

Epätyypilliset syömishäiriöt FinnTwin16-aineiston nuorilla naisilla

Pro gradu-tutkielma

Vilma-Lotta Lehtokari
Ravitsemustieteen osasto
Elintarvike- ja ympäristötieteen laitos
Helsingin yliopisto
Marraskuu 2015

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Maatalous-metsätieteellinen tiedekunta		Laitos/Institution – Department Elintarvike- ja ympäristötieteiden laitos	
Tekijä/Författare – Author Wilma-Lotta Lehtokari			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Epätyypilliset syömishäiriöt FinnTwin16-aineiston nuorilla naisilla			
Oppiaine /Läroämne – Subject Ravitsemustiede			
Työn laji/Arbetets art – Level Pro gradu		Aika/Datum – Month and year Marraskuu 2015	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages pääteksti 70 sivua, liitteet 23 s., yhteensä 93 s.
Tiivistelmä/Referat – Abstract			
<p>Syömishäiriöt (sh) ovat joukko psykiatrian erikoisalaan kuuluvia sairauksia, joille ominaisia piirteitä ovat vääristynyt syömiskäyttäytyminen ja suhtautuminen ruokaan sekä omaan kehonkuvaan. Eri sairauksien, myös syömishäiriöiden, diagnoosit perustuvat asiantuntijakomiteoissa sovittujen oireisiin liittyvien kriteerien täyttymiseen. Sairaudet ja näiden diagnostiset kriteerit on koottu erilaisiin tautiluokituskäsiroihin.</p> <p>Tässä työssä käytettiin sh-ryhmittelyn pohjana Amerikan psykiatriayhdistyksen DSM-tautiluokituskäsirojaa (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), koska sitä käytetään vakiintuneesti kansainvälisessä tutkimuksessa. Tällä hetkellä käytössä on vuonna 2013 julkaistu DSM-luokittelun viides painos (DSM-5). Edellinen versio on vuonna 1994 julkaistu DSM-IV-luokittelukäsiroja. DSM-IV-luokittelun mukaan varsinaisia syömishäiriöitä olivat anoreksia nervosa (AN) ja bulimia nervosa (BN). Loput kuuluivat luokkaan epätyypilliset sh:t (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS), joita olivat ahmintahäiriö (BED), epätyypillinen (atyyppinen) anoreksia (A-AN) ja epätyypillinen bulimia (A-BN). DSM-5-luokittelussa anoreksian ja bulimian diagnostisia kriteereitä muutettiin väljemmiksi ja varsinaiseksi syömishäiriökseen otettiin myös BED. Epätyypillisiin syömishäiriöihin luetaan nyt uusimman tautiluokittelun mukaan A-AN, A-BN, A-BED, tyhjentäytymishäiriö (PD) ja yösyömishäiriö, ja epätyypillinen syömishäiriöluokka nimettiin uudelleen (Other Specified Feeding and Eating Disorders, OSFED).</p> <p>Tämän pro gradu-työn tarkoituksena oli kartoittaa FinnTwin16-kohortin avulla OSFED-syömishäiriöitä nuorilla suomalaisnaisilla ja selvittää, miten DSM-kriteerien muutokset vaikuttavat epätyypilliseen sh-ryhmään.</p> <p>FinnTwin16-tutkimus on terveyden ja hyvinvoinnin pitkittäistutkimus, jossa on seurattu vuosina 1975 - 1979 Suomessa syntyneitä kaksosia. Seuranta on aloitettu tutkittavien ollessa 16-vuotiaita. se on toteutettu kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla. Vuonna 1998 tutkittaville lähetettiin syömishäiriöitä kartoittava kysely, johon vastasi 2835 naiskaksosta. Heistä osa, 548, haastateltiin puhelimitse tarkempaa sh-tutkimusta varten. Kyselylomakkeen ja haastattelun perusteella 185 naisella oli sh-oireita. DSM-IV-diagnoosikriteerein heistä 55 sai AN- ja 46 BN-diagnoosin. EDNOS-ryhmään jäi 84 naista. Kun heidät ryhmiteltiin uudelleen käyttäen DSM-5-diagnoosikriteereitä, 31 naista sai AN-, 14 BN- ja 1 BED-diagnoosin. Näin ollen DSM-5-kriteerein OSFED-luokkaan jäi 38 naista. Diagnostisten kriteerien muutokset laskivat epätyypillisen syömishäiriön prevalenssin 3 %:sta 1,3 %:iin ja 15-vuotirinsidenssin 180:sta 76:een 100 000 henkilövuotta kohti.</p> <p>OSFED-tapaukset ryhmiteltiin edelleen alaluokkiin: A-AN-luokkaan jäi 13, A-BN-luokkaan 10, PD-luokkaan 4 ja A-BED-luokkaan viisi naista. Seitsemän henkilöä jäi muuntuvien luokkaan. Heillä taudin kuva on aaltoileva (joko syömishäiriöstä toiseen tai oireettomien ja sh-jaksojen välillä) Yhdellä henkilöllä oli erillisiä jaksoina A-BN ja A-AN. Hänet on laskettu erikseen kumpaankin ryhmään. Yösyömishäiriöitä ei kartoitettu tässä tutkimuksessa.</p> <p>Lyhytkestoimmat OSFED-syömishäiriöt olivat A-AN ja PD; tämän ryhmän tapauksista kukaan ei oireillut yli viittä vuotta. He olivat myös laihimmat ja paino on osalla tapauksista käynyt jopa huomattavan alipainon puolella. Aineiston naisista 76 % oli joko normaalipainoinen tai lievästi ali- tai ylipainoinen syömishäiriöoireilun aikana. Pitkäkestoimmat sh:t aineistossa olivat A-BED ja muuntuvat. Tässä ryhmässä paino on pääsääntöisesti edelleen jatkanut nousuaan tutkimusjakson loputtua. Masennus oli aineistossa yhteydessä pitkäkestoisempiin syömishäiriöihin ja ahmimisoireiluun, kun kriisikokemukset laukaisivat useammin rajun, mutta lyhytkestoisen syömisoireilujakson.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Syömishäiriö, EDNOS, OSFED, DSM-IV, DSM-5, FinnTwin16			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Ravitsemustieteen osasto			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			
Ohjaaja: apulaisprofessori, LT Anna Keski-Rahkonen Suorituspaikka: Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Clincium, kansanterveystieteen osasto			

Tiedekunta/Osasto Fakultet/Sektion – Faculty Faculty of Agriculture and Forestry		Laitos/Institution– Department Department of Food and Environmental Sciences	
Tekijä/Författare – Author Vilma-Lotta Lehtokari			
Työn nimi / Arbetets titel – Title Atypical eating disorders among young women in FinnTwin16			
Oppiaine /Läroämne – Subject Nutrition Science			
Työn laji/Arbetets art – Level Master's Thesis	Aika/Datum – Month and year November 2015	Sivumäärä/ Sidoantal – Number of pages Main text 70 pages, supplements 23 pages, 93 pages in total	
Tiivistelmä/Referat – Abstract			
<p>Eating disorders are a group of psychiatric disorders characterized by disturbances in eating behaviors, attitudes towards food, and body image. The diagnoses of eating disorders are based on specific diagnostic criteria agreed upon by expert committees. The disorders and the diagnostic criteria are collected in diagnostic manuals. In this study, the Diagnostic and Statistical research Manual of Mental Disorders (DSM) of American Psychiatric Association was used because it is used consistently in international research into eating disorders.</p> <p>The current Fifth Edition of the DSM (DSM-5).was published in 2013. The previous edition was published in 1994 (DSM-IV). The eating disorders specified in DSM-IV were anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). The remaining disorders were categorized as Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS). EDNOS consists of binge eating disorder (BED), atypical anorexia (A-AN) and atypical bulimia (A-BN). In the updated edition, DSM-5, BED has been recognized as its own separate eating disorder, and the diagnostic criteria of AN, and BN has been revised and broadened. Those eating disorders that still remain outside these definitions are classified as Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED). OSFED eating disorders are A-AN, A-BN, A-BED, purging disorder (PD) and night eating disorder.</p> <p>The objective of this thesis was to survey and identify atypical eating disorders among Finnish young women in the FinnTwin16-cohort, and to find out how the changes in the diagnostic criteria of the DSM affects this group of eating disorders.</p> <p>The FinnTwin16-cohort includes all Finnish twins born in 1975-1979. The health and well-being of the twins has been followed regularly since the age of 16 using questionnaires and interviews. The questionnaire for mental disorders, including the eating disorders was sent to the twins in 1998.The eating disorder survey focused on women. Of the female twins, 2835 returned the forms, and 548 of them were subsequently interviewed over the telephone for a more detailed picture of the person's eating disorder. According to the survey, 185 of the women had an eating disorder. Using the diagnostic criteria of DSM-IV, 55 had AN, and 46 BN. The remaining 84 women were diagnosed as having EDNOS. The EDNOS cases were re-classified using the DSM-5 diagnostic criteria, whereby 31 of them were diagnosed with AN, 14 with BN, and one with BED. An OSFED diagnosis was established in 38 women. With the change of diagnostic criteria, the prevalence of atypical eating disorders fell from 3 % to 1.3%, and the 15-year incidence from 180 to 76 new cases per 100 000 person-years.</p> <p>The OSFED cases were sub-categorized as follows: 13 women had A-AN, ten A-BN, four PD 4, and five A-BED. Seven women were classified as having fluctuating OSFED: symptoms that either transformed from one subtype to another or alternated with asymptomatic periods. One patient first had A–BN, and after recovering, years later, A-AN. Night eating disorder was not assessed in this study.</p> <p>A-AN, or PD were more transient than other types of EDNOS: no one had an eating disorder for longer than five years. These groups also included the most underweight patients. Seventy-six percent of the women studied were of normal weight. A-BED, and fluctuating OSFED were longest in duration. The weight of the women in these groups continued to increase. Depression was linked to chronic, long-term OSFEDs and binge eating, whereas life crises lead to more severe but transient forms of OSFED.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Eating disorder, EDNOS, OSFED, DSM-IV, DSM-5, FinnTwin16			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Department of Nutrition			
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Supervisor: Associate Professor Anna Keski-Rahkonen (MD), University of Helsinki, Faculty of Medicine, Clinicum, Department of Public Health			

Sisällysluettelo

1. Johdanto.....	- 8 -
2. Syömishäiriöiden etiologia.....	- 10 -
3. Syömishäiriöiden kulku.....	- 13 -
4. Syömishäiriöiden esiintyvyys eri ikäryhmissä.....	- 14 -
5. Syömishäiriöt ja diagnostisten kriteerien päivitys DSM-luokituksessa.....	- 16 -
5.1. Anorexia nervosa eli laihuushäiriö.....	- 18 -
5.2. Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö.....	- 21 -
5.3. Ahmintahäiriö (BED).....	- 23 -
5.4. Muut syömiseen liittyvät häiriöt: Pica, ruminaatiohäiriö ja ARFID.....	- 24 -
5.5. Epätyypilliset syömishäiriöt DSM-IV- ja DSM-5-luokitteluissa.....	- 25 -
5.6. DSM-luokittelun muutoksien vaikutukset eri syömishäiriöluokkiin.....	- 29 -
5.7. DSM-5-luokittelun kritiikki.....	- 33 -
6. Haasteet syömishäiriödiagnostiikassa ja -tutkimuksessa.....	- 34 -
7. Työn tavoitteet.....	- 36 -
8. Tutkimusaineiston kerääminen FinnTwin16-kohortista.....	- 37 -
9. Aineiston käsittely ja analysointi.....	- 38 -
9.1. Insidenssin ja prevalenssin laskeminen.....	- 39 -
9.2. OSFED-tapausten ryhmittely alaluokkiin ja oirepisteiden laskeminen.....	- 40 -
9.2.1. Epätyypillinen anoreksia.....	- 40 -
9.2.2. Epätyypillinen bulimia.....	- 41 -
9.2.3. Epätyypillinen ahmintahäiriö.....	- 42 -
9.2.4. Tyhjentytymishäiriö.....	- 43 -
9.2.5. Muuntuvat.....	- 43 -
9.3. OSFED-aineiston taustatekijöiden kartoitus ja kuvaaminen.....	- 44 -
9.4. OSFED-tapausten painon kehityksen ja oireiden keston kartoitus.....	- 44 -
9.5. Kaksosparien tarkastelu.....	- 44 -
10. Tulokset.....	- 45 -
10.1. Syömishäiriöiden osuudet, prevalenssit ja insidenssit.....	- 45 -
10.2. OSFED-tapausten syömishäiriöalaluokat.....	- 47 -
10.2.1. Epätyypillinen anoreksia (A-AN).....	- 47 -
10.2.2. Epätyypillinen bulimia (A-BN).....	- 48 -
10.2.3. Epätyypillinen ahmintahäiriö (A-BED).....	- 49 -
10.2.4. Tyhjentytymishäiriö (PD).....	- 49 -
10.2.5. Muuntuvat (M).....	- 49 -
10.3. Syömishäiriön vaikeusasteen arvioiminen oirepistein.....	- 50 -

10.4. Syömishäiriöoireilun taustatekijät	- 51 -
10.5. Syömishäiriöt kaksossisarilla	- 52 -
11. Pohdinta	- 52 -
12. Johtopäätökset	- 57 -
Kiitokset	- 59 -
Viitteet:	- 60 -

Lyhenteet:

AN	<i>Anorexia nervosa</i> , laihuushäiriö
A-AN	<i>Atyyppinen</i> eli epätyypillinen anoreksia; syömishäiriö ei täytä kaikkia anoreksian DSM-5-kriteereitä
A-BED	<i>Atyyppinen</i> eli epätyypillinen ahmintahäiriö; syömishäiriö ei täytä kaikkia ahmintahäiriön DSM-5-kriteereitä
A-BN	<i>Atyyppinen</i> eli epätyypillinen bulimia; syömishäiriö ei täytä kaikkia bulimian DSM-5-kriteereitä
AN-BP	<i>Anorexia nervosa, binge-eating/purging type</i> ; anoreksian alatyyppi, jossa bulimisia jaksoja (ahminta ja sitä seuraava tyhjentäytyminen)
AN-R	<i>Anorexia nervosa, restricting type</i> ; Anoreksian alatyyppi, jossa henkilö rajoittaa energian saantiaan
BED	<i>Binge Eating Disorder</i> , ahmintahäiriö
BN	<i>Bulimia nervosa</i> , ahmimishäiriö
BCD	<i>Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders</i> (Walsh ja Sysko); luokittelusysteemi, jossa luokat ovat väljät ja esimerkiksi kaikki anoreksian, bulimian tai ahmintahäiriön tyyppiset häiriöt niputetaan yhteen.
BMI	<i>Body Mass Index</i> , painoindeksi (kg/m ²)
DSM	<i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> ; amerikkalainen psykiatristen sairauksien luokituskäsi kirja, viimeisin painos DSM-5
EBW	<i>Expected Body Weight</i> , oletettu paino (vs ikä ja pituus). Ilmaistaan %-osuutena oletetusta painosta
EDNOS	<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i> , epätyypilliset syömishäiriöt DSM-IV-luokittelussa
NED	<i>Night eating disorder</i> , yösyömishäiriö
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> , WHO:n tautiluokituskäsi kirja, viimeisin painos ICD-10
OSFED	<i>Otherwise Specified Feeding and Eating Disorders</i> ; epätyypilliset syömishäiriöt DSM-V-luokittelussa
PCOD	<i>Polycystic Ovarian Syndrome</i> ; munarakkuloiden monirakkulaoireiyhtymä
PD	<i>Purging disorder</i> , tyhjentäytymishäiriö
sh	syömishäiriö
UFED	<i>Unspecified Feeding and Eating Disorders</i> ; määrittelemättömät syömishäiriöt

Syömishäiriöiden ja mielenterveyden selvittämiseen käytettyjä haastatteluja ja kyselylomakkeita:

SCID-I	The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
EDE	Eating Disorder Examination
EDE-Q	EDE:n pohjalta suunniteltu itse täytettävä lomakekysely
EDI	Eating Disorder Inventory
EAT	Eating Attitude Test
IDED-IV	Interview for Diagnosis of Eating Disorders
BULIT	Bulimian oireita kartoittava kysely
BDI	Beck's Depression Inventory; masennusseula
Rotenberg SEQ	Ihmissuhteita tai ihmissuhdetaitoja kartoittava kysely
BSQ	Body Shape Questionnaire; kehonkuvaa kartoittava itse täytettävä kyselylomake
TFEQ	Three Factor Eating Questionnaire
(WMH-)CIDI	(World Mental Health) Composite International Diagnostic Interview; WHO:n kehittämä mielenterveyttä kartoittava haastattelu
WISE-Q	Weight Influenced Self-Esteem Questionnaire - kyselylomake
SAWBS	Shape And Weight Based Self-esteem inventory
BCQ	Body Checking Questionnaire
BIAQ	Body Image Avoidance Questionnaire
Padua Inventory	Pakko-oireiden oirekysely
SPIN	Social Phobia Inventory

(liitteessä 1 yksityiskohtaisemmin)

1. Johdanto

Syömishäiriöt ovat joukko erilaisia, osin päällekkäisiä syömiseen liittyviä ongelmia. Niille ovat ominaista kehonkuvan ongelmat, epänormaali syömiskäyttäytyminen ja poikkeava suhtautuminen ruokaan. Nämä häiritsevät normaalielämästä suoriutumista syömisen ja kehonkuvan hallitessa elämää ja ajatuksia. Syömishäiriöihin liittyy usein lisäksi muuta psyykkistä oireilua, kuten masennusta, pakko-oireisuutta ja ahdistuneisuutta.

Psykiatristen sairauksien, kuten syömishäiriöiden, tautiluokittelussa käytetään pääasiassa Amerikan psykiatriayhdistyksen DSM-luokittelua (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ja Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-luokittelua (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Luokitusten tarkoitus on kuvata eri sairauksien oireet mahdollisimman selkeästi ja rajatusti, jolloin termejä ja diagnooseja voidaan käyttää kansainvälisesti yhdenmukaisesti. Potilastyössä ja tieteellisessä tutkimuksessa tämä mahdollistaa potilastietojen, tutkimustulosten ja tilastollisten analyysien vertailun keskenään eri maissa.¹ Diagnostiset kriteerit eivät kuitenkaan ole pysyviä minkään tautiryhmän, edes somaattisten tautien suhteen. Aika ajoin diagnoosien perusteena olevia kriteerejä joudutaan muuttamaan uuden tutkimustiedon ja todentamismenetelmien valossa. Psykiatristen sairauksien diagnostiikka perustuu usein potilaan haastatteluvastauksiin. Niillä pyritään selvittämään oireita, potilaan subjektiivista kokemusta psyyken tilasta sekä sen vaikutuksesta potilaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Vain harvoin psyyken sairauksia tai niiden syitä voidaan diagnosoida pelkästään objektiivisesti mitattavalla menetelmällä. Erityisesti psykiatristen sairauksien diagnostisia kriteereitä ja haastattelukysymyksiä on ajanmukaistettava tasaisin väliajoin, koska ne ja niiden diagnostiikkaan perustuva puhekieli heijastavat voimakkaasti kyseistä aikaa. Syömishäiriöitä tutkitaan erilaisten kysely- ja itsearviointikaavakkeiden avulla muiden kliinisten ja psykopatologiaa kartoittavien tutkimusten lisäksi.

Suomessa syömishäiriöiden diagnoosien pohjana käytetään WHO:n ICD-10-luokitusta (10. painos). ICD-10-luokittelussa syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli *anorexia nervosa* (AN), atyyppinen (epätyypillinen) AN (A-AN), ahmimishäiriö eli *bulimia nervosa* (BN), atyyppinen BN (A-BN) ja määrittämättömät syömishäiriöt. WHO:n luokittelussa pyritään huomioimaan syömishäiriöt maailmanlaajuisesti ja kulttuurista riippumatta.²⁻⁴

Tutkimuksessa käytetään vakiintuneesti DSM-tautiluokituskäsikirjaa, josta viimeisin painos on vuonna 2013 julkaistu DSM-5.⁵ Edeltävä versio, DSM-IV, julkaistiin vuonna 1994.⁶ DSM-IV-luokituksessa määritettiin varsinaisiksi syömishäiriöiksi ainoastaan anoreksia ja bulimia. Muut syömishäiriöt kuuluivat luokkaan "Eating Disorder Not Otherwise Specified" (ED-NOS). DSM-5-luokitukseen laajennettiin anoreksian ja bulimian kriteereitä, ja lisäksi ahmitahäiriöstä (Binge Eating Disorder, BED) tuli varsinainen syömishäiriödiagnoosi. Epätyypilliset syömishäiriöt kuuluvat DSM-5-luokittelussa luokkaan OSFED (Otherwise Specified Feeding and Eating Disorders); A-AN, A-BN ja A-BED, yösyömishäiriö (Night Eating Disorder, NED) ja tyhjentytymishäiriö (Purging Disorder, PD). Loput, määrittelemättömät syömishäiriöt jäävät UFED-ryhmään (Unspecified Feeding and Eating Disorders). Tästä eteenpäin EDNOS viittaa DSM-IV-luokittelun ja OSFED DSM-5-luokittelun epätyypillisiin syömishäiriöihin.^{5,6} DSM-IV- ja ICD-10-luokitteluissa on samanlaisia ongelmia syömishäiriöiden osalta, joten seuraavaan, ICD-11-painokseen, on ehdotettu vastaavia muutoksia kuin DSM-5-versioon on tehty.²⁻⁴

On arvioitu, että noin 6 - 7 % suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön alle 30-vuotiaana. Lisäksi on arvioitu, että jopa joka kymmenennellä naisella on jossain elämänsä vaiheessa syömishäiriöoireilua ja joka viidennellä on syömiseen tai omaan kehonkuvaan liittyviä häiritseviä ajatuksia.⁷ Suomalaisen syömishäiriöitä kartoittaneen tutkimuksen mukaan naisten anoreksian elinikäinen esiintyvyys, eli prevalenssi, oli 2,1 %, bulimian 2,3 %, epätyypillisten syömishäiriöiden 2 % ja kaikkien syömishäiriöiden 6 %.⁷ Miehillä laihuushäiriöt ovat harvinaisempia, mutta toisaalta miesten ja poikien syömishäiriöitä on vaikeampi tunnistaa. Arviolta vain 10 % laihuushäiriöön sairastuneista on poikia, mutta määrä on kasvussa.⁸⁻¹⁰

Syömishäiriöistä parantuessa potilaan somaattinen puoli korjaantuu ensin. Kehonkuvaan liittyvät ongelmat ja häiriöt paranevat hitaasti, eivätkä välttämättä täydellisesti koskaan.¹¹

Epätyypilliset syömishäiriöt muodostavat heterogeenisen joukon syömishäiriöitä ja liikkuvat usein terveenä ja normaalina pidetyn syömiskäyttäytymisen sekä epänormaaliksi tai sairaudeksi tulkittun oireilun rajapinnalla. Tässä *pro gradu* -työssä tarkastellaan FinnTwin16-kaksosaineiston avulla epätyypillisiä syömishäiriöitä nuorilla suomalaisnaisilla DSM-luokittelun uudistumisen jälkeen.

2. Syömishäiriöiden etiologia

Syömishäiriön kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten ongelmat lapsena sekä mielen-terveysongelmat, esimerkiksi ahdistuneisuus tai masennus.¹² Jo pikkulapsena koetut arvottomuuden, riittämättömyyden, huonommuuden ja rumuuden tunteet voivat altistaa syömishäiriön puhkeamiselle; jopa nelivuotias tyttö saattaa verrata itseään muihin ollen omasta mielestään ruma ja lihava.¹² Tyttöjen syömisiongelmat lapsena näyttävät ennustavan korkeampaa riskiä sairastua myöhemmin syömishäiriöön, masennukseen ja ajautua päihteiden väärinkäyttäjäksi.¹³ Hyperaktiivisuus ja rajoittunut syöminen (nirsoilu) myös lisäävät anoreksiariskiä ja lihomisen pelkoa.¹²⁻¹⁶ Syömishäiriöihin ja niiden puhkeamiseen vaikuttavat voimakkaasti myös geneettiset tekijät, äidin raskaudenaikainen hyvinvointi ja ravitsemus, varhaislapsuus, mikro- ja makroympäristö, kulttuuri, traumaattiset tapahtumat sekä media ja sen vaikutus yksilöön.¹⁷⁻²⁰

Raskaus ja kehitysbiologia

Viime aikoina on saatu mielenkiintoisia tuloksia mm. raskauden ajan sukupuolihormonien, synnytys- ja lapsivuodekomplikaatioiden sekä äidin raskauden aikaisten elintapojen vaikutuksesta syntyvän lapsen syömishäiriöriskiin joko altistavasti tai suojaavasti.^{19,21,22} Raskaana olevilla norjalaisilla naisilla tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin äitien terveyskäyttämistä sekä syömishäiriön vaikutusta raskauteen ja lapsen kokoon syntymähetkellä. Kaikki paitsi tyhjentytymishäiriöstä kärsivät äidit lihoivat raskauden aikana. Tutkimuksessa kävi ilmi myös, että syömishäiriöiset tupakoivat enemmän kuin verrokkit, mutta tässä otoksessa se ei vaikuttanut syntyneen lapsen kokoon. Ahmintahäiriöistä kärsivien äitien lapset olivat keskimääräistä suurempia.²³ Linkki äidin ravitsemuksen ja elämäntapojen ja lapsen kehitysbiologian välillä tapahtuu usein geenimutaatioiden tai geenien ilmentymisen muutosten kautta epigeneettisesti.²⁴⁻²⁷ Epigenetiikka käsittää sellaiset geenien luentaan ja ilmentymiseen vaikuttavat tekijät, eivät ole siis muutoksia DNA-sekvenssissä itsessään. Ne voivat olla esimerkiksi erilaisia DNA-molekyylisiin sitoutuneita molekyylejä, jotka joko estävät tai tehostavat tietyn geenin luenta.

Genetiikka

Syömishäiriöillä on voimakas geneettinen komponentti. Eri- ja samamunaisilla kaksosilla sekä adoptioperheitä tutkimalla perimän osuudeksi syömishäiriön syntyyn on arvioitu olevan 50 – 80 %. Syömishäiriöiden arvioidaan olevan yhtä voimakkaasti periytyviä sairauksia kuin esimerkiksi skitsofrenia.^{24,25} Syömishäiriöiden katsotaan siis kuuluvan niin kutsuttuihin monitekijäisiin sairauksiin. Monitekijäisen sairauden takana yksi useista sairastumiseen vaikuttavista tekijöistä on geeniperimä ja muutokset useissa eri geneeissä tai geenien säätelyalueilla.²⁴⁻²⁷ Tämän hetkisen tiedon valossa noin 20 geenin variaatioiden on arvioitu altistavan syömishäiriön synnylle. Ne voivat vaikuttaa esim. näläntunteen tai persoonan piirteiden kautta.²⁵ On arvioitu, että anorektikon ensimmäisen asteen sukulaisella on 11-kertainen riski sairastua anoreksiaan ja kuusinkertainen riski epätyypilliseen anoreksiaan.²⁸

Persoonan piirteet

Samaa syömishäiriötä sairastavien henkilöiden on havaittu usein jakavan samankaltaisia persoonan piirteitä.^{17,28-30} Anoreksiapotilailla on todettu ahdistuneisuutta, perfektionismia, huonoa muutoksen sietokykyä, pakko-oireisuutta, yksityiskohtiin takertumista ja taipumusta toimia aina tietyllä tavalla tiettyjen sisäisten sääntöjen mukaan.^{17,28-30} Bulimiapotilaita yhdistäviä persoonallisuuden piirteitä ovat usein riskinottaminen ja impulsiivisuus.^{31,32}

Ympäristö, media ja kulttuuri

Syömishäiriöitä on perinteisesti pidetty länsimaissa esiintyvinä sairauksina. Viimeisen 30 vuoden aikana syömishäiriöt ovat yleistyneet myös länsimaistuvissa maissa, kuten Japannissa, länsimaisen kulttuurin ja kauneushanteiden leviämisen myötä.³³⁻³⁵ Fidzillä mahdollistui ainutlaatuinen mahdollisuus tutkia television vaikutusta syömishäiriöihin.³⁴ Ennen television tuloa saarille noin 13 %:lla fidziläisnuorista oli syömishäiriöoireita. Television ja amerikkalaissarjojen myötä luku nousi 30 %:iin.^{34,35} Syömishäiriöiden kartoitus eri etnisillä ryhmillä länsimaissa osoitti, että etnisillä vähemmistöillä esiintyi vähemmän syömishäiriöitä kuin kantaväestöllä. Tämä tulos saattaa kuitenkin olla harhaanjohtava ja johtua etnisten vähemmistöjen huonommasta asemasta terveydenhuollossa, eikä siitä, että heillä esiintyisi vähemmän syömishäiriöitä.^{29,36} Tutkimuksia on tehty myös Itä-Euroopan maissa,

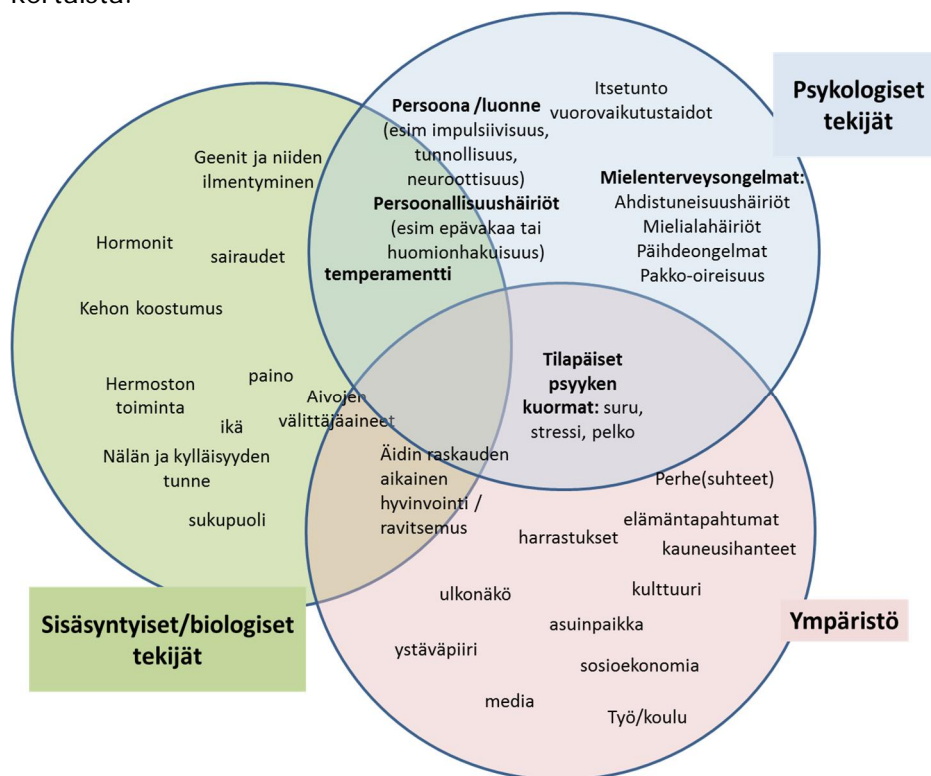
joissa syömishäiriöt yleistyivät 1990-luvun poliittisten muutosten jälkeen. Syiksi on ehdotettu mm. maiden nopeaa vaurastumista sekä länsimaistumista.³⁷ Vaikka erot esiintyvyydessä ovat merkittäviä, syömishäiriöitä esiintyy kuitenkin kaikissa kulttuureissa.³⁵⁻³⁷

Traumat

Seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuminen ja hylkäämiskokemukset lapsena johtavat suurempaan riskiin sairastua myöhemmin syömishäiriöön. Lapsuuden traumat johtavat usein ongelmiin hallita tunteita tai tunteiden epätasapainoon. Nämä puolestaan ovat kytkeytyneet syömishäiriöiden psykopatologiaan.^{29,38,39}

Lääkkeet ja somaattiset sairaudet

Somaattisista sairauksista muun muassa kilpirauhas- ja suolistosairaudet sekä hormonaaliset ongelmat voivat johtaa ruokahalun muutosten kautta lihomiseen tai laihtumiseen.^{40,41} Tämä voi johtaa edelleen syömishäiriöoireilun puhkeamiseen. Esimerkiksi osalla munasarjojen monirakkulaoireyhtymää (PCOS) sairastavia naisia muutokset hormonitasapainossa lisäävät ahmimiskäyttäytymistä,⁴² ja tietyillä masennuslääkkeillä on todettu olevan yhteyksiä ruokahalun muutoksiin.⁴³ Syy-seuraus-suhteiden selvittely ei kuitenkaan aina ole yksinkertaista.⁴⁴



Kuva 1. Syömishäiriöiden puhkeamisriskiin liittyvät taustatekijät

3. Syömishäiriöiden kulku

Käytännössä syömishäiriö usein muuttuu yhdestä toiseksi ajan ja kroonistumisen myötä.⁴⁴ Toisaalta eri syömishäiriöt esiintyvät ajoittain yhtä aikaa samalla potilaalla.⁴⁴ Tästä näkökulmasta voidaan ajatella potilaan sairastavan samaa syömishäiriötä, vaikka syömishäiriöoireet muuttuisivat ajan myötä.⁴⁴ Esimerkiksi anoreksia ja bulimia voivat ajoittain esiintyä yhtä aikaa tai jaksoittain, tai bulimiapotilas jättää tyhjentäytymisen (oksentamisen, suoli-huuhtelut, laksatiivit) pois, ja jatkaa ahmimista tai syömishäiriö muuttua muuten muotoaan; ahmimishäiriö muuttuu ahmintahäiriöksi tai epätyypilliseksi syömishäiriöksi tai näiden yhdistelmiksi.^{21,45,46}

Liukumaa lasten syömishäiriöstä aikuisen syömishäiriöksi on tutkittu verraten vähän. Lapsen "valikoivan" syömisen tai nirsoilun on jo 1950-luvulta lähtien todettu edeltävän usein varsinaista syömishäiriötä.³ Pikkulapsen syömiseen liittyvät ongelmat nostavat todennäköisyyttä sairastua myöhemmin anoreksiaan verrattuna "reippaasti" syöneisiin lapsiin.⁴⁷ Hotkivat lapset sen sijaan näyttävät olevan korkeammassa riskissä sairastua bulimiaan.⁴⁸ Eri syömishäiriöiden rajat ovat häilyviä ja muutosvaihe syömishäiriöstä toiseksi on liukuva.^{5,49-51}

Anoreksiapotilailla esiintyy usein ensin energiansaantia rajoittava muoto, joka muuntuu osalla bulimiseksi anoreksiaksi. Heistä kolmanneksella anoreksia etenee bulimiaksi viiden vuoden sisällä.⁴⁴ Noin puolet potilaista, joilla ensimmäinen syömishäiriödiagnoosi on ollut anoreksia ja jotka sittemmin sairastuivat bulimiaan, liukuvat uudelleen anoreksiaan ajan myötä.^{44,52-54} Vain 10 - 15 prosentilla bulimiapotilaista syömishäiriö muuntuu anoreksiaksi.^{44,52-55} Bulimia puolestaan muuntuu merkittäväällä osalla potilaista joko ahmintahäiriöksi tai epätyypilliseksi syömishäiriöksi.^{44,57} Epätyypillinen syömishäiriö on usein välivaihe ennen varsinaista anoreksiaan, bulimiaan tai ahmintahäiriöön liukumista tai vastaavasti niistä parantuessa.^{58,59} Päihteiden väärinkäyttö ja masennus lisäävät paitsi syömishäiriöiden kroonistumista myös niiden muuntumista toisikseen.^{13,56}

Syällisyyden tunteminen joko ahminnasta tai tyhjentäytymisestä näyttäisi vaihtelevan eri syömishäiriöryhmien välillä, ja syällisyyden aiheuttama negatiivinen tunne näyttäisi olevan yhteydessä paranemisennusteeseen, kroonistumiseen ja sairauden vaikeusasteeseen.⁶⁰

Syömishäiriöstä parantuminen saattaa olla kuitenkin vaikea määrittää. Eräissä tutkimuksissa selvitettiin syömishäiriön ja siitä paranemisen subjektiivista kokemista.⁶¹ Tutkimushenkilöt muodostivat kaksi ryhmää: ensimmäisen ryhmän muodostivat kliinisten kriteerien perusteella syömishäiriöstä parantuneet henkilöt ja toisen ryhmän muodostivat henkilöt, joilla oli edelleen kliinisten kriteerien perusteella syömishäiriö. Haastattelussa selvitettiin, kuinka moni näistä henkilöistä koki itse olevansa parantunut tai kärsivänsä edelleen syömishäiriöstä. Tulos osoitti, että kummassakin ryhmässä sama määrä haastateltuja koki subjektiivisesti olevansa parantunut tai edelleen kärsivänsä syömishäiriöstä riippumatta siitä, oliko heillä kliinisten diagnoosikriteerien perusteella syömishäiriötä vai ei.⁶¹

4. Syömishäiriöiden esiintyvyys eri ikäryhmissä

Arvioit syömishäiriöiden yleisyydestä länsimaissa liikkuvat 7 – 10 % välillä.^{58,62,63} Jopa 20 % ihmisistä länsimaissa kokee jossain vaiheessa elämää syömishäiriön oireita.^{58,63}

Syömishäiriöiden esiintyvyyttä eri ikäryhmissä selvittäneissä tutkimuksissa on havaittu, että tiettyjä syömishäiriöitä esiintyy enemmän tietyissä ikäryhmissä. Ruotsissa tutkittiin 2584:n syömishäiriöpotilasta kattaneen aineiston avulla paitsi DSM-luokittelun vaikutuksia eri syömishäiriöryhmien kokoihin (taulukko 1) myös eri syömishäiriöpotilasryhmien ikäjakautumia. Epätyypillisten syömishäiriöiden osalta tässä julkaisussa on taulukko, joka kuvaa eri syömishäiriöiden osuutta *eri-ikäisillä* tässä aineistossa.⁶⁴

Taulukko 1. Syömishäiriöt eri ikäryhmissä DSM-5-luokittelukriteerein 2012 julkaistussa ruotsalaisainestossa.⁶⁴ Taulukkoon on merkitty syömishäiriöitä sairastavien kokonaismäärä (n) kussakin ikäluokassa ja eri syömishäiriödiagnoosien lukumäärä kussakin ikäluokassa, sekä kyseisen syömishäiriödiagnoosin prosenttiosuus kaikista ikäryhmän syömishäiriöistä (kaikkien syömishäiriötapausten lukumäärä, n = 2584). Eri epätypillisten syömishäiriöiden prosenttiosuus on laskettu suhteessa kaikkiin epätypillisiin syömishäiriöihin (kaikki epätypilliset syömishäiriötapaukset, n = 989).

Ikäluokka Tapaukset ikäluokassa (%-osuus kaikista tapauksista)	10 – 18-v. n = 2584 (100 %)	10 – 14-v. n = 199 (8 %)	15 – 17-v. n = 476 (18 %)	≥ 18-v. n = 1909 (73 %)
Anoreksia (AN)	570 (22 %)	50 (25 %)	121 (25 %)	399 (21 %)
Bulimia (BN)	931 (36 %)	11 (6 %)	114 (24 %)	806 (42 %)
BED (ahmintahäiriö)	94 (4 %)	2 (1%)	6 (1 %)	86 (5 %)
OSFED (epätypilliset)	989 (38 %)	136 (68 %)	235 (49 %)	618 (32 %)
<i>epätypillinen AN (%-osuus epätypillisistä)</i>	<i>542 (55 %)</i>	<i>89 (65 %)</i>	<i>139 (59 %)</i>	<i>314 (51 %)</i>
<i>epätypillinen BN</i>	<i>1 (0,1 %)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1 (< 1%)</i>
<i>epätypillinen BED</i>	<i>33 (3 %)</i>	<i>0</i>	<i>2 (1 %)</i>	<i>31 (< %)</i>
<i>tyhjentäytymishäiriö</i>	<i>259 (26 %)</i>	<i>26 (19 %)</i>	<i>52 (22%)</i>	<i>181 (29 %)</i>
<i>muut</i>	<i>154 (16 %)</i>	<i>21 (15 %)</i>	<i>42 (18 %)</i>	<i>91 (15 %)</i>

Espanjalaisessa väestötutkimuksessa (Liite 2: Larranaga ym. 2012), seurattiin noin 190 000 henkilöä kymmenen vuoden ajan. Aineistosta kerättiin tutkimusjakson aikana syömishäiriöön sairastuneiden sairastumisikä ja diagnoosi.⁶⁵ Aineisossa syömishäiriöiden insidenssi 100 000 asukasta kohti vuodessa oli 14,1. Tutkittavien syömishäiriöitä selvitettiin myös ikäryhmittäin, ja tässä aineistossa anoreksia oli nuorimpien sairaus, bulimia nuorten aikuisten ja EDNOS 35 - 45-vuotiaiden sairaus. Yllättävää tutkimuksessa oli, että anoreksia oli yleisin syömishäiriö yli 45-vuotiailla.⁶⁵

5. Syömishäiriöt ja diagnostisten kriteerien päivitys DSM-luokituksessa

Diagnostisten kriteerien päivitystarpeen taustalla ovat sekä käytännön kliinisessä työssä että tutkimustyössä esiin nousseet ongelmat.^{45,66-68}, jotka ovat saaneet tukea tutkimustuloksista. Käytännössä lääkäri antaa diagnoosin potilaalle kokemuksensa perusteella, eikä noudata tiukasti diagnostisia kriteereitä. Vastaavasti harva julkaistuista syömishäiriöartikkeleista on noudattanut tiukkaa DSM-IV-kriteeristöä. Tutkijat ovat muokanneet kriteereitä käytännöllisemmiksi.^{3,4,33,46,58,59,64,66,69-82}

Kun kliinisessä työssä noudatettiin DSM-IV-kriteereitä tiukasti, merkittävä joukko erikoissairaanhoidossa hoidettavista syömishäiriöpotilaista jäi ilman varsinaista syömishäiriödiagnoosia.⁶⁸ Psykiatrian näkökulmasta he eivät kuitenkaan käytännössä poikenneet varsinaisista anoreksia- tai bulimiapotilaista.⁶⁸ Potilaat ja heidän etujärjestönsä olivat tyytymättömiä tilanteeseen, koska varsinaisen diagnoosin puuttuessa epätyypilliset syömishäiriöt jäävät etenkin Amerikassa kokonaan sairausvakuutusjärjestelmän ulkopuolelle.⁶⁸ Ahmintahäiriön psyykinen kuormittavuus oli DSM-IV-luokittelua kootessa epäselvää, joten sen asemaa itsenäisenä syömishäiriönä ei tuolloin tunnustettu. Sittemmin ahmintahäiriöstä on saatu lisää tutkimusnäyttöä, ja tämän seurauksena se katsottiin varsinaiseksi syömishäiriöksi DSM-5-luokittelua kootessa.^{78,83,84}

Taulukossa 2 on luetteloitu keskeisimmät muutokset vuonna 1994 julkaistun DSM-IV-version ja 2013 päivitetyn DSM-5-luokittelun välillä, sekä lyhyt perustelu kyseiselle muutokselle. Lisäksi DSM-5-luokittelussa syömishäiriöiden diagnostiikkaan on otettu mukaan sen vaikeusastetta kuvaava pisteytysjärjestelmä.

Taulukko 2. Keskeisimmät muutokset DSM-luokittelussa.^{5,6}

	Muutos DSM-luokittelussa ^{5,6}	Perustelu muutokselle
1	DSM-IV-versiossa syömishäiriöt jaettiin erikseen lasten ja nuorten syömishäiriöihin ja aikuisten syömishäiriöihin. DSM-5-luokittukseen nämä on yhdistetty saman kappaleen alle (Feeding and Eating Disorders); DSM-5:ssa ei ole enää vain lapsille rajattuja syömishäiriödiagnooseja (pica, ARFID ja ruminaatiohäiriö).	Pica, ruminaatiohäiriö ja ARFID esiintyvät pääasiassa pikkulapsilla, mutta niitä esiintyy myös aikuisilla. Diagnoosi annettava käyttäytymisen perusteella iästä riippumatta. ^{85,3}
2	DSM-IV:ssa varsinaisina syömishäiriöinä olivat ainoastaan AN ja BN. DSM-5:ssa omaksi pääluokkadiagnoosikseen nostettiin BED.	BED on selkeästi oma syömishäiriöryhmänsä, jolla on omat psykopatologiset piirteensä ja määriteltävät oireet. ^{50,77,83}
3	Anoreksian ja bulimian diagnostista kynnystä laskettiin.	AN- ja BN-DSM-IV-kriteerit eivät korreloineet sairauden psykopatologian ja ennusteen kanssa. Kliinikot ja tutkijat eivät käytännössä noudattaneet tiukkoja DSM-IV-kriteereitä vaan sovelsivat niitä käytännönläheisemmiksi. ³
4	Luokituksessa DSM-IV epätyypillisiä syömishäiriöitä kuvattiin termillä EDNOS. DSM-5 käyttää termiä OSFED.	Not Otherwise Specified termin ajatellaan olevan sairautta väheksyvä ja kenties joltaneen erilaisten NOS-häiriöiden vähäisempään huomioon. ⁴⁶
5	Jäljelle jäävät syömishäiriöt, jotka eivät sovi mihinkään yllämainituista luokista tai joista ei ole riittävästi dataa akuuttihoitoon tullessa, päätyvät luokkaan epäspesifiset syömishäiriöt (Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED).	Muut syömishäiriöt luokitellaan omaksi ryhmäkseen selkeyden vuoksi. ³
6	DSM-5-luokittelussa huomioidaan myös syömishäiriön psykopatologinen vaikeusaste.	Psykiatrisen sairauden vaikeusasteen huomiointi helpottaa kroonistuneiden syömishäiriöiden seuraamista. ³

5.1. Anorexia nervosa eli laihuushäiriö

Anoreksia on kuvattu tieteellisissä julkaisuissa jo 1870-luvulla (Gull vuonna 1874 ja Lasegue vuonna 1873).⁸⁶ Sillä tarkoitetaan sairautta, jonka oireina ovat pakonomainen laihduttaminen ja lihomisen pelko, huomattava alipaino ja oman kehonkuvan vääristyminen.⁸⁶ Anoreksiaa sairastava on sairaalloisen laiha, mutta pitää itseään liian lihavana. Potilas pitää yllä jatkuvaa nälkiintymistilaa rajoittamalla energiansaantiaan suhteessa energiantarpeeseensa, vaikka olisi jo alipainoinen tai paino jo putoaisi rajusti. Tämä edelleen johtaa ensin subkliinisiin ja sitten kliinisiin aliravitsemuksesta johtuviin oireisiin (mm. matala syke, kylmät raajat, nukkainen ihokarvoitus eli lanugo, anemia, osteoporoosi, kuukautisten pois jääminen).⁸⁶

Anoreksiaa sairastava henkilö on usein hyperaktiivinen liikkuja, joka pyrkii havaittavasti joko laihtumaan tai välttämään lihomista. Yleensä anoreksiaa sairastava ei aluksi itse myönnä olevansa sairas, vaan sairauden havaitsee esimerkiksi perheenjäsen.^{1,2,76}

Anoreksialle on määritetty kaksi alaryhmää: energiansaantia rajoittava restriktiivinen anoreksia (AN-R) ja buliminen anoreksia (AN-PB), jossa potilas kompensoi syömistään oksentamalla, diureeteilla, laksatiiveilla tai useilla näistä tavoista. Bulimisen anoreksian varsinaisesta bulimiasta erottaa painoindeksi (alipainoisuus) (American Psychiatric Association 2013), ja joko käyttäytymisessä tai puheissa ilmi tuleva lihomisen pelko tai "rasvakammo" sekä jaksottaisuus. Raja näiden syömishäiriöiden välillä voi olla häilyvä.^{5,87}

Vaikka anoreksiaa pidetään helposti terveystietoisten naisten sairautena, näin ei aina ole. Päihteiden oheiskäyttö on anoreksiapotilailla kohtalaisen yleistä. Noin neljäsosalla anoreksiatapauksista on arvioitu olevan myös päihdeongelmia.⁵⁶ Norjassa tehdystä tutkimuksesta tuli ilmi, että raskaana ollessaan anoreksiapotilaat tupakoivat enemmän kuin muut syömishäiriöiset tai verrokkiryhmä (ei syömishäiriötä).²³

Anoreksia on psykiatrisista sairauksista useimmin kuolemaan johtava. On arvioitu, että 5 - 10 % anoreksiapotilaista kuolee kymmenen vuoden kuluessa diagnoosista, ja näistä joka viides tekee itsemurhan.⁸⁷⁻⁸⁹ Muita yleisiä kuolemaan tai vaikeaan sairauteen johtavia syitä ovat nälkiintyminen ja päihdeongelmat.⁸⁷⁻⁸⁹ Anoreksiapotilaista 10 - 20 % on yrittänyt itsemurhaa.^{89,90} Vuonna 2011 julkaistussa meta-analyysissä käytiin läpi 36 anoreksiapotilaiden

kuolleisuutta käsitellyttä julkaisua vuosilta 1969 – 2010.⁹¹ Meta-analyysissä mukana olleiden julkaisujen seuranta-ajat vaihtelivat paljon, mutta keskimääräinen seuranta-aika oli vajaa 13 vuotta (maksimissaan yli 36 vuotta). Meta-analyysin perusteella naispuolisten anoreksiapotilaiden vuosittainen kuolleisuus oli 5,39 tuhatta henkilövuotta kohti ja itsemurhaan oli tässäkin aineistossa päätyneet viidennes. Tutkimuksessa anoreksiapotilaiden kuolleisuus on noin kuusinkertainen samanikäiseen väestöön suhteutettuna. Tätä saattaa selittää osaltaan pidempi seuranta-aika.⁹¹ Anoreksiaan kuolleisuus näyttää Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan kuitenkin vähentyneen huomattavasti tarkemman seurannan ja hoidon myötä.⁹²

Anoreksian keskimääräinen kesto on kolme vuotta, ja neljäsosa anoreksiapotilaista toipuu vuodessa.^{11,92} Todennäköisyys syömishäiriöstä paranemiselle kasvaa seuranta-ajan pidentessä ja pitkällä aikavälillä anoreksiasta paranee arvioiden mukaan noin 70 % potilaista.⁹² Lääkehoito tai terapiat eivät näyttäisi vaikuttavan anoreksian paranemisennusteeseen tai paranemisen nopeutumiseen.⁷ Sen sijaan potilaan painoindeksi korreloi käänteisesti paranemisennusteen kanssa, eli mitä vaikeampi alipaino sen huonompi paranemisennuste on.⁵

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa anoreksiapotilaita seurattiin 9 – 14 vuoden ajan.⁹⁴ Tutkimusjakson lopussa heistä 8,7 % oli edelleen psykiatrisen hoidon piirissä ja 21,4 % riippuvaisia sosiaalityöstä.⁹⁴ Paranemisennustetta heikensivät pitkät sairaalajakso sekä psykiatriset oheissairaudet.⁹⁴

Miehillä samassa aineistossa ennuste oli kaiken kaikkiaan parempi. Miehillä ennusteeseen vaikutti lisäksi perhe ja parisuhde.⁸ Miehillä anoreksia on harvinaisempi kuin naisilla. Noin joka kymmenes anoreksiapotilas on mies.^{9,10} Miesten anoreksiaa on tutkittu vähemmän, mutta viimeisin aihetta koskeva tutkimus antoi viitteitä siitä, että miesten tarkkaavaisuushäiriö ja anoreksia kulkevat usein yhdessä.⁹⁵ Tämä löydös saattaa helpottaa anoreksian havaitsemista ja ennaltaehkäisyä miehillä.

Anoreksian diagnostiset muutokset DSM-luokittelussa

Taulukko 3. Anorexia nervosan kriteerit DSM-IV- ja DSM-5-luokituksissa. Kriteereitä A ja B on laajennettu, kriteeri C on pidetty ennallaan ja kriteeri D on poistettu ^{5,6,96}

kriteeri	DSM-IV	DSM-5
A	<u>Alipaino</u> ikään ja pituuteen nähden (85 % ikään suhteutetusta odotetusta painosta)	<u>Syömisen rajoittamisesta johtuva alipaino tai alipainoon pyrkiminen</u>
B	Energiansaannin rajoittaminen pakonomaisella laihduttamisella, vaikka on huomattavan alipainoinen. Usein esiintyy myös pakonomaista urheilua.	
	Lihomisen pelko ja "rasvakammo" potilaan omin sanoin täsmällisesti kertomana.	Henkilön ei tarvitse itse sanallisesti kertoa lihomisen pelostaan tai rasvakammostaan. <u>Selvästi poikkeava havaittu käyttäytyminen</u> , kuten ruokaa välttelevä tai pakonomainen laihduttaminen, riittää.
C	Oman kehonkuvan vääristymä; laihuutta ei tunnusteta/myönnetä.	
D	Kuukautisten poisjääminen (amenorrhea) vähintään 3 kk ajan	<u>Amenorrhea ei vaatimus</u> (miehet, vanhemmat naiset, tytöt, e-pillerien käyttäjät)

DSM-5-luokittelussa anoreksian vaikeusaste määritetään painoindeksin avulla: lievä >17 kg/m²; keskivaikea 16 – 16,99 kg/m²; vaikea 15 – 15,99 kg/m²; erittäin vaikea <15 kg/m². Vaikeusastetta arvioidessa voidaan huomioida myös muut anoreksian oireet.⁵

Kriteeri A on muutettu yhdenmukaisemmaksi ICD-luokittelun kanssa siksi, että usein henkilö täyttää kaikki anoreksian psykopatologiset kriteerit, muttei ole ollut riittävän laiha saadakseen varsinaisen diagnoosin. Käytännössä tämän kriteerin muuttaminen perustuu tutkimuksessa todettuun psykopatologiseen samankaltaisuuteen potilasryhmässä riippumatta täsmällisestä painoindeksirajasta. Lapsilla painoindeksirajan täsmällinen noudattaminen on niin ikään ongelmallista.^{64,73-76,80,81,89} Tämä saattaa ajaa potilasta rajumpaan laihduttamiseen varsinaisen diagnoosin saadakseen.⁹⁷

Kriteeri B liittyy itseilmaisutaitoon, joka lapsella tai hyvin nuorella ei välttämättä ole täsmällinen. Koska yhä nuorempia lapsia sairastuu anoreksiaan, on katsottu järkeväksi luopua vaatimuksesta, että potilas ilmaisee täsmällisesti ja suullisesti lihomisenpelkonsa.⁹⁸ Kriteeri D puolestaan pätee ainoastaan naisiin, vaikka anoreksiaa tiedetään esiintyvän miehillä. Naisillakin kriteeri D on ongelmallinen, koska nuorten tyttöjen ja vaihdevuodet ohittaneiden naisten anoreksiat jäivät diagnoosin ulkopuolelle.^{2,65,99} Anoreksian kahden alaluokan säilyttäminen on saanut tukea tutkimuksesta, jossa on osoitettu että AN-R on psykopatologiselta kannalta vaikeampi sairaus kuin AN-PB.¹⁰⁰

5.2. Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö

Bulimiaa leimaa hallitsematon ruoan ahmiminen ja sitä seuraava kompensatorinen käytös eli tyhjentäytyminen.⁵ Syömishäiriössä ahminta tai ahmiminen määritellään DSM-5-luokittelussa seuraavasti: säännöllisesti toistuva kohtauksittainen syöminen, jonka aikana henkilöltä katoaa kontrollin tai hallinnan tunne syömisestä ja hän syö monin verroin enemmän kaloreita ja ruokaa kuin suurin osa ihmisistä söisi samassa ajassa ja samoissa olosuhteissa (tässä työssä tällaista ahmintaa kutsutaan objektiiviseksi ahminnaksi).⁵ Ahmimista seuraa tyhjentäytyminen, jolla pyritään kompensoimaan ahmitun ruoan aiheuttama lihominen itse aiheutetulla oksentamisella, ulostuslääkkeillä, diureeteilla, peräruiskeilla tai liikunnalla. Samoin kuin anoreksiapotilaalla, bulimiapotilaalla niin ikään on vääristynyt kuva omasta ulkomuodostaan sekä kehostaan ja hän pelkää lihovansa. Nämä subjektiivisesti koetut oireet eivät ole kuitenkaan yhtä voimakkaita kuin anoreksiapotilailla.^{5,6} Sen sijaan ahminta-episodien jälkeiset syyllisyyden tunteet ovat voimakkaammat bulimiatapauksilla kuin bulimista anoreksiaa sairastavilla tai BED-tapauksilla.⁶⁰ Bulimia voi olla piilossa läheisiltä pitkään. Ulkopuolisen tai perheenjäsenen on yleensä vaikeampi havaita läheisensä bulimia kuin anoreksia.⁹⁶

Bulimia näyttäisi olevan syömishäiriöistä pitkäkestoisin sekä DSM-IV- että DSM-5-kriteerien mukaan.³² Noin puolet potilaista paranee viidessä vuodessa, mutta arviolta 75 % heistä kärsii tuolloin edelleen jonkin asteisesta syömishäiriöoireilusta.¹⁰¹ Bulimian oireilua leimaa on usein jaksottaisuus ja aaltoileva taudinkuva.

Bulimian oheissairautena on usein myös muita mielenterveyden ongelmia sekä päihdeongelmia.^{56,102} Jopa puolella bulimiapotilaista on arvioitu olevan tai olleen jossain elämänsä vaiheessa päihdeongelma.⁵⁶ Bulimia ei juurikaan lisää kuolleisuutta ja vain noin prosentti bulimiapotilaista on kuollut kymmenen vuoden kuluessa diagnoosista.^{90,102}

Bulimiapotilaiden mielialaoireiden hoito lääkkeiden avulla voi tasata myös ahmimiskoh-
tauksia (Käypä hoito-suositus 2014). Bulimian hoidossa erilaiset psykoterapiamuodot, eri-
tyisesti käyttäytymis- ja oppimisterapiat, näyttävät olevan tehokkaita. Suomalaistutkimuk-
sen mukaan terapiassa käyvistä potilaista jopa 50 – 75 % paranee (Käypä hoito-suositus
2014).

Bulimian diagnostiset muutokset DSM-luokittelussa

Taulukko 4. Bulimia nervosan kriteerit DSM-IV- ja DSM-5-luokituksissa^{5,6}

kriteeri	DSM-IV	DSM-5
A	Potilas osoittaa kuvailemalla oman kehonkuvan vääristymistä tai huolta omasta kehonkuvastaan	
B	Kontrolloimaton ahmiminen, jota seuraa kompensatorinen käyttäytyminen	
C	ahmimis-tyhjentäytymiskohtauksia vähintään kahdesti viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan	ahmimis-tyhjentäytymiskohtauksia vähintään <u>kerran viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan</u>
	Alaluokat: tyhjentäytyvä ja ei tyhjentäytyvä BN	<u>Ei alaluokkia</u>

Ainoa merkittävä muutos bulimian kriteereissä koski C-kriteeriä.⁹⁶ DSM-IV-luokittelussa diagnoosin vaatimuksena oli vähintään kaksi bulimista episodia viikossa ja DSM-5-luokiteluun kriteeriksi muutettiin yksi buliminen episodi viikossa (bulimisella episodilla tarkoitetaan ahmimis-tyhjentäytymiskäytöstä). Tämä kriteerin muutos on saanut runsaasti tukea tutkimuksista, joissa on tutkittu bulimiapotilaiden psykiatriasta haittaa, ennustetta ja hoitoa.^{72,74,82,103} Tutkimuksissa havaittiin, että potilas, jolla on buliminen episodi kerran viikossa ei psykopatologisesti poikkea potilaasta, jolla on bulimista käytöstä kaksi kertaa viikossa. DSM-IV-luokittelussa bulimialla oli kaksi alaluokkaa: ensimmäinen on bulimia, jossa ahmi-

mista kompensoidaan tyhjentäytymisellä ja toinen on bulimia, jossa ahmimista kompensoidaan liikunnalla ja paastoilla (ei tyhjentäytymistä).⁶ DSM-5-luokituksesta alaluokat on poistettu.⁵

Bulimialle on myös määritetty DSM-5:ssa vaikeusasteet sen mukaan, kuinka monta ahmimis-tyhjentäytymiskohtausta potiaalla on viikossa: lievä bulimia 1 – 3, keskivaikea 4 – 7, vaikea 8 - 13 ja erittäin vakava yli 14 bulimista episodina viikossa.⁵

5.3. Ahmintahäiriö (BED)

Ahmintahäiriö (BED) ei ollut DSM-IV-luokittelussa itsenäinen syömishäiriö, koska edellistä versiota päivitettäessä ei ollut riittävästi tutkimusnäyttöä ahmintahäiriön patopsykologiasta.^{83,104,105} Ahmintahäiriö kuului epätyypillisiin syömishäiriöihin (ryhmään EDNOS). Sen diagnostisena kriteerinä oli objektiivinen ahmiminen ilman tyhjentäytymistä vähintään kahdesti viikossa puolen vuoden ajan.⁶

DSM-5-luokittelua valmistellessa katsottiin, että tutkimusnäyttöä ahmintahäiriön psykopatiologiasta oli riittävästi. Näin ollen se otettiin mukaan itsenäisenä diagnoosinaan DSM-5-tautiluokitukseen.^{5,6} DSM-5-luokituksessa ahmintahäiriödiagnoosin peruste on kontrolloitamaton ahmiminen vähintään kerran viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan ilman tyhjentäytymiskäytöstä (vrt bulimia).⁵ Vaikeusaste määritetään viikoittaisten ahmintakohtauskertojen mukaan samoin kuin bulimiassa.⁵ Alankomaissa 19-vuotiaille tehdyssä kartoituksessa lihavia BED-tapauksista oli 60 % (BMI > 30 kg/m²) ja 16,5 %:lla lihavista oli BED.¹⁰⁴

Ahmintahäiriön hoidossa SSRI-lääkitys näyttäisi hillitsevän ahmintakohtauksia, mutta tutkimustietoa pitkältä aikaväliltä ei vielä ole.¹⁰⁶ Lisäksi kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas joillekin potilaille.¹⁰⁶ Usein ahmintahäiriö parantuu usein myös itsestään.¹⁰⁶ Muista psykiatrian sairauksista mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä oheissairauksia, ja näiden aiheuttamaa ahdistusta kompensoidaan ahmimalla.¹⁰⁷

Ahmintahäiriöstä ei ole kansainvälisesti yhtä yhteneväisiä tutkimustuloksia esiintyvyydestä tai ilmaantuvuudesta kuin anoreksiasta ja bulimiasta. Elinikäiseksi prevalenssiksi on kuitenkin arvioitu 2 %, mutta hajontaa on <1 % ja 4,7 % välillä.^{88,105}

5.4. Muut syömiseen liittyvät häiriöt: Pica, ruminaatiohäiriö ja ARFID

Nämä kolme pääsääntöisesti lasten syömishäiriöitä olivat DSM-IV-luokittelussa kappaleen "Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood" alla, jolloin ne koskivat ainoastaan lapsia.⁶ Ikärajat ja liukumat lasten ja aikuisten häiriöiden välillä eivät ole olleet käytännöllisiä ja tämän vuoksi katsottiin tarpeelliseksi poistaa erilliset luokat lasten ja aikuisten syömishäiriöille. Näin ollen DSM-5-luokittelussa kaikki syömishäiriöt on yhdistetty saman kappaleen alle ja syömishäiriöiden diagnostiset kriteerit on laajennettu siten, että ne sopivat sekä aikuiselle että lapselle.^{5,85,108,109}

Pica on lapsilla, raskaana olevilla ja kehitysvammaisilla suhteellisen yleinen, mutta muilla aikuisilla länsimaissa harvinainen syömishäiriö. Pica-potilas syö syötäväksi tarkoitettua materiaalia, kuten kynsilakkaa, vaahtomuovia, lasia, kiviä tai muuta vastaavaa. Sen esiintyvyys väestössä on voimakkaasti ikä- ja kulttuurisidonnainen ja arviot esiintyvyydestä liikkuvat 8 – 50 % välillä. Hoitoon hakeutuvien joukossa pica-oireilu on äärimmäisen harvinainen.^{5,6,85,109-111}

Ruminaatiohäiriö-potilas "märehtii" joko kerran nielemänsä tai ulos sylkäisemänsä ruoan uudelleen.^{5,6,110} Ruminaatiohäiriötä pidettiin aiemmin psyykkisenä sairautena. Uuden tiedon valossa on kuitenkin huomattu, että usein etenkin lapsilla ja nuorilla taustalla on yleensä ruoansulatuskanavan toiminnallisia ongelmia. Näiden hoito vaatii gastroenterologista erityisosaamista, ja hoidon myötä myös ruminaatiohäiriö usein korjaantuu.¹¹² Aikuisilla ruoan ruminaatio on ilmeisesti harvinainen oire.^{5,6,110}

ARFID, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, on aikaisemmin rajattu vauvoihin, pikkulapsiin, lapsiin ja nuoriin. Sen mieltää helposti "nirsojen ja vaikeiden lasten" ongelmaksi. On kuitenkin myös aikuisia, joilla ARFID-oireilua esiintyy.^{85,113} ARFID-potilaille syöminen on jostain syystä taistelua ja vastenmielistä ja se voi johtua jostain fysiologisesta syystä, kuten ruoansulatuselimistön tai suun alueen häiriöistä. Se voi olla myös rajusta oksentamisesta muodostuva kammo tai johtua siitä, ettei ruokahalua tai näläntunnetta koe normaalisti. ARFID-potilas voi välttää jonkin tietyn värisen ruoan tai koostumuksen syömistä tai ruokaa ylipäätään. ARFID ei ole kuitenkaan tietoista laihduttamista, eikä potilailla ole vääristynyttä kehonkuvaa.^{5,114,115}

Noiin 30 % ARFID-potilaista arvioidaan olevan miehiä.¹¹⁴ Yhden tai useamman seuraavista kriteereistä on täytyttävä: 1) merkittävä painon putoaminen tai kasvun pysähtyminen/ hidastuminen lapsella, 2) merkittävä ravitsemuksellinen puutostila, 3) letkuruokinta tai lisäravinteiden tarve, 4) merkittävät psykososiaaliset häiriöt. Häiriötä ei voida selittää ruoan puutteella tai kulttuurisilla tekijöillä. Häiriöön ei liity kehonkuvaan tai painoon liittyvää ongelmallisuutta, eikä sitä voida selittää muulla selkeällä somaattisella tai psykiatrisella (lääketieteellisellä) syyllä.^{5,115} ARFID johtaa riittämättömään energian ja ravintoaineiden saantiin.¹¹⁵

5.5. Epätyypilliset syömishäiriöt DSM-IV- ja DSM-5-luokitteluissa

DSM-IV-luokittelussa epätyypillisiin syömishäiriöihin, eli EDNOS-ryhmään, kuului epätyypillinen anoreksia (A-AN) ja epätyypillinen bulimia (A-BN) sekä ahmintahäiriö (BED).⁶ DSM-5-luokittelussa ahmintahäiriö on erotettu omaksi diagnoosikseen ja epätyypillisen syömishäiriöiden OSFED-luokka sisältää epätyypillisen anoreksian ja epätyypillisen bulimian lisäksi epätyypillisen ahmintahäiriön (A-BED).⁵ Lisäksi DSM-5-luokittelussa yösyömishäiriö ja tyhjentäytymishäiriö (Purging Disorder, PD) sisältyvät luokkaan OSFED.⁵

A-AN, A-BN ja A-BED diagnosoidaan poissulkukriteerein. Mikäli anoreksian, bulimian tai ahmintahäiriön kaltainen syömishäiriö täyttää vain osan anoreksian, bulimian tai ahmintahäiriön diagnostisista kriteereistä, se luokitellaan epätyypilliseksi OSFED-syömishäiriöksi.⁵

Yösyömishäiriössä henkilö paastoo päivät ja syö öisin. Tämä häiritsee normaalielämästä suoriutumista pelkästään sen vuoksi, että yöuni jää potilailla usein vähäiseksi.¹¹⁶ Yösyömistä on tutkittu hyvin vähän, mutta saksalaisopiskelijoiden yösyömishäiriön yleisyyttä tutkineessa työssä sen yleisyydeksi tutkitussa aineistossa saatiin 2,9 %.¹¹⁷

Tyhjentäytymishäiriö (PD) puolestaan tarkoittaa tyhjentäytymistä ilman ahmimista. Henkilö syö normaalikokoisia annoksia, mutta pyrkii siitä huolimatta kompensoimaan syömistä oksentamalla, laksatiivein tai suolihuuhteluin.^{118,119} Tyhjentäytymishäiriötä on tutkittu varsin vähän, vaikka sen vakavuudesta on näyttöä PD-potilaiden kuolleisuutta tutkineen artikkelin perusteella.¹²⁰ Tutkimuksessa seurattiin yhdeksän vuoden ajan 219 PD-potilasta. Heistä kuoli 11 tutkimusjakson aikana.¹²⁰

PD:n prevalenssista ei ole yhteneväistä tietoa johtuen eri tutkimusryhmien käyttämistä erilaisista diagnosoiperusteista. Pääsääntöisesti on tutkittu tyhjentyymiskäyttäytymistä (ylipäättään) ja sen yleisyys vaihtelee aineistosta riippuen 0,4 – 9,7 %.^{121,122}

Vaikka EDNOS oli suurin yksittäinen syömishäiriöryhmä, sitä ei ole tutkittu lainkaan samassa mittakaavassa kuin anoreksiaa, bulimiaa ja sittemmin ahmintahäiriötä. Tutkimusta on vaikeuttanut se, että jokainen tutkija on määritellyt epätyypilliset syömishäiriöt omalla tavallaan. Epämääräinen terminologia ja DSM-IV-luokittelun "not otherwise specified"-termi on johtanut epätyypillisten syömishäiriöiden vähäisempään huomioon sekä kliinisellä että tutkimussektorilla.^{21,46,73,74}

Epätyypillisiä syömishäiriöitä on tutkittu pääasiassa niiden yleisyyden näkökulmasta eri väestöissä tai otoksissa, tai niiden osuutta kaikista havaituista syömishäiriöistä otoksessa.^{1,19-22,26,82} Ne on niputettu usein yhdeksi ryhmäksi, eikä niitä ole juurikaan tutkittu omina erillisinä alaluokkina. Suurin osa tutkimuksista vertaa epätyypillisiä syömishäiriöitä anoreksiaan ja bulimiaan eri näkökulmista.^{1,19-22,26,82}

Lisäksi eri artikkeleissa epätyypilliset syömishäiriöt on nimetty eri termein. Epätyypillistä anoreksiaa kuvataan eri julkaisuissa mm. termeillä atypical anorexia, A-AN; subthreshold anorexia, SAN tai sub-AN, EDNOS-AN tai OSFED-AN. Epätyypillistä bulimiaa vastaavasti kuvataan lyhenteillä A-BN, SBN, subBN, BN-L (bulimia nervosa of low frequency and/or limited duration), EDNOS-BN tai OSFED-BN. Edelleen ahmintahäiriöstä, joka ei täytä varsinaisen BED:n kriteereitä, käytetään lyhenteitä SBED, A-BED, subBED ja BED-L (BED of low frequency and/or limited duration). Joissain artikkeleissa käytetään subthreshold-termiä kuvaamaan subkliinistä syömishäiriötä - tilaa epätyypillisen syömishäiriön ja terveen välillä ja toisissa sub-etuliite kuvaa epätyypillistä syömishäiriötä, joka ei täytä AN-, BN- tai BED-kriteereitä.

Epätyypillisten syömishäiriöiden psykopatologia

Yleensä EDNOS- tai OSFED-potilas on normaalipainoinen tai paino on lievästi poikkeava. Toisaalta OSFED edeltää usein varsinaista syömishäiriötä ja vastaavasti paraneminen varsinaisesta syömishäiriöstä tapahtuu OSFED-vaiheen kautta.^{97,131,132} On ehkä ajateltu, että potilas ei ole tarpeeksi laiha ollakseen todella sairas. Vastaavasti ei ole kiinnitetty huomiota vaiheeseen, joka edeltää varsinaista syömishäiriötä, tai potilaan on katsottu olevan terve liian aikaisin (heti kun diagnostiset kriteerit eivät enää täyty). Osin varmasti edellä mainituista syistä tämän ryhmän tutkimus on jäänyt vähäiseksi, eikä EDNOS- tai OSFED-potilaiden sairauden patopsykologista vakavuutta ole ymmärretty.^{58,59,81}

Epätyypillistenkin syömishäiriöiden yhtenä kriteerinä on kuitenkin huomattava psykiatrinen haitta.⁵ Monet potilaat kokevat, etteivät ole riittävän sairaita, ja pelkäävät että oireilun lievyyteen vedoten heiltä evätään hoitoon pääsy. Tämä voi johtaa syömishäiriön tietoiseen "pahentamiseen".⁹⁷ Jotta tällainen kliinisessä työssä esiin tullut ongelma voidaan ottaa huomioon tautiluokitusta muutettaessa, se tarvitsee tuekseen tutkimusnäyttöä. Viime vuosina onkin julkaistu muutamia tutkimuksia, joissa on yritetty verrata varsinaisia syömishäiriötä epätyypillisiin syömishäiriöihin myös psykiatrian näkökulmasta. Osa tutkimuksista osoittaa, että usein EDNOS vastaa patopsykologiselta vaikeusasteltaan "virallista" syömishäiriötä.^{46,59,66,72,73,77,123-133}

Fairburn ryhmineen karakterisoi 102 EDNOS-potilaan patopsykologisia piirteitä ja psykiatrista haitta-astetta.⁷³ Ryhmä havaitsi, että psykiatrisina potilaina EDNOS-tapaukset ovat hyvin samankaltaisia kuin anoreksia- ja bulimiapotilaat; tyypillisimmin nuoria naisia, joilla oli pitkäaikainen syömishäiriö. EDNOS-potilaiden syömishäiriöoireilu ei myöskään merkittävästi poikennut varsinaisten syömishäiriöpotilaiden oireista tutkimuksessa tehdyn EDE-haastattelun perusteella. EDE-kysely kartoittaa mm. haastateltavan ruokailutapoja ja suhtautumista omaan kehonkuvaan. Neljäsosalla EDNOS-tapauksista oli ollut aikaisemmin anoreksia ja kolmanneksella bulimia. EDNOS-potilaiden psykopatologia ja sairauden kesto muistuttivat bulimiaa, mutta EDNOS-potilaat käyttivät bulimiapotilaita vähemmän alkoholia.⁷³

Vuonna 2009 julkaistussa meta-analyysissä analysoitiin 125 syömishäiriöartikkelia vertaamalla EDNOS-tapauksia BED-, AN- ja BN-tapauksiin.⁸¹ Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään sitä miten hyvin DSM-IV-kriteerit erottelevat varsinaiset ja epätyypilliset syömishäiriöt toisistaan psykiatrian näkökulmasta. Lisäksi selvitettiin, ketkä EDNOS-potilaista saivat DSM-5-luokittelun perusteella varsinaisen anoreksia- tai bulimiadiagnoosin. Yleisimmin tähän meta-analyysiin sisällytetyissä julkaisuissa oli tutkittu AN- ja A-AN-potilaiden välisiä eroja; A-AN-potilaalla tarkoitettiin henkilöä, jossa DSM-IV-luokittelun vaatimista oireista puuttuu yksi. Vastaavasti selvitettiin poikkeavatko BN- ja A-BN-potilaat psykiatrisina potilaina toisistaan sen perusteella, kuinka usein bulimisia episodeja esiintyi (yksi tai kaksi kertaa viikossa). Tutkimus puolsi käytännöstä noussutta tarvetta anoreksia- ja bulimiadiagnoosikriteerien laajentamiseksi tutkimuksen ja potilastyön mielekkyyden perusteella. Työ siis osoitti, että suuri joukko EDNOS-potilaita ei käytännössä poikennut varsinaisen syömishäiriödiagnoosin saaneista potilaista, ja heille "kuuluisi" varsinainen syömishäiriödiagnoosi.⁸¹ Tällä meta-analyysillä oli keskeinen rooli DSM-luokituksen päivityksessä.

Pohjois-Amerikassa kartoitettiin psyyken oheissairauksia ja itsemurha-ajatuksia, -suunnitelmia tai -yrityksiä eri syömishäiriöryhmissä (DSM-IV-kriteerein).¹³⁰ Työssä verrattiin A-AN- ja A-BN-luokkia toisiinsa sekä anoreksiaan ja bulimiaan. EDNOS-potilaista 75 %:lla esiintyi masennusta ja ahdistuneisuushäiriöitä ja 25 %:lla esiintyi itsetuhoisuutta.¹³⁰ Tässä tutkimuksessa AN ja A-AN olivat psyykkiseltä oheissairastavuudeltaan ja vaikeusasteeltaan samantyyppisiä.¹³⁰ Ahdistuneisuushäiriö oli A-AN-potilailla jopa vaikeampi ja yleisempi kuin varsinaisilla anoreksiapotilailla. Ahdistuneisuus voisi esimerkiksi liittyä anoreksian kehitymis- ja toipumisvaiheisiin, kun potilas ei vielä koe olevansa tarpeeksi laiha tai kun syömishäiriö piinaa parantumishalusta huolimatta. Lisäksi 13 - 18-vuotiailla A-AN-tapauksilla oli enemmän mielialahäiriöitä ja itsemurha-ajatuksia kuin vastaavan ikäisillä anoreksiapotilailla. Eroa ei ollut esimerkiksi päihteiden käytön, itse-murhayritysten tai käytöshäiriöiden suhteen.¹³⁰ BN ja A-BN poikkesivat toisistaan enemmän riippuen kuitenkin siitä, mitä psykopatologian osa-aluetta mitattiin: 13 - 18-vuotiaiden ryhmässä bulimia-potilailla oli A-BN-ryhmää enemmän ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta, mutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden osalta ei ollut eroa. Aikuisilla bulimiapotilailla oli enemmän ahdistuneisuus-, käytös- ja mielialahäiriöitä verrattuna A-BN-potilaisiin. Itsetuhoisuudessa ja päihteiden käytössä ei ollut eroa tutkittujen ryhmien välillä.¹³⁰

Japanilaisessa tutkimuksessa verrattiin anoreksia- ja bulimiatapauksia OSFED-tapauksiin erilaisten psykometristen osa-alueiden kautta. Eri osa-alueet pisteytettiin ja eri syömishäiriöryhmien pisteitä verrattiin toisiinsa. Tutkittuja osa-alueita olivat vääristynyt kehonkuva, lihomisen pelko ja vääristynyt suhtautuminen ruokaan. OSFED-potilaiden pisteet olivat pienimmät muilla, paitsi ulkonäön arviointiin liittyvillä psykometrian osa-alueilla.³³ Suurin kokonaispistemäärä oli bulimiaa sairastavilla. Kun sama aineisto analysoitiin käyttämällä DSM-IV-kriteereitä, huomattiin, että EDNOS-ryhmä oli heterogeenisempi ja eroja oli vaikeampi nähdä varsinaisten ja epätyypillisten syömishäiriöiden välillä. Tutkimuksessa todetaan, että uusi DSM-5-luokittelu antaa enemmän voimaa laskelmille, ja sen avulla saadaan selkeämmin psykopatologiset erot eri syömishäiriöiden välillä esiin.³³

Australialaisessa kaksosaineistoa hyödyntäneessä pitkittäistutkimuksessa vertailtiin OSFED-potilaita ja varsinaisen diagnoosin saaneita tapauksia.¹³⁴ Tässä työssä ei havaittu merkittävää eroa OSFED- ja AN-, BN- ja BED-potilaiden välillä psykometrisillä mittareilla. Tämän työn perusteella DSM-5-luokittelu ei erottele näitä potilasryhmiä toisistaan, mikäli syömishäiriötä mitataan psykiatrisin kriteerein.¹³⁴

Alankomaissa 19-vuotiaille tehdyssä mielenterveyttä kartoittavassa väestötutkimuksessa tutkittiin syömishäiriödiagnoosin saaneiden vaikeusastetta DSM-5-luokituksen uuden vaikeusastepisteityksen avulla.¹⁰⁵ Kartoituksen mukaan "syömishäiriöhaaviin" jää yleisimmin lieviä tai keskivaikeita syömishäiriöitä sairastavia henkilöitä.¹⁰⁵

5.6. DSM-luokittelun muutoksien vaikutukset eri syömishäiriöluokkiin

Yleisimmin epidemiologisissa tutkimuksissa on laskettu anoreksia-, bulimia- ja EDNOS/OSFED-ryhmien koko tutkimusotoksessa. DSM-luokitusten muuttuessa epätyypillisiä syömishäiriöitä sairastavien osuuden kaikista syömishäiriöistä oletettiin pienenevän suuremman joukon potilaita saadessa anoreksia-, bulimia- tai ahmintahäiriödiagnoosit. Toisaalta OSFED-ryhmään on otettu mukaan yösyömishäiriö ja tyhjentäytymishäiriö, joten ryhmä "epätyypilliset" muodostanee edelleen merkittävän yksittäisen syömishäiriöryhmän.

DSM-IV-kriteerien vaihtaminen DSM-5-kriteereiksi näyttää kuitenkin johtavan epätyypillisten syömishäiriöiden luokan merkittävään pienenemiseen.¹³⁵ Anoreksia ja ahmintahäiriö nousevat mahdollisesti diagnoosikriteerien muutoksien myötä suurimmiksi syömishäiriöryhmiksi.¹³⁵

Anoreksian elinikäiseksi esiintyvyydeksi länsimaissa on arvioitu jopa 4 % DSM-5-kriteerien mukaan kun DSM-IV-kriteerein anoreksian esiintyvyys on noin 2 %.^{11,88,105,135} Prevalenssit vaihtelevat kuitenkin huomattavasti eri tutkimuksien välillä (0,5 – 4 %) riippumatta käytetyistä diagnoosikriteereistä.^{63,105} Suomalaiseen vuosina 1975 - 1979 syntyneiden FinnTwin16-kaksostutkimukseen osallistuneilla anoreksian sairastumisinsidenssi ikäryhmässä 15 - 19 vuotta oli DSM-IV-luokituksen mukaan 270 100 000 henkilövuotta kohden ja prevalenssi oli 2,2 %. Samassa aineistossa DSM-5-luokittelun mukainen insidenssi oli 490 100000 henkilövuotta kohden ja prevalenssi 4,2 %.¹¹ Tuoreessa alankomaalaisessa tutkimuksessa DSM-IV-kriteerein naisten anoreksiaprevalenssi oli 1,2 %, kun DSM-5-kriteerein anoreksian prevalenssi otoksessa oli 1,7 % ja anoreksian alaluokkien osuus AN-R 43,8 % ja AN-BP 56,2 % kaikista anoreksiapotilaista.¹⁰⁵ Prevalenssilla tarkoitetaan elinikäistä prevalenssia.

Bulimian elinikäiseksi prevalenssiksi on naisilla arvioitu noin 1 - 2 %.^{82,104,105} DSM-IV-luokittelun kriteerien laajentaminen DSM-5:n kriteerien mukaisiksi nosti FinnTwin16-aineistossa bulimian insidenssin 16 – 20-vuotiaiden naisten ikäryhmässä 200:sta 300:aan 100 000 henkilövuotta kohden ja prevalenssi nousi 1,7 prosentista 2,3 prosenttiin.¹⁰⁴ Toisessa tutkimuksessa prevalenssi nousi 1,2 prosentista 1,6 prosenttiin.⁸² Alankomaalaisessa kohortissa bulimian prevalenssi DSM-IV-kriteerein oli 0,6 % ja DSM-5-kriteerein 0,8 %.¹⁰⁵

Ahmintahäiriön prevalenssi on tasaisempi miesten ja naisten välillä.^{78,105} Naisten osalta ahmintahäiriön prevalenssiksi on arvioitu 2 – 3 %, joten ahmintahäiriö muodostaa merkittävän yksittäisen syömishäiriöryhmänsä.^{63,78,105}

On arvioitu, että epätyypillisten syömishäiriöiden (EDNOS) esiintyvyys oli DSM-IV-luokituksen mukaan n. 2 - 5 % väestössä, eli 40 – 80 % kaikista syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuvista.^{46,129,134,135} Diagnoosikriteerien muutoksien on arvioitu laskevan epätyypillisen syömishäiriön osuuden kaikista syömishäiriöistä välille 15–70 %.^{63-68,74,133}

Tanskalaisryhmä antoi syömishäiriö potilaille diagnoosit sekä DSM-IV- että DSM-5-kriteerein.⁷⁴ DSM-IV-kriteerein EDNOS-diagnoosin sai 52 % potilaista (499 henkilöä). DSM-5-kriteerein heistä OSFED-ryhmään jäi 35 % kaikista syömishäiriöpotilaista, eli 341 henkilöä.⁷⁴ Toisessa syömishäiriön prevalenssia kartoittaneessa tutkimuksessa OSFED-ryhmä jäi huomattavasti suuremmaksi: tässä amerikkalaistutkimuksessa todettiin 496 nuoren naisen otoksessa, että 20 ikävuoteen mennessä epätyypillisen anoreksian prevalenssi oli 2,8 %, epätyypillisen bulimian 4,4 %, ahmintahäiriön 3,6 % ja tyhjentytymishäiriön 3,4 %. Nämä neljä OSFED-syömishäiriötyyppiä kattoivat 68,9 % kaikista tutkimuksessa esiintyneistä syömishäiriöistä.⁶³ Norjassa kartoitettiin syömishäiriöitä raskaana olevilla naisilla.²² Aineistosta ainoana epätyypillisenä syömishäiriönä esiin nousi tyhjentytymishäiriö, jonka osuus oli 13 % noin 35 000 naisen otoksesta (Liite 2, Bulik ym., 2009).²²

Epätyypillisten syömishäiriöiden prevalenssien vertaaminen toisiinsa on haastavaa, sillä tutkimuksia on toistaiseksi verraten vähän ja niiden otokset ja kriteerit poikkeavat toisistaan. Osassa on ilmoitettu vain tutkimushenkilöiden lukumäärä ja toisissa on epätyypillisten syömishäiriöiden luokat jaettu edelleen alaluokkiin kun toisissa kaikki epätyypilliset syömishäiriöt on niputettu yhteen. Taulukkoon 5 on koottu tutkimuksia, joissa syömishäiriöpotilaat on arvioitu sekä DSM-IV- että DSM-5-kriteerien mukaan.

Taulukko 5. Tutkimuksia, joissa on ilmoitettu eri syömishäiriöryhmien koot DSM-IV- ja DSM-5-kriteereillä. Taulukossa on esitetty koko tutkimusotos (n), josta syömishäiriöpotilaiden lukumäärä (n); syömishäiriön %-osuus kaikista tutkimusotoksen syömishäiriötapauksista DSM-IV-kriteerein ja tämän alla DSM-5-kriteerein. Taulukon ensimmäinen ja toinen tutkimus 1 ja 2 ovat väestötason otoksia ja muut ovat syömishäiriöpotilasotoksia. Taulukossa on yhdistetty sukupuoli ja eri ikäryhmät. Eri EDNOS/OSFED-ryhmiä ei ole eritelty EDNOS/OSFED-sarakkeessa, mutta OSFED-alaluokkasarakkeeseen on eritelty eri OSFED-luokat, mikäli ne ovat käyneet ilmi tutkimuksessa.

tutkimus	koko otos (n)	sh-potilaat (n)	DSM-IV AN DSM-5 AN (%)	BN (%)	BED (%)	EDNOS OSFED (%)	OSFED-alaluokka
Machado, 2013 ⁴⁵	3048	118	15 % 18 %	12 15	x 16	73 51	
Smink, 2014 ¹⁰⁵	1584	DSM-IV 45 DSM-5 62	24 26	11 13	x 40	64 12 (21*)	n=7 (12 % kaikista) A-BN 1; A-BED 2; PD 2; NED 2: muut 2
Dalle Grave & Calugi, 2007 ⁷⁰	186	186	42 71	18 14	x <1	40 15	
Nakai, 2013 ³³	1029	1029	20 25	35 40	x 9	45 26	n=269 (26 % kaikista) A-AN 236 (88 %); A-BN 6 (2 %); A-BED 1; PD 16 (6%); NED 3 (1 %) muut 7 (3 %)
Birgegård, 2012 ⁶⁴	2584	2584	19 22	26 36	8 4	55 38	n=989 (38 % kaikista) A-AN 542 (55 %) A-BN 1 (< 1 %) A-BED 33 (3 %) PD 259 (26 %) muut 154 (16 %)
Keel, 2011 ⁷⁵	240	240	14 20	18 18	x 8	68 53	
Helverskov, 2011 ⁷⁴	965	965	18 32	30 33	x x	52 35	
Eddy, 2010 ⁷²	281	281	20 37	21 32	x 3	59 28	n=78 (28 % kaikista) A-BN 2 (3 %) PD 46 (59 %) muut 30 (38 %)

* sisältää pica-, ruminaatio- ja ARFID-tapaukset sekä määrittelemättömät syömishäiriöt (UFED). AN = anoreksia, A-AN = epätyypillinen AN, BN = bulimia, A-BN = epätyypillinen BN, BED = ahmintahäiriö, A-BED = epätyypillinen BED, PD = tyhjentäytymishäiriö, NED = yösyömishäiriö, EDNOS = epätyypillinen syömishäiriö DSM-IV-kriteerein ja OSFED = epätyypillinen syömishäiriö DSM-5-kriteerein.

5.7. DSM-5-luokittelun kritiikki

Psykiatrinen tautiluokitus on syömishäiriöidenkin osalta kohdannut huomattavaa kritiikkiä. Eräät koulukunnat, kuten psykoanalyttikot, poistaisivat luokittelut kokonaan, jolloin syömishäiriöpotilaat olisivat joukko eri tavoin oireilevia syömishäiriöpotilaita yksilöllisine syineen ja tarpeineen.¹³⁶ Toinen, tieteellisemmin argumentoivampi koulukunta puoltaa eri syömishäiriöluokkien yhdistämistä sillä, että sama henkilö sairastaa usein elämänsä aikana monta erityyppistä syömishäiriötä.⁶⁶ Koska samantyyppisiä hoitoja käytetään eri syömishäiriöissä, alatyypitystä ei ole pidetty hoidon valinnan kannalta välttämättömänä.⁶⁶ Luokkien poistaminen vaikeuttaisi kuitenkin paitsi tutkimusta myös riskitekijöiden, hoitojen toimivuuden ja ennusteiden arviointia kliinisessä työssä. Ilman syömishäiriödiagnooseja ei voida tutkia eroja eri syömishäiriöryhmien välillä sairauden keston, psykopatologisten piirteiden tai riskitekijöiden suhteen. Toisaalta, mitä pienemmiksi ja tarkemmiksi luokat pilkotaan, sen vähemmän tilastollista voimaa analyysille tutkimuksissa saadaan.¹³⁷

Uusia DSM-5-kriteereitä on kritisoitu myös muun muassa ylipaino-ongelman medikalisoinnista.¹³⁸ Jakoa OSFED-ryhmän ja varsinaisten syömishäiriöiden välillä samoin kuin UFED-ylijäämäluokan (taulukko 2) mielekkyyttä on myös kritisoitu.^{133,139} Vaikka DSM-5 väljentää anoreksian ja bulimian kriteereitä, kriteerit ovat myös samalla epämääräistyneet ja antaneet klinikoille ja tutkijoille lisää tulkinnanvaraa. Alipainoksi on määritetty DSM-IV-kriteereissä 85 % odotetusta normaalipainosta. DSM-5-kriteereissä ei ole mainittu alipainolle rajaa ja kriteeri A tulkitaan täyttyneeksi, kun potilas rajoittaa energiansaantiaan alle energian tarpeen pyrkiessään laihtumaan alipainoon tai pysymään alipainoisena.¹³⁹ Potilaan kannalta on kuitenkin tärkeää saada anoreksiadiagnoosi ajoissa ennen huomattavan alipainon saavuttamista. AN-kriteeri B (lihavuuden tai lihomisen pelko) on niin ikään DSM-5-luokittelussa subjektiivisesti tulkinnanvaraisempi niin klinikon, tutkijan kuin potilaankin näkökulmasta. Tämän kriteerin muuttamiselle oli selkeä perustelu lasten ja nuorten mahdollisen ilmaisykyvyn puutteen vuoksi, sekä sen vuoksi, että kaikki anorektikot eivät itse myönnä tai tunnista lihomisen tai lihavuuden pelkoaan.^{1,3,4}

Lisäksi on syömishäiriöiksi tulkittavia tiloja, joita osa tutkijoista ehdottaa otettavaksi mukaan DSM-luokitteluun. Tällaisia ovat esimerkiksi laihuushäiriö ilman lihomisen pelkoa ja useat UFED-luokkaan päätyvät syömishäiriöt.^{69,139,140} Toisaalta esimerkiksi erilaisia ahmitahäiriön muotoja on niin runsaasti, ettei näitä kaikkia ole mielekästä sisällyttää syömishäiriöihin.^{133,138}

DSM-luokittelumuutokset näyttäisivät pienentävän epätyypillisten syömishäiriöiden luokkaa, mutta ne eivät 2014 julkaistun tutkimuksen mukaan edelleenkään erottele tehokkaasti varsinaisia syömishäiriöitä epätyypillisistä syömishäiriöistä etenkin lapsilla ja nuorilla.¹³³

6. Haasteet syömishäiriödiagnostiikassa ja -tutkimuksessa

Syömishäiriötutkimuksia on vaikea verrata keskenään.^{28,32,85,139} Kahta samanlaista, toisiinsa täysin verrattavissa olevaa tutkimusta ei ole. Eri tutkimuksilla on erilainen otos, kulttuuriympäristö, tutkittavien ikä eri aikakausilla (15-vuotias 1950- tai 2010-luvulla), otoksen ikähaarukka, tutkimusmenetelmät ja haastattelussa käytetyt lomakkeet. Lisäksi eri henkilöt voivat tulkita kysymykset eri tavoin; haastattelijan ja tutkijan oma subjektiivinen käsitys ja tulkinta kysymyksistä sekä vastauksista voivat vaihdella. Eroja tutkimusten välille tuovat myös eri diagnostiset luokittelujärjestelmät (ICD, DSM ym.), ja se onko diagnoosi tutkijan vai klinikon tekemä.^{28,32,85,140}

Jopa painokriteeri 85 % odotetusta painosta arvioidaan helposti eri tavoin eri klinikkojen tai tutkijoiden välillä.^{80,141} Käytännössä lääkäri antaa syömishäiriödiagnoosin haastattelun ja klinisen tutkimuksen perusteella arvioiden potilaan kokonaistilan kokemukseensa perustuen. Tutkijat ja klinikot saattavat vastaavasti päätyä eri tulokseen saman potilaan kohdalla paitsi syömishäiriön myös psyyken oheissairauksien suhteen.⁵⁸ Eräässä tutkimuksessa verrattiin klinikon ja tutkijan samoille potilaille antamia diagnooseja.⁵⁸ Heidän tehtävänään oli antaa diagnoosit itsenäisesti 76:lle 16 - 23-vuotiaalle syömishäiriön vuoksi hoidossa olevalle naiselle. Kliinikko antoi diagnoosinsa vapaan haastattelun ja painoindeksin perusteella ja tutkija teki omansa SCID-haastattelun ja painoindeksin avulla. Tutkija ja kliinikko päätyivät eri diagnoosiin 20 %:ssa tapauksista. Havaittiin, että 80 %:ssa tapauksista narratiivisen (klinikon kirjaaman) datan tulkinta johti erilaiseen diagnoosiin silloin, kun kliinikko antoi EDNOS- ja tutkija anoreksiadiagnoosin. Lääkärin kertomuksessa ei ollut näissä tapauksissa

mainintaa lihomisen pelosta tai kehonkuvan vääristymisestä, mutta tutkijan puolistrukturoidun haastattelun perusteella tämä tuli esiin. Yhden tapauksen kohdalla bulimisten episodien tiheyttä oli kysytty ja tulkittu eri tavoin, mikä johti eri diagnooseihin. Masennusdiagnosi annettiin yhdenmukaisemmin: 35 tutkijaa ja 34 klinikkoo päätyi antamaan potilaalle masennusdiagnoosin syömishäiriön lisäksi.⁵⁸

Mancilla-Diaz vertasi itsearviokyselylomakkeilla ja haastattelumenetelmin annettuja bulimiadiagnoseja sekä DSM-III- että DSM-III-Revised-kriteereillä arvioituna (Liite 2, Mancilla-Diaz ym. 2007).¹⁴² Tulosten mukaan bulimian yleisyys kyselylomakkeen perusteella oli otoksessa DSM-III-kriteerein 9 %, ja DSM-III-R-kriteerein 2,6 %. Mikäli diagnoosi tehtiin haastattelun perusteella, DSM-III-kriteerein diagnoosin sai 1,9 % ja DSM-III-R-kriteerein 1,6 %.¹⁴²

Psykiatrisen sairauden vaikeusastetta on vaikea mitata objektiivisin mittarein, koska kyseessä on yleensä potilaan oma kokemus omasta tilastaan.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶ Samoin potilaan ikäkehitys ja sairauden vaihe vaikuttavat siihen, kuinka henkilö itse kokee oman tilansa ja kuinka hän osaa ilmaista sen. Esimerkiksi syyllisyyden tunne on eräs tämän kaltainen vaikeasti määriteltävä ja mitattava, mutta mahdollisesti hyvin ahdistava oire potilaan kannalta.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶

Liitteeseen 2 on koottu erilaisia väestötason tutkimuksia, joissa on selvitetty syömishäiriöiden yleisyyttä eri menetelmin ja eri diagnoosiperustein. Menetelmät-sarakkeessa havainnoituu eri tutkimuksien välinen heterogeenisuus ja niistä johtuvat erot tuloksissa.

7. Työn tavoitteet

Tämän *Pro gradu*-työn tarkoituksena on perehtyä FinnTwin16-aineiston naispuolisiin epätyypillisiin syömishäiriötapauksiin. Tavoitteena oli selvittää, esiintyykö Suomessa epätyypillisiä syömishäiriöitä, minkä verran ja millaisia epätyypillisiä syömishäiriöitä aineistossa esiintyy, miten epätyypilliset syömishäiriöt ilmenevät ja kehittyvät ajan myötä, ja kuinka DSM-luokittelukriteerien muutokset vaikuttavat syömishäiriöluokkiin.

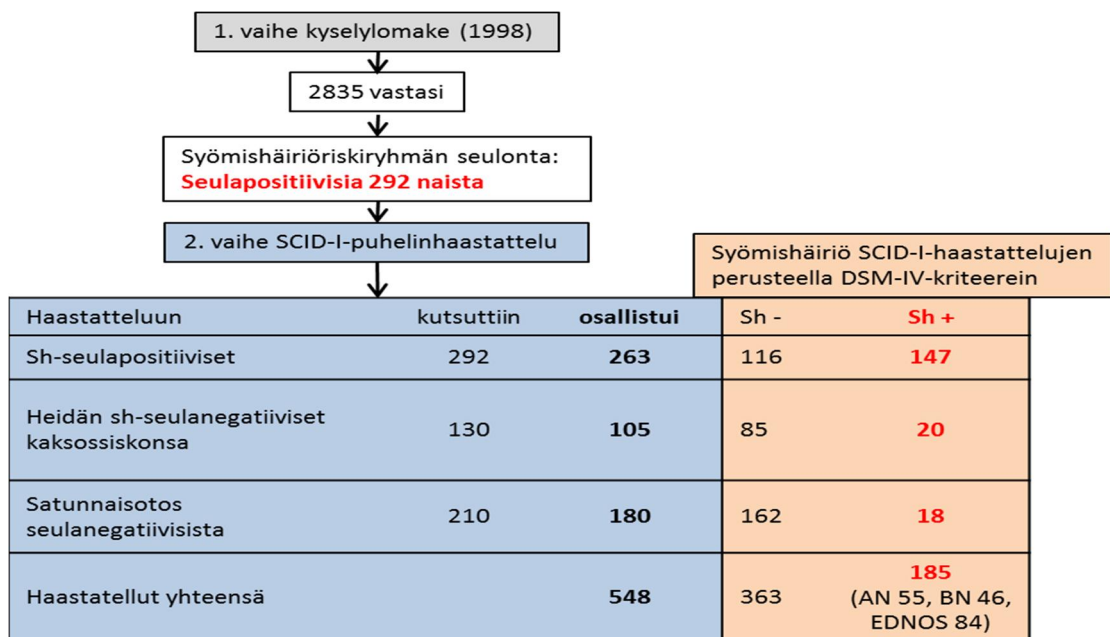
Kysymyksiin on pyritty vastaamaan tarkastelemalla aineistoa seuraavasti:

- 1) määrittämällä sekä EDNOS- että OSFED-prevalenssit ja 15-vuotisinsidenssit FinnTwin16-aineistossa.
- 2) luokittelemalla FinnTwin16-aineiston epätyypilliset (OSFED) tapaukset syömishäiriöiden alatyyppeihin mukaan (AN-, BN- ja BED-kriteerit SCID-haastattelussa) sekä tarkastella aineistoa seuraavien tekijöiden suhteen
 - a. SCID-haastattelun oirepisteet
 - b. painon kehitys (noin 16-vuotiaasta noin 25-vuotiaaksi)
 - c. elämänmuutokset / kriisit
 - d. psyykkiset oheissairastavuudet
- 3) tarkastelemalla syömishäiriöiden esiintyvyyttä saman perheen naiskaksospareilla.

Tavoitteiden taustalla on se, että käytännön kliinisessä työssä psykiatri asettaa diagnoosin potilaalle yleensä kokemuksensa ja havaintojensa pohjalta, eikä välttämättä noudata kirjaimellisesti systemaattisiin tutkimuksiin nojaavia diagnostisia luokittelukriteerejä; tämä asettaa haasteen luokittelukriteerien asettamiselle siten, että ne palvelevat sekä kliinistä että tutkimustyötä.^{146,147} Psykiatriset sairaudet ovat moniulotteisia eikä yksiselitteistä diagnoosia ole aina mahdollista tai edes tarkoituksenmukaista antaa. Sairauksien diagnostisen luokittelun perimmäinen tarkoitus on kuitenkin palvella potilaita ja heitä hoitavien lääkäreiden tarpeita. Jo 1975 Kendell tähdensi, että diagnostisten kriteerien tarkoitus on erotella hoidon tai ennusteen suhteen erilaiset potilasryhmät toisistaan.^{67,146} Mikäli tällaisia eroja ei havaita, alaryhmien erottelu ei ole tarkoituksenmukaista. Tarkalla psykiatrisella diagnostiikalla on merkitystä vain, jos tarkka diagnoosi johtaa tiettyyn hoitomuotoon ja ennusteseen. Empiiristen havaintojen pohjalta voidaan koota tietoa diagnostiikan ja hoidon pohjaksi.^{146,147}

8. Tutkimusaineiston kerääminen FinnTwin16-kohortista

FinnTwin16-tutkimus on terveyden ja mielenterveyden pitkittäistutkimus, jonka tutkittavat muodostavat "FinnTwin16-kohortin". Kohortti käsittää kaikki vuonna 1975 - 1979 syntyneet suomalaiskaksoset (3244 kaksosparia). Kaksosille ja heidän vanhemmilleen lähetettiin kotiin terveyttä ja mielenterveyttä kartoittavat kyselylomakkeet kaksosten ollessa 16-vuotiaita, ja seurantakyselyt 17-, 18-, ja 22 - 28-vuotiaina. Syömishäiriöitä kartoitettiin 22 - 28-vuotiaille suunnatussa kyselyssä, jonka perusteella 548 naisen otos (syömishäiriöoirekyselyn perusteella seulotut naiset, heidän kaksosensa ja joukko satunnaisesti valittuja seulantanegeatiivisia naisia) osallistui puhelimitse syömishäiriöitä ja niiden oheissairauksia seulovalaan SCID-I-puhelinhaastatteluun. Kyselylomakkeiden ja puhelinhaastattelujen perusteella tutkimukseen osallistuneille naisille annettiin DSM-IV-kriteerien mukaiset AN- tai BN-diagnoosit, EDNOS-diagnoosi tai hänen katsottiin olevan terve syömishäiriöiden suhteen DSM-IV-kriteerien mukaan (Kuva 2).



Kuva 2. Syömishäiriöiden (sh) kartoitus FinnTwin16-kaksoskohortin naiskaksosista: riskiryhmän seulonta (1. vaihe) ja sh-tapausten kartoitus (2. vaihe). Ensimmäisessä vaiheessa kaikille lähetettiin kyselylomake, jolla pyrittiin selvittämään alustavasti sh-riskiryhmään kuuluvat naiset. Toisessa vaiheessa, 1,5 vuotta myöhemmin, tehtiin tarkempi sh-kartoitus SCID-I-puhelinhaastattelun avulla. SCID-haastatteluun kutsuttiin sh-seulaposiitiviset, heidän seulanegatiivisia sisariaan ja satunnaisotos seulanegatiivisia naisia kohortista. Haastattelun perusteella sh arvioitiin DSM-IV-kriteerien mukaisesti. Haastatelluista naisista 185:llä oli sh. (sh = syömishäiriö, sh - = ei syömishäiriötä, sh + = sh SCID-haastattelun perusteella, AN = anoreksia, BN = bulimia, EDNOS = epätyypilliset sh:t)

Tutkimusta koskevat eettiset kysymykset on käsitelty Helsingin yliopiston kansanterveystieteen osaston eettisessä toimikunnassa, josta puolto on saatu 8.5.2001.

9. Aineiston käsittely ja analysointi

Työn menetelmä perustuu deskriptiiviseen eli kuvailevaan epidemiologiaan.¹⁴⁸ Menetelmää voidaan käyttää uuden, ennestään tutkimattoman aineiston kuvailuun. Sen avulla voidaan kuvailla oire tai ilmiö. Tutkimus ei ole hypoteesilähtöistä eli deskriptiivinen tutkimus voidaan toteuttaa myös ilman vertailukohtaa aiempiin tutkimuksiin tai ilman ennako-oleuksia. Yleensä deskriptiivisten tutkimusten tavoitteena on kartoittaa ja kuvata erilaisia terveyteen liittyviä ilmiöitä. Menetelmän avulla pyritään arvioimaan jonkin oireen yleisyys väestössä tai ymmärtämään, miten jokin oire ilmenee väestössä, kun vertailukohtia aiempiin tutkimuksiin on niukasti.¹⁴⁸

Tässä tutkimuksessa tieto syömishäiriöistä kerättiin kyselylomakkeiden ja haastattelujen avulla. Kyselylomakkeiden ja haastattelujen vastaukset sekä haastattelijan kirjaamat lyhyet kommentit syötettiin tietokantaan, josta ne edelleen siirrettiin Excel-taulukkoon.

- 1) Tietokannasta laskettiin epätyypillisten syömishäiriöiden insidenssi ja prevalenssi.
- 2) Tietokantaan tallennettujen tietojen perusteella arvioitiin lisäksi osallistujien syömisoireita, muuta psyykkistä oireilua ja taudinkulkua yksilöinä ja kaksospareittain. Tietokantahakuja muuttamalla kartoitettiin syömishäiriöryhmien muutokset DSM-IV-kriteereistä DSM-5-kriteereihin.

Syömishäiriöiden ryhmittely toteutettiin käsittelemällä jokainen tapaus yksityiskohtaisesti ja laatimalla tapauksien eri tunnusmerkkejä luonnehtivat yksityiskohtaiset taulukot. Koska osa epätyypillisten syömishäiriöiden alatyypeistä oli hyvin harvinaisia, emme esitä tämän työn liitteinä ryhmittelyn taustalla olevia osallistujia yksilöiviä yhteenvetotaulukoita, jotta tutkittavien anonymiteetti ei vaarantuisi.

9.1. Insidenssin ja prevalenssin laskeminen

Insidenssi eli ilmaantuvuus tarkoittaa uusien tapausten määrää tietyllä aikavälillä ja tietyssä tutkimuspopulaatiossa/väestössä. Harvinaisien sairauksien ollessa kyseessä ilmaantuvuus kuvataan 100 000 henkilövuotta kohden tietyllä ajanjaksolla. Tässä työssä laskettiin EDNOS- ja OSFED-tapausten 15-vuotisinsidenssi (10 - 24 v.) FinnTwin16-aineiston naiskaksosille per 100 000 henkilövuotta. Osalle tapauksista ei ollut saatavilla sairauden kestoa (alkamis/loppumisikää). Epätyypillisten syömishäiriöiden insidenssin eli ilmaantuvuuden laskeminen Finn-Twin16-aineistossa (n=75) laskettiin alla oleva kaavan mukaa.

$$\text{Ilmaantuvuus} = \frac{\text{uudet tapaukset tutkimusajanjaksolla}}{\text{henkilövuodet}} \times 10^5$$

$$\text{henkilövuodet} = \text{tutkimusjakso}(\text{kokonaistutkimusotos} - \text{sairastuneet}) + n * v$$

Kaava1. Insidenssin eli ilmaantuvuuden laskeminen

Insidenssien luottamusvälit (LV 95 %) laskettiin OpenEpi-ohjelman avulla:
<http://www.openepi.com/oe2.3/menu/openepimenu.htm>

Prevalenssi eli vallitsevuus tarkoittaa sairaiden osuutta kokonaistutkimusaineistossa tutkimusjakson aikana.

$$\text{vallitsevuus} = \frac{\text{tapaukset tutkimusaineistossa}}{\text{kokonaisotos}} * 100$$

Kaava 2. Prevalenssin eli vallitsevuuden laskeminen

Prevalenssin luottamusvälien (LV 95 %) laskemiseen käytettiin seuraava laskuria:
<http://vassarstats.net/prop1.html>

9.2. OSFED-tapausten ryhmittely alaluokkiin ja oirepisteiden laskeminen

OSFED-tapauksille määritettiin alatyypit SCID-haastattelun vastauksien, haastattelijan tekemien huomioiden sekä painoindexin mukaan. SCID-lomakkeessa on erikseen kysymykset koskien anoreksiaa, bulimiaa ja ahmintakäyttäytymistä. Haastattelija oli merkinnyt kunkin tutkimushenkilön lomakkeeseen esitetyn kysymyksen kohdalle: ? = riittämättömästi tietoa, 1 = oiretta ei esiinny tai "epätosi", 2 = subkliininen tai 3 = kliinisesti merkittävä oire tai "tosi" (Liite 3: SCID-haastattelulomake). Tässä työssä pisteytettiin kunkin tutkimushenkilön syömishäiriön oirepisteet SCID-haastattelun vastausten perusteella seuraavasti: epätosi = 0, subkliininen = 1 ja tosi = 2. Oirepisteillä pyrittiin kartoittamaan syömishäiriön vaikeusastetta verrattuna varsinaisiin syömishäiriöihin.

9.2.1. Epätyypillinen anoreksia

Varsinaisen anoreksiadiagnoosin perusteeksi potilaan on täytettävä kaikki DSM-5-luokituksessa määritetyt oirepisteet (kriteerit A, B ja C, taulukko 2). Tässä työssä varsinaisen anoreksiadiagnoosin vaatimukseksi asetettiin painoindexiraja, joka oli 18,5 kg/m². Epätyypillisen anoreksian luokittelussa painoindexiraja jätetään huomioimatta. Sen sijaan A-AN-potilailla A-kriteeri täyttyy, mikäli henkilö on vastannut myöntävästi SCID-haastattelun kysymyksiin: "Oletko ikinä ollut silmiinpistävästi laiha tai laihtunut niin paljon, että joku muukin olisi huomannut sen? Oletko ollut aina alipainoinen tai ovatko ihmiset pitäneet aina sinua kovin laihana?"

Tässä työssä epätyypillisen anoreksian diagnoosikriteerit olivat seuraavat:

- 1) Alipainoiset, BMI <17 kg/m² ilman tunnistettua tai tunnustettua anoreksian psykopatologiaa.
- 2) Normaalipainoiset tai lievästi alipainoiset, joille on merkitty positiiviseksi anoreksiakriteeri A.
- 3) Kriteerin A lisäksi AN-kriteereistä on täytyttävä vähintään toinen kriteeri (eli A + B tai C / A+B+C).
- 4) Epätyypillinen buliminen anoreksia (A-bn-AN): henkilö täyttää anoreksiakriteereistä A+B+C (kaikki kolme) ja henkilöllä on ahmintaa ja kompensatiokäyttäytymistä. Toisin sanoen hän täyttää bulimiakriteereistä subjektiivisen tai objektiivisen ahminnan (A-kriteerin toinen osa – kaavakkeessa kysymys H12, liite 3) ja kompensatiokäyttäytymisen (bulimia-kriteeri B), tai pelkästään kompensatiokäyttäytymisen.

Taulukko 6. Epätyypillisen anoreksian oirepisteiden laskeminen. Maksimipistemäärä on 6.

Kriteeri	SCID-haastattelun kysymys	pisteet	muuta
A	1: Oletko ikinä ollut silmiinpistävän laiha tai laihtunut niin paljon, että joku muukin olisi huomannut sen?	0 - 2	Painoindeksi jätetään huomioimatta. Positiivinen vastaus täyttää tässä yhteydessä kriteerin A.
B	2: Pelkäsitkö tuohon aikaan paljonkin, että sinusta tulisi lihava?	0 - 2	
C	3: Kun painosi oli alimmillaan, tunsitko vielä olevasi liian lihava tai tunsitko että osa kehostasi oli liian lihava?	0 - 2	
buliminen alatyyppi	5: Oletko harjoittanut säännöllisesti ahmimista ja vatsantyhjennystä (esim. tahallinen oksentaminen tai diureettien, laksatiivien tai peräruiskeiden väärinkäyttö)		
D	4: Kuukautiskriteeri		jätetty pois

9.2.2. Epätyypillinen bulimia

SCID-haastattelussa syömishäiriön maksimioirepisteet ovat bulimialle 12 pistettä. Tällöin kaikki kriteerit A, B, C ja D täyttyvät (taulukot 3 ja 7).

Tässä työssä epätyypillisen bulimiadiagnoosin saivat naiset jotka täyttivät seuraavat kriteerit:

- 1) Henkilöllä on oltava *objektiivista* ahmintaa. Toisin sanoen, ahmintaa ei voida katsoa subjektiiviseksi (subjektiivisella ahminnalla tarkoitetaan sitä, että henkilö kokee menettäneensä hallinnan syömiseen, vaikka syöty määrä on todellisuudessa pieni tai pienehkö) (SCID-haastattelulomakkeessa kysymys H12).
- 2) Henkilöllä on esiinnyttävä kompensatiokäytöstä. Bulimiakriteeri B.
- 3) Bulimiakriteereistä on täyttyvä vähintään kaksi täysin (koodattu 3), ja tämän lisäksi vähintään yksi kriteeri täyttyy subkliiniseksi (koodattu 2).

Taulukko 7. Epätyypillisen bulimian oirepisteiden laskeminen (Kysymykset tarkemmin liitteessä 3). Maksimipistemäärä on 12.

Kriteeri	SCID-haastattelun kysymys	pisteet	muuta
A	11: Onko sinulla ollut usein tilanteita, jolloin et ole hallinnut syömistäsi? 12: Onko sinulla ollut esim. parin tunnin jaksoja, joiden aikana syöt niin paljon ruokaa, että useimmat ihmiset pitäisivät sitä epätavallisen suurena määränä?	11: 0 – 2 12: 0 – 2	2+2 pt objektiivinen ahminta (O) 2+1/0 pt subjektiivinen ahm. (S) 0/1+0/1/2 pt ylensyöminen (ei kontrollinmenetystä) (Y)
B	13: Teitkö mitään ehkäistäksesi niin suuren ruokamäärän vaikutuksia tai tyhjentäytyäksesi ruoasta?	0 – 2	alatyypit kysytyt erikseen
C	14: Kuinka usein sinulla esiintyi tällaisia ahmintoja? A. frekvenssi B. kesto	A. 1 / 2 B. 1 / 2	frekvenssi: 1 pt harvemmin kuin 1x vko, 2 pt useammin kuin 1x vko. kesto: 1 pt alle 3 kk, 2 pt yli 3 kk
D	15: Olivatko vartalosi muoto ja paino niiden tärkeimpien asioiden joukossa, jotka vaikuttivat siihen, mitä mieltä olit itsestäsi?	0 – 2	

9.2.3. Epätyypillinen ahmintahäiriö

- 1) Bulimiakriteeri A:n on täyttyvä.
- 2) Bulimiakriteeri B ei saa olla tosi (mahdollinen kompensatio on lähinnä satunnaista liikuntaa tai vastaavaa).
- 3) Myös subjektiivinen ahminta ilman kompensatiota luetaan epätyypilliseksi ahmintahäiriöksi.

Taulukko 8. Epätuypillisen ahmintahäiriön oirepisteiden laskeminen. Mikäli bulimiakriteereistä täyttyy ahmintakriteeri, mutta ei tyhjentytymiskriteeriä, siirrytään SCID-haastattelun ahmintahäiriökysymyksiin (H23 – H27, Liite 3). Tässä yhteydessä jätetään jatkokysymykset huomioimatta oirepisteitä laskettaessa. Frekvenssiä ei huomioitu. Maksimipistemäärä on 10.

Kriteeri	SCID-haastattelun kysymys: "Näiden ahmimisten aikana..."	pisteet
A	23...söitkö paljon nopeammin kuin normaalisti?	0 - 2
B	24...söitkö kunnes olosi tuntui epämukavan täydeltä?	0 - 2
C	25...söitkö suuria määriä ruokaa, vaikka et ollut nälkäinen?	0 - 2
D	26...söitkö yksin, koska olit hämilläsi siitä, miten paljon söit?	0 - 2
E	27...inhositko itseäsi, olitko masentunut tai tunsitko syvää syyllisyyttä ylensyömisen jälkeen?	0 - 2

9.2.4. Tyhjentytymishäiriö

- 1) Bulimiakriteereistä täyttyy vähintään B eli kompensatiokäyttäytyminen (taulukko 7)
- 2) Bulimiakriteerien lisäksi anoreksiakriteereistä täyttyy korkeintaan kaksi (erotuksena bulimisesta anoreksiasta, jossa kaikkien kriteerien A+B+C on täytyttävä) (taulukko 6)
- 3) Ahminta on korkeintaan subjektiivista, jos lainkaan ahmintaa (taulukko 7: kriteeri A, kysymykset 11 ja 12).

9.2.5. Muuntuvat

Muuntuvat-luokkaan profiloituvat tapaukset, joilla syömishäiriö selvästi muuttaa muotoaan yhdestä toiseen ja mahdollisesti aaltoilee oireettoman jakson tai kahden eri syömishäiriön välillä.

9.3. OSFED-aineiston taustatekijöiden kartoitus ja kuvaaminen

Syömishäiriöoireilua tarkasteltiin myös erilaisten taustatekijöiden kautta. Tällaisia ovat mm. haastateltujen spontaanisti esiintuomat traumaattiset kokemukset, elämän kriisit ja muutokset tai psyyken oheissairaudet. Traumakokemuksella tarkoitetaan esimerkiksi rikoksen uhriksi joutumista ja kriisillä elämäkriisiä, kuten läheisen kuolemaa, eroa, sairastumista ym. SCID-haastattelun avulla kartoitettiin strukturoidusti masennus ja pakko-oireisuus, sekä syömishäiriökäyttämisen (syömättömyys, ahminta ja kompensatio) ajallinen suhtautuminen niihin. OSFED-tapauksia on tarkasteltu sekä SCID-haastatteluvastausten koodausten (syömishäiriöiden, masennus- sekä pakko-oireisuuden oirepisteiden) että haastattelijan narratiivisten merkintöjen mukaan. Mikäli ne eivät olleet yhteneviä, on haastattelijan merkintä ollut etusijalla. Se oletettavasti kuvaa enemmän haastateltavaa haastattelijan tiivistäessä puhelun päätyttyä haastateltavan tarinan lyhyeksi kertomukseksi. Puhelinhaastattelun aikana muistiinpanoja tehdessä on myös saattanut tapahtua virhekoodauksia tai lomakkeeseen on jäänyt aukkoja.

9.4. OSFED-tapausten painon kehityksen ja oireiden keston kartoitus

Tapaukset on ryhmitelty mm. syömishäiriötyypin, syömishäiriön keston, minimi- tai maksimipainon (painoindeksiä muuttuna) mukaan. Lomakkeissa 16-, 17-, 18- ja noin 25-vuotiailta on kysytty henkilön painoa kyseisessä aikapisteessä. Tässä työssä paino on jaettu painoindeksiin (BMI) perusteella seuraavasti: BMI < 15 kg/m² sairaaloinen ja 15,1 - 16,9 kg/m² merkittävä alipaino; normaalia alhaisempi paino 17 - 18,4 kg/m²; normaalipaino 18,5 - 24,9 kg/m²; ylipaino 25 - 29,9 kg/m²; lihava BMI >30 kg/m². Painon kehityksen suunta ja laihtumisen tai lihomisen rajuus eri aikapisteissä merkittiin ylös. Painoa ja sen muutosta suhteessa elämäntilanteisiin tarkasteltiin myös tutkimusjakson minimi- ja maksimipainoindeksien avulla. Oireilun kesto määritettiin SCID-haastatteluvastausten ja/tai painoindeksien mukaan. Keston mukaan epätyypilliset syömishäiriötapaukset jaettiin kolmeen ryhmään; syömishäiriön kesto alle 2 vuotta, 2-5 vuotta ja yli 5 vuotta (krooniset tai kroonistuvat).

9.5. Kaksosparien tarkastelu

Kaksosuutta tarkasteltiin sukupuolen, identtisyyden/epäidenttisyyden sekä kaksossisaren mahdollisten syömishäiriöiden ja psyyken sairastavuuden kautta.

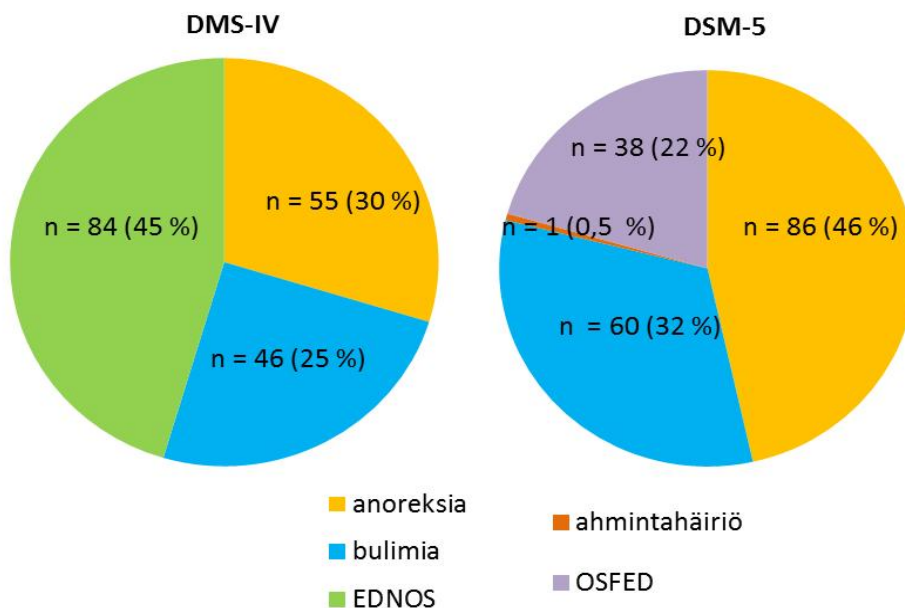
10. Tulokset

10.1. Syömishäiriöiden osuudet, prevalenssit ja insidenssit

FinnTwin16-kaksoskohortin naisista 2835 vastasi syömishäiriöiden riskikartoituslomakkeeseen. Heistä haastateltiin 548 naista, joista 185 sai DSM-IV-kriteereillä syömishäiriödiagnoosin: 55 sai anoreksia-, 46 bulimia- ja 84 EDNOS-diagnoosin. Näin ollen 185 syömishäiriödiagnoosin saaneesta naisesta 30 % sai AN-, 25 % BN- ja 45 % EDNOS-diagnoosin.

Kun 84 EDNOS-tapausta diagnosoitiin uudelleen DSM-5-kriteereitä käyttäen, 31 heistä sai AN, 14 BN ja 1 BED-diagnoosin. OSFED-ryhmään jäi 38 tapausta.

FinnTwin16-kokonaisotoksesta (esikartoituslomakkeen täyttäneet naiset, n = 2835) 1,9 %:lla oli anoreksia, 1,6 %:lla bulimia ja EDNOS 3 %:lla DSM-IV-kriteereillä. DSM-5-diagnosiperusteilla anoreksiatapauksia koko aineistossa oli 3 %, bulimiatapauksia 2 % ja OSFED-tapauksia 1,3 %.



Kuva 3. Syömishäiriöiden osuudet FinnTwin16-kaksoskohortin naisilla, kun DSM-IV-kriteerein epätyypillisen syömishäiriödiagnoosin (EDNOS) saaneet diagnosoitiin uudelleen DSM-5-kriteereitä käyttäen. Kaikkiaan syömishäiriötapauksia 2835 naisen aineistossa oli 185.

Taulukko 9. DSM-luokittelukriteerien muutoksien vaikutukset syömishäiriöryhmiin FinnTwin16-aineiston naisilla. Ensimmäisissä sarakkeissa on esitetty syömishäiriöiden osuudet koko aineistossa prosentteina (n = 2835) ja suluissa tapausten lukumäärä. Toisina esitetyissä sarakkeissa on eri syömishäiriöiden (sh) prosenttiosuus kaikista havaituista syömishäiriöistä (n = 185). Harmaalla fontilla on merkitty laskennalliset osuudet DSM-IV-EDNOS-syömishäiriötapauksille.

sh / krit	DSM-IV	DSM-5	DSM-IV	DSM-5
AN	1,94 (55)	3,03 (86)	29,73	46,49
BN	1,62 (46)	2,12 (60)	24,86	32,43
varsinaiset sh:t	3,56	5,15	54,59	78,92
EDNOS / OSFED	3,00 (84)	1,34 (38)	45,95	20,54
A-AN	1,55 (43)	0,42 (12)	23,78	6,49
A-BN	0,85 (24)	0,35 (10)	12,97	5,41
A-BED	6	0,18 (5)	3,24	2,70
PD	4	0,25 (4)	3,78	3,78
muuntuvat	7	0,14 (7)	2,16	2,16

Lyhenteet: sh = syömishäiriö, AN = anoreksia, BN = bulimia, EDNOS = epätyypilliset sh:t DSM-IV-kriteerein ja OSFED = epätyypilliset sh:t DSM-5-kriteerein, PD = tyhjentäytymishäiriö, A- = epätyypillinen (sh)

OSFED-tapaukset sisälsivät kaksi OSFED-kaksosparia; yhdellä kaksosparilla molemmilla oli epätyypillinen BED (A-BED) ja toisella parilla yhdellä epätyypillinen AN (A-AN) ja toisella epätyypillinen BN (A-BN).

Elinikäinen EDNOS-prevalenssi on aineistossa 3 % (95 % CI 2,4 – 3,7) ja OSFED-prevalenssi 1,3 % (95 % CI 1,0 – 1,8). Insidenssit laskettiin 15 vuodelle (10-24v), jolloin EDNOS-insidenssi on 180 per 100 000 henkilövuotta (95 % CI 140 – 220) ja OSFED-insidenssi vastaavasti 76 per 100 000 (95 % CI 53 – 110). EDNOS:iin ja OSFED:iin sairastumisikä oli keskimäärin 18 vuotta. Diagnoosin saaneista 69 % oli 27-vuotiaana parantunut EDNOS:sta ja 61 % OSFED:sta, sairauden kesto vaihteli EDNOS:ssa alle vuodesta 13 vuoteen, ja OSFED:ssa alle vuodesta 10 vuoteen (mediaani 2 vuotta kummallakin).

Taulukko 10. Nuorten naisten epätyypilliset syömishäiriöt FinnTwin16-kohortissa (koko kohortti 2835 naista, josta 548 otos haastateltiin puhelimitse).

	EDNOS (DSM-IV)	OSFED (DSM-V)
Diagnoosin saaneet naiset (n)	84	38
Prevalenssi	3 % (95 % LV 2,4 – 3,7)	1,3 % (95 % LV 1,0 – 1,8)
15-vuotisinsidenssi (10 - 24 v) per 100 000 henkilövuotta	180 (95 % LV 140 – 220)	76 (95 % LV 53 – 110)
Keskimääräinen sairastumisikä (vuotta)	18 (12 – 25)	18 (14 – 25)
Parantunut 27-ikävuoteen mennessä	69 %	61 %
Sairauden kesto, mediaani (vuotta)	< 1 – 13, 2	< 1 – 10, 2

Lyhenteet: EDNOS = epätyypilliset syömishäiriöt DSM-IV-diagnoosikriteereillä; OSFED = epätyypilliset syömishäiriöt DSM-5-diagnoosikriteereillä, LV = luottamusväli

10.2. OSFED-tapausten syömishäiriöalaluokat

OSFED-tapaukset ryhmiteltiin epätyypillisten syömishäiriöiden alaluokkiin menetelmissä esitettyjen kriteerien mukaan, jolloin tapaukset jakaantuivat alaluokkiin seuraavasti: A-AN-ryhmään luokiteltiin 13 (34 % kaikista OSFED-tapauksista) naista (kolmella heistä oli epätyypillinen buliminen anoreksia). A-BN-ryhmään päätyi kymmenen naista (26 %). PD-diagnoosin sai neljä (11 %) ja A-BED diagnoosin viisi naista (13 %). Seitsemän henkilöä jäi muuntuvien luokkaan. Yhdellä henkilöllä oli erillisinä jaksoina A-BN ja A-AN ja hänet on laskettu erikseen kumpaankin ryhmään.

10.2.1. Epätyypillinen anoreksia (A-AN)

Kaikkiaan aineistossa oli 13 A-AN-tapausta. Heistä seitsemän täytti SCID-haastattelun perusteella kaikki kolme anoreksian kriteeriä (oirepisteet 6/6); A-kriteerin nopean laihtuttamisen, laihtumisen tai laihuuden perusteella, sekä B- ja C-kriteerit (D-kriteeri on poistettu DSM-5-luokituksessa). Painoindeksi on ollut kuitenkin normaali ($>18,5 \text{ kg/m}^2$), joten anoreksian A-kriteerin ei katsottu täyttyvän painoindeksikriteerin osalta.

Neljä seitsemästä oli laihtunut/laihduttanut nopeasti. Näistä seitsemästä naisesta kahdella oli myös pakko-oireisuutta ja kolmella kriisi tai trauma oli laukaissut syömishäiriön ja mahdollisesti muun psyykkisen oireilun. Kahdella A-AN-tapauksella ei todettu muita psyykkisiä oireita eikä elämänkriisejä. Toinen heistä oli voimistelija ja toinen koki olevansa liian lihava.

Kahdella naisella anoreksiakriteereistä täyttyi 4/6 ja paino on ollut normaalin rajoissa oirejakson ajan. Ensimmäisellä heistä oireiden taustalla oli elämänkriisi, toisella esiintyi myös muita psyykkisiä oireita. Neljällä naisella painoindeksi on ollut huomattavan pieni. Heistä kahdella ei ole lainkaan anoreksiaan liittyvää psykopatologiaa eikä masennusoireita tai pakko-oireita SCID-haastattelun perusteella

Kymmenellä kolmestatoista naisesta syömishäiriö kesti (tai on toistaiseksi kestänyt) alle kaksi vuotta. Tapausten minimipainoindeksien keskiarvo oli 17,6 kg/m², painoindeksi oli minimissään 19-vuotiaana ja syömishäiriön kesto 2,3 vuotta.

10.2.2. Epätyypillinen bulimia (A-BN)

Bulimian DSM-5-kriteereissä ei ole huomioitu painoindeksiä, joten varsinaiseen diagnoosiin vaaditaan riittävä ahminta-tyhjentytymistiheys (kerran viikossa), objektiivinen ahminta, kontrollin menetyksen tunne ja oireiden yhtäjaksoisuus (vähintään kolmen kuukauden ajan) sekä vääristynyt kehonkuva.

Epätyypilliseen bulimialuokkaan katsottiin kuuluvaksi kymmenen tapausta. Heistä yhdellä oli myöhemmin erillisenä syömishäiriönä epätyypillinen anoreksia.

Lähes täydet bulimian oirepisteet (11/12) sai yksi henkilö, neljä naista sai 10/11 oirepistettä ja kaksi tapausta sai 9/12 oirepistettä. Heistä kuudella oli myös vakavan masennuksen diagnoosi tai masennusoireita SCID-haastattelun mukaan. Seitsemännellä tapauksella oirekuva oli aaltoileva.

Epätyypillinen bulimia oli aineistossa pitkäkestoisempi kuin epätyypillinen anoreksia. Vain kolmella tapauksella kymmenestä oireet kestivät alle vuoden. Kaikkiaan seitsemällä kymmenestä oli masentuneisuutta ja/tai muuta psyyken oheisoireilua.

Seitsemällä epätyypillisistä bulimiatapauksista paino on ollut normaali läpi oireilujakson kun yksi lihoi huomattavasti. Tämän ryhmän minimipainoindexien keskiarvo oli 22,4 kg/m², painoindeksi oli minimissään 18-vuotiaana ja syömishäiriön keskimääräinen kesto oli 4,3 vuotta.

10.2.3. Epätyypillinen ahmintahäiriö (A-BED)

Aineistossa viisi naista luokiteltiin epätyypilliseksi ahmintahäiriötapauksiksi. Korkeat syömishäiriön diagnoosipisteet (vähintään 8) sai kolme naista. Masennus, pakko-oireet, kriisi ja traumakokemukset olivat yleisiä epätyypillistä ahmimishäiriötä sairastavilla. Kaikilla viidellä paino on noussut tai ollut nousussa tutkimusjakson päätyttyä.

10.2.4. Tyhjentytymishäiriö (PD)

Neljän naisen katsottiin täyttävän tyhjentytymishäiriön tunnusmerkit. Kaikilla esiintyi oksentamista, laksatiivien ja/tai diureettien käyttöä mahdollisen liikunnan ohella ja useimmat olivat normaalipainoisia. Näiden ohella yleisiä oireita tutkittavilla olivat masennus ja munasarjojen monirakkulatauti.

Koska tyhjentytymishäiriölle ei ole omia diagnoosikriteereitä, sen psykopatologia on yhdistelmä anoreksian ja bulimian psykopatologiaa. Syömishäiriöpisteet SCID-haastattelussa eivät siis täytä kummankaan edellä mainitun syömishäiriön kriteereitä. Ahmintaa esiintyi korkeintaan harvakseltaan ja/tai se on ollut subjektiivista. Tyhjentytymishäiriön keskimääräinen alkamisikä tässä aineistossa oli 20 vuotta. Keskimääräinen painoindeksi minimipainossa oli 19,7 kg/m² ja oireilun keskimääräinen kesto oli 2,5 vuotta.

10.2.5. Muuntuvat (M)

Tähän ryhmään kuuluvat tapaukset, joilla syömishäiriö muutti selkeästi muotoaan tai aaltoili kahden eri syömishäiriötyypin välillä. Syömishäiriöiden oireet ovat jatkumo, eikä välissä ole ollut varsinaista pidempää oireetonta jaksoa. Tällaisia henkilöitä oli aineistossa seitsemän. Muuntuva syömishäiriö näytti usein kroonistuvan ja muuntuvan siten, että nuorempina esiintynyt kompensatio jäi pois ajan myötä ja tutkittavien paino kasvoi. Useimmilla esiintyi myös masennusoireita.

10.3. Syömishäiriön vaikeusasteen arvioiminen oirepistein

Syömishäiriödiagnoosin perusteeksi katsotaan syömiseen ja omaan kehonkuvaan liittyvät psykiatrisen häiriöt, jolloin DSM-5-kriteerien mukaan myös kriteereistä saatavien pisteiden olisi oltava korkeat. Epätyypillinen syömishäiriöryhmä muodostui tässä aineistossa tapauksista, joista osalla oli selkeä syömishäiriö ja osa oli rajatapauksia. Muutamalla tapauksella diagnoosi perustui painoindexiin. Mikäli syömishäiriödiagnoosien perustana on psykiatrisen haitta, nämä tapaukset eivät välttämättä ole lainkaan syömishäiriöisiä tai mahdollinen psykiatrisen tausta jäi epäselväksi.

Varsinaiset epätyypilliset syömishäiriötapaukset

Tässä aineistossa 10/13 A-AN tapausta sai SCID-haastatteluvastausten perusteella vähintään 4/6 anoreksian psykopatologian oirepistettä, 9/10 A-BN-tapausta sai vähintään 8/12 oirepistettä, 3/4 PD-tapausta sai vähintään kahdeksan BN- tai neljä AN-oirepistettä ja 3/5 A-BED tapauksesta täytti vähintään 8 BED-kriteereistä. Muuntuvista 3/7 täytti vähintään kahdeksan BN- tai 9 BED-kriteereistä. Kaikilla kolmella bulimiestä epätyypillisestä anoreksiasta kärsivillä henkilöillä oli täydet AN-kriteeripisteet.

Kaikkiaan 28 tapauksella oli syömishäiriö DSM-5-kriteerien perusteella. Heistä 21/28 naista sairasti rinnakkaisoireena muuta psyyken sairautta, ja heistä kuudella taustalla on myös traumaattinen tai kriisikokemus. Viidellä naisella oli korkeat syömishäiriöpisteet, mutta ei muuta psyyken sairautta tai kriisiä. Nämä 28 naista ovat syömishäiriöpsykopatologian perusteella lähimpänä varsinaisia syömishäiriötapauksia.

Epätyypillisten syömishäiriöiden rajatapaukset

Tapauksia, joilla syömishäiriön oirepisteet olivat matalat (alle yllämainittujen oirepisteiden) oli aineistossa viisi. Heitä voisi pitää syömishäiriöiden rajatapauksina. Heillä oli ensisijaisesti jokin muu psyyken sairaus, tai hetkelliset syömishäiriöoireet laukaisi elämäntilanteen muutos.

Ei syömishäiriötä oirepisteiden perusteella

Yhteensä neljä henkilöä oli saanut syömishäiriödiagnoosin pelkästään huomattavan ali- tai ylipainon perusteella ilman, että he olivat selkeästi täyttäneet yhtäkään SCID-kyselyn syömishäiriökriteereistä ja yhden tutkittavan haastattelumerkinnöissä ei ollut kuvattu lainkaan syömishäiriöiden oireita. Heidän kohdallaan ei voida olla varmoja, onko kyseessä epätyypillinen syömishäiriö lainkaan.

10.4. Syömishäiriöoireilun taustatekijät

Tässä pro gradussa pyrittiin havaitsemaan erilaisia yhdistäviä tekijöitä epätyypillisten syömishäiriötapausten välillä tai syömishäiriöoireilun taustalta (kuten traumat, kriisit, masennusoireet, urheilutausta). Aineiston perusteella näiden tekijöiden ajoittuminen suhteessa syömishäiriöön ei kaikissa tapauksissa ollut selvää.

SCID-haastattelun ja haastattelijan merkintöjen perusteella aineistosta 27 naisella oli muita psyyken oireita (pääasiassa masennusta ja pakko-oireisuutta). Kaikkiaan tässä aineistossa oli 11 DSM-IV-kriteerit täyttäneitä tai masennukseen hoitoa saanutta/saavaa ja 13 oli SCID-haastattelun perusteella masennusoireisia tai alakuloisia. Yhteensä 25 / 38 tapauksella oli eriasteista masennusta. Masennushoitoa tai -lääkitystä sai tai oli saanut aineiston perusteella neljä henkilöä. Masennusta esiintyi syömishäiriöoireilun ohella 80 %:lla kriisiin reagoineista naisista tässä aineistossa. Masentuneista viidellä oli myös joko DSM-IV-kriteerit täyttävä pakko-oireisuushäiriö tai -oireita.

Noin neljänneksellä tapauksista (10/38) syömishäiriön taustalla on selkeästi elämänmuutos, kriisitilanne tai traumaattinen kokemus. Traumaksi katsottiin väkivaltatilanne, läheisen sairastuminen tai kuolema, ero tai muu elämäntilanteen muutokseen liittyvä tapahtuma. Trauman tai kriisin kokeneilla syömishäiriöoireilu on kestänyt pisimmillään neljä vuotta ja lyhimmillään vain muutaman kuukauden, mutta oireilu oli ollut suhteellisen rajua. Valtaosa oireili syömättömyydellä (A-AN), muutamalla esiintyi oksentamista, ahmimista ja tyhjentytymistä tai pelkkää ahmintaa.

10.5. Syömishäiriöt kaksossisarilla

Kaikkiaan 38 OSFED-tapauksesta kahdeksalla oli kaksosveli, mutta miespuoliset kaksoset jätettiin tämän työn ulkopuolelle. Identtisiä kaksosia aineistossa oli 14. Heissä oli yksi kaksospari, josta kummallakin naisella on OSFED. Epäidenttisiä naiskaksosia aineistossa oli 16 ja myös heissä yhdellä kaksosparilla oli molemmilla OSFED. OSFED-tapauksien kaksossiskoista 40 %:lla ei ollut tämän tutkimuksen mukaan psyykkistä oireilua (syömishäiriötä eikä masennusta). Näin ollen yhteensä 20/38 (53 %) kaksosella oli "terve" sisko tai veli, joten syömishäiriöoireilu ja syyt niihin saattavat olla näillä tapauksilla "henkilökohtaisempia", eivätkä niitä selitä yhteiset kokemukset tai yhteinen alttius oireiluun.

11. Pohdinta

Työn tavoitteena oli ymmärtää väestötasoon pohjautuvan FinnTwin16-aineiston avulla (vuosina 1975 - 1979 syntyneet kaksoset), kuinka DSM-luokittelukriteerien muutokset vaikuttavat epätyyppillisten syömishäiriöiden yleisyyteen aineistossa ja minkä tyyppisiä epätyyppillisiä syömishäiriöitä nuorilla suomalaisnaisilla esiintyy. Lisäksi tavoitteena oli ymmärtää aiempaa paremmin, millaisia erilaisia oirekuvia ja taustatekijöitä epätyyppilliseen syömishäiriöön liittyy.

FinnTwin16-kohortin 2835 naiskaksosesta 185:lla todettiin olevan jokin syömishäiriö DSM-IV-kriteerien perusteella: heistä 55 sai AN-, 46 BN- ja 84 EDNOS-diagnoosin. Kun EDNOS-tapaukset diagnosoitiin uudelleen käyttäen DSM-5-luokittelua, OSFED-ryhmään jäi 38 tapausta (EDNOS-tapauksista 31 sai AN-, 14 BN- ja 1 BED-diagnoosin). Näin ollen EDNOS-tapausten osuus oli 3 % (45 % kaikista syömishäiriötapauksesta) ja OSFED-tapausten 1,3 % (21 % kaikista syömishäiriötapauksesta). Uutena diagnoosina DSM-5-syömishäiriöihin mukaan otettu BED jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle, mutta sen osuus FinnTwin16-aineiston naisilla oli 0,7 %.¹⁴⁹

Länsi-Suomessa toteutetussa kolmen vuoden seurantatutkimuksessa kartoitettiin DSM-IV-kriteerien perusteella AN ja BN sekä epätyyppilliset AN ja BN.¹⁵⁰ Anoreksian elinikäprevalenssi 18-vuotiailla naisilla oli 2,6 % ja bulimian 0,4 %; epätyyppillisen anoreksian prevalenssi oli vastaavasti 7,7 % ja epätyyppillisen bulimian 8,5 %. Epätyyppilliset syömishäiriöt olivat siis

huomattavasti yleisempiä länsisuomalaisessa aineistossa kuin tämän työn aineistossa. Länsisuomalaisessa tutkimuksessa ei ollut laskettu ahmintahäiriöiden osuutta.¹⁵⁰

Tyhjentäytymis- ja yösyömishäiriöiden yleisyyttä ei ole tutkittu kattavasti, joten näiden mukaan ottaminen OSFED-syömishäiriöihin saattaa edelleen nostaa lopullista OSFED-ryhmän osuutta verrattuna varsinaisiin syömishäiriöihin.^{118,119,121} Arviot EDNOS-syömishäiriöiden osuudeksi kaikista syömishäiriöistä liikkuvat 40 – 80 % välillä (väestössä 2 - 5 %).^{45,130,135} OSFED-luokan osuudeksi kaikista syömishäiriöistä on yleisesti arvioitu 15 – 50 %, jopa lähes 70 %.^{63,133}

Anoreksian esiintyvyyden länsimaissa on arvioitu jopa kaksinkertaistuvan kahdesta neljään prosenttiin DSM-5-kriteerien muutosten myötä.^{11,24,88,105,134} Tämä näyttäisi pitävän paikkaansa myös tässä *pro gradu*-aineistossa. Syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuneilla ruotsalaisnuorilla luokittelukriteerien muutokset nostivat syömishäiriöistä yleisimmiksi anoreksian ja epätyypillisen anoreksian sekä miehillä että naisilla; naisista (n = 606) 15 sai AN- ja 481 A-AN-diagnoosin (58 miehestä kymmenen sai AN- ja 48 A-AN-diagnoosin).⁹⁵ Toisessa tutkimuksessa kartoitettiin naisten OSFED-alaluokat ja A-AN-prevalenssi koko aineistossa oli 2,8 %.⁶³ Alankomaalaisessa vuonna 2014 julkaistussa tutkimuksessa anoreksia ja ahmintahäiriö nousivat yleisimmiksi syömishäiriöiksi epätyypillisten ohi.¹⁰⁵ Suurin yksittäinen syy anoreksiaryhmän kasvuun ja A-AN-ryhmän pienenemiseen oli kuukautiskriteerin poistaminen yleisesti ottaen.^{11,24,88,105,134}

FinnTwin16-aineistossa diagnostisten kriteerien muutokset nostivat anoreksian ja bulimian yleisimmiksi syömishäiriöryhmiksi tässä aineistossa ohi epätyypillisten syömishäiriöiden. A-AN oli yleisin OSFED-ryhmän syömishäiriöistä. Bulimiaryhmän kasvu oli odotetusti hieman maltillisempi ja myös tämä korreloi aikaisempien tutkimusten kanssa. DSM-kriteerien muutokset johtivat FinnTwin16-aineistossa bulimiainsidenssin 50 % kasvuun.¹⁰⁴ Eräässä kahdeksan vuoden väestötason seurantatutkimuksessa 4,4 % sai A-BN-diagnoosin DSM-5-kriteerein.⁶³ Samassa tutkimuksessa ahmintahäiriön ja epätyypillisen ahmintahäiriön prevalenssit olivat huomattavasti suurempia (3 % ja 3,6 %) kuin tämän *pro gradun* aineistossa.⁶³ Ahmintahäiriön ja epätyypillisen ahmintahäiriön tutkimuksia ei juuri vielä ole saatavilla.

Tyhjentäytymishäiriö oli aineiston harvinaisin syömishäiriö (0,1 % aineistossa). Tyhjentäytymishäiriö saatiin mukaan tyhjentäytymiskäyttäytymistä (bulimian DSM-IV ja DSM-5 kriteeri B) kartoittaneiden kysymysten avulla, mutta tutkimuksemme todennäköisesti aliarvioi häiriön yleisyyttä, koska tyhjentäytymistä ei arvioitu ahminnoista riippumatta. Eräässä yhdysvaltalaisutkimuksessa tyhjentäytymishäiriön yleisyys yli 3000 naisen kaksosaineistossa oli 3,7 %.¹⁵¹ Sticen tutkimusaineistossa tyhjentäytymishäiriöpotilaita oli 3,4 %.⁶³ Lisäksi aineistossa oli seitsemän "muuntuvasta" syömishäiriöstä kärsivää tapausta. Muuntuvia tai oirekuvaltaan aaltoilevia syömishäiriöitä ei ole tutkittu tai niistä ei ole julkaistu prevalenssi- tai insidenssilukuja.

Lyhytkestoisimmat OSFED-syömishäiriöt olivat A-AN ja PD; tämän ryhmän tapauksista kukaan ei oireillut yli viittä vuotta. Tämän ryhmän naiset olivat myös laihimmat. Joillain heistä paino oli käynyt jopa huomattavan alipainon puolella. Aineiston naisista 76 % oli joko normaalipainoisia tai lievästi ali- tai ylipainoisia syömishäiriöoireilun aikana. Tämä on linjassa muiden tutkimuksien kanssa, joissa OSFED-potilas on yleensä normaalipainoinen tai paino on lievästi poikkeava.^{55,58,80} Pitkäkestoisimmat epätyypilliset syömishäiriöt olivat A-BED ja muuntuvat; näistä kaikki kehittyivät ajan myötä A-BED:n suuntaan ja tämän ryhmän naisilla paino on pääsääntöisesti edelleen jatkanut nousuaan tutkimusjakson loputtua.

Luokittelujärjestelmän muutoksilla ei ollut suurta vaikutusta ennusteeseen: DSM-IV luokituksen mukaista EDNOS:ia sairastavista toipui 69 %, DSM-5-luokituksen mukaista OSFED:ia sairastavista toipui 61 %. Vastaavasti sairauden kesto oli melko samanlainen sekä EDNOS-että OSFED-tapauksilla (1 – 13 vuotta vs 1 – 10 vuotta).

Koska tämä tutkimus toteutettiin kaksosaineistossa, tarkasteltiin myös syömishäiriöiden esiintymistä kaksospareilla. Kymmenellä FinnTwin-16-aineiston 38 OSFED-tapauksen sisäkoista oli myös syömishäiriö. Aineiston koko ei riitä tarkempiin periytyvyysanalyysiin, mutta neljänneksellä tapauksista oli syömishäiriöinen sisko. Näyttäisi siis siltä, että syömishäiriöt kasautuvat merkittävästi perheisiin tässä aineistossa. Perheittäin kasautuminen ei seuraa tautiluokituksen alatyyppejä vaan kattaa kaikki eri syömishäiriötyypit. Vastaavaa on havaittu useissa syömishäiriöitä käsittelevissä perhetutkimuksissa.^{20,134,151}

Psykiatrisena sairautena syömishäiriöt ovat heterogeeninen ryhmä. Myös OSFED-tapauksia tarkasteltaessa osalla potilaista on selkeästi vaikea psykiatrinen haitta ja sairaus, ja toisaalta aineistossa oli tapauksia, joiden kohdalla psykiatrinen haittaa oli vaikea todentaa tai syömisoireiluun vaikuttavaa somaattista taustasyitä oli vaikea sulkea pois. Aineistossa oli tapauksia, jotka voitaisiin katsoa varsinaisiksi syömishäiriöpotilaiksi, mikäli painoindeksikriteeri täyttyisi anoreksian osalta tai bulimian ollessa kyseessä ahminta-tyhjentäytymistiheys olisi yhtäjaksoisesti riittävän pitkä. Osalla tauot oireilussa johtivat epätyypillisen syömishäiriön diagnoosiin, vaikka henkilö vastaisi psykopatologisesti varsinaista syömishäiriötapausta. Toisaalta osalla naisista ruokahaluttomuus on luultavasti ollut reaktio elämäntilanteeseen. Tässä työssä diagnooseja tarkennettiin tarkastelemalla oirepisteitä. Viiden naisen kohdalla OSFED-diagnoosi perustui pelkästään painoindeksiin. Mikäli psyykkisiä oireita pidetään edellytyksenä epätyypillisen syömishäiriön diagnoosille, SCID-haastattelutulosten perusteella 33 naista oli varsinaisia OSFED-tapauksia eli OSFED:n elinikäprevalenssi olisi 1,1 %. A-BN-tapauksista kaikki saivat korkeat syömishäiriöoirepisteet. Tämän tutkimuksen perusteella epätyypilliset syömishäiriöt ovat siis vaikeusasteeltaan heterogeeninen ryhmä. Osalla on paljon vaikeita oireita, osan oireet ovat hyvin lieviä.

Masennusta (tai muuta psykiatrian oheissairautta) esiintyi kaikissa OSFED-ryhmissä ja oheisoireilua oli 27 naisella (71 %:lla 38 OSFED-tapauksesta). Tämä tulos on linjassa DSM-IV-kriteerein diagnoosin saaneiden kanssa. Erään laajan meta-analyysin perusteella arvioitiin noin 75 %:lla EDNOS-potilaista esiintyvän masennusta.⁸² Masennus oli aineistossa yhteydessä pitkäkestoisempiin syömishäiriöihin ja ahmimisoireiluun. Erilaisia traumakoemuksia tai elämänkriisiin liittyviä syitä epätyypillisen syömishäiriön taustalla oli yhdeksällä naisella (24 %), joista kuudella kokemus oli laukaissut anorektisen vaiheen. Moni haastatelluista kertoi avoimesti ja spontaanisti syömishäiriöoireiden tekijöistä ja syömishäiriöön johdaneista syistä.

Osalla tapauksista ei kuitenkaan tullut haastattelussa esille syömis(häiriö)oireita laukaissseita seikkoja tai olosuhteita. Urheilijat tai alipainoiset ilman syömishäiriön psykopatologiaa ovat tällainen ryhmä. Taustalla saattaa olla mahdollinen somaattinen ongelma, lääkitys, tai mahdollisesti subjektiivisesta näkökulmasta normaali laihdutus, jonka rajuus saattaa kuvastaa henkilön persoonaa.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tämän työn virhelähteet ovat tyypillisiä kuvailevan ja psykiatrian alan tutkimukseen liittyviä virhelähteitä. Vaikka psykiatriset haastattelut on strukturoitu, työn tulokset saattaisivat olla hieman erilaiset eri tutkijoilla, koska sekä haastateltavan että haastattelijan omat kokemukset ja tuntemukset ovat vaikuttaneet tuloksiin.

Alkuperäisaineistossa haastattelihoita on ollut neljä, ja jokaisella heistä on ollut mahdollisesti erilainen näkemys siitä, mikä on normaalia ja mikä on epänormaalia syömistä. Toisten ihmisten keräämää aineistoa läpikäydessä myös oma subjektiivinen näkökulma on osaltaan vaikuttanut alaluokkien ryhmittelyyn ja vaikeusasteen määrittämiseen. Koska taustalla ovat haastateltavien omat kertomukset, syy-seuraussuhteiden määrittely tämän aineiston perusteella on kuitenkin hankalaa.

Puhelimitse tehtyjä haastatteluja ei nauhoitettu, eikä haastatteluja tehty kasvotusten, ja joissakin tilanteissa haastateltava saattoi olla esimerkiksi töissä puhelinhaastattelun aikana. SCID-lomake on tarkoitettu pääasiassa DSM-IV-kriteerien kartoittamiseen, joten sen soveltuvuus suoraan DSM-5-kriteereihin kartoitettaviin syömishäiriöihin ei ole optimaalinen, koska epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluva tyhjentyymishäiriö jää subjektiivisen arvion varaan ilman selkeää omaa kriteeristöään perustuen pitkälti poissulkudiagnoosiin. Yösyömishäiriö jää kokonaan arvioimatta tässä aineistossa. Näiden seikkojen vuoksi arvio OSFED-tapausten todellisesta osuudesta jää suuntaa-antavaksi tämän työn perusteella. Tutkimus oli retrospektiivinen ja perustuu osin haastateltavan muistiin (esimerkiksi omasta painosta). Syömishäiriö kartoitettiin aikuisvaiheessa, vaikka luultavasti oireilu olisi ollut ajan-kohtaisempi ja paremmin muistissa nuorempana.

Tutkimuksen puutteita kuitenkin tasapainottavat sen vahvuudet: yleisesti aineisto on kattava väestöasetelma, jossa edustettuina ovat kaikki vuosina 1975 - 1979 syntyneet kaksosnaiset, eikä aineisto käsitä vain hoidossa olleita tai olevia syömishäiriö- tai mielenterveyspotilaita. Syömishäiriön esiintyvyys ja oireisto kuvaavat myös aikaa sekä ajan ilmiöitä, joten tässä aineistossa haastatellut ovat olleet 1990-luvun nuoria. Tutkimuksen vahvuuksia ovat myös hyvä osallistumishalukkuus ja asiantuntevat, syömishäiriöihin perehtyneet haastattelijat.

Epätyypillisen anoreksian oireiden vaikeusasteen vaihtelu toi esiin ongelmia epätyypillisen syömishäiriön rajaamisessa. Selkeiden diagnostisten määritelmien puuttuessa kliinikko-haastattelijat rajasivat epätyypilliseksi syömishäiriöiksi haastateltavat, joilla heidän mielestään oli kliinisesti merkitsevää syömishäiriöoireilua, vaikka osa haastateltavista ei kuvannut oireiluun liittyvän psyykkistä haittaa. Tämä ongelma heijastaa psykiatristen sairauksien luokittelun ja diagnostiikan haastavuutta. DSM-5-luokittelussa diagnostiikan painopiste on edelleen varsinaisissa syömishäiriöissä, eikä epätyypillisten syömishäiriöiden alatyypeille ole omia erillisiä diagnooseja tai diagnostisia kriteereitään. ICD-luokittelussa diagnostiset alatyypit on annettu, ja tämä mahdollistaa ICD-luokitusta käyttävien maiden rekisterien hyödyntämisen epätyypillisiä syömishäiriöitä ja niiden alatyyppejä kartoittaessa ja tutkittaessa.^{152,153}

Tätä työtä ajatellen aineisto ei ole ollut paras mahdollinen pienen tapausmäärän vuoksi sekä siksi, että SCID-I-haastattelussa ei kysytä DSM-5-kriteereihin perustuvia syömishäiriöitä spesifisti, sillä ne ovat olleet saatavilla vain hetken aikaa. Toisaalta tämä työ pohjustaa jatkotutkimuksia, joissa voidaan selvittää mitkä tekijät ennustavat epätyypillisten syömishäiriötapausten oireiden katoamista itsekseen ajan myötä, ja voisiko näiden syömishäiriöiden ilmenemistä ehkäistä tai paranemista tehostaa tai nopeuttaa.

12. Johtopäätökset

Tämän työn perusteella ja tässä aineistossa näyttäisi siltä, että elämän kriisitilanteet johtavat lyhyenpiiniin, mutta rajuhkoihin syömishäiriö(oireilu)ihin, joihin liittyy yleisemmin raju paastoaminen ja tyhjentäytyminen (A-AN ja PD). Kroonistuvat syömishäiriöt näyttäisivät tämän työn perusteella usein liittyvän paitsi ahmintaan (tässä työssä A-BED ja muuntuvat) myös kroonistuviin masennusoireisiin. Anoreksiaa ja muita laihuuteen tähtääviä syömishäiriöitä on perinteisesti pidetty vakavampina syömishäiriöinä kuin ahmintahäiriöitä. Ahmintahäiriöt olivat kuitenkin tässäkin aineistossa pitkäkestoisimpia, ja ne johtivat usein haitalliseen painokehitykseen. Näin ollen eri syömishäiriöihin liittyvien näiden ongelmien tunnistaminen ja hoitaminen ajoissa olisi erittäin tärkeää. Tässä työssä on otettu kokonaan uutena luokkanaan mukaan ”muuntuvat syömishäiriöt”, sillä vaikka tätä ryhmää ei ole aikaisemmin tunnustettu tai tunnistettu, ryhmä muodostaa selkeästi oman ryhmänsä, eikä sen voi katsoa luontevasti kuuluvan muihin syömishäiriöluokkiin. Vaikka OSFED-ryhmä ei ole

FinnTwin16-aineistossa suurin syömishäiriöryhmä, se on edelleen merkittävä syömishäiriöluokka. Toisaalta tässä aineistossa luultavasti osa epätyypillisistä ahminta- ja tyhjentäytymishäiriötapauksista on jäänyt diagnoositta kysymysten varsinaisen kohderyhmän ollessa anoreksia- ja bulimiatapaukset. Myös yösyömishäiriö jäi analyysien ulkopuolelle, joten tämä syömishäiriöryhmä olisi luultavasti nostanut hieman OFED-ryhmän osuutta.

Kysymysten laatiminen nimenomaan kartoittamaan epätyypillisiä syömishäiriöitä on tämän työn perusteella tulevaisuudessa tarpeen. Syömishäiriöiden osalta olisi mielekäästä saada standardoidut kyselylomakkeet yleiseen käyttöön myös kliinisessä työssä diagnoosia asetettaessa samaan tapaan kuin masennusdiagnoosia asetettaessa on usein vastaanotoilla käytössä standardoidut lomakkeet. Tämä palvelisi myös terveydenhuollon ammattikuntaa käytännössä, takaisi potilaan kannalta järkevimmän diagnoosin ja edelleen hoidon sekä parhaimman ennusteen. Varsinaisten ja epätyypillisten syömishäiriöiden välistä eroa on tämän tutkimuksen avulla yritetty selkeyttää. Selkeää rajaa erottamaan näitä kahta ryhmää tuskin saadaan koskaan vedenpitäväksi, mutta epätyypillisten syömishäiriöiden ennusteen selvittämiseen tähtäävä tutkimus olisi tarkoituksenmukaista. Tämän kaltaisen tutkimuksen avulla voidaan toivottavasti tulevaisuudessa selvittää esimerkiksi se, ketkä luultavimmin sairastuvat varsinaiseen syömishäiriöön tai kroonistuvat, tai onko ensisijainen ongelma syömiseen tai kehoon liittyvä, vai jokin muu.

Kiitokset

Ensisijaisesti lämpimimmät kiitokseni kuuluvat luonnollisesti ja tämän *pro gradu*-työn ohjaajalle, apulaisprofessori LT Anna Keski-Rahkoselle. Anna ennakkoluulottomasti uskoi putkiaivoistuneelle geneetikolle hurjan mielenkiintoisen sukelluksen epätyypillisten syömishäiriöiden pariin. Olen oppinut paljon paitsi syömishäiriöistä myös koko psykiatrian alan tutkimuksesta, sen haasteista ja moniulotteisuudesta. Ennen kaikkea olen oppinut kanta-pään kautta, kuinka vaikeaa voikaan olla rajanveto normaalin ja epänormaalin välillä – diagnoosin tai luokan asettamisesta puhumattakaan! Kiitän mielenkiintoisista (puutarhakeinu)palavereista mm kesäisellä Hesperian sairaalan pihalla sekä todella arvokkaista ja silmät avaavista neuvoista ja kommentteista graduprosessin aikana!

Professori Mikael Fogelholmia kiitän arvokkaista neuvoista, kommentteista ja huomioista läpi koko graduprojektin. Kiitän myös ravitsemustieteen koko opettajakuntaa rohkaisevasta tuestanne tohtorin maisteriopinnoissa. Kiitokset kuuluvat ilman muuta myös oman lihastautitutkimusryhmämme johtajille dosentti Carina Wallgren-Petterssonille sekä dosentti Katarina Pelinille. Ilman teidän tukeanne ja hyväksyntääne en olisi mitenkään päin voinut lähteä tekemään ravitsemustieteen tutkintoa puhumattakaan riuhtaissut toista (tai kolmatta) opinnäytetyötäni väitöskirjan lisäksi. Tutkimusryhmämme, omat ihanat väitöskirjatyöntekijämme Jenni ja Kirsi, labratukeni Marilotta ja opiskelijat – ansaitsette kyllä kärsivällisyyskiitokset. Tässä kun menee välillä puurot ja vellit sekaisin. Folkhälsanin tutkijakunta on myös pitänyt tähdellisenä muistuttaa tasaisin väliajoin, että viini on viisasten juoma.

Sohvi Lommi ansaitsee vertaistukikiitokset. On ollut mahtavaa tehdä ”rinnakaisgraduja” yhtä aikaa kanssasi! Kiitän kahta haukansilmää, Anna Viholaa ja Elisa Saarniota, tekstin läpilykemisestä ja hyvistä biologin näkökulmasta tulleista huomioista, joiden avulla yritin selvittää epäselviksi jääneitä kohtia ja korjata esimerkiksi freudilaiset pervalenssini prevalenssiksi. Janne Purhoselle kuuluu kiitos teknisestä tuesta!

Kiitos ystäväilleni, perheelleni, serkuilleni ja sen sellaisille, jotka kärsivällisesti kestävät opiskeluhini ja opinnäytetöihini liittyvät tuskailut kerta toisensa jälkeen uudelleen..ja uudelleen. ..ja kaiken lisäksi kestää ylipäättään raakkuvia virsi- ja maailmanpahennussessioitani.

Dorktor Lehtokari kiittää saamastaan tuesta ja jaxuhaleist!

Viitteet:

1. Brown TA, Holland LA, Keel PK. Comparing operational definitions of DSM-5 anorexia nervosa for research contexts. *Int J Eat Disord* 2014;47(1):76-84.
2. Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, Marcus MD ym. Feeding and eating disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170(11):1237-9.
3. Uher R, Rutter M. Basing psychiatric classification on scientific foundation: problems and prospects. *Int Rev Psychiatry* 2012;24(6):591-605.
4. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11(2):80-92.
5. American Psychiatric Association, toimittaja. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V) 5. painos. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. American Psychiatric Association, toimittaja. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). 4. painos. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Keski-Rahkonen A. Eating disorders--transient nuisance or perpetual problem? *Duodecim* 2010;126(18):2209-14.
8. Lahteenmaki S, Saarni S, Suokas J, Saarni S, Perala J, Lonnqvist J ym. Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nord J Psychiatry* 2014;68(3):196-203.
9. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Bjorkqvist K. Longitudinal concomitants of incorrect weight perception in female and male adolescents. *Body Image* 2011;8(1):58-63.
10. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Anorexia nervosa in young men: A cohort study. *Int J Eat Disord* 2006;39(8):662-6.
11. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A ym. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007;164(8):1259-65.
12. Brechan I, Kvaalem IL. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eat Behav* 2015;17:49-58.
13. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM ym. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004;65(7):1000-6.
14. Anschutz DJ, Engels RC, Becker ES, Van Strien T. The effects of TV commercials using less thin models on young women's mood, body image and actual food intake. *Body Image* 2009;6(4):270-6.

15. Loeb KL, Le Grange D, Hildebrandt T, Greif R, Lock J, Alfano L. Eating disorders in youth: diagnostic variability and predictive validity. *Int J Eat Disord* 2011;44(8):692-702.
16. Rush CC, Becker SJ, Curry JF. Personality factors and styles among college students who binge eat and drink. *Psychol Addict Behav* 2009;23(1):140-5.
17. Dellava JE, Thornton LM, Hamer RM, Strober M, Plotnicov K, Klump KL ym. Childhood anxiety associated with low BMI in women with anorexia nervosa *Behav Res Ther*. 2010;48(1):60-7.
18. O'Hara SK, Smith KC. Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Educ Couns* 2007;68(1):43-51.
19. Raevuori A, Niemela S, Keski-Rahkonen A, Sourander A. Early risk factors of eating disorders--do events of prenatal and perinatal periods bear significance? *Duodecim* 2009;125(1):38-45.
20. Wade TD, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG, Wray NR, Martin NG. Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *Psychosom Med* 2008;70(2):239-44.
21. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003;361(9355):407-16.
22. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(1):82-8.
23. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM ym. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009;42(1):9-18.
24. Klump K, Suisman J, Burt SA, McGue M, Iacono W. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol* 2009;118(4):797-805.
25. Raevuori A. Genetic etiology of eating disorders. *Duodecim* 2013;129(20):2126-32.
26. Strober M, Peris T, Steiger H. The plasticity of development: how knowledge of epigenetics may advance understanding of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):696-704.
27. Culbert K, Burt S, McGue M, Iacono W, Klump K. Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *J Abnorm Psychol* 2009;118(4):788-96.
28. Jacobs MJ, Roesch S, Wonderlich SA, Crosby R, Thornton L, Wilfley DE ym. Anorexia nervosa trios: behavioral profiles of individuals with anorexia nervosa and their parents. *Psychol Med* 2009;39(3):451-61.
29. Pike KM, Hilbert A, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Walsh BT ym. Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38(10):1443-53.
30. Raney TJ, Thornton LM, Berrettini W, Brandt H, Crawford S, Fichter MM ym. Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008;41(4):326-32.

31. Day J, Schmidt U, Collier D, Perkins S, Van den Eynde F, Treasure J ym. Risk factors, correlates, and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *Int J Eat Disord* 2011;44(4):287-94.
32. Klump KL, Strober M, Bulik CM, Thornton L, Johnson C, Devlin B ym. Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med* 2004;34(8):1407-18.
33. Nakai Y, Fukushima M, Taniguchi A, Nin K, Teramukai S. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders in a Japanese sample. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(1):8-14.
34. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509-14.
35. Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *Br J Psychiatry* 2011;198(1):43-50.
36. Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Fairburn CG. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(9):1455-60.
37. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, Papezova H. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(5):541-50.
38. Mitchison D, Hay PJ. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol* 2014;6:89-97.
39. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl* 2014.
40. Bern EM, O'Brien RF. Is it an eating disorder, gastrointestinal disorder, or both? *Curr Opin Pediatr* 2013;25(4):463-70.
41. Warren MP. Endocrine manifestations of eating disorders. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(2):333-43.
42. Himelein MJ, Thatcher SS. Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *J Health Psychol* 2006;11(4):613-25.
43. Hasnain M, Vieweg WV. Weight considerations in psychotropic drug prescribing and switching *Postgrad Med* 2013;125(5):117-29.
44. Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C ym. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73(3):270-9.
45. Machado PP, Goncalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord* 2013;46(1):60-5.

46. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43(6):691-701.
47. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(1):17-30.
48. Micali N, Holliday J, Karwautz A, Haidvogel M, Wagner G, Fernandez-Aranda F ym. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom* 2007;76(4):234-41.
49. Agras WS, Crow S, Mitchell JE, Halmi KA, Bryson S. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42(6):565-70.
50. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG ym. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007;68(5):738-46.
51. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42(3):228-34.
52. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31(2):191-201.
53. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):245-50.
54. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.
55. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS ym. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):732-40.
56. Mann AP, Accurso EC, Stiles-Shields C, Capra L, Labuschagne Z, Karnik NS ym. Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders. *J Adolesc Health* 2014;55(2):182-7.
57. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008;41(7):577-86.
58. Thomas JJ, Delinsky SS, St Germain SA, Weigel TJ, Tangren CM, Leventusky PG ym. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010;178(3):511-7.
59. Turner H, Bryant-Waugh R, Peveler R. The clinical features of EDNOS: relationship to mood, health status and general functioning. *Eat Behav* 2010;11(2):127-30.

60. De Young KP, Lavender JM, Wonderlich SA, Crosby RD, Engel SG, Mitchell JE ym. Moderators of post-binge eating negative emotion in eating disorders. *J Psychiatr Res* 2013;47(3):323-8.
61. Bardone-Cone AM. Examining the match between assessed eating disorder recovery and subjective sense of recovery: preliminary findings. *Eur Eat Disord Rev* 2012;20(3):246-9.
62. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol* 2009;118(3):587-97.
63. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013;122(2):445-57.
64. Birgegård A, Norring C, Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *Int J Eat Disord* 2012;45(3):353-61.
65. Larranaga A, Docet MF, Garcia-Mayor RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(10):1669-73.
66. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198(1):8-10.
67. Fairburn CG, Cooper Z. Thinking afresh about the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S107-10.
68. Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):529-31.
69. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):611-9.
70. Dalle Grave R, Calugi S. Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(5):340-9.
71. Dunn EC, Geller J, Brown KE, Bates ME. Addressing the EDNOS issue and improving upon the utility of DSM-IV: classifying eating disorders using symptom profiles. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(4):271-80.
72. Eddy KT, Swanson SA, Crosby RD, Franko DL, Engel S, Herzog DB. How should DSM-V classify eating disorder not otherwise specified (EDNOS) presentations in women with lifetime anorexia or bulimia nervosa? *Psychol Med* 2010;40(10):1735-44.
73. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K, O'Connor ME, Doll HA, Palmer RL. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45(8):1705-15.

74. Helverskov JL, Lyng B, Clausen L, Mors O, Frydenberg M, Thomsen PH ym. Empirical support for a reclassification of eating disorders NOS. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19(4):303-15.
75. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011;44(6):553-60.
76. Le Grange D, Crosby RD, Engel SG, Cao L, Ndungu A, Crow SJ ym. DSM-IV-defined anorexia nervosa versus subthreshold anorexia nervosa (EDNOS-AN). *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(1):1-7.
77. Schmidt U, Lee S, Perkins S, Eisler I, Treasure J, Beecham J ym. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008;41(6):498-504.
78. Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
79. Sysko R, Roberto CA, Barnes RD, Grilo CM, Attia E, Walsh BT. Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Res* 2012;196(2-3):302-8.
80. Thomas JJ, Roberto CA, Brownell KD. Eighty-five per cent of what? Discrepancies in the weight cut-off for anorexia nervosa substantially affect the prevalence of underweight. *Psychol Med* 2009;39(5):833-43.
81. Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull* 2009;135(3):407-33.
82. Trace SE, Thornton LM, Root TL, Mazzeo SE, Lichtenstein P, Pedersen NL ym. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord* 2012;45(4):531-6.
83. Isomaa AL, Isomaa R, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. Obesity and eating disturbances are common in 15-year-old adolescents. A two-step interview study. *Nord J Psychiatry* 2010;64(2):123-9.
84. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42(8):687-705.
85. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43(2):98-111.
86. Vedul-Kjelsas E, Gotestam KG. Eating disorders in a historical perspective. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004;124(18):2369-71.

87. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK ym. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2013;170(8):917-25.
88. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):543-8.
89. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152(7):1073-4.
90. Sullivan PF, toim. Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. 2. painos. Fairburn CG, Brownell KD, toim. New York, USA: Guilford Press; 2001, 226-229.
91. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):724-31.
92. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1433-5.
93. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1284-93.
94. Hjern A, Lindberg L, Lindblad F. Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2006;189:428-32.
95. Welch E, Ghaderi A, Swenne I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry* 2015;15:45.
96. Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):532-6.
97. Thomas JJ, Schaefer J. *Almost Anorexic: Is My (or My Loved One's) Relationship with Food a Problem?* Minnesota, USA: Hazelden; 2013.
98. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B ym. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(2):79-89.
99. Polotsky HN, Polotsky AJ. Metabolic implications of menopause. *Semin Reprod Med* 2010;28(5):426-34.
100. Van Aultreuve S, De Baene W, Baeken C, van Heeringen C, Vervaet M. Do restrictive and bingeing/purging subtypes of anorexia nervosa differ on central coherence and set shifting? *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(4):308-14.
101. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(7):659-65.
102. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):179-83.

103. Fairburn CG, Stice E, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(1):103-9.
104. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM ym. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009;39(5):823-31.
105. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):610-9.
106. Pohjolainen V, Karlsson H. The efficacy of treating eating disorders. *Duodecim* 2005;121(18):1975-81.
107. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Striegel-Moore RH. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 2011;49(3):202-11.
108. Bryant-Waugh R. Feeding and eating disorders in children. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26(6):537-42.
109. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int J Eat Disord* 2015;48(2):238-48.
110. Birmingham CL, Firoz T. Rumination in eating disorders: literature review. *Eat Weight Disord* 2006;11(3):e85-9.
111. Rose EA, Porcerelli JH, Neale AV. Pica: common but commonly missed. *J Am Board Fam Pract* 2000;13(5):353-8.
112. Chial HJ, Camilleri M, Williams DE, Litzinger K, Perrault J. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics* 2003;111(1):158-62.
113. Thangavelu K, O'Brien P. Case report: recognizing first onset of rumination disorder in adults. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(5):446-7.
114. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES ym. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health* 2014.
115. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):421-31.
116. Milano W, De Rosa M, Milano L, Capasso A. Night eating syndrome: an overview. *J Pharm Pharmacol* 2012;64(1):2-10.
116. 117. Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *J Adolesc Health* 2014;55(1):41-8.
118. Keel PK, Striegel-Moore RH. The validity and clinical utility of purging disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42(8):706-19.

119. Koch S, Quadflieg N, Rief W, Fichter M. Purging disorder--a distinct diagnosis? Review about the current state of research. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013;63(8):305-17.
120. Koch S, Quadflieg N, Fichter M. Purging disorder: a pathway to death? A review of 11 cases. *Eat Weight Disord* 2014;19(1):21-9.
121. Solmi F, Sonneville KR, Easter A, Horton NJ, Crosby RD, Treasure J ym. Prevalence of purging at age 16 and associations with negative outcomes among girls in three community-based cohorts. *J Child Psychol Psychiatry* 2014.
122. Stephen EM, Rose J, Kenney L, Rosselli-Navarra F, Weissman RS. Adolescent risk factors for purging in young women: findings from the national longitudinal study of adolescent health. *J Eat Disord* 2014;2:1,2974-2-1. eCollection 2014.
123. Friborg O, Reas DL, Rosenvinge JH, Ro O. Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): the predictive role of a nested general (g) and primary factors. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013:1-10.
124. Hay P, Buttner P, Mond J, Paxton SJ, Rodgers B, Quirk F ym. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(4):281-95.
125. Marino MF, Zinarini MC. Relationship between EDNOS and its subtypes and borderline personality disorder. *Int J Eat Disord* 2001;29(3):349-53.
126. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Hill L, le Grange D, Powers P ym. Latent profile analysis of a cohort of patients with eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S95-8.
127. Schwitzer AM, Rodriguez LE, Thomas C, Salimi L. The eating disorders NOS diagnostic profile among college women. *J Am Coll Health* 2001;49(4):157-66.
128. Wales J, Brewin N, Palmer RL. Anorexia nervosa and low weight EDNOS: a 10-year study of service consumption and outcome in a local specialised service for adults. *Eur Eat Disord Rev* 2013;21(3):252-6.
129. Yanover T, Thompson JK, Straub DM. An adolescent male with features of EDNOS and obsessive-compulsive disorder. *Eat Weight Disord* 2008;13(2):e20-4.
130. Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord* 2012;45(5):711-8.
131. Bauer S, Richard M, Kordy H, toim. Chapter 6: Patterns of change in eating disorders. 1st. painos. Norring C&P,B., toimittaja. UK: Routledge; 2005, 114-130.
132. Kordy H, Kramer B, Palmer RL, Papezova H, Pellet J, Richard M ym. Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *J Clin Psychol* 2002;58(7):833-46.

133. Fairweather-Schmidt AK, Wade TD. DSM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: is there a meaningful differentiation? *Int J Eat Disord* 2014;47(5):524-33.
134. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(2):121-8.
135. Machado PP, Machado BC, Goncalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2007;40(3):212-7.
136. Clinton D, toim. Chapter 11: A psychoanalytic perspective on EDNOS. 1st. painos. Norring C&P,B., toimittaja. UK: Routledge; 2005, 222-240.
137. Clinton D, Button E, Norring C, Palmer B, toim. Chapter 7: Clarifying the nature of EDNOS: cluster analysis, diagnosis and comorbidity. 1. painos. Norring C&P,B., toimittaja. UK: Routledge; 2005, 131-160.
138. Thomas JJ, Koh KA, Eddy KT, Hartmann AS, Murray HB, Gorman MJ ym. Do DSM-5 eating disorder criteria overpathologize normative eating patterns among individuals with obesity? *J Obes* 2014;2014:320803.
139. Wade TD, O'Shea A. DSM-5 unspecified feeding and eating disorders in adolescents: What do they look like and are they clinically significant? *Int J Eat Disord* 2014.
140. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: Atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2008;41(8):705-12.
141. Strober M, Johnson C. The need for complex ideas in anorexia nervosa: why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *Int J Eat Disord* 2012;45(2):155-78.
142. Mancilla-Diaz JM, Franco-Paredes K, Vazquez-Arevalo R, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon GL, Tellez-Giron MT. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(6):463-70.
143. McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet* 2013;381(9863):343-5.
144. Shafran R, Lee M, Cooper Z, Palmer RL, Fairburn CG. Attentional bias in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007;40(4):369-80.
145. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126(7):983-7.
146. Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 1975;127:305-15.
147. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Brown AP, Cautin RL, Lutzman RD. The research-practice gap: bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *Int J Eat Disord* 2013;46(5):386-94.

148. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *Lancet* 2002;359(9301):145-9.

149. Mustelin L, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *Int J Eat Disord* 2015 (painossa).

150. Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Bjorkqvist K. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(3):199-207.

151. Munn-Chernoff M, Keel P, Klump K, Grant J, Bucholz K, Madden P ym. Prevalence of and familial influences on purging disorder in a community sample of female twins. 2015 *Int J Eat Disord* (painossa).

152. Nielsen S. The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81(6):507-14.

153. Sigurdardottir A, Palsson S, Thorsteinsdottir G. Anorexia nervosa in psychiatric units in Iceland 1983-2008, incidence of admissions, psychiatric comorbidities and mortality. *Laeknabladid* 2010;96(12):747-53.

Syömishäiriöiden käypä hoito:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>

LIITE 1: Syömishäiriöiden ja mielenterveyden selvittämiseen käytettyjä haastatteluja ja kyselylomakkeita:

- SCID-I The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders on semistrukturoitu haastattelu DSM-luokittelussa määritettyjen akselin I mielenterveyssairauksille. Kaikkiaan akseleita on viisi ja näille on omat haastatteluformaattinsa. Akselin I sairaudet kattavat käytännössä kaikki yleiset psykiatriset sairaudet (mukaan lukien syömishäiriöt) lukuun ottamatta persoonallisuushäiriöitä ja kehitysvammaisuutta (akseli II). Akselin III sairaudet kattavat pään vammat ja muut somaattiset psyykeen vaikuttavat sairaudet, akseli IV sisältää ympäristön ja psykososiaaliset vaikutukset sairauteen ja V on lapsille ja nuorille tarkoitettu osio. Lisäksi SCID:t päivitetään DSM-luokitusten päivityksen yhteydessä. SCID-I:stä on erilaisia versioita riippuen käyttötarkoituksesta (kliininen työ / tutkimus / potilaille ja ei-potilaille tarkoitetut haastattelut jne.)
- EDE Eating Disorder Examination = semistrukturoitu haastattelu, jonka avulla pyritään selvittämään syömishäiriön psykopatologia neljän eri osion avulla. Nämä ovat 1) syömisen rajoittaminen, sekä suhtautuminen 2) ruokaan 3) omaan kehonkuvaan ja 4) painoon. Haastattelussa selvitetään syömiseen liittyvän epänormaalin käyttäytymisen yleisyyttä viimeisen 28 päivän aikana. Vastaukset pisteytetään asteikolla 0 – 6 (nolla = ei lainkaan kysymykseen liittyvää käyttäytymistä)
- EDE-Q EDE:n pohjalta suunniteltu itsetäytettävä lomakekysely. Kysymyksiä on eri versioissa eri määrä, esim. käytössä on 36:n ja 41:n kysymyksen lomakkeita. Vastausasteikko 0 – 6. (epänormaalia käyttäytymistä/ajattelua 0 = ei yhtenäkin päivänä, 1 = 1 – 5, 2 = 6 – 12, 3 = 13 – 15, 4 = 16 – 22, 5 = 23 – 27 päivänä ja 6 = joka päivä)
- EDI Eating Disorder Inventory (David M. Garner 1984) on itseraportointilomake syömishäiriödiagnostiikkaan. Ensimmäisessä versiossa 64 kysymystä ja 8 alaluokkaa. Uusin versio on EDI-3 (91 kysymystä jaettuna 12 kokonaisuuteen) ja sen lisälomakkeet (lisää kysymyksiä). Pisteytys on myös hieman muuttunut ajan funktiona. EDI:ssä kartoitetaan paitsi syömishäiriöt myös muita psyyken piirteitä, kuten perfektionismi, impulsiivihäiriöt, seksuaalisuus, ihmissuhteet, itsetuntemus jne. EDI:ä käytetään usein rinnan masennustestien kanssa.
- EAT Eating Attitude Test (Garner & Carfinkel, 1979) ei ole tarkoitettu diagnoosin tekemisen tueksi vaan tämä itse täytettävä kyselylomake kartoittaa

syömiseen liittyvää asennoitumista ja on käyttökelpoinen syömis-häiriöriskin kartoittamisessa esim kouluissa. Käytössä ovat EAT-26 ja EAT-40-lomakkeet. Näiden ohella yleensä BMI ja painon muutokset selvitetään myös. Kyselylomakkeen vastaukset on pisteytetty kuuteen käyttäytymisen yleisyyden mukaan.

- IDED-IV Interview for Diagnosis of Eating Disorders (DSM-IV-kriteerien mukaan, Kutlesic et al, 1998). Semistrukturoitu 20-kohtainen haastattelu, jossa pisteytyksenä 5-asteikkoinen Likert ja jonka avulla voidaan diagnosoida DSM-IV-kriteerien mukaisesti AN, BN ja BED sekä EDNOS.
- BULIT Nimenomaan bulimian oireita kartoittava 36 kohdan kyselylomake (Thelen et al., 1984, päivitetty 1991). Jokaiselle kysymykselle on viisi vastausvaihtoehtoa. 28 kysymystä pisteytetään, ja asteikolla 29 - 140 >104 viittaa bulimia nervosaan.
- BDI Beck's Depression Inventory, masennusseula. Itsetäytettävä lomake, josta eri versioita, kuten 21 kysymystä sisältävä lomake, jossa kussakin 4 vastausvaihtoehtoa.
- Rotenberg
SEQ Ihmissuhteita tai ihmissuhdetaitoja kartoittava kysely
- BSQ Body Shape Questionnaire, kehonkuvaa kartoittava itse täytettävä kyselylomake, jonka tarkoitus on kartoittaa erityisesti bulimia- ja anoreksiapotilaiden kuvaa omasta kehostaan. Ensimmäinen pitkä versio on 34 kohtaa sisältävä lomake, joissa asteikko on 0-6 (ei koskaan > aina). Lomakkeesta on tehty myös lyhyempiä versioita. Cooper, PJ, MJ Taylor, Z. Cooper & CG Fairburn (1986).
- TFEQ Three Factor Eating Questionnaire (Sunkard ja Messick, 1985) on kysely, jonka avulla halutaan selvittää ihmisen syömisikäyttäytymistä (ruoanottoa) kolmella osa-alueella: 1) syömisen rajoittaminen 2) syömisen hillitsemättömyys ja 3) nälkä. Lomakkeesta on 51, 21 ja 18 kohtaa sisältäviä versioita, joista jokainen kohta pisteytetään 0 tai 1.
- (WMH-)CIDI (World Mental Health) Composite International Diagnostic Interview on WHO:n 1990 kehittämä kliininen haastattelu, joka on rakennettu 1981 julkaistun Diagnostic Interview Schedule (DIS) –haastattelun pohjalta (Robins et al.). Idea oli kehittää haastattelu, jota voidaan käyttää sekä ICD- että DSM-luokittelujen kanssa yhteen/ristiin.

WISE-Q	Weight Influenced Self-Esteem Questionnaire on kyselylomake, joka on suunniteltu mittaamaan omaan kehon painoon liittyvän negatiivisen suhtautumisen vaikutusta itsetuntoon. Painosta johtuva huono itsetunto on yksi syömishäiriöiden kulmakivistä.
SAWBS	Shape And Weight Based Self-esteem inventory (Geller, Johnston, and Madsen, 1997) on itseraportointiin perustuva kyselylomake, jolla mitataan samoja tekijöitä kuin WISE-Q:ssa - kehonkuvaan liittyviä itsetuntoon liittyviä psykometrisiä tekijöitä, muttei niinkään negatiivisia tai positiivisia tunteita, vaan ennemminkin, että missä määrin kehonkuva vaikuttaa eri itsetunnon ulottuvuuksiin; mitkä tunteet liittyvät, ja missä määrin, kehonkuvaan.
BCQ	Body Checking Questionnaire on 23 kohtaa sisältävä kyselylomake, jossa mitataan oman kehon tarkkailua pakonomaisesti nimenomaan käyttäytymisen näkökulmasta (Reas et al., 2002)
BIAQ	Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen et al., 1991) on kehonkuvaan liittyvän negatiivisen / välttelevän käyttäytymisen kartoittamiseen kehitetty itseraportointikyselykaavake. Näkökohta on käänteinen – selvitetään, mitä potilas välttelee tekemästä siitä syystä, että hän pitää itseään lihavana tai rumana (kireät vaatteet, fyysinen läheisyys, uimahallit jne.) Kyselyssä on 19 kohtaa.
Padua Inventory	Pakko-oireisuustutkimus, jossa on 39 kysymystä ja eri osa-alueita (pakko-oireinen käytös ja ajattelu). (Burns 1996)
SPIN	Social Phobia Inventory on sosiaalisten tilanteiden pelkoja mittaava 17-kohtainen kyselylomake.

LIITE 2: Syömishäiriöiden väestötason tutkimuksia, niissä käytetyt tutkimusmenetelmät ja tulokset lyhyesti.

Julkaistu, maa	A. Työn tavoite B. n (otos), N(naiset) M(miehet)	Tutkimusmenetelmät	Sh-diagnoosien osuudet otoksessa eri dg-kriteerein
Bulik ym., 2009, Norja	A. selvittää syömishäiriön vaikutus raskauteen ja syntyvään lapseen B. väestötaso (N) n = 35 929 raskaana olevat naiset Norjassa.	Rekrytointi neuvolan kautta. Sh-kartoitus omilla kyselylomakkeilla, joissa myös yleiseen terveydentilaan ja terveyskäyttämiseen liittyvät kysymykset (ref aika 6 kk ennen raskautta ja raskauden aikana).	ei syömishäiriötä n = 33 742 (verrokki) DSM-IV AN n = 35 (paitsi amenorrhea) DSM-V-BN * n = 304 DSM-V-BED n = 1812 DSM-V-PD * n = 36 *poissulkien raskauspahoinvointi
Mancilla-Diaz ym., 2007, Meksiko	A. BN-diagnoosien määrä otoksessa a. DSM-III ja III-revised -kriteerein b. kyselylomakella / haastattelulla määritettynä B. n = 1432 (N) 1. ja 2. vuoden yliopisto-opiskelijoita kerätty kahdessa osassa (vuosina 1995 n = 552 ja 2002 n = 880)	Vaihe 1: BMI, EAT-40- ja BULIT-lomakkeet. Vaihe 2: kyselyn perusteella syömishäiriöiset ja verrokiryhmä kutsuttiin IDEED-IV-haastatteluun.	BN otoksessa kyselylomakkeen / haastattelun perusteella: DSM-III: 9 % / 1,9 % DSM-III-R: 2,6 % / 1,6 %
LaGrange 2012, USA	A. Verrata EDNOS-, AN- ja BN-tapausten psykopatologiaa, komorbiditeettia ja itsetuhoisuutta B. väestötasolla (M+N) 13-18 v n = 101223 > 18 v. n = 2980	Valmiiksi kerätty data, josta syömishäiriöt kartoitettu ikäryhmissä: 13-18 v: muokattu CIDI-haastattelu >18 v: kahdessa osassa 1. kyselylomake ja 2. CIDI-haastattelu	kriteerit: sub-AN: matalin paino ollut alle 90% normaalista, lihomisen pelko sub-BED: hotkintaa ainakin 2 x vko, kontrollin katoaminen. Epätyypillisiin laskettiin subSAN, BED ja subBED+subBN EDNOS-prevalenssi: 13 - 18 v 4,78% (subBED+subBN > BED > subAN) >18 v 4,64 % (BED > subAN > subBED+A-BN) syömishäiriöistä EDNOS: 13-18 v 81% ; >18 v 75 %

Larranaga, 2012, Espanja	<p>A. selvittää EDNOS-ilmaantuvuus ja alatyypit 2005-2009 ja esiintyvyys vuoden 2009 lopussa yli 15 v espanjalaisilla.</p> <p>B. väestötutkimus n = ~190 000 (N+M)</p>	Kansallisen rekisterin avulla haettiin uudet sh-dg:t tammiukuusta 2005 joulukuuhun 2009 (erik.lääkärin diagno-soimat)	<p>Tutkimusajanjaksolla rekisteriin 138 uutta sh-tapausta (15 – 53v); naisia 132, miehiä 6</p> <p>Vuosi-insidenssi (uutta tapausta per 10 000 hlöä): 05: 12,7; 06: 13,5; 07: 14,2; 08: 15,7; 09: 14,6</p> <p>sh-diagnoosit ikäkausittain DSM-IV –kriteerien mukaan</p> <table border="1" data-bbox="1395 384 1821 544"> <thead> <tr> <th></th> <th>AN %</th> <th>BN %</th> <th>EDNOS %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 - 24</td> <td>51</td> <td>26,5</td> <td>22,5</td> </tr> <tr> <td>25 – 34</td> <td>25,4</td> <td>29,4</td> <td>45,2</td> </tr> <tr> <td>35 – 45</td> <td></td> <td>100</td> <td></td> </tr> <tr> <td>>45</td> <td>63,6</td> <td></td> <td>36,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Prevalenssi 2009 lopussa 82,8 : 10 000 hlöä; 164 sh-tapausta (≥ 15 v); AN 18,6 %, BN 25,7 % ja EDNOS 38,3 % 15-25-vuotiailla kaikki sh:t 118.3, AN 25,8, BN 36,8 ja EDNOS 54,7</p>		AN %	BN %	EDNOS %	15 - 24	51	26,5	22,5	25 – 34	25,4	29,4	45,2	35 – 45		100		>45	63,6		36,4
	AN %	BN %	EDNOS %																				
15 - 24	51	26,5	22,5																				
25 – 34	25,4	29,4	45,2																				
35 – 45		100																					
>45	63,6		36,4																				
Micali 2013, UK	<p>A. selvittää ikä, jolloin sairastutaan eniten sh:öön; katsoa vuosittain minkä ikäiset sairastuvat, sukupuoli-jakauma ja eri syömishäiriöiden (AN, BN ja EDNOS) osuus, sekä sh-insidenssin muutos.</p> <p>B. Väestötaso: n. 5 % briteistä (N+M)</p>	Kansallisesta anonymisoista "primäärihoitorekisteristä" haettiin 10 (vuodet 2000-2009) vuoden ajalta 10 – 49 vuotiaat ICD-10-luokittelun perusteella syömishäiriödiagnoosin saaneet (AN, BN tai EDNOS ja A-AN sekä A-BN).	<p>Syömishäiriöiset n = 9072 AN 23,5 %, BN 37,8%, EDNOS 38,6%</p> <p>Sh-insidenssi nousi 32>37 : 100 000.</p> <p>AN- ja BN-insidenssit pysyivät stabiilina, mutta EDNOS näytti yleistyvän tutkimusajanjaksolla.</p> <p>Sh:öön yleisimmin sairastuvat tytöistä 15-19- ja pojista 10 – 14-vuotiaat.</p> <p>Pojilla syömishäiriöt yleistyvät tasaisesti. Tyttöillä uusien sh-dg:ien määrä näyttäisi kiihtyvän ajanjaksolla.</p>																				
Machado 2013, Portugal	<p>A. sh-prevalenssi otoksessa ja kriteerien muutosten vaikutus sh-ryhmien kokoon</p> <p>B. Väestötaso (N) n = 3048 2028 lukiosta ja 1020 yliopistosta</p>	<p>1. vaihe: EDE-Q versio 4 (kyselylomake)</p> <p>2. vaihe: EDE versio 12 haastattelu, jos BMI ≤17,5 EDE-Q:n viittaa sh:öön.</p> <p>Näiden konsesuspäätökset potilaiden diagnooseista DSM-IV-kriteerien mukaan, jotka sitten laajennettiin DSM-5-kriteereiksi (ja BCD:iksi)</p>	<p>DSM IV: 118 (3,87%) syömishäiriöistä; EDNOS 73 %, AN 15 %, BN 11 %.</p> <p>DSM-5; OSFED 60 %, AN 21 %, BN 15 %, BED 16 %.</p>																				

<p>Smink, 2014, Alankomaat</p>	<p>A. Sh-prevalenssin ja vaikeusasteen määrittäminen osana isompaa väestötason mielenterveysseurantatutkimusta B. Väestötaso (N+M) otos n = 1584</p>	<p>1. CIDI + kyselykaavakkeet (mielenterveys + sosiaalinen toimintakyky) + BMI (n = 1584) 2. Sh-riskiryhmälle semistrukturoitu noin tunnin haastattelu puhelimitse SCID-I ja osia EDE:stä (n = 296)</p>	<p>DSM-5: Elinikäinen prevalenssi sh:lle 5,7 % naisilla ja 1,2 % miehillä. otoksessa AN 1,7% (AN-R 43,8%, 56,2 AN-BP) BN, 0,8 % BED 2,3 %. Suurin osa otoksesta lieviä tai keskivaikeita. OSFED 12,1 % kaikista sh-tapauksista: 1 subBN, 1 subBED, 2 PD, 1 NED. 2 UFED; 1 rajusti laihtunut alipainoinen ilman AN psyk.patologiaa ja 1, jolla häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä ja omaan kehoon liittyvää vääristymää.</p>
--------------------------------	--	--	--