

Söömishäirete diagnostika ja ravi (2010a.)

Autorid: Anu Järv, Meeri Pennar, Kirsti Akkermann

## Epidemioloogia

Söömishäirete (*anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* ning atüüpilised söömishäired) esinemissagedus on suurenenud kogu maailmas. Nende patsientide seisundid on tihti kroonilised, rasked ja eluohtlikud. *Anorexia nervosaga* toimetulek on raskendatud patsiendi poolse suure vastupanu ja vähese motiveerituse tõttu. Psüühilistest ja kehalistest haigustest põhjustatud suremus on erinevate uurimuste andmetel 13-20%.

Uurimused näitavad, et Euroopa riikides saavad spetsialiseeritud ravi ainult vähesed söömishäiretega patsiendid, kuigi spetsialiseeritud raviüksustes on ravi efektiivsem kui üldpsühhiaatrilistes osakondades.

Söömishäired on enam levinud naiste seas. Neil on *anorexia nervosa* levimust elu jooksul hinnatud 0,3 – 3,7%. *Bulimia nervosa* levimus on vastavalt 1,1- 4,2%. Meeste- naiste suhe on 1: 6 kuni 1: 10 (kuigi noorte populatsioonis esineb 19-30%-l meestel *anorexia nervosa*).

*Anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* levimus laste ja noorte seas on teadmata. Paljudes maades, isegi nendes, kus söömishäired on haruldased olnud, suureneb pidevalt patsientide hulk.

Söömishäire tekib bioloogiliste, psühholoogiliste, perekondlike ja sotsiokultuuriliste tegurite omavahelisest koostoimest. Spetsiifiliste riskitegurite hulka kuuluvad madal enesehinnang, enese väärtustamine läbi välimuse, äärmuslikud dieedid, geneetilised tegurid, perfektsionistlik isiksus, konfliktide talumise ja lahendamise raskused perekonnas, impulsikontrolli häired. Viimasel ajal on arvatud, et ülemäärane kehaline aktiivsus võib esile kutsuda söömishäire. Eriti mõjutatud on naisatleedid, kergejõustiklased ja võimlejad. Meeskulturistidel on samuti risk haigestuda, kuid rõhk on soovil lihaseid “suurendada” ning sel eesmärgil kasutatakse anaboolseid steroide.

Komorbiidsetest psühhiaatrilistest häiretest on kirjeldatud düstüümiat, mida esineb 50-75%-l *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* juhtudest. Bipolaarse häire esinemissagedus on *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientide seas tavaliselt 4-6%, kuid on kirjeldatud ka kuni 13%-l patsientidel. 71%-l *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* patsientidel on elu jooksul esinenud vähemalt üks ärevushäire, ning ligikaudu 65%-l söömishäirega patsientidest esines vähemalt üks ärevushäire ka käesoleva haigusepisoodi ajal. Kõige sagedamini esineb *anorexia nervosa* patsientidel generaliseerunud ärevushäiret, sotsiaalfobiat ja obsessiiv-kompulsiivset häiret, *bulimia nervosa* patsientidel aga sotsiaalfobiat, generaliseerunud ärevushäiret ja paanikahäiret.

Sõltuvushäireid on leitud 23 - 40%-l *bulimia nervosaga* patsientidel; *anorexia nervosa* haigetel 12 - 18%, peamiselt nende seas, kellel esineb liigsöömine ja väljutamine.

Kaasuvaid isiksushäireid võib söömishäiretega patsientidest esineda 42-75%-l. Kirjeldatud on ebastabiilse ja vältiva isiksushäire ning obsessiiv- kompulsiivse isiksushäire esinemist. Isiksushäired esinevad rohkem nendel alatüüpidel, kellel on ülesöömis- ja väljutamine.

Seksuaalsed kuritarvitamist on kirjeldatud 20 - 50%-l *bulimia nervosa* ja *anorexia nervosa* juhtudest. Seksuaalsed kuritarvitamist lapseas on kirjeldatud sagedamini söömishäiretega naiste kui tervete populatsioonis ning neil patsientidel on suurem võimalus komorbiidsete psüühiliste häirete kujunemiseks.

Täielikult *anorexia nervosast* paranenud patsientide protsent on madal. Kuigi mõned patsiendid aja jooksul sümptomitest paranevad, jääb siiski märkimisväärsel osal püsima kehataju häire, häirunud söömine ja teised psühhiaatrilised probleemid. Järeluuringute tulemusena, mille käigus uuriti 4-aastase anamneesiga ambulatoorseid või statsionaarseid patsiente, leiti, et hästi paranenuid (kaal taastus kuni 15% soovitud pikkuse ja kaalu vahekorras; menstruatsioon taastus) oli 44%, umbes 24% paranesid halvasti (kaal ei saavutanud 15% soovitud kaalu ja pikkuse vahekorras; menstruatsioon ei taastunud või esines juhuslikult) ja umbes 28% paranes osaliselt, ning umbes 5% patsientidest surid varakult. Surma põhjuseks olid suitsiidid või nälgimisest tingitud tüsistused. Kokkuvõtteks umbes 2/3-l patsientidest jääb kestma haiglaslik hõivatus toidu ja kaalu suhtes ja kuni 40%-l tekivad buliimilised sümptomid.

Väga vähe on teada nende patsientide prognoosist, keda ei ole *bulimia nervosa* tõttu ravitud. Umbes 1-2 aastase perioodi kestel tehtud uuring näitas tagasihoidlikku spontaanset paranemist (25 - 30%-l vähenenud söömishooge, väljutamist ja lahtistite kasutamist). Medikamentoosse või psühhosotsiaalse ravi tulemusel paraneb lühiajaliselt 50-70% patsiente. Pärast 6-kuulist edukat ravi ja 6-aastast jälgimisperioodi on taashaigestumise protsent 30-50, ning mõnede andmete kohaselt arvatakse, et aeglane paranemine jätkub jälgimisperioodil 10-15 aastat. Ulatusliku uuringu tulemused näitavad, et kaua kestnud *bulimia nervosaga* patsientide seas intensiivse ja eduka ravi tulemusena on täielikult paranenuid 60%, mõõdukalt 29% ja halvasti 10% ning 1%-l seisund halvenes.

Patsiente, kes saavad rahuldavalt hakkama ja kellel on nõrgemad sümptomid ravi alguses, saab ravida ambulatoorselt ning nad omavad ka paremat prognoosi kui need, kes ei saa häire tõttu hakkama ja kelle sümptomid nõuavad hospitaliseerimist. Mõnede uuringute tulemusena on halvem prognoos nendel, kellel ravile pöördumisel esineb väljutav käitumine.

Liigsöömishäire levimus elu jooksul on 3,3- 4,6 %; naiste seas 5,3 % ja meeste seas 3,1%. Esinemissagedus on suurim 35-aastaste seas. Üliõpilaste seas läbi viidud uuringus vastas liigsöömishäire kriteeriumitele (vt. lisa tabel 3) 2,6%. Liigsöömishäirega patsientidel esineb oluliselt sagedamini kõrgevererõhutõbe ning 2-tüüpi diabeeti võrreldes üldpopulatsiooniga. Liigsöömishäire on seotud teiste psühhiaatriliste häirete sagedasema koosesinemisega: kliinilise depressiooni levimus elu jooksul 53%, generaliseerunud ärevushäiret 29% ja posttraumaatilise stresshäiret 21%. Sarnaselt *bulimia nervosale* on liigsöömishäire seotud suurema piirialast tüüpi ebastabiilse ning vältiva isiksushäire koos esinemisega. Ainete kuritarvitamist (peamiselt alkoholi) on liigsöömishäirega inimeste seas leitud 57%-l meestel ja 28%-l naistel.

## **I Üldine kokkuvõte**

### **Psühhiaatriline sekkumine**

Psühhiaatriline sekkumine algab terapeutilise suhte loomisega, mida soodustavad empaatilised kommentaarid ja käitumine, positiivne suhtumine, veenmine ja toetus. Peamine psühhiaatriline tegevus koosneb teadmiste andmisest, eneseabi töövihikutest, sotsiaalsest

toetusest, internetist saadavast informatsioonist ja otsestest nõuannetest vanematele ja perekondadele. Ravimudeli kohaselt on vajalik meeskondlik lähenemine. Söömishäire ravimeeskonna juhiks statsionaaris peab olema psühhiaater. Ambulatoorselt võivad patsiendid piirduda ka psühhoterapeudi vastuvõtuga. Meeskonda kuuluvad veel kliiniline psühholoog, võimalusel dietoloog, õde, sotsiaaltöötaja ja vajadusel teiste erialade spetsialistid.

### **Söömishäirega seotud sümptomite ja käitumise hindamine.**

Patsiendi põhjalik hindamine loob aluse diagnoosiks. Täielik hindamine koosneb patsiendi kaalu ja pikkuse anamneesist, piirava käitumise ja söömishoogude ning liigse treeningu mustritest, väljutava käitumise ja kompensatoorse tegevuse hinnangust, peamistest uskumustest, mis on seotud kehakaalu, välimuse ja söömisega, kaasnevatest psühhiaatrilistest häiretest. Oluline on uurida söömishäireid puudutavat perekonna anamneesi, alkoholi ja teiste ainete kuritarvitamist, rasvumist, suhtumist söömisesse, kehalisse treeningusse, välimusse. Meditsiinilise personali süüdistav suhtumine perekonda ja lähedastesse võib halvendada perekonna kaasamist raviprotsessi. Oluline on välja selgitada perega seotud pinged, mis võivad takistada paranemist.

Söömishäirete hindamiseks kasutatakse kliinilist intervjuud, enesejälgimist (nt toitumispäevik), söömiskäitumist ja -hoiakuid hindavaid psühhomeetrilisi teste. Abiks on info olulistel teistel ja vajadusel proovisöömisel. Tuleb ka meeles pidada, et ülesöömishoogudega patsiendid tunnevad sageli häbi oma käitumise pärast ja võivad seetõttu probleemi minimiseerida. *Anorexia nervosa* patsientidele on iseloomulik jällegi haiguse eitamine ja sümptomite vähendamine või eitamine, mis mõjutab hindamise protsessi igal astmel. Kui kaal kõrvale jätta, siis peamised söömishäire tunnused on oma olemuselt kognitiivsed ja seega varjatud. Raskused ilmnevad ka ravitulemuste hindamisel, kuna paranemist ja edu näidatakse endale sobivamas valguses. Eitamist ei tuleks võtta kui tahtlikku käitumist, sest sageli on patsiendid pigem ambivalentset muutuste ees. *Anorexia nervosa* patsiendid ei pruugi anda ka adekvaatset teavet, kuna neil on raskusi oma seisundi tajumisel ja väljendamisel, ning näljutamisega kaasnevad sekundaarsed sümptomid, mis mõjutavad informatsioonitöötlust.

### **Patsiendi üldise meditsiinilise seisundi hindamine**

Patsiendi läbivaatusel on oluline hinnata kehalisi sümptomeid, füüsilist (kehakaalu ja pikkust), dermatoloogilist, kardiovaskulaarset seisundit ja perifeerset vereringet ning enesevigastusi. Hinnata tuleb kehamassiindeksit (KMI). Quetelet' kehamassi indeks on 17,5 või väiksem. Quetelet' kehamassi indeks =  $\text{kehakaal (kg)} / [\text{pikkus (m)}]^2$

#### **Täiskasvanute kehamassiindeksi arvutamine:**

<http://www.kalkulaator.ee/?lang=1&page=24>

#### **Laste kehamassiindeksi arvutamine:**

[http://www.kliinikum.ee/lastekliinik/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35&Itemid=47](http://www.kliinikum.ee/lastekliinik/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=47)

Varajane söömishäirete sümptomite märkamine ja ravi hoiab ära haiguse krooniliseks muutumise. Ravi jooksul on vaja hinnata patsiendi kaalu dünaamikat, vererõhku, pulssi, teisi kardiovaskulaarseid näitajaid ja käitumist, mis võib soodustada füsioloogilist kollapsit.

Märgatavalt kehakaalu kaotanud patsientidel (eriti mõne kardiovaskulaarse sümptomi esinemisel) tuleb teha südame ultraheliuuring, sest uuringud näitavad neil sagedasemat südame väljutusvõime langust (71,4%-l 15-st patsiendist ja ainult 10%-l kontrollgrupist).

Väljutava käitumisega patsiendid vajavad stomatoloogi konsultatsiooni. Luutihedust peab uurima patsientidel, kellel on anamneesis vähemalt 6 kuud kestnud amenorröa. Noorematel patsientidel tuleb uurida kasvukõverat, seksuaalset arengut, üldist füüsilist arengut. Laboratoorsete analüüside vajadus on individuaalne sõltuvalt patsiendi seisundist. Suitsiidohu hindamine on eriti oluline alkoholi ja teisi aineid kuritarvitavatel patsientidel. Oluline on perekonna ja lähedaste kaasamine raviprotsessi.

## **Ravikoha valik**

Vastavalt raskusastmele on söömishäireid võimalik ravida kolmes etapis – ambulatoorne ravi, ravi päevakeskuses ja statsionaarne ravi.

- Ambulatoorses etapis toimub esialgse meditsiinilise hinnangu andmine, farmakoteraapia, toitumisalane nõustamine ja psühhoteraapia. See on mõeldud mõõduka sümptomaatikaga patsientidele, kelle haiguse anamnees ei ole pikk.

- Päevakeskuses tegeldakse patsientidega struktureeritud raviprogrammi raames. Selle käigus toimub meditsiiniline hindamine ja ravi, söömistreeningud, grupiteraapia, individuaalne psühhoteraapia, toitumisalane nõustamine, perede nõustamine, füsioteraapia. Ravitakse patsiente, kes ei ole iseseisvalt võimelised toitumist reguleerima ja kelle häire on kestnud kauem ning somaatiline seisund raskem.

- Statsionaarses ravis tegeldakse somaatilise ja psüühilise seisundi stabiliseerimisega, pideva monitoorimise ja toitumise jälgimisega. Mõeldud raske somaatilise seisundiga ja motivatsiooniprobleemidega patsientidele.

Patsientidel, kes kaaluvad vähem kui 85% tervislikust kehakaalust, on raske kehakaalu tõsta väljaspool struktureeritud raviprogrammi. Mõnikord tuleb selliseid programme rakendada ka nendele patsientidele, kellel on kehakaal rohkem kui 85% tervislikust (nt kehakaalu väga kiire langus, kaalu langus hoolimata ambulatoorsest või päevakeskuses määratud ravist, lisanduvad stressolukorrad, mis võivad takistada normaalset toitumist, teadmiste puudumisest toitumise kohta, kaasuvad psühhiaatrilised häired, patsiendi eitamine ja vastupanu).

Hospitaliseerimine on vajalik, kui meditsiinilised näitajad muutuvad ebastabiilseteks (märkimisväärne ortostaatiline hüpotensioon koos pulsi kiirenemisega enam kui 20 korda minutis või vererõhu langus seistes 20 mmHg, bradükardia < 40 korda minutis, tahhükardia > 110 korda minutis, võimetus hoida kehatemperatuuri), lisanduvad patoloogilised kehalised sümptomid/laboratoorsed analüüsid. Et ära hoida võimalikke kasvu ja arenguga seotud probleeme, on näidustatud hospitaliseerimine isegi siis, kui kaalu langus ei ole olnud väga kiire ja suur. Mõnikord tuleb patsiente hospitaliseerida ka siis, kui kriteeriumid ei ole nii intensiivsed, kuid sotsiaalsete, elukohaga seotud või teiste põhjuste tõttu on näidustatud spetsiifilise ravi jätkamine. Ravikeskkonna muutumisel tuleb järjepidevuse tagamiseks koordineerida kohtumised uue ravimeeskonnaga.

Enamus mittekomplitseerunud *bulimia nervosa* patsiente ei vaja hospitaliseerimist. Statsionaarne ravi on näidustatud, kui sümptomid ei ole taandunud adekvaatse ambulatoorse raviga või esinevad tõsised meditsiinilised tüsistused (metaboolsed häired, hematomees, eluliste näitajate muutused, kontrollimatu oksendamine), suitsiidoht, psühhiaatrilised häired, konkureerivad sõltuvushäired.

Psühhiaatria seadusega kooskõlas olev tahtest olenematu ravi ja jälgimine on vajalik patsientidel, kelle meditsiiniline seisund on eluohtlik ja kes avaldavad vastupanu ravile.

Ravikoha valikul on oluline osa erinevate raviprogrammide põhitunnustel. Näiteks, päevakeskuse programmide efektiivsus sõltub otseselt nende intensiivsusest. 6 päeva nädalas ja 12 tundi päevas haarav programm läheneb oma efektiivsusest haiglaprogrammile. Kasutatakse ka lühemaid päevakeskuse programme, mis võivad olla kulutõhusad.

## **II Anorexia nervosa ravi**

### **a) Toitumise taastamine**

Anoreksiahaigete ravi eesmärgiks on 1) taastada normaalne kehakaal (millega taastub menstruatsioon ja normaalne ovulatsioon naistel, seksuaalvajadus ja hormonaalne tasakaal meestel ning eakohane seksuaalne areng lastel); 2) ravida somaatilisi komplikatsioone; 3) suurendada patsientide motivatsiooni ja koostöövalmidust, et taastada normaalne söötmismuster ning osalemine ravis; 4) anda teadmisi tervislikust toitumisest ja söömise korraldamisest; 5) korrigeerida ebaratsionaalseid mõtteid, hoiakuid ja uskumusi; 6) ravida kaasnevaid psüühilisi häireid; 7) suurendada perekonna toetust ning viia läbi nõustamist ja 8) ennetada tagasilööke.

Patsientidele, kes on märgatavalt alakaalulised, tuleb koostada toitumise taastamise programm. See peaks sisaldama vajaliku kaalu saavutamist (1-1,5 kg/nädalas statsionaarsetele patsientidele, 300-500 g/nädalas ambulatoorsetele patsientidele). Kaloraaž peaks algama 1000-1600 kcal/päevas ning suurenema järk-järgult 70 – 100 kcal/päevas võrra; meespatsiendid vajavad märgatavalt suuremat kalorete hulka, et kaalus juurde võtta. Nädala menüüs peaks olema lisaks 3500 kuni 7000 kcal.

Toitumise taastamise juures on vajalik pidev meditsiiniline jälgimine. Vajalik on kehaliste näitajate hindamine, toidu ja vedeliku tasakaalu ning elektrolüütide hindamine. Laste ja täiskasvanute puhul, kes on tugevalt alakaalulised (kaal < 70 % normaalsest), on vajalik südame töö pidev jälgimine. Füüsiline aktiivsus peab olema kooskõlas toidu manustamise ja energia kaotamisega ning muutuma vastavalt kehamassiindeksile.

Kaalu tõusuga võivad kaasneda elektrolüütide, südame- ja neerufunktsiooni, tähelepanu- ja kontsentratsioonivõime paranemine, kuid samas võivad sellega seoses tekkida mitmed kõrvalnähtud. Patsiente tuleb hoiatada et lahtistite ja diureetikumide kasutamise ärajätmisel võib tekkida vedeliku retensioon mitme nädala jooksul, see on tingitud soola ja vee kogunemisest aldosterooni taseme tõusu tõttu. Taastoitmisel esineb tihti turseid. Harvadel juhtudel võib tekkida südamepuudulikkus.

Patsiendid võivad tunda kõhuvalu ja täiskõhutunnet söömise ajal, sest mao tühjenemine on alatoitluse tõttu aeglustunud. Ülemäära kiire, nasogastraalne või parenteraalne toitmine võib olla eriti ohtlik võimaliku vedeliku retensiooni, südame arütmia, südamepuudulikkuse, deliiriumi või krampide tekke tõttu, eriti neil, kelle kehakaal on väga väike. Toitumise käigus tekkida võib hüpofosfateemia võib olla eluohtlik reservide vähesuse tõttu. Samuti võib tekkida kõhukinnisus, mis võib progresseeruda soolesulguseks. Kui kaal suureneb, tekib

paljudel patsientidel akne ja valu rindades. Ravistrateegiat valides tuleb vältida kõrvaltoimeid ning toita nii, et kaalu tõus ei ületaks 1-1,5 kg/nädalas. Somaatilist seisundit tuleb pidevalt jälgida. Vajalik on seerumi elektrolüütide hindamine (Na, K, Cl, bikarbonaat, Ca, P, Mg). Kui nasogastraalsondiga toitmine on vajalik, siis peaks eelistama toitmist 3 - 4 korda päevas, pidev toitmine on subjektiivselt ebamugavust tekitav.

#### b) psühhosotsiaalsed ravimeetodid

Eesmärkideks on 1) et patsient saaks aru haiguse olemusest ja teeks koostööd toitumuse taastamisel ja füüsilisel paranemisel, 2) et patsient saaks aru ja muudaks toitumise ning kehakuju ja -kaaluga seotud ebafunktsionaalseid mõtteid ja hoiakuid, 3) soodustada emotsioonide reguleerimise õppimist ja impulsi kontrolli, 4) parandada interpersonaalset ja sotsiaalset funktsioneerimist, ja 5) suunata tähelepanu komorbiidsele psühhiaatrilisele patoloogiale ja psühholoogilistele konfliktidele, mis suurendavad ja hoiavad alal söömishäiret. Tähtis on tõsta patsientide motivatsiooni muutuseks.

#### **Akuutne *anorexia nervosa***

Toitumise taastamise akuutses faasis, kui kehakaal tõuseb, peab läbi viima individuaalset psühhoterapiat, mis sisaldab endas empaatilist kuid nõudlikku lähenemist, seletuste andmist, positiivsete muutuste rõhutamist, toetust, julgustamist ja teisi positiivseid tagasiside meetodeid. Akuutses faasis on tähtis kohtumine perekonnaliikmete ja lähedastega. Regulaarse psühhoterapia läbiviimine nälgitud patsiendiga võib osutuda ebaefektiivseks. Laste ja noorukite ravis on pereteraapia kõige efektiivsem. Siia kuulub Maudsley meetodi mudel, kus kaasatakse lapsevanemad aktiivsesse raviprotsessi ning välditakse süüdistavat suhtumist. Patsientidel aidatakse parandada toitumist ning võidelda kompulsiiivse treenimise ja väljutamisega.

Statsionaarne ravi ajal tuleb tagada emotsionaalne toetus kombineerituna liikumise piiramise ja puhkusega. Noorukite ravis võivad vanematele mõeldud hariduslikud grupid olla sama efektiivsed kui pereteraapia.

Pärast kaalu taastamist on *anorexia nervosa* ravis oluline ennetada tagasilööke. Toetust on leidnud kognitiivse- ja käitumisteraapia rakendamine, mis vähendab tagasilanguste riski. Võib kasutada ka interpersonaalset ja/või psühhodünaamiliselt orienteeritud individuaalset või grupiteraapiat. Noorukid, kes on olnud haiged enam kui 3 aastat, vajavad pärast kaalu taastamist pereterapiat. Kui ravida krooniliselt haiget patsienti pikaajaliselt, siis peaks meeles pidama, et patsiendid võivad paraneda ka pärast mitmeid aastaid. *Anorexia nervosa* pikaajalise püsimise tõttu võib psühhoterapia kesta mitu aastat.

Ambulatoorsetel anoreksiahaigetel on nii süsteemne kui ka strukturealne pereteraapia näidanud üldjoontes võrdset efektiivsust. Hospitaliseeritud anoreksiahaigetel leiti, et kehakaalu paranemine oli samaväärne nii pereteraapia kui perele hariduse andmise grupi, vähemkuluka ravimeetodi, rakendamisel.

Eneseabi grupid (anonüümsed anorektikud, anonüümsed buliimikud ja ülesööjad, 12-sammu programmid) ei asenda professionaalset ravi. Neid võib kasutada söömishäiretega kaasuvate meditsiiniliste ja psühhiaatriliste probleemide korral.

## **Krooniline *anorexia nervosa***

Tavaliselt ei anna regulaarne psühhoterapia täielikku paranemist kroonilise *anorexia nervosa* korral, aga ka pärast pikki aastaid kestnud haigust on täheldatud remissiooni. Psühhoterapias võib kasutada laialdasemaid meetodeid, et haarata kaasa ja motiveerida raviresistentseid patsiente. Kasu võib olla kunstiteraapiast, füsioterapiast, tegevusteraapiast.

### c) Ravimid ja somaatilise seisundi parandamine

- kehakaalu taastamine

Psühhotroopse ravimi kasutamise vajadus ja valik sõltub konkreetsest kliinilisest pildist. Piiratud empiirilised kogemused ei ole näidanud selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSRI) erilist edu statsionaarses söömishäire raviprogrammis osalevate *anorexia nervosa* patsientide kaalutõus. SSRI preparaadid kombineerituna psühhoterapiaga on *anorexia nervosa* patsientidel siiski laialdaselt kasutusel. Bupropioni kasutamine söömishäiretega patsientidel ei ole näidustatud suurenenud krambiohu tõttu. Tritsüklilisi antidepressante ja monoamiino oksüdaasi inhibiitoreid tuleks vältida alakaalulistel patsientidel nende kõrvaltoimete tõttu. Atüüpilisi neuroleptikume nagu olansapiini, risperidooni, kvetiapiini on uuritud väiksemate gruppide ja üksikute ravijuhtude puhul, kuid kontrolluuringud puuduvad. Need ravimid on kliinilise kogemuse põhjal vajalikud raske vastupanu puhul kaalu tõusule, sündmõtete ja haiguse eitamise korral, mis on võrreldav luululise mõtlemisega. Vanema põlvkonna antipsühhootikumide nagu kloorpromasiini võib kasutada väikestes annustes enne söögikordi. Atüüpiliste neuroleptikumide kasutamise korral tuleb tähelepanelikult jälgida ekstrapüramidaalsümptomeid ja akatiisiat. Oluline on regulaarne jälgimine võimalike kõrvaltoimete osas, mis võivad viia insuliinresistentsuseni, lipiidide ainevahetuse häireteni ja pikenenud QTc intervallini. Ziprasidoni kasutamisel tuleb patsiente uurida QTc intervalli ja seerumi kaaliumi suhtes. 43-s avaldatud protokollis ja 26 juhtumi analüüsis leidis uuringuid atüüpiliste antipsühhootikumide kasutamise kohta *anorexia nervosa* patsientidel. Kõige rohkem oli uuritud olanzapini, kvetiapiini ja risperidoni. Leiti, et atüüpilised antipsühhootikumid on ohutud, vähendavad depressiooni, ärevust ja söömishäire põhisümptomeid. Nende kliinilisse ravijuhisesse lülitamiseks on vajalikud edaspidised tõendus põhised uuringud.

Bensodiasepiinid võivad lühiaegselt olla vajalikud, et ennetada söömisele eelnevat ärevust. Metoklopramiidi võib kasutada puhituse ja kõhuvalude leevendamiseks. Elekterkrampravi on kasutatav vaid muudel näidustustel. Kuigi spetsiifilisest hormoonteraapiast ja vitamiinide lisamisest kasu pole saadud, soovitatakse siiski lisada ravile kaltsiumi ja vitamiin D. Mõnedel patsientidel on tsingi lisamine ravile soodustanud kehakaalu tõusu.

- tagasilanguste ennetamine

Mõnede andmete põhjal võib tagasilangusi ennetada fluoksetiin 60 mg/ päevas. Patsientidele, kes saavad kognitiivset- ja käitumisterapiat pärast kehakaalu taastamist, ei anna fluoksetiini lisamine täiendavat kasu tagasilanguse ennetamiseks.

Hormoonasendusravi (HAR) kasutamine naistel luutiheduse parandamiseks ei ole õigustatud. HAR võib esile kutsuda tsüklilise menstruatsiooni, see aga soodustab haiguse eitamist ja tahtmatust kaalus juurde võtta. Enne östrogeenide määramist peaks saavutama tervisliku kehakaalu. Bifosfonaatide ja alendronaadi kasutamine ei ole *anorexia nervosa* patsientidel

näidustatud. Tervishoiutöötajad peaksid patsientidele soovutama hoidumist füüsilisest koormusest, see võib suurendada traumade ohtu.

### **III *Bulimia nervosa* ravi**

#### **I. Üldine kokkuvõte**

*Bulimia nervosa* iseloomustab pidev püüe piirata söödava toidu koguseid, mis viib korduvatele liigsöömishoogudele. Liigsöömishoogu iseloomustab sisemise kontrolli puudumine söödava toidu koguste üle; tüüpiliselt jääb söödava toidu kogus vahemikku 1000-2000 kilokalorit. Enamikel juhtudel järgneb liigsöömisele kompensatoorne tahtlik toidu väljutamine; esineb ka mitte-väljutav alatüüp. Kombinatsioon ala- ja liigsöömisest keskmist kehakaalu oluliselt ei muuda, seetõttu on suurem osa *bulimia nervosa* patsientidest normaalkaalulised. Iseloomulikult tajuvad *bulimia nervosa* patsiendid sagedasti distressi, mida põhjustab kontrollitunde puudumine ning süütunde seoses liigsöömisega. Söömise ja väljutamisega seotud kontrolli puudumine, süü- ning alaväärsustunne on peamised põhjused, mis panevad buliimiahaiget abi otsima. Sageli pöörduakse aastaid pärast häire algust ning söömishäire sümptomaatikale lisaks esinevad depressiooni ning ärevushäire sümptomid, aga ka ainete kuritarvitamine ning enesevigastamine või mõlemad.

*Bulimia nervosa* ravi efektiivsuse hindamiseks on tehtud enam kui 50 randomiseeritud kontrollitud uuringut, millede tulemused üksteist toetavad. Uuringute andmetel on *bulimia nervosa* kõige efektiivsemaks ravimeetodiks spetsiifiline kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT). Üle 5 kuu pikkuse jälgimisperioodi jooksul, mis keskmiselt sisaldas 20 individuaalset teraapiaseanssi, paranes täielikult ning püsisid remissioonis 1/3-1/2 patsientidest, ülejäänute paranemine oli osaline (ravikavatsuslik analüüs). Antidepressandid omavad *bulimia nervosa* ravis tõestatud efektiivsust vähendades liigsöömishoogude ja väljutava käitumise sagedust ning parandades meelolu. Antidepressantravi efektiivsus on võrreldes KKT-ga väiksem ning ebapüsivam. Uuringutes ei ole leitud ühtegi spetsiifilist näitajat, mis võimaldaks raviefektiivust ette ennustada. Kombineeritud ravi KKT-st ja antidepressiivsest ravist on võrreldes monoterapiaga efektiivsem. Kahes uuringus näitas lühiajaline fokaalne interpersonaalne psühhoteraapia (IPT) sarnast efektiivsust KKT-ga, kuid IPT kestis ajaliselt kauem. Peamiselt käitumuslik teraapia (s.h. eneseabi vorm), mis sisaldas kognitiivseid elemente oli suhteliselt efektiivne teatud osal haigetel.

Peamised eesmärgid *bulimia nervosa* ravis:

1. Vähendada ja kui võimalik lõpetada liigsöömine ning väljutav käitumine.
2. Füüsiliste komplikatsioonide ravi.
3. Toetada ja motiveerida patsienti taastamaks normaalset toitumist.
4. Tutvustada ning õpetada tervisliku toitumise põhimõtteid.
5. Aidata leida ning muuta söömishäirega seotud ebafunktsionaalseid mõtteid ja veendumusi.
6. Toetada ärevuse, süütunde ja hirmuga toimetulekut.
7. Enesekontrolli strateegiate soodustamine
8. Ravida kaasuvaid psüühilisi sümptome.
9. Vajadusel kaasata pereliikmeid.



## 10. Tagasilanguste ennetamine.

### a) Toitumise taastamine.

*Anorexia* ja *bulimia nervosa* toitumise taastamisel on enam sarnasusi kui erinevusi. Kuna *bulimia nervosa* patsiendid on enamasti normaalkaalulised, siis on peamiseks eesmärgiks normaalse toitumise mitte kehakaalu taastamine. Paralleelselt toitumise taastamisega on oluline patsienti nõustada oma kehakaaluga aktsepteerimisega toime tulema. Ravisoostumust võib vähendada ka see, kui patsiendi tegelik kehakaal on märgatavalt kõrgem tema enda püstitatud ideaalkaalust.

Toitumisnõustamisega peaks alustama võimalikult varajases *bulimia nervosa* ravi etapil. Häirele omane kaootiline söötmuster võib põhjustada olulist distressi, oluliselt takistada eduka psühhoterapia läbiviimist ning tuleks seetõttu juba ravi alguses kontrolli alla saada.

Sageli näevad patsiendid oma probleemi liigsöömises ega oska seda seostada liigsöömisele eelnenud toitumise piiramisega. Patsientidel esineb rohkesti toitumisega seotud hirme ja väärvendumusi, mis patoloogilist söömiskäitumist alal hoiavad. Söömishäiret alal hoidvad düsfunktsionaalsed mõtted, hirmud ning veendumused tuleb identifitseerida ja korrigeerida. Iseloomulikult kardavad buliimiahaiged, et regulaarne toitumine ning kõrge energiasisaldusega toitude lisamine menüüsse põhjustavad kehakaalu tõusu. Sageli on toitumine olnud häirunud väga pikka aega, nii et puudub mälestus ning arusaam normaalsest toitumisest. Ravi alguses on vajalik taasõppida vastused elementaarsetena näivatele küsimustele nagu - mis on nälg? miks on söömine vajalik? kui palju toitu on piisav? mis on normaalne toitumine?

Sarnaselt *anorexia nervosa* patsiendi käsitlusele tuleb alustada patsiendilt täpse toitumisalase anamneesi võtmisest ning uurida toitumiskäitumist, selgitada välja patsiendi toitumisalased teadmised ning hoiakud. Selleks, et patsiendile selgeks teha, et probleem ei seisne vaid ülesöömises, peab spetsialist rõhutama, et ülesöömine on vaid üks aspekt häiritud käitumise kompleksis. Vajalik on selgitada, et peamiseks häiret käivitavaks mehhanismiks on pidev ja ülemäärane toitumise piiramine. Hootine liigsöömine on vastus ebarealistlikule piirangule ja hootine ülesööja on tegelikult dieedipidaja. Kui patsienti õnnestub veenda loobuma oma piiravatest toitumisharjumustest ja jätkama normaalset toitumist, siis tung liigsöömishoo alustamiseks ajapikku väheneb.

Üleminek *bulimia* ja *anorexia nervosa* vahel võib mõnedel juhtudel olla küllaltki tinglik. Alakaalulisel *bulimia nervosa* patsiendil, kes üritab range dieedi abil end alakaalus hoida, on sageli raskem normaalse toitumise juurde tagasi pöörduda võrreldes normkaalus oleva patsiendiga. Sellel juhul peaks spetsialist julgustama patsienti mitte keskenduma kindla kaalu hoidmisele vaid aktsepteerima tervislikku kaalu, mis võimaldab pidada tervislikku dieeti ja olla mõistlikult aktiivne. Kaaluga liialt tegeleval patsiendil on seda muidugi raske aktsepteerida. Osa toitumisnõustamisest on võime esitada seda pidevalt ning veenvalt.

Liigsöömishoogude vahel piirab *bulimia nervosa* patsient lisaks söödava toidu hulga ka oluliselt toidu valikut, jättes menüüst välja toidud, mida peab ebatervislikuks või paksuks tegevateks. Kõrge energiasisaldusega nn keelatud toitudest saavad toidud, mis hiljem liigsöömisepisoodi vallandavad ning selle käigus kontrollimatult tarbitakse. Spetsialisti eesmärgiks on muuta ebakohaseid perfektsionistlike nõudeid toidu suhtes. Normaalne toitumine ei tähenda mitte ainult „tervislike“ toitude söömist, vaid mitmekülgset ja balansseeritud dieeti, mis sisaldab vajalikke toitaineid ja piisavalt kaloreid keha vajaduste katteks. Nii tuleks aktsepteerida „optimaalset dieeti“, et mitte korduvalt ebaõnnestuda ebarealistlike, perfektsionistlike dieetide pidamisega. Patsienti tuleks veenda teadlikult sööma

kõrge energiasaldusega toite väikestes kogustes, et mitte hiljem neid suurtes kogustes üle tarbida.

Pärast üksikasjalist söömisanamneesi võtmist koostatakse patsiendiga järgmise etapina struktureeritud toidukordade plaan; normaalkaalulistel soovitavalt 3 põhitoidukorda ja õhtune oode; alakaalulistel 3 põhitoidukorda ja 3 oodet. Patsienti veendakse toiduplaani täitma ning mitte kompenseerima toidukordi toidu piiramise või tahtliku väljutamisega. Ravi järjepidevuse tagamiseks planeeritakse regulaarsed kokkusaamised, mille käigus analüüsitakse patsiendi toitumist, söömise ning kehakaaluga seotud mõtteid ning antakse täiendavat informatsiooni. Võimalusel kaasatakse kohtumisele patsiendi pereliikmed.

*Bulimia nervosa* patsiendid sageli kuritarvitavad pikemaajaliselt nii keemilisi kui „looduslikke“ lahtisteid. Spetsialisti ülesandeks on nõustada patsienti lahtistitest loobuma, selgitada lahtistite mõju kehakaalule ning füüsilise tervisega seotud ohte. Kui patsient järgib toitumisalaseid soovitusi, siis mõne aja jooksul regulaarse toitumise foonil normaliseerub seedetegevus ning paraneb enesetunne. Spetsialist saab patsiendi kogemusele tuginedes selgitada tema sümptomite ning vale toitumise vahelisi seoseid. Enamikel juhtudel normaalsetest toidukordadest kinnipidamine ja väljutamise piiramine põhjustab vaid väikese kaalutõusu (tavaliselt 1...3kg), see on põhiliselt tingitud rehidratsioonist. Patsiendid on sageli üllatunud ning tunnevad kergendust, et saavad normaalselt süüa ilma olulise kaalu tõusuta.

Suurem osa *bulimia nervosa* patsiente ravitakse ambulatoorselt. Ravi alguses peaksid kohtumised spetsialistiga toimuma igal nädalal, hiljem vastavalt vajadusele harvem sõltuvalt sellest, kuidas patoloogiline söömiskäitumine on kontrolli alla saadud. Toitumispäeviku regulaarne jälgimine on mugav vahend tagamaks jätkuvat toetust ja kinnitust normaalsest söömisest. Patsiente nõustatakse toitumist reguleerivate nõuannete osas, näiteks toidukordade ning oodete mitte vahele jätmise suhtes. Patsiente julgustatakse tarbima nn keelatud toite ja mitte tundma end süüdi vahel libastumise pärast. Vajalik on selgitada, et kerged buliimilise käitumise taasilmnemised ei tähenda täielikku läbikukkumist vaid on normaalse paranemisprotsessi osad. Jagatakse nõu toidu planeerimise, valmistamise ja söömise kohta erinevates situatsioonides, et patsiendid saaksid end sotsiaalselt ootusteks ette valmistada. Hoiatatakse alkoholi ja teiste narkootiliste ainete kasutamise eest, kuna need ained võivad indutseerida häiritud söömise jätkumist.

Teraapia lõpetamisel tuleb arvestada potentsiaalse tagasilangusega, mis võib ilmneda stressitekitavas situatsioonis või kui patsient tahab taas kõhnuda. Tagasilanguse tekkel on vajalik taaspöörduda struktureeritud toitumiskava juurde ning ühenduse võtmine spetsialistiga.

Kui enamike *anorexia nervosa* patsientide ravist toimub multidistsiplinaarse meeskonna osavõtul, kus tähtsal kohal on toitumisspetsialist, siis *bulimia nervosa* ravi võib enamikel juhtudel läbi viia ka üks spetsialist. Muidugi ei tohi spetsialist häirega seotud psühholoogilisi probleeme tähelepanuta jätta, kuid enamikel juhtudel on need lahendatavad toitumissoovitusi ning ravi järgides.

Kokkuvõtvalt: toitumise taastamise peamine ülesanne on aidata patsiendil koostada struktureeritud toidukordade plaan, millest kinni pidamine aitaks ära hoida toitumise piiramist ning vähendada ülesöömist ning toidu väljutamist. Adekvaatne toidu tarbimine ennetab üleliigset nälgatunnet ning tekitab küllastustunde. Oluline on hinnata toitumist kõigil patsientidel, ka normaalkaalulistel (norm KMI-ga), sest normaalne kehakaal ei pruugi tähendada normaalset toitumist ega keha koostist. Normaalkaalulistel patsientidel on toitumisalane nõustamine oluline ravi osa, mis aitab vähendada toidu piiramist, suurenda söödava toidu valikut, toetab tervislikke mittekompulsiivseid tegutsemismustreid.

## b) Psühhosotsiaalsed ravimeetodeid

Ägeda *bulimia nervosa* episoodi ravis täiskasvanutel on suurimat tõestatud efektiivsust näidanud KKT. Uuringud on näidanud, et *bulimia nervosa* patsiendid, kes ei ole olulist abi saanud KKT -st, võivad kasu saada järgnevast IPT või medikamentoosest ravist. Vastavas uuringus saadi kõrge ravikatkestajate arv mõlemas grupis ning tagasilangust tajus 16 % IPT ja 10 % antidepressantravi saanutest. Kliinilises praktikas kombineerivad spetsialistid sageli erinevaid KKT, IPT ja teiste psühhoterapeutiliste tehnikate elemente. Võrreldes psühhodünaamilise teraapia ja IPT-ga on KKT näidanud kiiremat söömishäire sümptomite paranemist, kuid kombineerides psühhodünaamilist sekkumist samaaegselt KKT või mõne teise psühhoteraapiaga võib pikemas perspektiivis saada paremaid ravitulemusi. Söömishäire esinemine kaasuva(-te) psüühikahäire(te)ga, eriti isiksushäire kaasnemisel, vajab üldjuhul pikemaajalist ravi. Kliinilised uuringud soovivad psühhodünaamilist ja psühhoanalüütilist lähenemist individuaalselt või grupiteraapiana isiksushäirete kaasesinemisel, kui ülesöömine ning väljutav käitumine on paranenud.

Pereteraapiat võiks eelistada alaealistele ning jätkuvalt vanematega koos elavatele täiskasvanud patsientidele või patsientidele, kellel esinevad olulised konfliktid vanematega. Abielus või püsivas suhtes patsiendid võivad suuremat kasu saada paariteraapiast.

Suuremat tähelepanu pööratakse võimalusele, et mõningaid *bulimia nervosa* ja liigsöömispatiente võib efektiivselt ravida kasutades „eneseabi“ (self-care) strateegiaid, erinevaid professionaalseid KKT-le orienteeritud ravijuhiseid ja internetipõhiseid programme. Astmelisi eneseabi programme, milles järgitakse strateegiate keerukust ja/või raskusastet võib kasutada esimese astme interventsioonis. Uuringus, kus võrreldi juhendatud eneseabistamist KKT-ga, oli eneseabi puhul remissiooni määr KKT-st kõrgem. Samas tuleb märkida, et paljud uuringus osalenud patsiendid kasutasid lisaks eneseabile ka teisi ravimeetodeid. Teine uuring, mis võrdles juhendatud eneseabi kombinatsioonis fluoksetiiniga, leidis et nii fluoksetiin kui eneseabi on efektiivsed monoterapiaplane, paremad tulemused saadi siiski grupis, kus mõlemaid ravimeetodeid kombineeriti. Siiski näitavad uuringud selgelt eneseabi ja juhendatud eneseabi piiranguid. Näiteks, uuringus, mis võrdles fluoksetiini suhtelist efektiivsust ja juhendatud eneseabi esimese astme ravis, katkestas enamus patsiente uuringu vältel ravi. Juhendatud eneseabi näis olevat ebaefektiivne, samal ajal ravi fluoksetiiniga seostus parema ravisoostumusega ja parema sümptomaatilise paranemisega. Uuemad uuringud keskenduvad eneseabi spetsiifiliste komponentide hindamisele.

Näiteid teistest psühhosotsiaalsetest interventsioonidest *bulimia nervosa* puhul:

- 1) 20-nädalane dialektilise käitumisteraapia, mis põhines emotsioonide regulatsiooni oskuste treeningul, näitas olulist paranemist liigsöömise ja väljutava käitumise osas võrreldes ootenimekirjas kontrollgrupiga.
- 2) Esimene sedalaadne uuring omasarnaste seas näitas, et KKT üksi või kombinatsioonis toitumisnõustamisega on *bulimia nervosa* ravis efektiivsem võrreldes ainult toitumisteraapia või toetuse pakkumisega.
- 3) Uuringus, mis võrdles individuaalset ja grupi KKT-d *bulimia nervosa* patsientidel, esines patsientidel märgatavalt enam tagasilangust individuaalteraapia järgselt. Pikaajalises uuringus, kus kahe ravimeetodi tulemused olid sisuliselt identsed, see erinevus aga enam välja ei tulnud.

## c) Medikamentoosne ravi.

Antidepressandid osana raviprogrammist on efektiivsed enamikel *bulimia nervosa* patsientidel, vähendades liigsöömishoogude ning väljutava käitumise sagedust. Antidepressandid võivad anda head efekti kaasuvate depressiooni, ärevuse, sündmõtete või teatud impulsiivsete häirete sümptomite puhul või patsientidel, kes ei ole psühhosotsiaalsest teraapiast abi saanud või on saanud abi olnud ebapiisav.

SSRI-d (selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid) evivad parimat tõestatud efektiivsust ja kõige vähem raskusi kõrvaltoimete osas. Fluoksetiini ja sertraliini efektiivsed annused *bulimia nervosa* ravis on võrreldes depressiooni raviga suuremad, näiteks fluoksetiini päevane annus on 60 mg ja enam. Oluline on enne ravi alustamist patsienti informeerida võimalikest kõrvaltoimetest, näiteks fluoksetiini puhul on sagedamini leitud iiveldust, unetust, asteeniat, seksuaalset düsfunktsiooni. Fluoksetiinil esineb tagasilangust ennetavat toimet, samas on ravi lõpetamine seotud suurenenud tagasilanguse ohuga.

Mitmes ravimuuringus on SNRI (serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitor) reboksetiin näidanud SSRI-dega võrreldavat efektiivsust *bulimia nervosa* ravis.

TCAd (tritsüklilised antidepressandid) ja MAO (monoamiin oksüdaasi) inhibiitorid ei ole efektiivsuse ja kõrvaltoimete sageduse seost arvestades buliimia ravis esmavalikuks, kasutatakse depressiooni ravile sarnastes annustes. TCA sagedasteks kõrvaltoimeteks on sedatsioon, kõhukinnisus ning suu kuivus. Amitriptüliini kasutamine on seotud kaalu tõusuga. Eriline ettevaatlikkus on vajalik suitsiidiriskiga patsiente ravidel. MAO inhibiitorite kasutajatel on leitud suurem spontaanse hüpertensiivse kriisi oht.

Uuringute andmetel peaks antidepressantravi kestma minimaalselt 9 kuud, ravi optimaalne kestus on 12 kuud.

Antikonvulsandid liitium ja valproaat ei ole näidanud olulist efektiivsust buliimia ravis. *Bulimia nervosaga* patsientidel, kellel kasutatakse liitiumit kaasuva haiguse raviks, tuleb olla eriti ettevaatlik, kuna liitiumi tase reageerib kiiresti voluumeni muutustele, ja tulemuseks on suurenenud toksilisuse oht.

Topiramaat on näidanud mitmetes uuringutes ülesöömishoogude ning oksendamise sagedust vähendavat toimet. Kõrvaltoimete tõttu ravi katkestajate osakaal on väike, aga kuna topiramaat põhjustab kehakaalu langust, siis see ei sobi raviks alakaalulistele ning ettevaatlik tuleb olla normaalkaaluliste patsientide ravimisel.

*Bulimia nervosa* haigetel kaasuva aktiivsuse-tähelepanuhäire (AKTH) ravis kasutatav metüülfenidaat on mitmes uuringutes näidanud söömishäirest parandavat toimet. Kõrvaltoimete ning kuritarvitamise ohu tõttu ei ole näidustatud *bulimia nervosa* ravis AKTH puudumiseta.

Hele valgusteraapia on näidanud liigsöömishoogude vähendamist mitmetes kontrollitud uuringutes ja seda võib kasutada, kui KKT ja antidepressandid ei ole olnud efektiivsed liigsöömise sümptomite vähendamisel.

Kaasuvate psüühikahäirete ravis tuleb silmas pidada, et atüüpilistel neuroleptikumidel klosapiinil ja olansapiinil on leitud söömishooge indutseeriv toime.

## IV Liigsöömishäire ravi

### I Üldine kokkuvõte

Võrreldes *bulimia nervosaga* avaldub liigsöömishäire hilisemas eas, sooline jaotuvus on ühtlasem ning liigsöömishood esinevad üldise liigsöömise taustal, mistõttu patsiendid on sageli ülekaalulised. Võrreldes *anorexia* ning *bulimia nervosaga* on liigsöömishäirega patsiente oluliselt vähem uuritud, järeltõlge erinevate ravimeetodite efektiivsuse kohta peaks tegema ettevaatlikult, kuna liigsöömishäire sümptomid on labiilsed ja evivad paljudes uuringutes kõrget vastust platseebole .

Liigsöömishäire ravi peamiseks eesmärgiks on normaalse toitumise taastamine, milles keskendutakse eeskätt liigsöömise vähendamisele mitte kehakaalu langetamisele. Toitumise kõrval on liigsöömishäire ravi teine oluline komponent regulaarsel füüsilisel aktiivsusel. Range dieet võib omakorda viia kompensatoorsetele liigsöömishoogudele. Samuti on leitud kroonilise kalorraaži piiramise ning ärevuse ja depressiooni vahel suurenenud sagedus. Vastandina traditsioonilistele kaalulangetamise programmidele on pikemaajalistes uuringutes paremaid tulemusi andnud teraapiad, mis keskenduvad enese aktsepteerimisele, normaalsele toitumisele ja tervisele ning füüsilisele aktiivsusele.

#### a) Toitumise rehabilitatsioon ja nõustamine

Käitumuslikud kaalukontrolliprogrammid, mis sisaldavad madala või väga madala kalorsusega dieete võivad aidata lühema aja jooksul kehakaalu ning liigsöömist vähendada. On oluline, et patsiente teavitataks, et madalamat kaalu ei suudeta sageli hoida ning selgitada, et kaalu kaotuse järgse kaalutõusuga võib kaasneda liigsöömismustrite taastekke. KKT, IPT, psühhodünaamiliste teraapiate, kaalule mittesuunatud psühhosotsiaalsete teraapiate ja isegi mõnede „mittedieetide/tervis igas suuruses“ teraapiatest või nende erinevatest kombinatsioonidest on näidatud kasu liigsöömishäire sümptomaatika ja kehakaalu stabiliseerimisel. Patsientidel, kelle anamneesis on korduvad kaalulanguste järgnevad kaalutõusud („Yo-yo dieet“) või patsiendid, kel liigsöömine on varase algusega, on näidatud kasu liigsöömishäire liigsöömise sümptomaatikale ja kehakaalu stabiliseerimisele. On vähe empiirilisi tõendeid väitmaks, et ülekaalulised liigsööjad, kes soovivad eeskätt kaalu langetada, peaksid saama teistsugust ravi kui mitte-liigsööjatest ülekaalulised.

Sarnaselt teiste söömishäirete käsitlemisele, tuleb esmalt välja selgitada patsiendi toitumisharjumused, toitumise ja kehakaaluga seotud mõtted ning veendumused, hinnata patsiendi poolset motivatsiooni muuta oma seniseid söömisharjumusi. Patsiendile tuleb jagada informatsiooni tervislikust kehakaalust ning toitumisest. Järgnevalt on vajalik, et patsient sõnastaks ravieesmärgid ning omapoolsed kohutused.

Koos spetsialistiga koostatakse struktureeritud toidukordade plaan, täpsustatakse toidu valik ning kogused. Söögikordade plaan koosneb 3 põhitoidukorrast ning 2-3 ootest; sagedased toidukorrad vähendavat söömistungit ning seega omakorda ülesöömist ja toidu väljutamist. Samuti on oluline stabiilne söömise keskkond ning tempo. Edasiselt tegeletakse söömise (samuti liigsöömise ja väljutamisega) seotud mõtete ja emotsioonide äratundmise ning kirjeldamisega.

## b) Psühhosotsiaalsed ravimeetodid

Individuaalse ja grupi KKT efektist käitumuslikele ja psühhosotsiaalsetele sümptomitele liigsöömishäire korral on piisavalt tõendeid. Uuringutes on võrreldud erinevate psühhoteraapiate suhtelist efektiivsust ja analüüsitud psühhoteraapia ning traditsiooniliste kaalulangetusprogrammide komponente. Uuringus, kus osales 162 liigsöömishäirega meest ja naist, saadi kõrged paranemis- ja remissioonimäärad nii KKT kui ka IPT grupis. Mõningast langust esines 12-kuulise jälgimisperioodi jooksul võrdväärsete tulemustega mõlemas grupis. Teises uuringus hinnati KKT efektiivsust grupiformaadis. 10-nädalase ravi järgselt esines oluline paranemine ~ 80%-l ravigrupis osalejatest ning 9%-l kontrollgrupist. Liigsöömise episoodide arv langes ravigrupis 94%.

Sarnaselt KKT-le on interpersonaalne teraapia näidanud olulist efektiivsust liigsöömishäire ravis. Häid tulemusi IPT-ga on näidatud söömishäire ravis, mis ilmneb noorukieas, sageli interpersonaalse muutuste kontekstis, eriti rollimuutused nagu iseseisvumine. Lisaks provotseerivad liigsöömist negatiivsed afektid nagu depressioon, viha ja ärevus. Sellised tunded võivad välja kasvada interpersonaalsest konfliktist. Nii ongi mõistlik oletada, et interpersonaalne teraapia oleks efektiivne nii *bulimia nervosa* kui liigsöömishäire puhul. 16 nädalat kestnud uuringus, kus IPT-d saanud grupis keskenduti interpersonaalsele konfliktile kui liigsöömishäire vallandajale, jagati osalejad juhuslikult KKT, IPT ja ootelehel kontrollgruppi. Uuringu lõppedes vähenes liigsöömine vastavalt 28% KKT-d, 44% IPT-d saanutest, kontrollgrupis liigsöömise osas muutusi ei esinenud. Tagasilangust esines nii KKT-d kui IPT-d saanute seas aastase jälgimisperioodi jooksul sarnasel määral.

IPT ja dialektilise käitumusliku teraapia efektiivsust käitumuslikele ja psühhosotsiaalsetele sümptomitele on samuti uuritud ning neid võib pidada alternatiivideks. Mitmete uuringute järgi jätkab enamus patsiente käitumuslikku ja psühhosotsiaalset paranemist aastase jälgimisperioodi vältel. Suur hulk tõendeid toetab eneseabi ja juhendatud KKT-põhiste eneseabi programmide efektiivsust ja nende kasutamist algse sammuna järgnevates raviprogrammides.

## c) Medikamentoosne ravi

Psühhofarmakoteraapia rakendamisel liigsöömishäire ravis tuleb arvestada sellega, et liigsöömishäirega ülekaalulistel patsientidel on sageli ebarealistlikult kõrged ootused psühhofarmakonide kaalu langetavasse toimesse. Näiteks kaalulangus keskmiselt 2-10 kg liigsöömishäirega ülekaalulisel patsiendil on saavutatud vähemalt 6 kuud kestnud raviga. Enne ravi alustamist tuleks uurida patsientide ootusi ravi suhtes, anda teadolevat informatsiooni, et ennetada frustratsiooni, frustratsioonist tingitud tagasilangust ning negatiivseid emotsioone. Enne psühhofarmakoteraapia alustamist tuleb tutvustada patsiendile erinevaid ravivõimalusi ning nende efektiivsust ning läbi viia toitumisalane nõustamine.

Suur hulk tõendeid viitab, et ravi antidepressiivsete ravimitega, eeskätt SSRI-dega, on seotud vähemalt lühiajalise liigsöömise käitumise vähenemisega, kuid enamusel juhtudest ei kaasne suurt kaalu langust. SSRI-d nagu fluvoksamiin, sertraliin, fluoksetiin, tsitalopraam on uuringutes näidanud ülesöömist vähendavat toimet. Ravimite annused on lubatud päevadooside ülemisel piiril. Ravimuuringus (topelt pimedas platsebo-kontrollitud, kokku 60 patsienti), kus hinnati fluoksetiini efektiivsust liigsöömishäire ravis 6-nädalase ravi jooksul, vähenes märgatavalt liigsöömine. Fluoksetiini võtvad patsiendid kaotasid 6 nädalaga keskmiselt 3,3 kg, samal ajal kasvas platsebo-grupi kaal keskmiselt 0,7 kg. Sarnaselt, 6-nädalases topelt pimedas platsebo-kontrollitud uuringus, kuhu kaasati 38 patsienti, saavutasid remissiooni 47% ravimit saanud patsientidest. Tsitalopraami saanud patsiendid

kaotasid keskmiselt kaalus 2,1 kg, platseebogrupis 0,2 kg. Samas 20 patsiendiga läbiviidud platseebo-kontrollitud ravimuuringu fluvoksamiiniga, saadi statistiliselt oluline paranemine võrdväärsete tulemustega nii ravimi kui platseebogrupis.

Topelt-pimedas platseebo-kontrollitud uuringus liigsööjatel näidati TCA desipramiini efektiivsust: 12 nädalat kestnud uuringus, keskmine desipramiini päevane doos 188 mg vähenes liigsöömine 63 % võrreldes 15 % platseebot saanutega. Vähenes ka nälja ja küllastumatustunne aktiivse medikamendi grupis. Lisauuringus, mis võrdles erinevate SSRI-de fluoksetiini, paroksetiini ja sertraliini söögiisu pärssivat toimet võrreldes desipramiiniga, viitas SSRI-de nõrgale söögiisu pärssivale toimele võrreldes desipramiiniga.

SNRI venlafaxinil on sarnaselt SSRI-dele söögiisu vähendav toime ning lisaks küllastustunnet suurendav toime, mistõttu venlafaxin pärssib liigsöömist kahe erineva mehhanismi kaudu; tänaseks on venlafaxini liigsöömishäire ravis vähe uuritud.

Antikonvulsandid valproaat ja karbamasepiin on näidanud positiivset toimet impulsi kontrolli osas, kuid nende söögiisu ja kehakaalu suurendav toime piirab nende kasutamist liigsöömishäire ravis.

Topiramaat (75-200 mg/p) on liigsöömishäire ravis enim uuritud antikonvulsant. Mitmetes topiramaadiga tehtud uuringutes on näidatud kaalu langetavat, liigsöömist vähendavat ja meeleolu parandavat toimet. Arvestada tuleb võimalike kõrvaltoimetega nagu väsimustunne, iiveldus paresteesiad. Uuringus, kus osales 407 liigsöömishäirega rasvunud patsienti, saadi positiivsed ravitulemused oluliste kõrvaltoimeteta.

Tsentraalse toimega söögiisu pärssivad preparaadid. Liigsöömishäire sage komorbiidsus rasvtõvega (20-50%) lubab oletada võimalikku kasu söögiisu pärssivatel preparaatidel. Sibutramin (15 mg/p patsiendile KMI>30) on näidanud head talutavust, samas oluliselt vähendanud söömishoogude sagedust, parandanud KMI ja depressiooni. Uuringus, kus osales 60 liigsöömishäirega patsienti KMI-ga 30-45 kg/m<sup>2</sup> saadi 12 nädalase ravi järgselt sibutramiini grupis keskmine kaalu langus 7,4 kg ja platseebo grupis kaalu tõus 1,4 kg. Ülesöömishoogudega päevade arv vähenes neljalt päevalt kahele ning Becki depressiooni skaalal saadi oluline paranemine.

Rasvade imendumist pärssiv ravim orlistat (Xenical) koos KKT-ga näitas 28-päevase ravi järel 3,5 kg kaalulangust; KKT-d monoterapiiana saanud patsientide grupis oli kaalulangus keskmiselt 1,6 kg.

#### d) Farmakoterapia võrreldes ja kombinatsioonis psühhoterapiiaga.

Enamikel söömishäirete patsientidel ei oma antidepressandi lisamine käitumuslikule kaalu kontrollile ja/või KKT-le liigsöömist alandavat efekti, võrreldes ainult antidepressandi kasutamisega. Siiski võivad ravimid indutseerida kaalu vähendamist, parandada kaasuvaid psüühikahäireid. Uuringus, kus lisati kaalu alandav ravim orlistat juhendatud eneseabi KKT programmile ilmnis ülekaalulistel patsientidel täiendav kaalulangus.

12-kuulises uuringus, mis võrdles kahte SSRI-d ja KKT liigsöömishäire korral, leiti et KKT on efektiivsem kui fluoksetiin või fluvoksamiin. Efektiivsus paranes veelgi, kui kombineeriti KKT-d ja fluvoksamiini, samas KKT kombineerimisel fluoksetiiniga suuremat raviefekti ei ilmnenu (ka kordusuuringul saadi sarnane tulemus).

Uuringus, kus kõik liigsöömishäirega patsiendid said 16 sessiooni käitumuslikku grupiteraapiat, neist juhuslikkuse alusel sai üks grupp lisaks 20-st sessioonist koosnevat individuaalset KKT-d ning teine grupp fluoksetiini 60 mg päevas, leiti, et individuaalselt KKT-d lisaks saanud grupis esines märgatavalt parem grupiteraapia efekt, mis ei ilmnenu fluoksetiini lisaks saanud patsientide grupis. Samas esines fluoksetiini saanud patsientide grupis positiivne tulemus depressiooni sümptomitele.

## LISAD

**TABEL 1. RHK-10 *Anorexia nervosa* diagnostilised juhised**

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud kõik järgmised asjaolud:

(a) Kehakaalu hoitakse vähemalt 15% allpool eeldatavat (kas kaalukaotuse tulemusena või ei ole seda kunagi saavutatud), Quetelet' kehamassi indeks on 17,5 või väiksem. Quetelet' kehamassi indeks =  $\text{kehakaal (kg)} / [\text{pikkus (m)}]^2$  . Puberteedieelses eas patsiendid ei võta kasvuperioodil oodataval määral kaalus juurde.

(b) Kehakaalu kaotus on esile kutsunud “paksuks tegevate toitude” vältimisega ning on seotud ühe või rohkemaga järgnevast: tahtlikult esilekutsutud oksendamine; tahtlikult esilekutsutud kõhulahtisus; ülemäärane kehaline aktiivsus; söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine.

(c) Spetsiifilise psühhopatoloogilise avaldusena esineb oma keha väärtaju, mille tõttu ülekaaluka mõttena püsib tüseduskartus ja patsient seab oma kehakaalule väga ranged piirid.

(d) Väljendunud endokriinhäired haaravad hüpotalamuse-hüpofüüsi-sugunäärmete süsteemi. Naistel avaldub see amenorröana ning meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumisena. (Olulise erandi moodustavad püsiva vaginaalse verejooksuga anorektilised naised, kes saavad hormonaalset asendusteraapiat, kõige sagedamini kontratseptiivseid vahendeid). Samuti võib esineda kasvuhormooni ja kortisooli taseme tõusu, türeoidhormooni perifeerse metabolismi ja insuliini sekretsiooni muutusi.

(e) Kui algus on puberteedieas, siis organismi pubertaalsed muutused hilinevad või isegi peetuvad (kasvu seiskumine, tütarlastel ei arene rinnanäärmed, primaarne amenorröa; poistel seiskub testiste areng).



**TABEL 2. RHK-10 *Bulimia nervosa* diagnostilised juhised**

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud kõik järgmised asjaolud:

(a) mõtted keerlevad kogu aeg söömise ümber ja esineb vastupandamatu söömishimu; tekivad liigsöömishood, kus lühikese aja vältel süüakse ära suur kogus toitu.

(b) Patsient püüab toidu paksukstegevale toimele vastu tegutseda ühel või enamal viisil: tahtlikult esilekutsutud oksendamine; lahtistite kuritarvitamine; vahelduvad nälgimisperiodid; söögiisu pärssivate ravimite, türeoidpreparaatide ja diureetikumide kasutamine. Kui bulimia tekib diabeedihaigetel, võivad nad loobuda insuliini kasutamisest.

(c) Psühhopatoloogia hõlmab haiguslikku tüsenemiskartust ning patsient seab endale väga ranged kehakaalu piirangud, mis on selgelt väiksemad premorbiidsest kehakaalust, mida võiks arsti arvates pidada optimaalseks või tervislikuks. Sageli, kuid mitte alati on varem olnud anorexia nervosa episood; kahe häire ajaline intervall võib ulatuda mõnest kuust mitma aastani. Sellisel varasemal episoodil võis olla kas täielik kliiniline pilt või oli see väljendunud nõrgalt: mõõduka kehakaalu languse ja/või mööduva amenorröaga.

**Tabel 3. DSM IV-TR Liigsöömishäire diagnostilised kriteeriumid**

(A) Korduvad liigsöömishood. Liigsöömishoole on iseloomulikud mõlemad tunnused:

(1) Piiratud ajavahemik, mil tarbitakse suurem kogus toitu, kui tarbiks enamik inimesi sarnase ajavahemiku ja sarnaste tingimuste juures.

(2) Kontrollikao tunne söömise üle söömiseepisoodi jooksul (sh. tunne, et ei suuda söömist peatada või kontrollida mida ja kui palju süüakse)

(B) liigsöömiseepisoodid on assotsieerunud 3 või enamaga järgnevast:

(1) Tavapärasest oluliselt kiirem söömistempo

(2) Söömine kuni ebamugava täistundeni

(3) Suurte toidukoguste söömine ilma füsioloogilise näljatundeta

(4) Üksinda söömine tingituna häbitundest tarbitud koguse pärast

(5) Ekstreemne süütunne, masendus ja iseenda jälestamine pärast ülesöömist

(C) märkimisväärne distress liigsöömishoogude tõttu

(D) liigsöömishood esinevad vähemalt 2 päeval nädalas 6 kuu jooksul

Märkus: sageduse hindamine erineb *bulimia nervosa* puhul kasutatavast; edasised uuringud peavad selgitama, kas sageduse hindamiseks lugeda päevi, mil liigsöömishood esinesid või arvestada liigsöömiseepisoodide arvu.

(E) liigsöömishood ei seostu regulaarse kompensatoorse käitumisega (väljutamine, paastumine, ülemäärane treening) ning üksnes anorexia nervosa ja bulimia nervosa haiguskuluga.

**Tabel 4. RHK-10 Liigsöömine koos muu psüühikahäirega F50.4**

Stressreaktsioonina valulise kaotuse, õnnetusjuhtumite, kirurgiliste operatsioonide, emotsionaalselt raskete sündmuste järel tekkiv liigsöömine, mis viib ülekaalulisusele. Psühholoogiliste probleemide põhjuseks olevat ülekaalulisust ei kodeerita siin. Sisaldab: psühhogeenne liigsöömine. Ei sisalda: ülekaalulisus (E66.-); Täpsustamata polüfaagia (R63.2); Ravimite pikaajalisest kasutamisest tingitud ülekaalulisust (E66.1).

**TABEL 5 Somaatilised komplikatsioonid anorexia nervosa puhul**

Organsüsteem	Sümptomid	Tunnused	Laboratoorsete analüüside tulemused
Kogu keha	Nõrkus, jõuetus	Alatoitumine	Madal kaal/KMI, madal keha rasvkoe protsent
Kesknärvisüsteem	Apaatia, alanenud kontsentratsioonivõime	Kognitiivsed häired; alanenud meeolu	CT uuring: ajuvatsakeste laienemine; MRI: aju hall- ja valgeaine vähenemine
Kardiovaskulaarsüsteem	Südamepekslemine, nõrkus, peapööritus, õhupuudus, valu rindkeres, jäsemete külmetamine	Ebaregulaarne nõrk, aeglane pulss; märkimisväärne ortostaatiline vererõhu muutus; perifeerne vasokonstriksioon ja akrotsüanoos	EKG: bradükardia, arütmiaid, Q-Tc intervalli pikenemine (eluohtlik tunnus)
Skelett	Liigeste valud füüsilise koormuse puhul	Lokaalne tundlikkus, lühike kasv, peetunud luustikuareng	Röntgenülesvõttel või luukoe skaneerimisel patoloogilised fraktuurid; luukoe densitomeetrilisel uuringul osteopeenia või osteoporoos
Lihaskude	Lihasnõrkus, valud	Lihaste kurtus	Lihasesüümide patoloogilised väärtused raske alatoitluse puhul

Reproduktiiv-organid	Psühhoseksuaalse arengu peetus; libiido puudumine	Menstruatsiooni lakkamine või primaarne amenorröa; seksuaalse arengu peetus või sekundaarsete sugutunnuste taandareng; sigimatus; suurenenud rasedus- ja neonataalsed komplikatsioonid	Hüpoöstrogeneemia; prepubertaalsed LH väärtused, FSH sekretsioon; follikulaarsüsteemi puudulik areng (nähtav folliikel vaagna ultraheliuuringus)
Endokriinne ja metaboolne süsteem	Nõrkus; külmatunne, vähene diurees; oksendamine	Madal kehatemperatuur (hüpotermia)	Kõrgenenud seerumi kortisooli tase; suurenenud T3 ("vaba T3"); dehüdratatsioon; elektrolüütide tasakaalu häired, hüpofosfaemia (eriti toitumise taastamise puhul); hüpoglükeemia (harva)
Verepilt	Nõrkus; külmatunne	Harva hematoomid. Vere hüübimishäired	Aneemia; neutropeenia relatiivse lümfotsütoosiga; trombo-tsütopeenia; madal erütrotsüütide sedimantatsiooni tase; harva hüübimisfaktori patoloogia
Gastrointestinaalsüsteem	Oksendamine; kõhuvalu; puhitus, kõhukinnisus; kõhulahtisus	Kõhuvaevused seoses söömisega; häirunud soole peristaltika	Aeglustunud mao tühjenemine, vahel patoloogilised maksa funktsiooni näitajad
Tursed		Suurenenud seerumi urea sisaldus; madal glomerunaal-filtratsiooni tase; võimalus neerukivide tekkeks; hüpoveemiline nefropaatia	
Nahk	Juuste muutused		Lanuugo

**TABEL 6 Somaatilised komplikatsioonid bulimia nervosa puhul**

Organsüsteem	Sümptomid	Tunnused	Laboratoorsete uuringute tulemused
Metaboolne süsteem	Nõrkus; ärrituvus	Madal naha turgor	Dehüdratatsioon (uriini spetsiifiline erikaal; osmolaarsus); seerumi elektrolüüdid: hüpokaleemiline hüpokloreemiline alkaloos nendel, kes oksendavad; hüpomagneseemia ja hüpofosfateemia lahtistite kasutajatel
Gastrointestinaal-süsteem	Kõhuvalu ja düskomfortitunne nendel, kes oksendavad; juhuslik automaatne oksendamine; kõhukinnisus, kõhulahtisus; sapipõie funktsiooni ja sooletegevuse häired lahtistite kasutajatel	Juhuslik veresegune okse; oksendajatel võib esineda gastriit, ösofagiit, gastroösofageaalsed erosioonid, söögitoru funktsiooni häired (kaasaarvatud gastroösofageaalne refluks või mao rebendid); suurenenud pankreatiidi oht; kroonilistel lahtistite kasutajatel võib esineda jämesoole funktsioonihäireid või melanoos	
Reproduktiiv-organid	Fertiilsusprobleemid	Ebakorrapärane/vähene menstruatsioon	Võib esineda hüpoöstrogeemia
Hammaste-neelu süsteem	Hammaste lagunemine; Valu neelus; põskede ja kaela paistetus (valutu)	Hamba kaaries koos emaili erosioonidega; keelepinnal lõikehammaste jäljed; neelu punetus; suurenenud süljenäärmed	Röntgenülesvõttel hambaemaili erosiooni leid; suurenenud amülaas, mis on põhjustatud healoomulisest kõrvalsüljenäärmete hüperplaasiast
Nahk		Käe selja armistumine (Russell'i sümptom)	
Kardiovaskulaar-süsteem	Nõrkus, südamepekslemine	Kardiaalsed patoloogiad; lihasnõrkus	Kardiomüopaatia, ja perifeerne müopaatia

**Tabel 7. Lisauuringud söömishäiretega patsientide jaoks**

Analüüs	Näidustus
Baasanalüüsid	Kehtivad kõikidele söömishäiretega patsientidele
Täielik vere analüüs Elektrolüütide tase seerumis Vereseerumi urea Vereseerumi kreatiniin Kilpnäärme funktsiooni test Uriini analüüs	
Lisaanalüüsid	Kehtivad alatoitumisega ja raskete sümptomitega patsientidele
Vere biokeemiline analüüs Kaltsiumi tase veres Magneesiumi tase veres Fosfori tase veres Maksa funktsioonide proov Elektrokardiogramm	
Osteopeenia ja osteoporoosi hindamine Luustiku densitomeetria	Kehtivad patsientidele, kes on alakaalulised rohkem kui 6 kuud
Östradioli tase Testosterooni tase meestel	
Täiendavad uuringud	Kehtivad erijuhtudel
Seerumi amülaasi tase	Püsiva ja korduva oksendamise korral
Luteiniseeriva hormooni (LH) ja folliikuleid stimueeriva hormooni (FSH) tase	Püsiva amenorröa ja normaalse kehakaalu korral
Pea magnetresonantstomograafia (MRI) ja kompuutertomograafia (CT)	Ajuvatsakeste laienemise korral korrelatsiooniga alatoitumusega
Väljaheite analüüs	Vereerituse korral

**Tabel 7. Praktiline küsimustik söömishäire hindamiseks ja raviks.**

<i>Eesmärk</i>	<i>Abistavad küsimused</i>
Toitumisharjumuste väljaselgitamine.	Kas te olete nõus arutama oma toitumisharjumusi? Mulle teeb muret teie söömine. Kirjeldage palun oma tavapärast söömist.
Toitumisharjumuste muutmiseks motivatsiooni hindamine.	Skaalal 0st 10ni, kui oluline on teie jaoks toitumisharjumuste muutmine? Mis muudaks seda veel olulisemaks? Skaalal 0st 10ni, kui veendunud te olete, et suudate muuta oma toitumist? Mis muudaks teid veel enesekindlamaks? Mis teile meeldib oma senise söömise juures? Mis ei meeldi? Millist kasu võiks tuua senise söömise muutmine? Millist kahju võik söömise muutine kaasa tuua? Kuidas muutuks teie elu, kui te niipalju ei mõtleks oma söömise peale? Mulle jääb mulje, et söömisharjumustest kinnipidamine on teie jaoks väga oluline, et igapäevaselt hakkama saada?
Söömishäirega seotud kasude ja kahjude hindamine.	Kas te olete kunagi tundnud, et kaotate kontrolli oma söömise üle? Kui sageli seda juhtub? Millal te kõige sagedamini üle sööte? Mõnikord inimesed söövad üle ja oksendavad kui nad tunnevad kurbust, hirmu või läbikukkumist. Kas midagi sellist on ka teiega juhtunud? Kuidas te ennast tunnete enne ülesöömist? Enne oksendamist? Pärast ülesöömist? Pärast oksendamist? Mis juhtub pärast oksendamist? Kuidas söömine mõjutab teie toimetulekut päeva jooksul? Kas te tunnete väsimust? Kas teil on raskusi keskendumisega? Mõnikord inimesed mõtlevad kogu päeva söömisele ega suuda seetõttu teistele asjadele hästi keskenduda. Kas ka teiega on seda juhtunud?
Ülesöömisele alternatiivide leidmine.	Kui te tajute tungi üle süüa, mida te söömise asemel teha võiksite? Pakkuge välja tegevusi, mida te võiksite ülesöömise asemel sellistes situatsioonides teha.
Negatiivse mõttekäigu muutmine.	Kes nõuab, et te oleksite perfektne? Kes määrab ära selle, mida te iseendast arvate? Mida te suudate kontrollida?

## Kasutatud kirjandus:

1. APA Practice Guidelines: Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition, Executive Summary, July, 2006.
2. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Clinical Guideline 9. National Collaborating Centre for Mental Health 2004.
3. Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Fermanian, J. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research* 2003; 117, 245-248.
4. Joel Yager, Maichael J. Devlin, Katherine A. Halmi, David B. Herzog, James E. Mitchell, Pauline S. Powers, Kathryn J. Zerbe Eating disorders, *Focus* 2005 3:503-510
5. McKnight RF, Park RJ *Eur Eat Disord Rev.* Jan;18(1):10-21. Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review 2010
6. *The Lancet*, February 2003 Volume 361, Issue 9355, Pages 407 - 416, 1
7. *Am Fam Physician.* 2008;77(2):187-195, 196-197
8. Psüühika-ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10, Maaailma Tervishoiuorganisatsioon, 1992
9. Anu Järv, Kirsti Akkermann, Janika Pael Projekt HOPE, 3-etapiline- integreeritud ravisüsteem söömishäiretega patsientidele, Tartu, 2004

## Soovitav kirjandus patsientidele ja lähedastele:

1. Anorexia nervosa  
[http://books.google.ee/books?id=o93pIvkQLFYC&printsec=frontcover&dq=janet+treasure&source=bl&ots=x3dzHZORSZ&sig=1idvATJpottc5rWnjxFfvYi9qbI&hl=et&ei=4WZdS9ydNYrZ-QbK06AH&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=6&ved=0CCEQ6AEwBQ#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.ee/books?id=o93pIvkQLFYC&printsec=frontcover&dq=janet+treasure&source=bl&ots=x3dzHZORSZ&sig=1idvATJpottc5rWnjxFfvYi9qbI&hl=et&ei=4WZdS9ydNYrZ-QbK06AH&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CCEQ6AEwBQ#v=onepage&q=&f=false)
2. Bulimia nervosa ja liigsöömine  
[http://books.google.ee/books?id=uixzQH8pYE0C&printsec=frontcover&dq=janet+treasure+bulimia&source=bl&ots=eD6ZHgN2M&sig=fsdZzSgRLQLS9RXNFXkh liZ0EU&hl=et&ei=1mhdS7GoOMvu-Qau-cAK&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=5&ved=0CBQQ6AEwBA#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.ee/books?id=uixzQH8pYE0C&printsec=frontcover&dq=janet+treasure+bulimia&source=bl&ots=eD6ZHgN2M&sig=fsdZzSgRLQLS9RXNFXkh liZ0EU&hl=et&ei=1mhdS7GoOMvu-Qau-cAK&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CBQQ6AEwBA#v=onepage&q=&f=false)