.1002/eat.24104. Epub 2023 Dec 14. PMID: 38098336.