VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Siiri Karjalainen, Anna Keski-Rahkonen ja Reita Nyberg

Nuorten laihuushäiriön perhepohjainen hoito

Nuoren syömishäiriö on koko perheen ongelma, jota tulisi hoitaa perheessä. Joidenkin tutkimusten perusteella laihuushäiriön perhepohjainen hoito on osoittautunut vähintään yhtä tehokkaaksi kuin yksilöterapia tai muut perheterapian muodot. Vanhemmat tarvitsevat paljon tukea jaksaakseen kannatella lastaan. Heitä ei syyllistetä, vaan pidetään voimavarana ja koulutetaan kohtaamaan syömishäiriö erilaisissa arkisissa tilanteissa. Myös vanhempien keskinäinen vertaistuki auttaa sairauden eri vaiheiden läpikäymisessä. Kouluttamalla lisää ammattilaisia tarjoamaan perhepohjaista hoitoa voitaisiin tavoittaa yhä useampia perheitä.

Laihuushäiriö on vakava syömishäiriöihin kuuluva mielenterveyshäiriö, jota esiintyy vähintään 1–4 %:lla naisista ja alle 1 %:lla miehistä (1). Merkittävän osan laihuushäiriöiden esiintyvyydestä muodostavat myös epätyypilliset laihuushäiriöt, joiden esiintyvyydeksi Suomessa on arvioitu 2,1 % (2). Tyypillisesti sairaus alkaa 13–18 vuoden iässä. Potilaiden kuolleisuus on itsemurhien, muiden psykiatristen sairauksien samanaikaisen esiintyvyyden, päihteiden käytön ja aliravitsemuksen aiheuttamien komplikaatioiden vuoksi lähes kuusinkertainen muuhun väestöön verrattuna (3).

Laihuushäiriön kuten muidenkin syömishäiriöiden etiologia on tuntematon, mutta sen uskotaan johtuvan ympäristön ja perimän yhteisvaikutuksesta (3). Syömishäiriöiden hoito vaatii moniammatillista osaamista ja yhteistyötä potilaan ja tämän omaisten kanssa.

Nuorten laihuushäiriön hoitomenetelmät

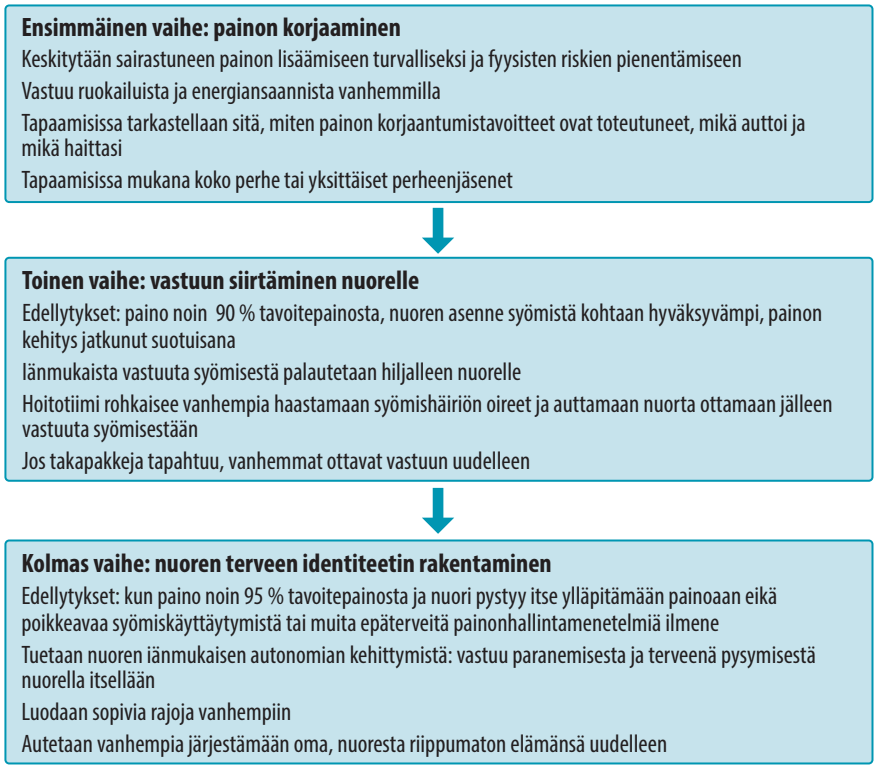
Nuorten laihuushäiriön hoidossa käytetään yleisesti erilaisia yksilöterapian muotoja, joissa lääkäri ja nuori tapaavat kahdestaan. Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa tavoitteena on tunnistaa ja muokata syömishäiriöajatuksia toipumista tukevilla ajatusmalleilla (4). Interpersonaalisessa terapiassa tavoitteena on oppia kohtaamaan arjen sosiaaliset ongelmat muilla tavoin kuin turvautumalla syömishäiriön oireisiin. Nuorelle asetetaan tavoitepainoja, ja painon korjaantumisen tärkeydestä keskustellaan, kunnes tavoitepaino on saavutettu. Lisäksi käytetään muitakin yksilöterapian muotoja, joista on vahvaa näyttöä aikuispotilaiden hoidossa.

Systeemisessä perheterapiassa pääpaino tapaamisissa on perheenjäsenten välisissä suhteissa ja ongelmatilanteiden hallinnassa (5). Huomiota ei kohdisteta ruokailuun ja painon kehitykseen, ellei perhe erikseen nosta asiaa esille.

Perhepohjaisen hoidon periaatteet

Perhepohjainen hoito (Maudsleyn menetelmä) on uudenlainen perheterapian muoto ja vaihtoehto nuoren yksilöhoidolle. Perhepohjaisen hoidon tavoitteena on kannustaa vanhempia ottamaan täysi vastuu nuoren ruokailusta ja painon korjaantumisesta (6). Perusajatuksena on, että kukaan ei tunne omaa lastaan niin hyvin kuin vanhemmat. Perhepohjaisessa hoidossa hoitotiimiin kuuluvat lääkäri, perheterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Perhepohjaisessa hoidossa terapeutti toimii vanhempien konsulttina sekä tukee ja neuvoo heitä sairauden hoidossa.

Duodecim 2020;136:1467–74



KUVA 1. Perhepohjaisen hoidon vaiheet.

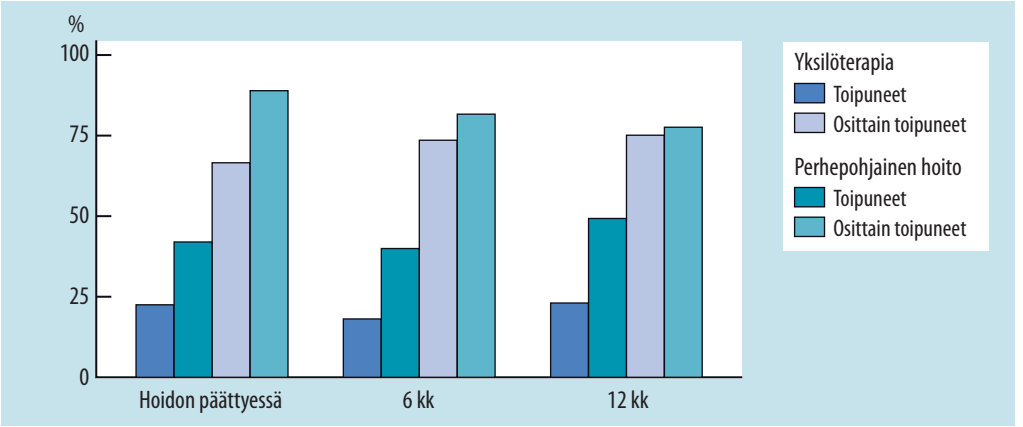
Terapeutti kannustaa ulkoistamaan sairauden nuoresta tämän syyllistämisen sijaan.

Toisin kuin aikaisemmissa perheterapiamuodoissa, perhepohjaisen hoidon tapaamisissa ei pyritä selvittämään sairauden syntytekijöitä. Sen sijaan keskitytään siihen, miten tapaamisten välinen aika on perheessä sujunut ruokailujen osalta ja minkälaisia ongelmia ruokailutilanteissa on noussut esiin. Tapaamisissa terapeutti auttaa perhettä löytämään toimivia toimintamalleja ruokailutilanteisiin. Hoitoon kuuluu usein myös perheateria, jossa terapeutti seuraa perheen ruokailua.

Perhepohjainen hoito jakautuu kolmeen vaiheeseen (KUVA 1). Ensimmäisessä vaiheessa vanhemmat ottavat täyden vastuun nuoren ruokailuista. Tärkeimpänä tavoitteena on saada nuoren paino ja ravitsemustila korjaantumaan. Kun paino on lisääntynyt tasaisesti ja korjaantunut lähelle tavoitepainoa, voidaan vastuuta alkaa siirtää hiljalleen takaisin nuorelle hänen ikätasonsa mukaisesti.

Kun nuori pystyy olemaan vastuussa terveen painon ylläpitämisestä ja ruokailujen sujumisesta, siirrytään viimeiseen vaiheeseen, jossa terapeutti tapaa nuorta kahden kesken. Viimeisen vaiheen tarkoituksena on nuoren terveen identiteetin rakentaminen. Vastuu paranemisesta ja terveenä pysymisestä on nuorella itsellään. Myös vanhempia avustetaan tavalliseen perheelämään palaamisessa. Viimeinen, kohtuullisen lyhyt vaihe käsittää muutamia tapaamisia.

Perhepohjaisesta hoidosta kehitetään uusia muotoja, kuten moniperheterapiaa ja intensiivistä perheterapiaa (7,8). Moniperheterapiassa useampi perhe tapaa samanaikaisesti, jolloin tapaamiset toimivat myös vertaisryhmänä. Intensiivinen perheterapia sisältää aloitusjakson, jossa perhe viettää hoidon alussa noin viisi kahdeksantuntista päivää hoitopaikassa. Aloitusjakson jälkeen tapaamisia jatketaan 1–2 kertaa viikossa niin, että potilaan tarpeet otetaan huomioon.



KUVA 2. Stanfordin ja Chicagon yliopistoissa tehdyssä tutkimuksessa verrattiin perhepohjaista hoitoa yksilöterapiaan (9). Kuvassa toipuneiden ja osittain toipuneiden osuudet kuuden ja kahdentoista kuukauden seuranta-ajoilla.

Perhepohjaisella hoidolla saavutettuja tuloksia

Perhepohjaista hoitoa verrattiin yksilöterapiaan Yhdysvalloissa Stanfordin ja Chicagon yliopistojen satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa (9). Tutkimukseen osallistui 121 laihuushäiriödiagnoosin saanutta 12–18-vuotiasta nuorta. Kuukautisten poisjääntiä ei vaadittu. Terapeutit olivat koulutettuja kumpaankin menetelmään, ja hoito perustui perhepohjaisen hoidon käsikirjaan (10).

Kukin potilas sai yhteensä 24 tuntia avohoitoa 12 kuukauden aikana joko perhe- tai yksilöterapiana. Hoitomuotojen erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä toipumisen osalta hoidon päättyessä. Kuitenkin puolen vuoden ja 12 kuukauden seuranta-ajoilla perhepohjaisen hoidon tulokset olivat tilastollisesti parempia kuin yksilöterapian (KUVA 2) (9). Perhepohjaista hoitoa saaneiden ryhmässä oli hoidon päättyessä enemmän osittain toipuneita kuin yksilöterapiaryhmässä (9). Yksilöterapiaa saaneista 37 % joutui sairaalahoitoon, perheterapiaa saaneista 15 %.

Tutkimuksessa vertailtiin ainoastaan yhtä yksilöterapian muotoa (adolescent-focused individual therapy, AFT) perhepohjaiseen hoitoon. Tutkimuksen seuranta-aika rajoittui 12 kuukauteen hoidon päättymisestä. Laihuushäiriötä sairastavien tila saattaa muuttua jopa vuosia hoidon päättymisen jälkeen, ja sairaus voi uusiutua, joten vieläkin pidempi seuranta-aika olisi voinut antaa lisäviitteitä hoidon onnistumisesta. Seuranta-ajan puitteissa oireiden uusiutuminen toipumisen jälkeen oli kuitenkin yleisempää yksilöterapiaryhmässä kuin perhepohjaista hoitoa saaneiden ryhmässä (40 % vs 10 %).

Toisessa perheterapiaa ja yksilöterapiaa vertailleessa tutkimuksessa perhepohjaisella hoidolla saavutettiin lupaavia tuloksia (11). Tutkimukseen osallistuneita hoidettiin sairaalassa, kunnes he saavuttivat 90 % yksilöllisestä tavoitepainostaan, joka oli määritetty iän, pituuden ja sukupuolen perusteella. Tämän jälkeen hoitoa jatkettiin avohoidossa joko yksilöterapiana tai perhepohjaisena hoitona.

Kummassakin ryhmässä osalla tutkituista oireet uusiutuivat sairaalahoidon jälkeen, mutta perhepohjaista hoitoa saaneiden paino pieneni keskimäärin vähemmän, minkä jälkeen heidän painonsa myös palautui nopeammin. Perhepohjaista hoitoa saaneiden paino oli vuoden kuluttua keskimäärin 93 % tavoitepainosta, yksilöterapiaa saaneiden 80 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Systeemistä perheterapiaa ja perhepohjaista hoitoa vertailleessa tutkimuksessa ei hoidon päättyessä eikä seurantajaksolla havaittu eroja toipumisessa (12). Perhepohjainen hoito osoittautui kuitenkin kustannuksiltaan tehokkaammaksi kuin systeeminen perheterapia. Kustannuserot olivat jopa 10 000 dollaria. Syynä

Ydinasiat

- Laihuushäiriön perhepohjainen hoito on satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa osoittautunut vähintään yhtä tehokkaaksi kuin yksilöterapia tai muut perheterapiat.
- Koska syömishäiriö vaikuttaa koko perheeseen, vanhempien tukeminen on keskeinen osa nuoren syömishäiriön hoitoa.
- Vanhempia ei syyllistetä, vaan pidetään voimavarana.
- Perheateriat, vertaistuki ja vanhempien reaktiotapojen tarkastelu auttavat vanhempia syömishäiriön kohtaamisessa.

tähän oli luultavasti perhepohjaisella hoidolla aikaansaatu varhainen painon korjaantuminen, jonka seurauksena sairaalapäivien määrä oli pienempi. Painon korjaantuminen 2–3 kg:lla ensimmäisen kuukauden aikana paransi ennustetta 30 %:sta 80 %:iin. Varhainen ja nopeampi painon lisääntyminen saavutettiin myös yksilöterapiaa ja perheterapiaa vertailleessa tutkimuksessa (11).

Perheterapioista on hiljattain julkaistu Cochrane-katsaus, jonka mukaan jotkin perheterapian muodot saattavat tukea toipumista tavanomaista hoitoa paremmin (13). Tutkimusnäyttö perustui kuitenkin vain kahteen satunnaistettuun kontrolloituun tutkimukseen.

Haasteita ja mahdollisuuksia

Perhepohjainen hoito on useissa tutkimuksissa osoittautunut toimivaksi ja kustannustehokkaaksi nuorten laihuushäiriön hoitomuodoksi. Perhepohjaisen hoidon myötä vähentyneet sairaala- ja osastopäivät ovat merkittävästi pienentäneet hoitokustannuksiakin (14). Suomessa nuorten syömishäiriöiden hoitojen potilaskohtaiset hinnat vaihtelivat 1 750 eurosta 427 269 euroon. Hoidon hinnasta keskimäärin 76 % koostui osastohoidosta ja 24 % avohoidosta (15). Ulkomaisissa tutkimuksissa perhepohjaista hoitoa saaneet välttyivät lähes täysin osastohoidolta (14,16).

Perhepohjaisen hoidon toteuttaminen Suomessa on kuitenkin edelleen vaikeaa. Asiantuntijoiden vähyyden vuoksi tarjonta rajoittuu suuriin kaupunkeihin, jolloin hoidon ulkopuolelle jää potilaita, jotka voisivat hyötyä siitä (17). Syömishäiriöitä hoidetaan Suomessa ensisijaisesti avohoitona, jolloin potilaat joutuvat toisinaan matkustamaan pitkiä matkoja hoitotapaamisiin (15). Yhdysvaltalaistutkimuksessa kaukana hoitopaikoista asuville potilaille tarjottiin perhepohjaista hoitoa videotapaamisten välityksellä (17). Potilaiden painoa seurattiin kotona ja paikallisen pediatrin vastaanotolla. Tutkimuksessa menetelmällä saavutettiin hyviä tuloksia. Suomessa samankaltaisilla etäpalveluilla voitaisiin mahdollisesti tavoittaa perheitä, joille hoitotapaamisiin matkustaminen tuottaa vaikeuksia.

Vanhempien tukeminen

Perhepohjaisen hoidon onnistumisen kannalta vanhemmilla on jopa tärkeämpi rooli kuin terapeutilla. Vanhempien pelot ovatkin yksi hoitoon liittyvistä ongelmista. Syömishäiriötä sairastava voi käyttäytyä aggressiivisesti tai uhkailla esimerkiksi lopettavansa syömisen kokonaan, minkä seurauksena vanhemmat mukautuvat helposti syömishäiriöön. Tällöin oireiden haastaminen on vaikeaa (18). Siksi vanhempien motivoiminen ja tukeminen parantaa hoitotuloksia.

Terapeutin tulee rohkaista vanhempia ja ohjeistaa heitä ottamaan täysi vastuu nuoren syömisestä. Tämä tarkoittaa sitäkin, että vanhemmille annetaan valtuudet ruokkia sairastunut perheen tapoihin sopivasti ilman kaavamaisia ohjeita tai rutiineja. Ateriasuunnitelmat ja tarkoin sanellut ruoka-ajat vaikeuttavat vanhempien tehtävää, mutta myös nuori voi takertua liian tiukasti ateriasuunnitelmaan ja rutiineihin (19). Vanhempien valtuuksiin kuuluu myös aterioiden annostelu.

Epäselvyydet vastuista ja valtuuksista aiheuttavat ristiriitoja ja väsyttävät vanhempia. Ristiriitoja voidaan välttää huolellisella ohjeistuksella ja hoitotiimin yhteistyöllä heti hoidon alussa. Jos hoidolla ei saavuteta toivottuja tuloksia, hoitotiimi voi tarjota perheelle lisätukea (20).

Esimerkiksi vanhempien intensiivisessä valmennuksessa terapeutti kouluttaa heitä hoitamaan nuoren syömishäiriötä. Intensiivivalmennus käsittää tapaamisia pelkästään vanhempien kanssa sekä tarpeen mukaan useampia perheaterioita terapeutin ollessa läsnä.

Vanhemmille suunnattua ohjausta on tarjottu Yhdysvalloissa toteutetussa soveltuvuustutkimuksessa myös verkkokurssina. Menetelmässä vanhemmat rekisteröityivät kurssille käyttäjänimellä ja kouluttautuivat hoitamaan lastaan opetusvideoiden, tekstien ja kotitehtävien avulla. Sivustolla oli myös keskustelupalsta, jolla vanhemmat pystyivät jakamaan kokemuksiaan (21). Tutkimuksessa saavutettiin lupaavia tuloksia, ja vanhemmat olivat tyytyväisiä tarjottuun tukeen.

Samankaltaisesta palvelusta voisi mahdollisesti olla hyötyä Suomessakin, sillä konsepti mielenterveysongelmien hoidosta verkossa on tuttu. Mielenterveystalo julkaiseekin kesän 2020 aikana läheisille tarkoitetun Tukea syömishäiriöön sairastuneen läheiselle -omahoito-ohjelman (22). Sen tarkoituksena on antaa tietoa ja lisätukea vanhemmille sekä helpottaa ammattilaisten työtä läheisten ohjaamisessa perhepohjaisen hoidon mukaiseen toimintaan kotona.

Syömishäiriöliiton paikallisyhdistykset tarjoavat uuteen Maudsleyn menetelmään perustuvaa TAITO-valmennusta syömishäiriötä sairastavan läheisille (23). Valmennukseen kuuluu 4–5 tapaamiskertaa. Tarkoituksena on tarjota työkaluja hankalista tilanteista selviämiseen ja keinoja keskusteluun syömishäiriötä sairastavan kanssa.

Vanhempien tueksi on olemassa lisäksi hyödyllisiä kirjoja ja verkkosivuja. Suomessa perhepohjaiseen hoitoon osallistuneet vanhemmat ovat perustaneet blogin Maudsleyn menetelmä – perhepohjainen hoito (24). Sen tarkoituksena on auttaa nuoren laihuushäiriön kanssa kamppailevia vanhempia voimaantumaan ja hoitamaan nuorta. Blogissa on käyty läpi perhepohjaisen hoidon perusajatuksia ja hoidon vaiheita sekä käsitelty aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Siinä esitellään myös perhepohjaista hoitoa käsitteleviä itsehoito-oppaita.

Myös vertaistuki on avainasemassa vanhempien jaksamisessa. Syömishäiriöliiton paikallisyhdistykset tarjoavat avoimia vertaistukiryhmiä potilaiden läheisille. Lisäksi Facebookissa on läheisten tukiryhmä. Tukiryhmistä saa rohkaisua, neuvoja ja tukea muilta samanlaisessa tilanteessa olevilta.

TAULUKKO. Tavallisimpia syitä siihen, miksi perhepohjainen hoito ei toimi.

Perhepohjaisen hoidon vasta-aiheet
Potilaan heikko somaattinen tila tai itsetuhoisuus
Potilaan muu vaikea psyykkinen oireilu, esimerkiksi vaikea ahdistus, masennus tai pakko-oireinen häiriö
Perheen riitaisa tilanne vanhempien eron jälkeen
Hoitovastetta heikentäviä tekijöitä
Sairauden pitkä kesto
Tavoitepainoa ei ole saavutettu tai se on asetettu liian pieneksi
Altistaminen pelkoruuille ei toteudu
Vanhemmat eivät uskalla tai osaa haastaa syömishäiriötä ja väsyvät
Hoitotiimi tai terapeutti alkaa mukautua syömishäiriöön
Kaikki hoitoon osallistuvat eivät toteuta samaa yhteistä rintamaa
Nuori ei löydä elämää syömishäiriön ulkopuolelta

Milloin perhepohjainen hoito ei toimi?

Tavallisimpia syitä perhepohjaisen hoidon epäonnistumiseen on esitetty **TAULUKOSSA** (25). Monet näistä ongelmista ovat ratkaistavissa suhteellisen pienellä panoksella. Yleisimmin raportoituihin perhepohjaisen hoidon ongelmiin kuuluvat liian pienen tavoitepainon aiheuttamat vaikeudet. Liian pienessä painossa pysytteleminen on sekä psyykkisesti että fyysisesti kuormittavaa syömishäiriöiselle. Painotavoitteen ylittäminen ahdistaa potilasta, vaikka paino olisikin normaalipainon rajoissa. Lisäksi laihuushäiriötä sairastavat ovat usein nuoria, joiden pituuskasvu ja muu kehitys on vielä kesken. Siksi tavoitepainoa ei voida välttämättä asettaa sairautta edeltävän painon mukaan, vaan se tulisi suhteuttaa pituuskasvuun ja asettaa tarpeeksi suureksi.

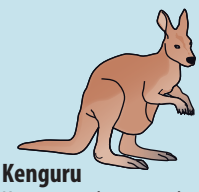
Hoitotiimin yhteistyön puutteesta aiheutuvat ongelmat vaikeuttavat ennen kaikkea vanhempien tehtävää ja aiheuttavat ristiriitoja

perheessä. Vanhemmat päättävät ruokailuista, terapeutti ja lastenlääkäri koordinoivat hoitoa (26). Lastenlääkäri antaa tietoa fyysisestä tilasta ja auttaa vanhempia päätöksenteossa esimerkiksi ravitsemuksen osalta (27). Tiimin hyvä kommunikaatio on välttämätöntä ristiriitaisten suositusten välttämiseksi (28).

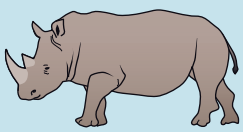
Kysymys nuoren yksilötuen tarpeesta nousee usein esille hoitoa suunniteltaessa. Tutkimusten mukaan tälle ei kuitenkaan ole tarvetta (29). Hoidon teho on sama terapeutin tavatessa jopa pelkästään vanhempia. Yksilötapaamiset voivat olla haitallisiakin perhepohjaisessa hoidossa (28). Myös psykiatriset liitännäissairaudet, kuten mielialaongelmat ja ahdistus, korjaantuvat suurilta osin ravitsemustilan mukana. Jäännösoireita voidaan hoitaa tarvittaessa.

Yksinhuoltajuus, vanhempien eroon liittyvät ongelmat tai vanhempien vaativa työ saattavat vaikeuttaa hoidon toteuttamista. Vanhempien suuri vastuu hoidossa tulee ottaa huomioon hoitomuotoa valittaessa (28). Jos perhe kuitenkin on motivoitunut, ei perhepohjaista hoitoa kannata poissulkea. Tapaamisissa ei tarvitse välttämättä tavata koko perhettä, vaan usein sairastunut ja vanhemmat riittävät (29). Jos vanhemmat ilmaisevat paljon negatiivisia tunteita tai ovat psyykkisesti kuormittuneita, myös pelkkä vanhempien tapaaminen voi olla kannattavaa. Perheenjäsenten tapaaminen erikseen mahdollistaa vapaamman puhumisen ongelmista. Perhepohjaisessa hoidossa toisella vanhemmista on usein suurempi vastuu ruokailuista. Häntä voidaan tavata hoidossa kahden kesken.

Uusi Maudsleyn menetelmä on perhepohjaisen hoidon kehittäjien luoma malli, jonka tarkoituksena on varustaa sairastuneen läheiset samoilla taidoilla, joita käytetään syömishäiriöiden osastohoidossa. Tavoitteena on tarjota keinoja kommunikaatioon sairastuneen kanssa ja vähentää vanhempien ahdistusta. Menetelmässä vanhempien reaktioita mallinnetaan usein eläimillä. Tarkoituksena on, että vanhemmat tunnistavat hyödyttömät reaktiomallit, pyrkivät välttämään niitä ja korvaavat ne hyödyllisillä reaktiomalleilla. **KUVA 3** havain-



Kenguru
Kenguruvanhempi mukautuu helposti syömishäiriöön ajatellessaan näin vähentävänsä sairastuneen tuskaa.



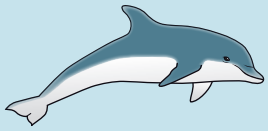
Sarvikuono
Sarvikuono-reaktiomallissa vanhempi turhautuu syömishäiriöajatusten irrationaalisuuteen ja yrittää vihamielisesti saada oman kantansa läpi. Tämä johtaa usein riitatilanteisiin.



Strutsi
Strutsivanhempi kieltää tunteensa ja sulkee silmänsä syömishäiriön vaikutuksilta perheeseen. Vanhempi saattaa pitää itsensä kiireisenä töissä tai muissa puuhissa välttäen vaikeiden tilanteiden kohtaamista.



Meduusa
Meduusa-reaktiomallissa vanhempi kokee itsensä epäonnistuneeksi. Myös sairastunut huomaa meduusavanhemman tuskan ja kokee syyllisyyttä tilanteesta.



Delfiini
Delfiini-reaktiomalli on esimerkki hyödyllisestä reaktiomallista. Delfiinivanhempi kannattelee ja tukee niin kauan kuin sairastunut sitä tarvitsee ja vähentää tukea asteittain toipumisen edetessä.



Bernhardinkoira
Tässä mallissa vanhempi pysyy rauhallisena ja päättäväisenä eikä säiky syömishäiriötä sairastavan uhkauksia. Hän ymmärtää, ettei sairastunut ole vastuussa sairaudesta, vaan ansaitsee tukea ja rakkautta perheeltään.

KUVA 3. Vanhempien tyypilliset tavat reagoida lapsen syömishäiriöön.

nollistaa vanhempien tyypillisiä reaktiomalleja Maudsleyn menetelmän eläimillä.

Lopuksi

Perhepohjaisella hoidolla on saavutettu maailmalla lupaavia hoitotuloksia. Tutkimuksissa hoito on myös havaittu kustannustehokkaaksi. Hoitovaste on ollut nopeampi verrattuna yksilöterapiaan ja muihin perheterapian muotoihin.

Perhepohjaisen hoidon tarjoaminen rajoittuu Suomessa lähinnä suuriin kaupunkeihin. Hoidon saatavuutta voitaisiin parantaa kouluttamalla lisää ammattilaisia tarjoamaan perhepohjaista hoitoa. Terapeuttien verkkokoulutukset saattaisivat säästää sekä aikaa että rahaa (16). Koulutukset sisältäisivät muun muassa opetusvideoita, tapausselostuksia, keskustelua ryhmäfoorumilla ja itsearviointia.

Perhepohjaisen hoidon uudet muodot tukevat vanhemmuutta. Lisäksi kehitteillä on moniperheterapia ja intensiivinen perheterapia, jotka yhdistävät uudella tavalla ammattilaisten osaamista ja perheiden voimavaroja. ■

SIIRI KARJALAINEN, LK
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto

ANNA KESKI-RAHKONEN, professori, psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri
Helsingin yliopisto, kansanterveystieteen osasto

REITA NYBERG, LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Siiri Karjalainen: Ei sidonnaisuuksia

Anna Keski-Rahkonen: Luento-/asiantuntijapalkkio (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim), luottamustoimet (Sexpo-säätiön hallituksen jäsen, eurooppalaisten syömishäiriökongressien järjestelytoimikunta), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim)

Reita Nyberg: Luento-/asiantuntijapalkkio (LivingSkills Oy, Roche Finland Oy, Novartis Finland Oy / Sandoz), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (AstraZeneca Oy), luottamustoimet (Syömishäiriöliitto – SYLI ry, hallituksen jäsen), muut sidonnaisuudet (LivingSkills Oy hallituksen jäsen, osakas)

SUMMARY

Family-based treatment for anorexia nervosa in adolescents

Eating disorders impact the whole family which is why families should be involved in the treatment. According to research, family-based treatment turns out to be as efficient as adolescent-focused therapy or other forms of family therapy. In family-based treatment, parents are considered as a resource. One of the most important part of family-based treatment is to ensure that the parents have enough knowledge and support to help their child to recover. Support is offered by a therapist through therapy sessions and family meals. The main functions of family meals are to allow the therapist to observe the typical interaction patterns around eating and to assist the parents to encourage their child during the meal. Peer support is also playing a key role in empowering parents.

KIRJALLISUUTTA

1. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry 2016;29:340–5.
2. Silén Y, Sipilä P, Raevuori A, ym. DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: a public health concern. Int J Eat Disord, julkaistu verkossa 30.1.2020. DOI:10.1002/eat.23236.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, ym. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry 2011;68:724–31.
4. Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 11.12.2014]. www.kaypahoito.fi.
5. Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. N Engl J Med 2009;360:500–6.
6. Lock J, Le Grange J. Family-Based treatment of eating disorders. Int J Eat Disord 2005;37:64–7.
7. Eisler I, Simic M, Hodsoll J, ym. A pragmatic randomised multi-centre trial of multi-family and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. BMC Psychiatry 2016;16:422.
8. Rockwell RE, Boutelle K, Trunko ME, ym. An innovative short-term, intensive, family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: case series. Eur Eat Disord Rev 2011;19:362–7.
9. Lock J, Le Grange D, Booil J. Randomized clinical trial comparing family-based treatment to adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2010;67:1025–32.
10. Lock J, Le Grange D, Agras WS, ym. Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach. Can Child Adolesc Psychiatr Rev 2003;12:50–1.
11. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, ym. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1482–9.
12. Agras WS, Lock J, Brandt H. Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa a randomized parallel trial. JAMA Psychiatry 2014;71:1279–86.
13. Fisher C, Skocic S, Rutherford K, ym. Family therapy approaches for anorexia nervosa. Cochrane Database Syst Rev, julkaistu verkossa 15.10.2018. DOI:10.1002/14651858.CD004780.pub3.
14. Le Grange D, Eisler I. Evaluation of family therapy in anorexia nervosa: a pilot study. Int J Eat Disord 1992;12:347–57.
15. Silén Y, Raevuori A, Sipilä P, ym. Nuoren laihuushäiriön hoito ja erikoissairaanhoidon kustannukset. Duodecim 2016;132:2115–23.
16. Eisler I, Dare C, Hodes M, ym. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:727–36.
17. Anderson K, Byrne C, Crosby R, ym. Utilizing Telehealth to deliver family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2017;50:1235–8.
18. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. Int J Eat Disord 2019;52:481–7.
19. Lian B, Forsberg S, Fitzpatrick K. Adolescent anorexia: guiding principles and skills for the dietetic support of family-based treatment. J Acad Nutr Diet 2019;119:17–22.
20. Rand-Giovannetti D, Griffiths S. Locating the mechanisms of therapeutic agency in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a pilot study of clinician/researcher perspectives. Eat Disord 2018;26:477–86.
21. Lock J, Darcy A, Fitzpatrick K. Parental guided self-help family based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study. Int J Eat Disord 2017;50:1104–8.
22. Omahoito. Mielenterveystalo. www.mielenterveystalo.fi/omahoidot.
23. TAITO-valmennus. Sisä-Suomen SYLI ry. www.sisasuomensyli.fi/taito-valmennus.
24. Maudsleyn menetelmä – syömishäiriöiden perhepohjainen hoito. http://maudsleyperheet.blogspot.com.
25. Hughes EK, Le Grange D, Court A, ym. Implementation of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa. J Pediatr Health Care 2014;28:322–30.
26. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, ym. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. J Adolesc Health 2013;53:433–40.
27. Murray S, Thornton C, Griffiths S, ym. Collegial alliance and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: a qualitative report of three cases. Adv Eat Disord 2015;3:251–8.
28. Le Grange D, Hughes E, Court A, ym. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55:683–92.
29. Hughes EK, Burton C, Le Grange D, ym. How well are we engaging the family in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa? J Eat Disord, julkaistu verkossa 23.11.2015. DOI:10.1186/2050-2974-3-S1-O49.