



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön
rinnakkaissairastavuus

Runola Riina

Ravitsemustiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Kansanterveystieteen ja kliinisen
ravitsemustieteen yksikkö

20.3.2022

Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Ravitsemustieteen koulutusohjelma

RUNOLA RIINA: Syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuus

Comorbidity of eating disorders and post-traumatic stress disorder

Kandidaatin tutkielma, 32 sivua

Tutkielman ohjaaja: dosentti, yliopistonlehtori Anu Ruusunen

Maaliskuu 2022

Asiasanat: syömishäiriö, traumaperäinen stressihäiriö, trauma, rinnakkaissairastavuus.

SYÖMISHÄIRIÖIDEN JA TRAUMAPERÄISEN STRESSIHÄIRIÖN RINNAKKAISSAIRASTAVUUS

Syömishäiriöt ovat vakavia mielen sairauksia, joiden taustalla saattaa usein olla trauma, joka on myös riskitekijä syömishäiriöille, ja eritoten tyhjentytymiskäyttäytymistä ilmentävälle muodoille. Ominaista näille häiriöille on erilainen syömiskäyttäytymisen häiriintyminen riippuen syömishäiriön tyypistä. Syömishäiriöitä on diagnoosikriteeristöt täyttäviä muotoja, esimerkiksi laihaus-, ahmimis- ja ahmintahäiriö, mutta epätyypilliset syömishäiriöt, jotka eivät kokonaisuudessaan vastaa minkään varsinaisen diagnoosin kriteerejä, ovat kuitenkin yleisimpiä.

Syömishäiriöiden kanssa esiintyy lisäksi usein muita rinnakkaisia psykiatrisia sairauksia, esimerkiksi traumaperäistä stressihäiriötä. Traumaperäinen stressihäiriö on myös psykiatrinen sairaus, joka voi ilmetä traumaattiselle tapahtumalle tai tapahtumille altistumisen jälkeen. Häiriölle on ominaista muun muassa tapahtumaan liittyvät ahdistavat muistikuvat sekä traumasta muistuttavien tilanteiden välttely.

Traumaperäisen stressihäiriön kliininen merkittävyys on yhtäläinen sen muodosta riippumatta. Riippumatta siitä, onko kyseessä diagnoosin kriteerit kokonaisuudessaan täyttävä, vai häiriön subkliininen muoto, on vaikutuksen syömishäiriöoireisiin todettu olevan sama. Näiden

psykiatristen sairauksien esiintyessä samanaikaisesti on traumaperäisen stressihäiriön todettu tutkimuksissa lisäävän syömishäiriöoireiden vakavuutta.

Rinnakkaissairastavuudesta kyseisten sairauksien kohdalla tarvitaan kuitenkin lisää erityisesti kvalitatiivista tutkimusta. Myös geneettisen puolen tutkimuksesta olisi hyötyä. Lisäksi syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön mahdollista yhteishoitoa tulisi tutkia, sillä samanaikaisesti kummastakin sairaudesta kärsivien henkilöiden hoidon lopputulosten on todettu olevan huonompia, ja heidän tuen tarpeensa on suurempi verrattuna potilaisiin ilman traumaperäistä stressihäiriötä. Vaikka kummallekin sairaudelle erikseen on tutkitut, näyttöön perustuvat hoitomenetelmät, tulisi myös yhteishoitoa kehittää mahdollisesti parempien hoitotulosten saavuttamiseksi.

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	6
3	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	6
4	Syömishäiriöt.....	7
4.1	Yleistä.....	7
4.2	Laihuushäiriö	7
4.3	Ahmimishäiriö.....	8
4.4	Ahmintahäiriö	9
4.5	Epätyypilliset syömishäiriöt	10
5	Traumaperäinen stressihäiriö.....	11
6	Trauma ja syömishäiriöt	13
7	Syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuus.....	15
7.1	Yleistä rinnakkaissairastavuudesta	15
7.2	Syömishäiriöitä ja traumaperäistä stressihäiriötä käsittelevä tutkimus.....	15
7.3	Verkostoanalyysi (engl. Network analysis)	21
8	Pohdinta.....	22
9	Johtopäätökset	26

Lähteet (28-32)

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat sairauksia, joille on ominaista terveyttä uhkaava syömiskäyttäytymisen häiriintyminen (Balasundaram ja Santhanam 2021), joka haittaa arjen toimista suoriutumista (Backholm ym. 2013). Syömishäiriöiden kohdalla myös muut samanaikaiset psykiatriset sairaudet ovat yleisiä. Puhutaan psykiatrisesta rinnakkaissairastavuudesta, joka on syömishäiriötä sairastavilla usein korkea, syömishäiriön tyypistä riippumatta (Blinder ym. 2006).

Esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö kuuluu näihin samanaikaisesti syömishäiriön kanssa ilmeneviin sairauksiin. Häiriön taudinkuvaan kuuluu erilaisia koetusta traumaattisesta tapahtumasta kumpuavia oireita, kuten traumasta johtuvat mielialan muutokset, traumasta muistuttavien tilanteiden välttely, ahdistavat muistikuvat ja painajaisunet traumaattiseen tapahtumaan liittyen, sekä muutokset vireystilassa ja reaktiivisuudessa, kuten ärtynyt käyttäytyminen ja vihan purkaukset (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020).

Vaikka samanaikaisen traumaperäisen stressihäiriön on todettu vaikuttavan syömishäiriöoireiden vakavuuteen, tarvitaan itse rinnakkaissairastavuudesta lisää tutkimusta. Muun muassa tutkimusta, joka käsittelee traumaperäistä stressihäiriötä syömishäiriötä ylläpitävänä tekijänä, tarvitaan (Trottier ym. 2016). Tämän lisäksi aiheen tutkimuksessa tulisi ottaa enemmän käyttöön kvalitatiivisia lähestymistapoja, kuten esimerkiksi psykososiaalisten tekijöiden vaikutusten huomioiminen tutkimusta toteutettaessa. Myös geneettisen puolen tutkimusta tarvitaan (Mitchell ym. 2012).

Rinnakkaissairastavuutta ylläpitäviä yhteyksiä on muutamassa tutkimuksessa käsitelty myös niin sanotun verkostanalyysin (engl. network analysis) avulla (Vanzhula ym. 2019, Liebman ym. 2021). Verkostanalyysissä on kyse niin kutsutusta "oireiden kartasta", jonka avulla on saatu selville syömishäiriöille tyypillisten oireiden sekä traumaperäisen stressihäiriön oireiden välisiä yhteyksiä ja näiden yhteyksien vahvuutta. Tämän perusteella kyseisiä yhteyksiä on tutkimuksissa kutsuttu myös rinnakkaissairastavuutta ylläpitäviksi "reiteiksi" (engl. illness pathways) (Vanzhula ym. 2019, Liebman ym. 2021).

Verkostoanalyysitutkimukset antavat tärkeää tietoa mahdollisten parempien hoitomuotojen kehittämisessä (Vanzhula ym. 2019). Lisäksi erityisesti kyseisten sairauksien yhteishoitoa tulisi tutkia, vaikka kummallekin sairaudelle erikseen tutkimusnäyttöön perustuvat hoitomenetelmät onkin (Mitchell ym. 2021).

2 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, miten syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuus ilmenee, ja miten samanaikainen traumaperäinen stressihäiriö vaikuttaa syömishäiriöoireisiin. Katsauksessa sivutaan myös rinnakkaissairastavuutta havainnollistavia verkostoanalyysitutkimuksia. Lisäksi rinnakkaissairastavuuden hoitoon liittyviä näkökulmia käsitellään pohdinta -osiossa.

3 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tiedonhaussa käytettiin PudMediä, Google Scholaria, PSYCInfoa, Oppiporttia sekä myös kirjaston lähdemateriaaleja. Hakulausekkeina käytettiin yhdistelmää eating disorder* ja posttraumatic stress disorder*. Kyseistä lauseketta käytettiin myös yhdistettynä termien comorbidity*, co-occurrence* ja treatment* kanssa. Myös yhdistelmää trauma* ja eating disorder* käytettiin.

Taulukko 1. Tutkimusartikkelien sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
-Tutkimukset käsittelevät sekä syömishäiriöitä että traumaperäistä stressihäiriötä, ja sairastavuuden taustalla olevaa traumahistoriaa	-Tutkimuksen koko teksti ei ole saatavissa ilman lisämaksua
-Artikkelin teksti on saatavissa Itä-Suomen yliopiston tietokantojen kautta	-Tutkimus käsittelee veteraaneja tai muita armeijan palveluksessa olleita
-Tutkimusten tutkittavat henkilöt ovat täysi-ikäisiä	

4 Syömishäiriöt

4.1 Yleistä

Syömishäiriöt ovat mielenterveyden häiriöitä, joita ilmenee etenkin nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Eri syömishäiriöitä yhdistäviä tekijöitä ovat syömiskäyttäytymisen häiriintyminen terveyttä ja toimintakykyä uhkaavaksi, ja usein sairastavan arkea varjostaa myös lihomisen pelko (Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus 2014, Balasundaram ja Santhanam 2021). Syömiskäyttäytymisellä tarkoitetaan Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2010) määrittelyn mukaan ruoan hankkimiseen, tuottamiseen, jakamiseen, valintaan ja kuluttamiseen liittyvää toimintaa, jota ohjaavat psykologiset, fysiologiset, kulttuuriset ja sosioekonomiset tekijät. Syömishäiriöt vaikuttavat sairastavan kognitiivisiin kykyihin, emotionaaliseen vakauteen sekä vaikeuttavat arkisissa toimissa suoriutumista (Backholm ym. 2013). Viimeisintä DSM-5 -tautiluokitusta (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mukailten syömishäiriöihin kuuluvat muiden muassa laihuushäiriö (AN, anorexia nervosa), ahmimishäiriö (BN, bulimia nervosa) sekä ahmintahäiriö (BED, binge eating disorder) (Balasundaram ja Santhanam 2021). Häiriöiden kirjoon kuuluvat myös epätyypilliset ja/tai määrittämättömät syömishäiriöt (Dahlgren ym. 2017). Lisäksi syömishäiriöt voivat muuttaa muotoaan, kun sairauden ilmeneminen muuttuu, esimerkiksi ahmimishäiriötä sairastavan diagnoosi voi muuttua ahmintahäiriöksi, kun henkilöllä ei enää ilmene tyhjentäytymiskäyttäytymistä syödyn ruoan takia (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

4.2 Laihuushäiriö

Laihuushäiriön DSM-5 -tautiluokituksen mukaisia piirteitä ovat pakonomainen suhtautuminen ruokaan ja kehonpainoon, äärimmäinen alipaino, voimakas pelko painonnousua kohtaan sekä alipainon kieltäminen tilanteen vakavuudesta huolimatta (Balasundaram ja Santhanam 2021).

Sairaus voidaan jakaa rajoittavan laihuushäiriön sekä ahmimis-tyhjentäytymistyyppisen laihuushäiriön alalajiin. Rajoittavalle laihuushäiriölle on tyypillistä painon pudottaminen paastoamalla tai ylenpalttisella liikunnalla. Ahmimis-tyhjentäytymistyyppiseen laihuushäiriöön kuuluu suurien ruokamäärien ahmiminen kerralla, sekä ahmimisen jälkeinen tyhjentäytyminen esimerkiksi oksentamalla, tai käyttämällä ulostus- tai nesteenpoistolääkkeitä. Laihuushäiriötä sairastavilla voi ilmetä myös amenorreaa, eli kolmen perättäisen kuukautiskierron poisjääntiä (Balasundaram ja Santhanam 2021). Se on kuitenkin DSM-5-tautiluokitusten muuttamisen jälkeen poistettu sairauteen kuuluvien pakollisten kriteerien joukosta (Dahlgren ym. 2017). Taulukossa 2 on myös International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -luokituksen (ICD-10) mukaiset kriteerit sairauden diagnosoimiseksi.

Taulukko 2. Laihuushäiriön diagnosoimiseksi vaadittavat kriteerit pääpiirteittäin, ICD-10-luokitusta mukaillen.

A	Paino on vähintään 15 % alle, suhteessa pituuden mukaiseen keskipainoon tai BMI ¹ on korkeintaan 17,5 kg/m ² .
B	Painon putoaminen on itse aiheutettua, lihottavaksi koettuja ruokia välttelemällä. Ominaista voi olla myös kohtuuton liikunnan määrä, itseaiheutettu oksentelu, tai ulostus- tai nesteenpoistolääkkeiden käyttö.
C	Kehonkuva on vääristynyt; potilas pelkää lihomista, näkee itsensä liian lihavana, ja tavoittelee alhaista painoa.
D	Laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin häiriö, joka tarkoittaa naisilla kuukautisten puuttumista ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon sekä potenssin heikkenemistä.
E	Ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit A ja B eivät täyty.

¹Painoindeksi eli BMI (Body Mass Index) lasketaan paino jaettuna pituuden neliöllä kg/m².

Lähde: Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.

4.3 Ahmimishäiriö

Ahmimishäiriölle on DSM-5 -tautiluokituksen mukaan tunnusomaista kontrolloimaton ahmimiskäyttäytyminen, jolloin henkilö ahmii suuren määrän ruokaa lyhyen ajan sisällä (Dahlgren ym. 2017, Balasundaram ja Santhanam 2021). Ahmitusta ruoasta kuitenkin koitetaan päästä eroon käyttäytymällä kompensoivasti, kuten oksentamalla, ylenpalttisella liikunnalla, rajoittuneella syömisellä tai ulostus-/nesteenpoistolääkkeiden avulla. Ennen tautiluokituksen päivittämistä diagnosoimisen ehtona oli ainakin kahdesti viikossa tapahtuva ahmimis-tyhjentäytymisjakso, mutta sittemmin vaatimusta on muutettu vähintään kerran viikossa

tapahtuvaksi. Kyseisen käyttäytymisen tulee olla myös yhtäjaksoista vähintään kolmen kuukauden ajan (Dahlgren ym. 2017, Balasundaram ja Santhanam 2021). Taulukossa 3 on lisäksi mainittu ICD-10-luokituksen mukaiset kriteerit, joissa syömisjaksojen vaadittu määrä on kahdesti viikossa (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Taulukko 3. Ahmimishäiriön diagnosoimiseksi vaadittavat diagnostiset kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan.

-
- A** Toistuvat syömisjaksot, jolloin potilas syö suuria ruokamääriä lyhyen ajan sisällä (vähintään kahdesti viikossa ainakin 3 kuukauden ajan).
 - B** Syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä hallitsevat ajattelua.
 - C** Ruoan "lihottavien" vaikutusten estäminen itse aiheutetulla oksentelulla, ajoittaisella syömättömyydellä, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, ulostus-, nesteenoisto- tai kilpirauhaslääkkeiden väärinkäytön avulla.
 - D** Itsensä näkeminen liian lihavana, lihomisen pelko, mikä usein johtaa alipainoon. Sairaalloinen lihavuuden pelko.
-

Lähde: Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.

4.4 Ahmintahäiriö

Dahlgrenin ym. (2017) mukaan DSM-5- tautiluokituksen muokkaamisen jälkeen vuonna 2013 myös ahmintahäiriöstä (BED) tuli oma, itsenäinen DSM-5 -diagnoosinsa. Tuolloin se poistettiin määrittämättömien syömishäiriöiden kategoriasta (Dahlgren ym. 2017). ICD-10-tautiluokituksessa sairautta ei mainita erillisenä diagnoosina, vaan se luetaan epätyypillisen syömishäiriön diagnoosin alle. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Ahmintahäiriölle luonteenomaisiin piirteisiin kuuluvat suurien ruokamäärien ahmiminen lyhyen ajan sisällä, syyllisyyden tunteminen ahmintaan liittyen sekä kontrollin menettäminen ahminnan aikana (Balasundaram ja Santhanam 2021). Sairastavalla ei ilmene syödyn ruoan kompensoimiseen tähtäävää käyttäytymistä (Balasundaram ja Santhanam 2021). Taulukossa 4 on lueteltu ahmintahäiriön diagnosoimisessa käytettävät kriteerit DSM-5-luokituksen mukaan (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

Taulukko 4. Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksen mukaan.

-
- A** Toistuvat ahmintakohtaukset, joille ominaista on suurten ruokamäärien syöminen. Määrät ylittävät selkeästi muiden syömismäärät vastaavassa ajassa ja tilanteessa, tai potilaalla on tunne siitä, ettei hän kykene hallitsemaan eikä keskeyttämään syömistään.
- B** Ahmintakohtaukseen liittyy vähintään 3 seuraavista:
- Epätavallisen nopeasti syöminen
 - Syöminen siihen asti, kunnes olo on epämukavan täysi
 - Suurten ruokamäärien syöminen, vaikka ei olisi nälkä
 - Yksin syöminen, sillä ruokamäärät aiheuttavat häpeän tunnetta
 - Itseinho, masennus ja syyllisyys seuraavat ylensyöntiä
- C** Voimakas ahdistuneisuus liittyen ahmintaoireeseen
- D** Ahmintakohtauksia esiintyy vähintään kerran viikossa 3 kuukauden ajan
-

Lähde: Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014.

4.5 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriöitä (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014). Näillä syömishäiriöillä tarkoitetaan tapauksia, jotka eivät täytä minkään diagnoosin kriteerejä kokonaisuudessaan, mutta aiheuttavat kuitenkin merkittävää haittaa ja toimintakyvyn heikentymistä (Dahlgren ym. 2017). DSM-5 -luokituksen muutoksen jälkeen nämä syömishäiriöt ovat kuitenkin vähentyneet, erityisesti kun ahmintahäiriö sai oman DSM-5 -diagnoosinsa ja sekä laihuus- että ahmimishäiriön diagnostisten kriteerien rajoja laajennettiin (Dahlgren ym. 2017). Myös terminologia muuttui – ennen ko. kategoriasta käytettiin nimitystä EDNOS: engl. "Eating disorder – not other specified" (Balasundaram ja Santhanam 2021). Nykyisin nimitys on kuitenkin vaihtunut lyhenteeksi OSFED: engl. "Other specified feeding and eating disorder". Epätyypillisiä syömishäiriöitä ovat esimerkiksi epätyypillinen laihuushäiriö, sekä subkliininen ahmimishäiriö tai subkliininen ahmintahäiriö (Balasundaram ja Santhanam 2021). Epätyypillinen syömishäiriö voi myös muuttua jonkin muun syömishäiriön diagnoosin kriteerit täyttäväksi (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2014).

5 Traumaperäinen stressihäiriö

Englanninkielisessä kirjallisuudessa paljon käytetyllä lyhenteellä PTSD (post-traumatic stress disorder) tarkoitetaan suomalaisessa tautiluokituksessa traumaperäistä stressireaktiota. Kansainvälisesti puhutaan kuitenkin häiriöstä (engl. disorder), jolloin käytetään nimitystä traumaperäinen stressihäiriö (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020). Vaikka Suomessa on käytössä ICD-koodiston mukaiset diagnostiset kriteerit häiriöön liittyen, on lähes kaikissa tutkimuksissa kuitenkin käytetty DSM-5 -luokituksen mukaisia kriteerejä. Erot näiden välillä ovat kuitenkin niin pienet, ettei asiasta ole haittaa hoitoa suunniteltaessa (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020).

Kyseessä on häiriö, joka voi ilmetä minkä tahansa vakavalle traumaattiselle tapahtumalle altistumisen jälkeen (Bisson 2010). Oireisiin kuuluvat muiden muassa häiritsevät ajatukset/muistikuvat ja painajaisunet traumaattiseen tapahtumaan liittyen, ylivireys ja traumaattisesta tapahtumasta muistuttavien tilanteiden välttely (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020).

DSM-5-tautiluokituksen traumaperäistä stressihäiriötä koskevissa diagnostisissa kriteereissä on mainittu ehdot, jotta kyseinen diagnoosi voidaan antaa (taulukko 5). Henkilön tulee olla altistunut kuolemalle tai sen uhkalle, vakavalle loukkaantumiselle tai seksuaaliselle väkivallalle vähintään yhdellä tavalla viidestä, hänen tulee ilmentää vähintään yhtä mainituista viidestä traumaattiseen tapahtumaan liittyvistä/sen jälkeen ilmenevistä oireista, hän välttelee traumaattisesta tapahtumasta muistuttavia ärsykeitä vähintään yhdellä tavalla kahdesta, hän kokee negatiivisia muutoksia liittyen tunteisiin ja mielialaan johtuen traumaattisesta tapahtumasta vähintään kahdella tavalla seitsemästä, sekä hänellä on lisäksi ilmeisiä muutoksia liittyen hermoston valppauteen ja reaktiivisuuteen johtuen traumaattisesta tapahtumasta, vähintään kahdella tavalla kuudesta (Shalev ym. 2017, Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020). Lisäksi kriteereissä on edellytykset oireiden kestolle, kliiniselle merkittävyydelle sekä poissulkukriteerit (Shalev ym. 2017, Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020).

Taulukko 5. Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksen¹ mukaan.

A	<p>Potilas on kokenut traumaattisen tapahtuman, johon liittyy kuolema tai sen uhka, vakava loukkaantuminen tai seksuaalista väkivaltaa, vähintään yhdellä tavalla seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Traumaattisen tapahtuman/tapahtumien välitön kokeminen 2) Toiselle henkilölle tapahtuneen traumaattisen tapahtuman todistaminen 3) Tiedon saaminen läheiselle sattuneesta traumaattisesta tapahtumasta. Läheisen kuoleman tai sen uhan tapauksessa, tulee tapahtuman olla luonteeltaan väkivaltainen tai onnettomuus. 4) Toistuva tai määrältään suuri altistuminen traumaattisiin tapahtumiin liittyville asioille (esim. poliisi, joka jatkuvasti tekemisissä lapsiin kohdistuvien väkivaltarikosten käsittelyssä).
B	<p>Potilas kokee vähintään yhtä seuraavista traumaattiseen tapahtumaan liittyvistä oireista, jotka ovat alkaneet tapahtuman jälkeen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Toistuvat, vastentahtoiset, ahdistavat muistikuvat liittyen traumaattiseen tapahtumaan/tapahtumiin 2) Toistuvat, ahdistavat traumaattisen tapahtumaan/tapahtumiin liittyvät unet 3) Äkilliset, tilapäisen toiminnan häiriöt, joissa potilas tuntee traumaattisen tapahtuman/tapahtumien uusiutuvan tai käyttäytyy kuin se tapahtuisi uudelleen (kyseessä voi olla reaktioiden jatkumo, jossa potilaan tietoisuus senhetkisistä olosuhteista katoaa kokonaan). 4) Intensiivinen tai pitkittynyt psyykkinen distressi, joka liittyy altistumiseen traumaattista tapahtumaa/tapahtumia symboloiville tai muuten siitä muistuttaville asioille. 5) Ilmeiset fysiologiset reaktiot sisäisiin tai ulkoisiin vihjeisiin, jotka symboloivat tai muistuttavat traumaattisesta tapahtumasta/tapahtumista.
C	<p>Potilaalla ilmene jatkuvaa traumaattisen tapahtuman/tapahtumien jälkeen alkanutta, niihin liittyvien ärsykkeiden välttelyä, yhdellä tai kummallakin tavalla seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ahdistavien traumaattiseen tapahtumaan/tapahtumiin liittyvien muistikuvien, ajatusten tai tunteiden välttely 2) Potilas välttelee ulkoisia tekijöitä, jotka herättävät ahdistavia muistikuvia, ajatuksia tai tunteita, jotka liittyvät traumaattiseen tapahtumaan/tapahtumiin (ihmiset, paikat, keskustelut, aktiviteetit)
D	<p>Potilaalla on negatiivisia traumaattiseen tapahtumaan liittyviä kognitiivisia ja mielialan muutoksia, jotka alkavat tai pahenevat tapahtuman/tapahtumien jälkeen, vähintään kahdella tavalla seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kykenemättömyys muistaa traumaattiseen tapahtumaan/tapahtumiin liittyviä tekijöitä (tyypillisesti johtuen tilapäisestä muistinmenetyksestä)

	<ol style="list-style-type: none"> 2) Jatkuvat ja liioitellut negatiiviset uskomukset itsestä, muista tai muusta maailmasta (esim. "Olen huono", "Keneenkään ei voi luottaa", "Maailma on kauttaaltaan vaarallinen paikka") 3) Jatkuvat, vääristyneet tuntemukset traumaattisen tapahtuman/tapahtumien syistä tai seurauksista, mikä johtaa potilaan syyttämään itseään tai muita 4) Jatkuva negatiivinen tunnetila (esim. viha, pelko, syyllisyys, häpeä tai kauhu) 5) Ilmeisen vähentynyt kiinnostus tai osallistuminen tärkeisiin toimintoihin 6) Ulkopuolisuuden tai vieraantumisen tunne suhteessa muihin ihmisiin 7) Jatkuva kykenemättömyys kokea positiivisia tunteita (esim. onnellisuuden, tyytyväisyyden tai rakastamisen tunteita)
E	<p>Potilaalla on ilmeisiä, traumaattiseen tapahtumaan/tapahtumiin liittyviä ja sen jälkeen alkaneita tai pahentuneita, muutoksia vireystilassa tai reaktiivisuudessa, vähintään kahdella tavalla seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ärtynyt käyttäytyminen ja vihan purkaukset, jotka ilmenevät sanallisena tai fyysisenä aggressiona muita ihmisiä tai esineitä kohtaan. 2) Holtiton tai itsetuhoinen käyttäytyminen 3) Ylivireys 4) Liioiteltu säikähtäminen jostakin ärsykkeestä johtuen 5) Keskittymisvaikeudet 6) Univaikeudet (esim. vaikeus nukahtaa tai pysyä unessa, tai levoton uni)
F	Häiriö (kriteeristö B, C, D ja E) on jatkunut pidempään kuin kuukauden.
G	Häiriön tulee aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaaliseen tai ammatilliseen toimintakykyyn, tai muuten olla haitaksi jollain tärkeällä toiminnan alueella.
H	Häiriön syynä ei saa olla esimerkiksi lääkitys, alkoholin käyttö tai jokin muu sairaus.

¹DSM-5= Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, tautiluokitus

Lähteet: Shalev ym. 2017, Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020.

Tutkimuskirjallisuudessa mainitaan usein lisäksi subkliininen traumaperäinen stressihäiriö. Siitä on kyse, kun kaikki diagnoosin vaatimat kriteerit eivät täyty (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020). Hoidon toteutus ei kuitenkaan poikkea, oli kyseessä diagnostiset kriteerit kokonaan täyttävä sairaus tai ei (Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus 2020).

6 Trauma ja syömishäiriöt

Tutkimusta on aikaisemmin tehty etenkin koetun trauman ja syömishäiriöiden yhteydestä (Trottier ym. 2016). Trauman on todettu olevan riskitekijä syömishäiriöille, ja eritoten tyhjentyymiskäyttäytymistä ilmentäville syömishäiriöille. (Trottier ym. 2016). Esimerkiksi Wonderlichin ym. jo vuoden 1997 katsauksessa, joka käsitteli tutkimuksia lapsuusiän

seksuaalisen hyväksikäytön ja syömishäiriöiden yhteydestä, todettiin, että kyseinen trauma on ahmimishäiriön epäspesifinen riskitekijä, etenkin tilanteessa, jossa samanaikaisesti esiintyy myös muita psykiatrisia sairauksia. Muita tutkimuksissa mainittuja traumaattisia tapahtumia, muun muassa Friedmanin ym. (2011), Backholmin ym. (2013) ja Isomaan ym. (2015) mukaan ovat esimerkiksi luonnonkatastrofi, vakava loukkaantuminen, sairastuminen tai läheisen kuolema. Eritoten seksuaalinen trauma voi vaikuttaa suoraan kokemukseen kehonkuvasta tehden siitä negatiivisen. Seksuaalisen kaltoinkohtelun kokeneilla on todettu olevan myös enemmän somaattista oireilua. (Sack ym. 2010).

Erityisesti lapsuusiän kaltoinkohtelua ja sen yhteyttä syömishäiriöihin/häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen on tutkittu laajalti, muun muassa Wonderlichin ym. (1997), Jenkinsin ym. (2013), Caslinin ym. (2016), Feinsonin ja Hornik-Lurien (2016), Molendijkin ym. (2017), Strodlin ja Wyliein (2020) sekä Kieferin ym. (2021) tutkimukset ovat käsitelleet aihetta. Lapsuuden kaltoinkohtelutilanteet on eritelty fyysiseen, henkiseen sekä seksuaaliseen hyväksikäyttöön/väkivaltaan (Caslini ym. 2016, Molendijk ym. 2017). Suuressa osassa tutkimuksia traumataustan selvittäminen perustuu tutkittavien itse raportoimaan altistumiseen traumaattiselle tapahtumalle (Molendijk ym. 2017).

Traumataustan selvittäminen on syömishäiriöitä käsittelevissä tutkimuksissa suoritettu vaihtelevalla tarkkuudella, mikä on aiheuttanut epä johdonmukaisuutta tuloksiin (Backholm ym. 2013).

Tutkimusten painopiste on kuitenkin kehitymässä pois itse traumaattiselle tapahtumalle altistumisen vaikutuksesta (Trottier ym. 2016). Sen sijaan on alettu keskittyä traumaattisen tapahtuman aiheuttamien oireiden tutkimiseen. Kyseinen oireilu katsotaan traumaperäisen stressihäiriön taudinkuvaan kuuluvaksi (Trottier ym. 2016).

7 Syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuus

7.1 Yleistä rinnakkaissairastavuudesta

Psykiatrisen rinnakkaissairastavuuden taso on syömishäiriötä sairastavilla erityisen korkea, syömishäiriön tyypistä riippumatta (Blinder ym. 2006). Prosentuaalinen vaihteluväli saattaa kuitenkin olla melko suuri. Esimerkiksi Rijkersin ym. (2019) tutkimuksen mukaan samanaikaisen traumaperäisen stressihäiriön yleisyys syömishäiriötä sairastavilla vaihteli 9-24 % välillä, ja Scharffin ym. (2021) mukaan vastaava vaihteluväli, eli traumaperäisen stressihäiriön yleisyys trauman kokeneilla syömishäiriöpotilailla oli 1-52 %.

Traumaperäisellä stressihäiriöllä diagnosoiduilla syömishäiriöpotilailla on usein muitakin rinnakkaisdiagnooseja (Scharff ym. 2021). Esimerkiksi mielialahäiriöt, kuten masennus ja päihteiden käytön ongelmat ovat yleisempiä tällä potilasryhmällä (Scharff ym. 2021). Myös Inniss ym. (2011) mukaan traumaperäistä stressihäiriötä ja ahmimishäiriötä sairastavilla naisilla oli todennäköisemmin muitakin rinnakkaisdiagnooseja, kuten pakko-oireinen häiriö tai sosiaalisten tilanteiden pelko, verrattuna ahmimishäiriöstä kärsiviin naisiin ilman traumaperäisen stressihäiriön diagnoosia. Myös Brewerton ym. (2015) kumppaneineen totesi erilaisia tyhjentäytymiskäyttäytymisen muotoja (itse aiheutettu oksentaminen, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttö) käsittelevässä tutkimuksessaan, että 60 prosenttia tutkittavista täytti ainakin kolmen psykiatrisen sairauden diagnostiset kriteerit.

7.2 Syömishäiriötä ja traumaperäistä stressihäiriötä käsittelevä tutkimus

Syömishäiriötä sairastavien traumahistoriaa ja sen vaikutusta on siis tutkittu jo paljon (Trottier ym. 2016). Kuitenkin syömishäiriötä ja traumaperäistä stressihäiriötä käsittelevät tutkimukset ovat paljolti keskittyneet traumaperäiseen stressihäiriöön riskitekijänä syömishäiriöille. On myös esitetty, että traumaperäinen stressihäiriö voisi joillain syömishäiriöpotilailla olla syömishäiriötä ylläpitävä tekijä. Asiasta tarvitaan kuitenkin lisää, esimerkiksi traumaperäistä stressihäiriötä ja

syömishäiriötä sairastavien yksilöiden hoidon yhteydessä tehtävää tutkimusta (Trottier ym. 2016). Tutkimuksissa on käsitelty muun muassa rinnakkaissairastavuutta traumaperäisen stressihäiriön ja syömishäiriöiden kohdalla, sekä sen vaikutuksia, kuten samanaikaisen traumaperäisen stressihäiriön vaikutusta syömishäiriöoireisiin (taulukko 6).

Brewertonin ym. (2020) ja Scharffin ym. (2021) tutkimusten tutkittavat olivat osastohoidossa olevia syömishäiriöpotilaita. Kummassakin tutkimuksessa traumaperäisellä stressihäiriöllä oli syömishäiriöoireilun vakavuutta ja sen määrää lisäävä vaikutus. Brewertonin ym. (2020) tutkimuksessa todettiin, että traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivien potilaiden syömishäiriöoireet olivat vakavampia, sekä enimmäkseen ahmimis-tyhjentäytymiskäyttäytymistä. Lisäksi he kokivat elämänlaatunsa huonommaksi, ja kärsivät enemmän masennus- sekä ahdistuneisuusoireista, verrattuna potilaisiin, joilla ei ollut traumaperäistä stressihäiriötä. Tutkittavista 96,7 % olivat naisia (Brewerton ym. 2020). Scharffin ym. (2021) tutkimusta varten tutkittavat jaettiin ryhmiin: syömishäiriöpotilaisiin ilman traumataustaa, traumataustan ja traumaperäisen stressihäiriön omaaviin syömishäiriöpotilaisiin, sekä traumataustan omaaviin potilaisiin ilman traumaperäisen stressihäiriön diagnoosia. Trauman kokeneet ja traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivät tutkittavat raportoivat merkitsevästi enemmän syömishäiriöoireita (Scharff ym. 2021). Heillä oli myös enemmän esimerkiksi masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Edellä mainittua ryhmää verrattiin trauman kokeneiden ryhmään ilman traumaperäisen stressihäiriön diagnoosia, sekä traumaa kokemattomien ryhmään – tulos oli sama. Lopputulemana oli siis, että niin traumatausta kuin traumaperäinen stressihäiriö oli yhteydessä suurempaan oireilun määrään. Lisäksi syömishäiriötyypit erosivat tutkittavien ryhmien välillä: trauman kokeneiden ja traumaperäisen stressihäiriön diagnoosin omaavien ryhmässä ahmintahäiriö oli yleisempää, kun taas traumaa kokemattomien ryhmässä rajoittavan tyypin laihuushäiriö oli yleisempi. Tästä syystä myös tutkittavien painoindeksi oli korkeampi ensiksi mainitussa ryhmässä (Scharff ym. 2021).

Holzer ym. (2008), Karr ym. (2013) ja Isomaa ym. (2015) ovat tutkineet traumaperäistä stressihäiriötä myös välittävänä tekijänä (engl. moderator, mediational) trauman ja

syömishäiriöiden/häiriintyneen syömiskäyttäytymisen välillä, sekä negatiivisten tunteiden ja ahmimisen välillä. Holzer ym. (2008) totesi seksuaalisen trauman olevan merkitsevästi yhteydessä sekä syömishäiriön että traumaperäisen stressihäiriön sairastavuuden kanssa. Kuitenkin, kun traumaperäisen stressihäiriön vaikutusta ei otettu huomioon, väheni seksuaalisen trauman ja syömishäiriön yhteys niin, ettei se ollut enää tilastollisesti merkitsevä. Traumaperäinen stressihäiriö oli siis merkitsevä välittävä tekijä seksuaalisen trauman ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen välillä (Holzer ym. 2008). Isomaan ym. (2015) syömishäiriöpotilailla toteutetussa tutkimuksessa taas todettiin, että traumaattiselle tapahtumalle altistuminen voi vaikuttaa suoraan, eli välittömästi syömishäiriöön, tai välillisesti traumaperäisen stressihäiriön sairastavuuden kautta. Tällöin traumaperäisen stressihäiriön vaikutus voi olla välitöntä tai se voi ilmetä masennus- ja ahdistuneisuusoireiden välityksellä. Kuitenkin, vaikka traumaperäisen stressihäiriön yhteys syömishäiriön vakavuuteen oli tilastollisesti merkitsevä, ei näiden muuttujien välillä ollut vahvaa yhteyttä (Isomaa ym. 2015). Karr ym. (2013) totesi kuitenkin ahmimishäiriötä ja traumaperäistä stressihäiriötä käsittelevässä tutkimuksessaan, että ahmimiskäyttäytyminen toimi tunteiden säätelykeinona riippumatta siitä, sairastiko tutkittava henkilö traumaperäistä stressihäiriötä vai ei. Vaikka traumaperäinen stressihäiriö ei tässä suhteessa toiminut välittävänä tekijänä, kävi tutkimuksessa kuitenkin ilmi, että sekä ahmimishäiriöstä että traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä oli päivittäin enemmän ahmimiskohtauksia ja tyhjentäytymiskäyttäytymistä verrattuna vain ahmimishäiriötä sairastaviin tutkittaviin (Karr ym. 2013).

Mitchell ym. (2012) ja Inniss ym. (2011) käsittelevät tutkimuksissaan myös subkliinista traumaperäistä stressihäiriötä. Mitchellin ym. (2012) syömishäiriötä sairastavilla naisilla ja miehillä toteutetussa tutkimuksessa selvisi, että sukupuolesta riippumatta subkliininen traumaperäinen stressihäiriö oli yleisempää kuin diagnostiset kriteerit kokonaisuudessaan täyttävä traumaperäinen stressihäiriö. Tähän mainittiin syyksi diagnostisten kriteerien ”tiukat” vaatimukset. Innissin ym. (2011) ahmimishäiriötä sairastavilla potilailla toteutetussa tutkimuksessa kävi ilmi, että traumaperäisen stressihäiriön vaikutus oli sama riippumatta sen muodosta. Traumaperäisestä stressihäiriöstä tai sen subkliinisestä muodosta kärsivät todennäköisimmin ahmimishäiriötä sairastavat naiset, verrattuna verrokkiryhmään.

Tutkimukseen osallistuneiden naisten keskuudessa tällä ei kuitenkaan ollut havaittua vaikutusta syömishäiriöoireiden vakavuuteen. Subkliinisen traumaperäisen stressihäiriön vaikutus oli samansuuntainen sen subkliinisydestä huolimatta: oireita oli yhtä paljon ja traumahistorian vaikutus oli yhtä suuri, verrattuna tutkittaviin, joilla oli todettu diagnostiset kriteerit kokonaisuudessaan täyttävä traumaperäinen stressihäiriö (Inniss ym. 2011).

Taulukko 6. Tutkimuksia traumaperäisestä stressihäiriöstä ja sen vaikutuksesta syömishäiriöoireisiin.

Viite (maa)	Tutkimusasetelma	N	Tutkimusmenetelmät	Tärkeimmät tulokset
Brewerton ym. 2020 (Yhdysvallat)	Tapaus- verrokkitutkimus	609 tutkittavaa: osastohoidossa olevat SH-potilaat PTSD- diagnoosilla (PTSD+, N=300) ja SH-potilaat ilman PTSD- diagnoosia (PTSD-, N=309).	Validoidut itsearviointilomakkeet PTSD:n ja syömishäiriön oireiluun liittyen	PTSD+ -potilailla merkitsevästi enemmän traumaattisia tapahtumia elämänsä aikana. Heidän syömishäiriöoireilunsa oli vakavampaa, elämänlaatu huonompaa, sekä he kokivat myös enemmän masennus- ja ahdistuneisuusoireita, verrattuna PTSD- potilaisiin.
Holzer ym. 2007 (Yhdysvallat)	Tapaus- verrokkitutkimus	96 naista: traumaattisen seksuaalisen tapahtuman kokeneet (N=71) ja verrokkit (N=25)	Haastattelut sekä kyselylomakkeet liittyen syömishäiriön psykopatologiaan ja traumaperäisen stressihäiriön symptomatologiaan (oireisiin)	Traumahistorian todettiin assosioituvan merkitsevästi niin SH:n kuin PTSD:n kanssa. PTSD:n vaikutusten vakioimisen jälkeen trauman ja SH:n assosiaatio kuitenkin väheni merkittävästi, eikä ollut enää tilastollisesti merkitsevä.
Mitchell ym. 2012 (Yhdysvallat)	Poikkileikkaustutkimus	2382 miestä, 3310 naista	Strukturoidut haastattelut nykytilan kartoittamiseksi PTSD:n ja syömishäiriön (AN, BN, BED) osalta	PTSD:n yleisyys naisten keskuudessa 9,71 %, miesten keskuudessa 3,59 %. Sekä naisilla että miehillä subkliininen PTSD oli yleisempää kuin PTSD (koska PTSD-diagnoosikriteeristö liian tiukka). Trauman kokeneilla ja PTSD-diagnoosin omaavilla syömishäiriöt, etenkin ahmimis/tyhjentäytymistyyppiset, olivat yleisempiä sukupuolesta riippumatta, verrattuna muuhun väestöön.
Isomaa ym. 2015 (Suomi, Ruotsi)	Pitkittäistutkimus	843 tutkittavaa: ruotsalaisia SH-	SH:n ja PTSD:n nykytilan määrittäminen	PTSD:n yhteys SH:n vakavuuteen oli tilastollisesti merkitsevä, mutta muuttujien välinen yhteys ei ollut vahva. PTSD:n ja SH:n vakavuuden välittävänä

		potilaita, joista 97,3 % naisia	strukturoiduilla haastatteluilla	tekijänä oli joko kokonaan tai osittain masennus- ja ahdistusoireilu (engl. psychological distress), riippuen tutkittavasta kohderyhmästä.
Scharff ym. 2021 (Yhdysvallat)	Tapaus- verrokkitutkimus	928 naista, jotka osastohoidossa olevia SH-potilaita	Dataa kerättiin kliinisin haastatteluin, kyselylomakkeiden ja lääketieteellisten tuloskaavioiden avulla erilaisista tutkittavien muodostamista ryhmistä.	Verrattuna traumaa kokemattomien ryhmään, traumaa kokeneet sekä PTSD-diagnoosin omaavat syömishäiriöpotilaat raportoivat merkitsevästi enemmän SH-oireilua, ahdistuneisuus- ja masennusoireita, sekä traumaan liittyvien tunteiden/muistikuvien välttelyoireita. Sama todettiin myös verrattaessa trauman kokeneita PTSD-diagnoosilla ja ilman: oireilua oli PTSD:n omaavilla enemmän. Lopputulemana oli, että sekä traumatausta että PTSD oli yhteydessä suurempaan oireilun määrään.
Karr ym. 2012 (Yhdysvallat)	Tapaus- verrokkitutkimus	119 ahmimishäiriötä sairastavaa naista	Semistrukturoidut diagnostiset haastattelut ja EMA-protokollan (ecological momentary assessment) mukaisten kyselylomakkeiden täyttäminen. Nämä toteutettiin tutkittavilla, jotka oli jaettu sekä ahmimishäiriötä että PTSD:tä sairastaviin ja vain ahmimishäiriötä sairastaviin.	BN+PTSD -potilailla oli päivittäin enemmän ahmimiskohtauksia ja tyhjentäytymiskäyttäytymistä kuin vain ahmimishäiriötä sairastavilla. Kummallakin ryhmällä NA toimivat ahmimisen laukaisevana tekijänä, mutta ahmiminen kuitenkin helpotti niitä. Niin ahmimisen kuin erilaisten tyhjentäytymiskäyttäytymisten ilmentämisen aikana niiden määrä oli kuitenkin korkeampi kummastakin sairaudesta kärsivillä, verrattuna yksinään ahmimishäiriötä sairastaviin. PTSD+BN -diagnoosit omaavilla myös negatiivisten tunteiden ailahtelu oli nopeampaa niin ahmimiseen kuin myös mainittuihin tyhjentäytymiskäyttäytymisen muotoihin liittyen.
Inniss ym. 2011 (Kanada)	Tapaus- verrokkitutkimus	78 naista	Strukturoidut kliiniset haastattelut PTSD:n ja	Verrattuna normaaliin verrokkiryhmään ilman syömishäiriötä, ahmimishäiriöstä kärsivillä naisilla

SH:n oireiden ja diagnoosien kartoittamiseksi, sekä syömishäiriöihin liittyvä kyselylomake	tavattiin PTSD:n diagnoosia enemmän. Verrattuna ahmimishäiriötä sekä PTSD:tä sairastavia vain ahmimishäiriötä sairastaviin tutkittaviin, ei ryhmien välillä ollut eroa syömishäiriöoireiden vakavuuden suhteen.
--	---

Lyhenteet:

PTSD: posttraumatic stress disorder, traumaperäinen stressihäiriö

SH: syömishäiriö

BN: bulimia nervosa, ahmimishäiriö

BED: binge eating disorder, ahmintahäiriö

BN+PTSD: Potilaalla sekä ahmimishäiriön (BN= bulimia nervosa, ahmimishäiriö) että traumaperäisen stressihäiriön diagnoosit

NA: negative affect eli negatiiviset tuntemukset, kuten pelko, suuttumus, häpeä, inho, tyytymättömyys itseensä, suru jne.

7.3 Verkostanalyysi (engl. Network analysis)

Syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön välistä yhteyttä on muutamissa tutkimuksissa käsitelty myös niin sanotun verkostanalyysin avulla (engl. network analysis) (Vanzhula ym. 2019, Liebman ym. 2021). Tutkimusten mukaan kummankin sairauden tiettyjen oireiden välillä on yhteyksiä, jotka ylläpitävät rinnakkaissairastavuutta, ja siksi interventioissa tulisi keskittyä näihin yhteyksiin (Vanzhula ym. 2019, Liebman ym. 2021). Näitä eri sairauksien oireiden välisiä yhteyksiä kutsutaan myös sairastavuutta ylläpitäviksi reiteiksi (engl. illness pathways) (Vanzhula ym. 2019). Rinnakkaissairautta ylläpitävä ”reitti” voi olla traumaperäisen stressihäiriön ja syömishäiriöiden kohdalla esimerkiksi ahdistavien traumaan liittyvien muistikuvien ja ahmimiskäyttäytymisen välillä. Tämä tarkoittaa, että ahdistavien muistojen kokeminen uudelleen voi johtaa ahmimiseen, tai päinvastoin (Vanzhula ym. 2019).

Verkostanalyysia käytettäessä puhutaan sairauksien oireista yhtymäkohtina (engl. node) (Liebman ym. 2021). Käsite ’node centrality’ kuvaa oireita, jotka ovat keskeisimpiä, ja joilla on vaikutusta kaikkiin verkostossa oleviin oireisiin (Vanzhula ym. 2019). Näiden yhtymäkohtien välillä on yhdistäviä ”linjoja”. Yhdessä nämä muodostavat psykopatologisen verkoston (Liebman ym. 2021). Asiayhteyteen liittyy myös Vanzhulan ym. (2019) käyttämä, rinnakkaissairastavuuden taustalla olevia mekanismeja kuvaava termi ’bridge symptom’, jolla tarkoitetaan kahden sairauden oireita tai oireryppäitä yhdistäviä yhteyksiä. Borsboomin ym. (2017) mukaan oireiden aktivoituessa niiden yhteydet muihin oireisiin aktivoivat lisää oireita, kunnes aktivoituu kokonainen oireiden rypäs, joka itse sairautta/sairauksia edustaa. Verkostanalyysin avulla voidaan siis ymmärtää yhteyksiä oiretasolla rinnakkaisten sairauksien välillä (Borsboom 2017).

Lisäksi olennainen käsite on niin sanottu ’key player’ (Borgatti 2006). Niillä tarkoitetaan verkoston rakenteen ja yhtenäisyyden kannalta avainasemassa olevia oireita, jotka voidaan nähdä myös tärkeinä interventioiden kohteina. Jos kyseisessä asemassa olevan oireen poistaa verkostosta, tapahtuu koko systeemin maksimaalinen romahtaminen erillään oleviksi

komponenteiksi, ja samalla verkoston yhteneväisyyden taso vähenee merkittävästi. Tämä selittää näiden ”avainoireiden” ainutlaatuisuutta (Borgatti 2006). Verkoston kytkeytyneisyyden kannalta tärkeät oireet voisivat olla hoidon kannalta hyviä kohteita tarttua, mutta koska ne ovat vahvasti yhteydessä muihin oireisiin, ovat ne kaikkein todennäköisimmin uudelleen aktivoitavissa (Liebman ym. 2021). Tämän takia kyseisiin oireisiin voi olla vaikeaa suoranaisesti hoidollisesti tarttua, ilman vaikutusta muuhun verkostoon (Liebman ym. 2021).

Vanzhulan ym. (2019) tutkimus käsitteli syömishäiriön ja traumaperäisen stressihäiriön välisiä yhteyksiä, kliinisessä ja ei-kliinisessä tutkittavien ryhmissä. Kun oireiden välisiä yhteyksiä tutkittiin, saatiin selville, että kaikkein vahvin oireiden välinen yhteys oli ahmimisen (syömishäiriöoire) ja ärtyneisyyden (PTSD-oire) välillä, jolloin ko. yhteyttä voidaan pitää merkittävänä rinnakkaissairastavuutta ylläpitävänä yhteytenä. Lisäksi kummassakin ryhmässä traumaperäisen stressihäiriön oireisiin kuuluvat keskittymis-, uni- ja muistivaikeudet olivat yhteydessä syömishäiriön oirekuvaan kuuluviin keho- ja painotyytymättömyyteen sekä ruokaan ja kehoon liittyvistä ajatuksista johtuviin keskittymisvaikeuksiin. Tämän perusteella kognitiiviset vaikeudet saattavat myös olla yksi rinnakkaissairastavuutta ylläpitävä tekijä. Analyysin tulosten perusteella saadaan selville oireet, jotka toimivat ”reiteinä” muihin oireisiin sairauksien välillä. Näiden rinnakkaissairastavuutta ylläpitävien yhteyksien selvittäminen auttaa tehokkaampien hoitomuotojen kehittämisessä (Vanzhula ym. 2019).

8 Pohdinta

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tarkastella syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuutta, ja sen taustalla olevia selittäviä tekijöitä, kuten verkostanalyysin avulla toteutettua sairauksien toisiaan ylläpitävien mekanismien tutkimusta. Tarkastelun kohteena oli myös, miten rinnakkaissairastavuus vaikuttaa syömishäiriöoireiden vakavuuteen. Katsauksessa käytetyt tutkimukset olivat enimmäkseen tapaus-verroksi -tyyppisiä.

Kuitenkin trauman ja syömishäiriöiden välisen yhteyden suhteen voisi tehdä kvalitatiivisia eli laadullisia lähestymistapoja, ja tutkia psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta. Lisäksi aiheen

geneettisen puolen tutkimusta tarvitaan (Mitchell ym. 2012). Tähän päivään mennessä tutkimus on keskittynyt paljolti myös kummankin sairauden taustalla olevien traumaattisten tapahtumien vaikutukseen niiden kehitykseen, kun taas vähemmän on tutkittu mahdollista ko. sairauksien toisiaan ylläpitävää vaikutusta (Vanzhula ym. 2019).

Tutkimusten tuloksiin on lisäksi saattanut vaikuttaa niiden luotettavuutta horjuttavia tekijöitä. Esimerkiksi tutkittavien traumahistorian/traumaperäisen stressihäiriön määrittäminen on voitu toteuttaa spesifisti strukturoidulla kliinisellä haastattelulla, joka on aineistonkeruutapana luotettavampi. Tutkittavien henkilökohtaisen tilanteen määrittäminen on kuitenkin voinut perustua myös esimerkiksi tutkittavien omaan raportointiin, joka saattaa aiheuttaa enemmän harhaa tuloksiin.

Vaikka mahdollinen traumalle altistuminen tulisi hoitoon vaikuttavana tekijänä ottaa huomioon, siitä ei kuitenkaan voida suoraan tehdä kausaalista syy-seuraus -yhteyttä syömisen patologiaan (Mitchell ym. 2012). Syyt traumaperäisen stressihäiriön ja syömishäiriöiden taustalla ovat todennäköisesti seurausta interaktiosta geneettisten, biologisten ja psykososiaalisten tekijöiden välillä. Tulevaisuuden tutkimusten tulisi keskittyä näihin tekijöihin, ja tutkittavien tulisi lisäksi koostua sekä naisista että miehistä (Mitchell ym. 2012). Aihealueen tutkimuksissa tutkittavat ovat koostuneet enimmäkseen naisista.

Myös esimerkiksi seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt tulisi huomioida. Vaikka syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön rinnakkaissairastavuudesta kyseisen väestöryhmän kohdalla ei löytynyt tutkimusaineistoa, osoittaa esimerkiksi Feldmanin ja Meyerin (2010) tutkimus, että seksuaalivähemmistöön kuuluvilla syömishäiriötä sairastavilla miehillä ja naisilla oli todennäköisimmin myös jokin muu rinnakkainen psykiatrinen sairaus, verrattuna ko. vähemmistöön kuuluviin miehiin ja naisiin ilman syömishäiriötä.

Rinnakkainen traumaperäinen stressihäiriö syömishäiriöpotilaalla vaikuttaa hoitoon ja sen tuloksiin (Molendijk ym. 2017). Samanaikaisesti kummastakin sairaudesta kärsivien henkilöiden hoidon lopputulokset ovat huonompia. Tällä potilasryhmällä on myös suuremman tuen tarve

verrattuna potilaisiin ilman traumaperäistä stressihäiriötä (Molendijk ym. 2017). Kummastakin sairaudesta kärsivien henkilöiden taudinkuvat ovat monitahoisempia, he jättävät todennäköisemmin hoidon kesken (Trottier 2020). Esimerkiksi Brewerton ym. (2020) tuo tutkimuksessaan esille syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön yhteishoidon kehittämisen ja käyttöönoton tarpeellisuuden.

Yhteishoidosta ei kuitenkaan ole paljoa tutkimusnäyttöä, joten siksi sitä tarvitaan (Mitchell ym. 2021). Vaikka kummallekin sairaudelle on erikseen näyttöön perustuvat hoitomenetelmät, ei syömishäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön yhteishoidolle ole vakiintunutta hoitomenetelmää (Mitchell ym. 2021). Lisäksi Trottier ym. (2017) tutki kliinisessä työssä olevien lääkäreiden kantaa traumaperäisen stressihäiriön hoidon sisällyttämisestä syömishäiriöpotilaiden hoitoon. Lääkärit totesivat traumaan liittyvien oireiden olevan merkittävä este syömishäiriöstä toipumiselle, joten enemmistö piti mahdollista rinnakkaista traumaperäisen stressihäiriön hoitoa toipumisen kannalta hyödyttävänä tekijänä. Todetusta hyödyistä huolimatta tutkimuksessa todettiin kuitenkin käytännön esteitä. Lääkärit kokivat muun muassa epävarmuutta sen suhteen, miten edellä mainitun hoidon muoto voitaisiin sisällyttää syömishäiriön hoitoon (Trottier ym. 2017).

Brewerton kumppaneineen (2004) on lisäksi tuonut esille seikkoja, joita tulisi ottaa huomioon ennen traumaperäisen stressihäiriön hoidon aloittamista syömishäiriötä sairastavalla. Hoitoa ei tule aloittaa ennen kuin potilas on valmis aloittamaan koetun trauman käsittelemisen, hänen ravitsemustilansa on kunnossa ja hän on kykeneväinen emotionaaliseen ja kognitiiviseen informaation käsittelyyn, hänen syömishäiriöoireensa ovat suhteellisen hallinnassa, ja hän kykenee riittävästi sietämään distressiä (Brewerton 2004).

Varsinaista yleistä kantaa parhaan lähestymistavan suhteen koskien hoitoa ei ole tutkimuksen puutteen takia (Anderson ym. 2018). Syömishäiriön ja traumaperäisen stressihäiriön hoidon suhteen perättäinen hoito on kuitenkin ollut keskustelun aiheena. Vaikka traumaperäisen stressihäiriön ja syömishäiriöiden parissa potilastyössä toimivat asiantuntijat ovat yhtä mieltä, että ennen traumaoireiden hoidon aloittamista tulisi vakavat syömishäiriöoireet saada

hoitotasapainoon, ei yksimielisyyttä kuitenkaan löydy niin sanotuista täsmällisistä ”valmiuskriteereistä”, joiden tulisi täytyä ennen traumahoidon alkua. Hoidon toteutus riippuu kuitenkin paljon potilaan yksilöllisestä tilanteesta. Perättäinen hoito (ensin syömishäiriön hoito, jonka jälkeen PTSD:n hoito, tai toisinpäin) saattaa olla perusteltua turvallisuussyistä. Kuten mainittu, vakavien syömishäiriöoireiden tapauksessa tulisi nämä hoitaa ensin tasapainoon. Vakava aliravitsemustila esimerkiksi vaikuttaa kognitiiviseen toimintakykyyn. Lisäksi, perättäinen hoito saattaa vaikuttaa edesauttavasti hoidon tehokkuuteen. Jos vakavaa syömishäiriötä ei hoideta ensin, saattaa se aiheuttaa esteitä trauman hoidon onnistumiselle (Anderson ym. 2018).

Perättäinen hoito ei kuitenkaan ole ongelmaton, sillä hoidettaessa ensin toista sairautta, voi tämä usein johtaa toisen, rinnakkaisen sairauden pahenemiseen. Tästä voi aiheutua itseään ruokkiva sykli, joka estää kummastakin sairaudesta paranemista (Ackard ja Brewerton 2010). Esimerkiksi traumaperäisen stressihäiriön hoitoon liittyvä vaikeiden muistojen käsitteleminen saattaa lisätä potilaan syömishäiriöoireita, jolloin ne toimivat coping-keinona traumahoidon aiheuttamiin tuntemuksiin. Tämä taas saa potilaan välttelemään entistä enemmän traumaan liittyviä muistoja, mikä ylläpitää traumaperäistä stressihäiriötä (Brewerton 2004).

Perättäiseen hoitoon liittyy siis ongelmia, varsinkin hoidettaessa ensin traumaperäistä stressihäiriötä vakavasta syömishäiriöstä kärsivän potilaan tapauksessa. Jo edelläkin mainittu yhteishoito voi kuitenkin olla tehokas estämään ongelmallisia tilanteita, joissa toisen sairauden oireiden lieventyessä vuorostaan toisen sairauden oireet ilmenevät voimakkaampina. Muun muassa Brewerton (2004) ja Trottier ym. (2017) ovat puhuneet syömishäiriön ja traumaperäisen stressihäiriön yhtäaikaisen hoidon puolesta. Lisää tutkimusta kuitenkin tarvitaan vielä.

Lisäksi muun muassa Vanzhulan ym. (2019) tutkimuksessa käytettyä verkostoaalyyisia voisi soveltaa tulevaisuuden tutkimuksissa enemmän. Kun kyse on rinnakkaissairastavuudesta, jossa sairauksien välillä on havaittavissa toisiaan ylläpitäviä reittejä, voidaan niitä kartoittamalla lisätä ymmärrystä aiheeseen liittyen sekä kehittää tehokkaampia hoitomuotoja (Vanzhula ym. 2019).

9 Johtopäätökset

Samanaikaisen traumaperäisen stressihäiriön on tutkimuksissa todettu vaikuttavan syömishäiriöoireiluun tehden niistä vakavampia. Rinnakkaissairastavuudesta kärsivillä tutkittavilla psyykkistä ja fyysistä oireilua oli siis pääosin enemmän verrattuna vain syömishäiriötä sairastaviin tutkittaviin.

Kuitenkaan traumaperäisen stressihäiriön muodolla ei todettu olevan merkitystä sairauden kliinisyyden kannalta. Riippumatta siitä, onko kyseessä diagnostiset kriteerit vain osittain tai kokonaan täyttävä traumaperäinen stressihäiriö, esiintyy kummassakin muodossa yhtä paljon kyseisen sairauden oireita (Inniss ym. 2011). Vain osittaisesti traumaperäisen stressihäiriön diagnoosin kriteerit täyttävät tutkittavat eivät siis oireilleet vähemmän verrattuna diagnoosikriteeristön kokonaisuudessaan täyttäviin tutkittaviin. Lisäksi esimerkiksi taustalla olevan traumahistorian vaikutus oli ryhmien välillä yhtä merkittävä (Inniss ym. 2011). Tämä tulisi ottaa huomioon niin toteutettavassa hoidossa kuin tulevissa tutkimuksissakin.

Koska samanaikaisesti kummastakin sairaudesta kärsivien hoidon lopputulosten on todettu olevan huonompia (Molendijk ym. 2017) ja he jättivät todennäköisemmin myös hoidon kesken (Trottier 2020), tarvitaan rinnakkaissairastavuuden yhteishoidosta tutkimusta (Mitchell ym. 2021). Aihetta tutkittaessa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi Vanzhulan ym. (2019) käyttämää, rinnakkaissairastavuutta havainnollistavaa verkostanalyysiä. Lisäksi kvalitatiiviset lähestymistavat sekä geneettisen puolen tutkimus ovat huomionarvoisia seikkoja kyseisen rinnakkaissairastavuuden tutkimiseksi (Mitchell ym. 2012).

LÄHTEET

Anderson L, Murray S, Kaye W. Clinical handbook of complex and atypical eating disorders. Oxford University Press 2018.

Backholm K, Isomaa R, Birgegård A. The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;4:22482.

Balasundaram P, Santhanam P. Eating Disorders. 2021;.

Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ Clin Evid* 2010;2010:1005.

Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68:454-462.

Borgatti SP. Identifying sets of key players in a social network. *Computational & Mathematical Organization Theory* 2006;12:21-34.

Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.

Brewerton. Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach. 2004.

Brewerton TD, Perlman MM, Gavidia I, Suro G, Genet J, Bunnell DW. The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *Int J Eat Disord* 2020;53:2061-2066.

Brewerton TD, Dansky BS, O'Neil PM, Kilpatrick DG. The number of divergent purging behaviors is associated with histories of trauma, PTSD, and comorbidity in a national sample of women. *Eat Disord* 2015;23:422-429.

Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78:79-90.

Dahlgren C, Wisting LR, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders* 2017;28;5:56.

Feinson MC, Hornik-Lurie T. 'Not good enough!' Exploring self-criticism's role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. *Eat Behav* 2016;23:1-6.

Feldman MB, Meyer IH. Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay men, lesbians, and bisexuals. *Psychiatry Res* 2010;180:126-131.

Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:750-769.

Holzer SR, Uppala S, Wonderlich SA, Crosby RD, Simonich H. Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse Negl* 2008;32:561-566.

Inniss D, Steiger H, Bruce K. Threshold and subthreshold post-traumatic stress disorder in bulimic patients: prevalences and clinical correlates. *Eat Weight Disord* 2011;16:30.

Isomaa R, Backholm K, Birgegård A. Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Res* 2015;230:506-510.

Jenkins PE, Meyer C, Blissett JM. Childhood abuse and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *J Aggress Maltreat Trauma* 2013;22:248-261.

Karr TM, Crosby RD, Cao L ym. Posttraumatic stress disorder as a moderator of the association between negative affect and bulimic symptoms: an ecological momentary assessment study. *Compr Psychiatry* 2013;54:61-69.

Kiefer R, Goncharenko S, Contractor AA, DePina MZ, Weiss NH. Posttraumatic stress disorder symptoms moderate the relation between childhood sexual abuse and disordered eating in a community sample. *Int J Eat Disord* 2021;n/a:54(10):1819-1828.

Liebman RE, Becker KR, Smith KE ym. Network analysis of posttraumatic stress and eating disorder symptoms in a community sample of adults exposed to childhood abuse. *J Trauma Stress* 2021;34:665-674.

Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *Int J Eat Disord* 2012;45:307-315.

Mitchell KS, Singh S, Hardin S, Thompson-Brenner H. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *Int J Eat Disord* 2021;54:1260-1269.

Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med* 2017;1-15.

Rijkers C, Schoorl M, van Hoeken D, Hoek HW. Eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32:510-517.

Sack M, Boroske-Leiner K, Lahmann C. Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:315-320.

Scharff A, Ortiz SN, Forrest LN, Smith AR. Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD. *Eat Disord* 2021;29:88-102.

Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2017;376:2459-2469.

Strodl E, Wylie L. Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite* 2020;154:104802.

Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus. *Syömishäiriöt*. 2014.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50101?tab=suositus#K1> (luettu 20.10. 2021).

Traumaperäinen stressihäiriö, Käypä hoito -suositus. *Traumaperäinen stressihäiriö*. 2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50080#s3> (luettu 20.10. 2021).

Trottier. Posttraumatic stress disorder predicts non-completion of day hospital treatment for bulimia nervosa and other specified feeding/eating disorder. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28:343-350.

Trottier K, Monson CM, Wonderlich SA, MacDonald DE, Olmsted MP. Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eat Disord* 2017;25:22-36.

Trottier, Wonderlich SA, Monson CM, Crosby RD, Olmsted MP. Investigating posttraumatic stress disorder as a psychological maintaining factor of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2016;49:455-457.

Valtion Ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemushoito - Suositus sairaaloihin, terveystieteisiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010;256.

Vanzhula IA, Calebs B, Fewell L, Levinson CA. Illness pathways between eating disorder and post-traumatic stress disorder symptoms: Understanding comorbidity with network analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2019;27:147-160.

Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky BS, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1107-1115.