

Weisenberg, M. (1987). *Psychological intervention for the control of pain. Behaviour Research and Therapy* 25, 301—12.

Williams, R.B. ja Gentry, W.D. (1976). *Behavioural approaches to medical treatment*. Ballinger, Cambridge, Mass.

## 8

## Söömishäired

Christopher G. Fairburn ja Peter J. Cooper

## Sissejuhatus

See peatükk on pühendatud kahe tähtsana "söömishäire" - *anorexia nervosa* ja *bulimia nervosa* ravile. Kuigi nende täpset esinemissagedust ei teata, on ilmne, et need häired moodustavad ühe olulistest psühhiaatriliste häigestumiste allkatest. Käesolevas peatükis ei tegeleda rasvumise raviga, kuigi kognitiiv-käitumuslikke protseduure kasutatakse sellest tõsisest meditsiinilisest probleemist ülesanniseks laialdaselt. Seda väljajätmist õigustavad kolm asjaolu: esiteks on trükitruum piiratud; teiseks on sellele ravile pühendatud mitu esmaklassilist käsiraamatut; kolmandaks ei ole rasvumine "psühhiaatriline" haigus *per se* ja selle ravi kuulub harva psühhiaatriapraktikasse. Lisateabe kogumiseks rasvumise kohta soovitanne Ingejale Garrow suurepärase raamatut (1988) ning informatsiooni saamiseks kognitiiv-käitumusliku lähenemise kohta selle ravile võib soovitada Mahoney ja Mahoney teost (1976).

Anoreksiat ja bulimiat tähendab neile ülimalt iseloomulik liialdatud nuretsenine figuuri ja kehakaalu pärast. Need mured või ülemäärane olulisus peetavad mõtted on anoreksiale ja bulimiale iseloomulikud ja seotud tu on neil suur diagnostiline tähtsus (Fairburn ja Garner 1988). Neid on kirjeldatud mitmeti: näiteks "hajglane hirm paksuks minna" (Russell 1970), "saleduse poole püüdlennine" (Bruch 1973) ja "kaalufoobia" (Crisp 1967). Sellise "tuumpsühhopaatoloogia", nagu seda on nimetatud, olemus seisneb selles, et patsiendid otsustavad oma väärtuse üle peaaegu eranditult oma figuuri ja kehakaalu põhjal. Selle tulemusena mõttevad nad pidevalt figuurile ja kehakaalule, väldivad usinalt kaaluüvet või "tusedust" ning püüvad püüavad saledaks saada.

Anoreksiale ja bulimiale on tumuslikud ka nimmed kehakaalu kontrollimiseks ette nähtud tegusamisviisid. Nende hulka kuuluvad äärmuslik dieedi pidamine, tahtlikult esilekutsutud oksendamine, lahtisite või diureetikumide väär kasutamine ning innukas füüsiline liikumine. Bulimiat puhul ei tarvitse see tingimata nõnda olla, kuna nende patsientide saleduskuuripüüdeid katkestavad ülesöömisperioodid. Mõlema häire-

Tabel 8.1 DSM III R anoreksia ja buliimia diagnostilised kriteeriumid (American Psychiatric Association 1987)

#### Anoreksia

- A. Keeldumine kehakaalu hoidmisest kõrgemal antud vanusele ja pikkusele ette nähtud minimaalsest normkaalust, st kehakaalu langemine, mille tagajärjeks on kaal, mis on 15% alla normi; või suutmatuse kasvuperioodil normikohaselt kaalus juurde võtta, mille tulemuseks on kaal 15% alla normi.
- B. Tugev hirm kaalus juurde võtta või paksuks minna, isegi kui ollakse alakaaluline.
- C. Kehakaalu, kehamõõtmete ja figuuri tajumise häiritus, näiteks inimene tunneb end "paksuna" isegi siis, kui on nälginud, leiab, et mõni kehapiirkond on "liiga paks", isegi kui ta on silmnähtavalt alakaaluline
- D. Naiste puhul vähemalt kolme järjestikuse menstruaaltsükli puudumine, mis muudu oleksid pidanud ilmuma (primaarne või sekundaarne amenorröa — naisel diagnoositakse amenorröa siis, kui menstruaaltsioon taastub ainult hormoonide (nt östrogeeni) manustamisel)

#### Buliimia

- A. Korduvad liigsöömishood (suure hulga toidu kiire tarbimine piiratud ajavahemiku jooksul)
- B. Liigsöömisperioodide ajal tunteks, et puudub kontroll söömise üle
- C. Irmesel esineb sageli tahtlikku oksendamist, lahtistite või diureetikumide kasutamist, rangeid dieete või nälginist või füüsilist liikumist eesmärgiga kaaluivet vältida
- D. Vähemalt kaks liigsöömishoogu nädalas vähemalt kolme kuu vältel
- E. Püsiv liialdatud muretsemine figuuri ja kehakaalu pärast

ga kaasneb "üldine psühhopatoloogia", mis seisneb arvukates neurootilistes sümptomites, kusjuures eriti märgatavad on depressiivsed jõoned.

Hiljuti avaldatud anoreksia ja buliimia diagnostiliste kriteeriumide komplekt on ära toodud tabelis 8.1. Vastavalt nendele kriteeriumidele ei välista need kaks diagnoosi teineteist. Kuid vastavalt tavalisele kliinilisele konventsioonile domineerib anoreksiadiagnos buliimia suhtes. Selle mõjul piirduakse buliimia diagnoosimisel inimestega, kelle kehakaal on normaalne või üle selle.

Tabel 8.2 Anoreksia (AN) ja buliimia (BN) peamised psühhopatoloogilised tunnused

#### Spetsiifiline psühhopatoloogia

1. Iseloomulik liialdatud muretsemine figuuri ja kehakaalu pärast. Enese hinnangu andmine peaaegu eranditult figuuri ja kehakaalu põhjal
2. Figuuri ja kehakaalu kontrollimiseks ette nähtud tegevus äärmuslikud dieedid tahtlik oksendamise lahtistite ja diureetikumide väär kasutamine intensiivne füüsiline liikumine (eriti AN)
3. Buliimiahood (eriti BN)

#### Üldine psühhopatoloogia

1. Mitmed depressiooni ja ärevuse sümptomid
2. Kinnismõtetega seotud jooned (eriti AN)
3. Halb keskendumisvõime
4. Sotsiaalsete funktsioonide häiritus

### Anoreksia ja buliimia kliinilised tunnused

Anoreksia ja buliimia peamised kliinilised tunnused on loetletud tabelis 8.2. Anoreksia ja buliimia täielikumaid kirjeldusi leiab vastavalt Garfinkeli ja Garneri (1982) ning Fairburni, Cooperi ja Cooperi (1986a) raamatutest. Nende kahe haiguse psühhopatoloogia puhul väärivad tähelepanu kolm asjaolu, mis kõik omavad ravi suhtes olulist tähendust.

1. Enamik anoreksia ja buliimia tunnuseid näivad olevat sekundaarsed patoloogilise figuuri ja kehakaalu puudutavate ületähtsustatud ideede suhtes. Nende sekundaarsete tunnuste hulka kuuluvad äärmuslikud dieedid (ning anoreksia puhul selle tulemusena madal kehakaal), tahtlikult esilekutsutud oksendamine, lahtistite ja diureetikumide liigne kasutamine, innukas füüsiline tegevus ning mõtete keskendumine figuurile ja kehakaalule. Isegi ülesöömisperioodid, mida täheldatakse kõigil buliimiapatsientidel ja umbes 50 protsendil anoreksiapatsientidel, on tõenäoliselt sekundaarsete tunnuseks selles mõttes, et levinud arvamuse kohaselt on osalt tegemist äärmuslike dieedikatsede tagajärgedega (Polivy ja Herman 1985). Ületähtsustatud arusaamad figuuri ja kehakaalu suhtes ning teatud nendega kaasnevad mõtlemisvead (vt tabel 8.5) sumnivad patsiente kehtestama

rängeid ja jätku dieedireegleid, millest väiksemaltki üleastumist peetakse viletsa enesekontrolli tunnuseks, millele järgneb kontrolli ajutine katkestamine söömise üle. Ka füsioloogilised tegurid võivad soodustada ülesõõmisepeesoode neil patsientidel, kes on tugevasti alakaalulised, ja neil, kes söövad väga vähe. Pajude patsientide puhul toimib tõenäoliselt nii kognitiivne kui ka füsioloogiline mehhanism.

Asjaolu, et enamik anoreksia ja buliimia tunnuseid tunduvad sekundaarsetena patsiendi äärmise nure suhtes figuuri ja kehakaalu pärast, on ilmne tähtsus neist ülesaanmisel. Konkreetset viitab see tõsiasjale, et täieliku ja kestva paranemise saavutamiseks tuleb neid ülelõhustatud ideid muuta. Seda oletust tuleb veel kontrollida (vt Fairburn 1983). Sellele vaatamata on nende ülelõhustatud ideede muutmise üks anoreksia ja buliimia kognitiiv-käitumusliku ravi peamisi eesmärke.

2. *Mõned anoreksia tunnused tekivad tänu "nälgimisele".* Anoreksia teatud tunnused on arvatavasti nälgimise otsene tulemus (Garner, Rockett, Olmsted, Johnson ja Coscina 1985). Nende hulka kuuluvad mõtete keskendumine toidule ja söömisele, ülesõõmisperioodid, masendusmeelolu ja ärritus, kannismõttelised sümptomid, häiritud keskendumisvõime, huvi kaotanemine välismaailma vastu, seksuaaliline kadumine ja tühistondlik tagasiõmbumine. Seda oletust toetab avastus, et enamikul patsientidel kaovad pajud neist tunnustest ainuüksi kaalu taastumisel. Osalt sel põhjusel ongi kaalu taastamine tervetele tasemele anoreksia ravi oluline külg. Kuid kaks tumust ei kao kaalu taastumisel, nimelet ülesõõmisperioodid ja depressiivsed tunnused. Pajudel patsientidel, kes kuuluvad sellesse rühma, milles depressiivsed tunnused kaalu taastumisele vaatamata püsivad, näib esinevat kaasnev depressioon.

3. *Pajud buliimia tunnused on sekundaarsetes psühholoogilises reaktsioonis söömise üle kontrolli kadumisele.* (Sama kehtib ka nende anoreksiapatsientide kohta, kel esinevad buliimiaepisoodid.) Buliimia üldise psühhopatoloogia olemuse (Cooper ja Fairburn 1986) ning selle ravile allumise (Fairburn, Cooper, Kirk ja O'Connor 1985) valas läbiviidud uurimused näitavad, et mitmeid tunnuseid võib vaadelda sekundaarse psühholoogilise reageeringuna söömise üle kontrolli kaotamisele inimesel, kes on istuvad suurt tähtsust oma figuurile ja kehakaalule. Selliste tunnuste seas torkavad enim silma depressiivsed ja ärevussümptomid, tühistondlik tagasiõmbumine ning keskendumisvõime häiritus. Enamikul juhtudest ei nõua need sümptomid iseenesest terapeudi otsist tähelepanu. Selle asemel hääluvad need, kui patsient lihtsalt tugewdab kontrolli söömise üle.

### Buliimia ravi

Buliimia ravimist vaadeldakse enne anoreksia ravi kahel põhjusel. Esiteks, ehkki buliimiat kirjeldati hiljem kui anoreksiat, on selle ravimist rohkem uuritud. Teiseks valitseb üldine üksmeel selles suhtes, et buliimia eelistatimaks ravimisviisiks on mõni kognitiivse käitumisravi vorm (Agras 1987; Wilson 1987). Kuid buliimia kognitiivse käitumisravi suhtes praegu valitsev entusiasm on ehk mõneti liialdatud, sest tõendid selle kohta, nagu oleks see muudest lähenemistest tunduvalt tõhusam, on nõrgad (Fairburn, trüks). Kolme hiljutise efektiivsuskatse tulemused näitavad, et patsiendid, kel on buliimia, võivad samavõrta kasu saada ka ravimeetoditest, mida vähemalt kõige konventsionaalsemaid definitsioone kasutades ei saa kognitiivse käitumisteraapia vormideks pidada (Kirkley, Schneider, Agras ja Bachman 1985; Fairburn, Kirk, O'Connor ja Cooper 1986b; Fairburn, trüks). Ometi on selle häire psühholoogiliste raviviiside seast just kognitiivset käitumisravi kõige rohkem uuritud ning tulemused näitavad, et liidiagiliselt patsiendid ka paranevad. Kognitiivse käitumisteraapia põhjustatud muudatused edasise säilimise kohta on andmeid vähe. Ühe viieaastase vaatusperioodi hiljutised tulemused näitavad, et paraterrine on jäär (Fairburn, O'Connor ja Anastasiades, ettevalmistamisel).

On teostatud, et suure enamiku buliimiapatsientidega saab tegelda ambulatoorselt. Haiglasse paigutatamise näidustuseks on kolm asjaolu: kui patsiendi depressioon on liialt sügav, et sellest ambulatoorselt üle saada, või on olemas enesetapu oht, kui patsiendi füüsiline tervis tekitab muret (kõige levinum probleem on tõsine elektrolüütide tasakaalu häiritus); kui söömishäire ei allu ambulatoorsele ravile. Meie kogemuste kohaselt mis on saadud töös Riikliku Tervise teenistuse alla kuulivate patsientidega, kehuvad need näidustused vähem kui viiel protsendil juhtudest.

Kognitiiv-käitumuslikel lähenemisviisidel buliimia ravile on kolm tühist omadust. Esiteks tuginevad nad kognitiivsele seisukohale buliimia säilitamise küsimuses. See seisukohalt esialgse otsesõnu patsientidele ning see on enamiku raviprotseduuride aluseks. Teiseks ei ürita nende raviviisidega muuta mitte ainult patsientide käitumist, vaid ka nende suhtumist figuurisse ja kehakaalusse ning vajaduse korral ka fundamentaalsemaid kognitiivseid "mõnustus". Kolmandaks kasutatakse kognitiivseid ja käitumuslikke raviprotseduure üheskoos. Need raviviisid on enamasti ambulatoorsed, kestavad kolm kuni kuus kuud ja hõlmavad 10—20 raviseanssi. Enamikes neist kasutatakse järgmisi protseduure: kognitiivne resstruktureerimine, kasutades tehnikaid, mis sarnanevad Becki ja tema kolleegide poolt

depressiooni raviks välja töötatuga (Beck, Rush, Shaw ja Emery 1979; käesoleva toose 6. pt); oluliste mõtete ja tegude jälgimine patsiendi poolt; enesekontrolli meetmete kasutamine, et kehtestada regulaarset tootumist; mitmed teised meetmed dieetidest loobumiseks. Mõnedesse programmi-esse kuuluvad lisaelendad, kaasa arvatud tehnikad tagasilanguste vältimiseks, probleemide lahendamise harjutamine ning eksperimentimine ühes reaktsiooni vältimisega. Käesolevas peatükis kirjeldatakse üht konkreetselt kognitiiv-käitumuslikku ravivisi. Seda on buliimia kognitiiv-käitumuslike ravimeetodite seast tõenäoliselt kõige paremini uuritud. 1985. aastal anti välja üksikasjaline käsiraamat (Fairburn 1985). Käesolev on selle käsiraamatu täiendatud versioon.

Sellise lähemise puhul viiakse ravi läbi individuaalselt ja see kestab umbes viis kuud. Ravi on poolenisti struktureeritud, probleemile orienteeritud ning pigem pühendatud eelkõige olevikule ja tulevikule kui minevikule. Tegemist on aktiivse protsessiga, milles vastutus muutuste toimumise eest lasub patsiendil. Terapeut pakub teavet, nõuandeid, toetust ja julgustust. Ravi käigus võib eristada kolme etappi, millest igaüks sisaldab erinevaid elemente, mis on mõeldud suhteliselt konkreetsete probleemvaldkondadega tegelemiseks. Esimesel etapil visandatakse kognitiivne arusaam buliimiast ning kasutatakse käitumuslikke tehnikaid, et aidata patsiendil taastada kontrolli tootumise üle. Teisel etapil asetatakse rõhk problemaatiliste mõttekäikude ja suhtumiste vaatlemisele ja muutumisele. Lisaks kasutatakse käitumuslikke protseduure, et likvideerida igasugune kaldumus dieeti pidada ning muuta figuuri ja kehakaalu puudutavaid muresid. Viimase etapil on tähelepanu keskpunktis muutuste säilitamine.

### Juhised kognitiivseks käitumisraviks

Seda tüüpi ravi sobib enamikule buliimiapatsientidest. Kuigi kirjeldatakse teatud kindlate ravivõtete "komplekti", tuleks kliinilises praktikas ravi kohandada, et see sobiks konkreetse patsiendi vajadustega. Teatud patsiendirühmade puhul, eriti nende korral, kes on kas märkimisväärselt üle- või alakaalulised, on raviprogramm vaja teha suuremaid muudatusi. Need muudatused visandatakse lk 342. Ravi kirjeldamisel eeldatakse, et patsient on naissoost, kuna rõhuv enamik buliimia all kannatavaid inimesi on naised.

#### I etapp

I etapp kestab neli nädalat ja terapeudiga kohtutakse kaks korda nädalas. Patsiendid, kelle buliimiaepisoodid ei esine sageli, ei vaja nii inten-

Tabel 8.3 Buliimiapatsientide seisundi hindamisel kaetavad peamised teemad (Fairburn ja Hope 1988)

1. *Probleemi läpne olemus patsiendi pilgu läbi*
2. *Konkreetne psühhopatoloogia*
- (a) Suhtumine figuuri ja kehakaalu figurile ja kehakaalule omistatav tähtsus reageerimine kaalumuuutustele reageerimine kommentaaridele väliümbruse kohta soovitatav kaal
- (b) Söömisharjumused
  - püüded dieeti pidada "ülesöömisperioodid"
  - söömise kontrollitavuse tunnetamine
- (c) Kehakaalu kontrollimeetodid
  - dieet (vt eespool)
  - tahtlik oksendamine
  - lahtistite või diureetikumide kasutamine
  - füüsiline tegevus
3. *Üldine psühhopatoloogia*
- (a) Neurootiline sümptomaatika, eriti depressioonisümptomid ja eneseta- puht
- (b) Inimestevahelised suhted
- (c) Enesehinnang, enese maksmapanemine, perfektsionism
4. *Sotsiaalsed olud*
5. *Füüsiline tervis*
  - Kehakaal ja selle väljakujunemine (NB Kontrollida oksendavatel või lahtistiteid või diureetikume kasutavatel patsientidel elektrolüütide tasakaalu)

tiivset algset sekkumist. Teisest küljest, kui patsiendi toitumisharjumused on äärmiselt häiritud — näiteks siis, kui ületoitumine on peaaegu pidev — on soovitatav näha patsienti võimaluse korral kolm korda nädalas või sagedamini.

#### 1. intervjuu

Selle intervjuu käigus saadakse teada patsiendi haiguse kulgu ning kirjeldatakse ravi ülesehitust, laadi ja eesmärke. Olulisemad küsimused,

mida patsiendi hetkeseisundit kindlaks määrates tuleks katta, on loet-  
lehtud tabelis 8.3.

*Buliimia olemuse kognitiivne lahtrimõtestamine* (Vt Fairburn jt 1986a).  
Seda tuleks üksikasjaliselt arutada, viidates joonisele 8.1. Rõhutada tu-  
leks nelja peamist seisukohta:

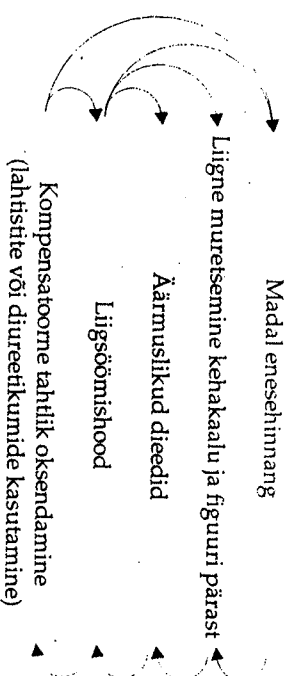
1. Kuiigi dieedi pidamine on kahtlemata reaktsioon liigsöömisele, säili-  
tab see liigsöömist eespool mainitud psühholoogiliste ja füsiolo-  
giliste mehhanismide kaudu.
2. Tahlikult esilekutsutud oksendamine ning vähemal määral ka lah-  
tistite ja diureetikumide liigne kasutamine soodustavad samuti liig-  
söömist, sest usk nende tõhususse kalorie ostmise kahandajana  
kõrvaldab liigsöömise suhtes endale tavaliselt seatavad piirangud.
3. Liigne muutesemine figuuri ja kehakaalu pärast, eriti kalduvus anda  
enesele väärtushinnang figuuri ja kaalu põhjal, soodustab äärmis-  
nälgimist ja säilitab seelega toitumisprobleemi.
4. Liigne muutesemine figuuri ja kehakaalu pärast on sageli seotud  
oma mannetuse ja väärtusetuse kestva tunnetamisega.

Kirjeldades kognitiivseid vaateid buliimiale, on terapeudi eesmärgiks veen-  
da patsienti, et vaja on nii kognitiivseid kui käitumismuutusi. Mõnedel pat-  
sientidel on seda seisukohta raske mõista. Terapeut peaks kogu ravi välisel seile  
juurde tagasi pöörduma ja seda võimaluse korral konkreetsed kiinilisi näiteid  
kasutades kinnistama.

*Jälgimine* Patsiendile tuleb näidata, kuidas oma toitmist jälgida. Tai-  
le tuleks jälgimise kohta anda kirjallike juhendõre (vt tabel 8.4) koos  
mõne tüüpilise täidetud jälgimislehe näitega (vt joonis 8.2). Tuleks selgi-  
tada jälgimise aluseid: see aitab nii terapeudil kui patsiendil uurida vii-  
mase toitumisharjumusi ja olukordi, milles tekivad probleemid ning  
aitab patsiendil muuta nii oma toitumisharjumusi kui ka problemaatilisi  
tundeid ja mõtteid. Üsna tihti on patsiendid jälgimise suhtes tõrksad, eri-  
ti kui nad oma toitumisharjumusi häbenevad. Seda potentsiaalset takis-  
tust tuleks avaneelselt arutada.

## 2. intervjuu

*Jälgimislehtede läbivaatamine* See intervjuu ja kõik järgnevad intervjuud  
peaksid keskendumata patsiendi jälgimislehtede üksikasjalisele läbivaatami-  
sele. Kõiki lehti tuleb sügavuti arutada, kuusjuures arutelu juhib patsient. Te-



Joonis 8.1 Buliimia säilimise kognitiivne lahtrimõtestamine

rapendi eesmärk on mõista, miks patsient sööb just neid asju, ja ka seda, mis  
määrab ära söömise aja. "Ülemäärane söömine" perioode tuleb arutada eriti  
üksikasjaliselt. Patsiendil peaks paluma 6. lahtrisse üles märkida, mis sel ajal  
juhtus, lisades kaasnevad tunded ja mõtted. Jälgimislehti läbi vaadates peaks  
terapeut püüdnud seostada patsiendi käitumist sellega seotud kognitiivsete  
protsessidega, küsides näiteks: "Viljele peale te täpselt mõtlesite just enne  
seda, kui te seda sööma asusite?"

*Probleemsete mõtete kindlakstegeimine* Selles intervjuus ja edaspidiigi tuleb  
patsienti julgustada probleemsete mõtteid kindlaks tegema. Selliste mõte-  
te kindlakstegeimise põhimõtteid kirjeldatakse 3. ja 6. peatükis. Meie koge-  
mus näitab, et teatavatest konventsionaalses kognitiivteraapias kasutata-  
vatest protseduuridest (nt eafunktsionaalsete mõtete päeviku täitmisest)  
ei ole söömishäiretega patsientide ravimisel kasu. Oluline on see, et pat-  
siendi probleemset mõtteid kindlaks tehtaks ja ta neid edukalt muudaks.  
Samuti näitab meie kogemus, et ravi esimesel etapil peaks rõhk olema ase-  
tatud vaid patsientide abistamisele probleemsete tunnete ja mõtete kind-  
lakstegeimise harjutamisel ja tavaliselt mitte nende tunnete ja mõtete vaid-  
lustamisel. Loomulikult tuleks mõtteid võimaluse korral alati ära  
kasutada, et kinnistada kognitiivset arusaamist sellest häirest.

*Iganädalane kaalumine* Selle või järgmise intervjuu ajal peaks pat-  
sienti paluma end nädalas korra kaaluda ja iga kord, kui ta seda teeb,  
kehakaal jälgimislehele kirja panna. Pajudele patsientidele osutub see  
ülesanne raskeks ja seetõttu tuleks neile vajaduse korral anda järk-jär-  
guliselt ülesanded. Kui patsient kaalub end näiteks kuus korda päevas,  
peaks terapeut alustama sellest, et palub tal end kaaluda kord päevas  
või ülepäeviti. Terapeudil tuleb selgitada, et on olemas kaks põhjust,

Tabel 8.4 Jälgimisjuhised

Jälgimise eesmärk on anda üksikasjaline pilt teie söömisharjumustest. See on ravis kesksel kohal. Alguses võib kõige üleskirjutamine, mida te sööte, olla ebameeldiv ning ärritav, kuid varsti saab see teisejärguliseks ning kasu sellest on ilmne.

Jälgimislehe näide esitatakse järgmisel leheküljel. Iga päev tuleks kasutada uut lehte (või lehti), kuupäev ja nädalapäev kirjutatakse lehe ülennisse serva.

2. tulpa kirjutatakse üles kogu päeva jooksul tarbitav toit ja vedelik. Iga sissekanne tuleks teha nii kiiresti pärast söömist kui võimalik. Paar tundi tagasi söödu meeldetuletamisest ei piisa. Kui te oma toidutarbimist nüümoodi üles märgite, tuleb teil jälgimislehti mõistagi kaasas kanda. Kaloreid ei tule üles kirjutada. Selle asemel esitage söödu lihtne kirjeldus. Söögikordi tuleks üksteisest sulgude abil eristada. Söögikorda võib defineerida kui "ajaliselt piiratud toitumispisoodi, mida kontrolliti, korraldati ja söödi normaalselt".

1. tulpa märkida, millal toitu või vedelikku tarbiti.

3. tulbas esitada koht, kus toitu söödi. Kui see toimus teie kodus, tuleks täpsustada ka ruum.

4. tulp. Sellesse tulpa tuleks teha tämike söögi kõrvale, millega teie arvates liiale sai mündud. Oluline on üles tähendada kogu "ülesöömise" ajal tarbitud toit.

5. tulpa märgitakse oksendamise esinemine ja lahtistite või diureetikumide tarbimine.

6. tulpa kasutatakse päevikuna, kuhu kirjutatakse tunded ja mõtted, mis teie arvates teie söömist mõjutavad. Näiteks võib teile tunduda, et "ülesöömise" kutsus esile vaidlus: sellisel juhul tuleks selle vaidluse kohta teha lehele märkus ühes tunnetega, mida te kogesite, ja mõtetega, mis teil tegelikult peast läbi käisid. Soovi korral võite üles märkida ka muid sündmusi, isegi kui neil teie söömisele mõju ei olnud. Sellesse tulpa tuleks kirjutada ka kehakaal iga kord, kui te end kaalute.

Iga raviintervjuu juurde kuulub teie jälgimislehtede hoolikas ülevaatamine. See tõttu ärge unustage neid kaasa võtmas.

milks patsient peaks end kaaluma kord nädalas. Esiteks on mõistlik oma kaalu jälgida, sest tema toitumisharjumused muutuvad ravi käigus. Kaalumise kord nädalas on selleks sobiv võimalus, kuna sagedasem kaalumine tekitab sageli põhjendamatu muretsenemist kehakaalu tähtsusetu kõikumise pärast. Tuleks selgitada, et kehakaalu kõikumine paari nädala võrra päevas on loomulik ja need kõikumised näitavad peamiselt muutusi vedelike tasakaalus. Kaalu igapäevastest kõikumistest pole seega

PÄEV: kolmapäev

KUUPÄEV: 7. november

KELLA- AEG	TARBITUD TOIT JA VEDELIK	KOHT	B	O/L	OLUKORD
7.45	1 õun 1 greipfruut 1 must kohv	köögis	*		Masenduses. Tundsin, et olen pääs.
15.10	1 muna võileib 1 leivakukkel 1 portsik	tööl	*		Ostin sööklaest teidki jaurade. Ei oleks pidanud munaleiba sööma. Nüüd õudne päev garanteeritud.
15.45	1 portsik 1 tass teed 1 tšiidsega kook 2 tassi teed	"			Ei suutnud söömist järel jätta. Appi! Kaalusin ennast kg. Nüüd.
20.20	1 viil röstitud saia	köögis	*		EI TOHI TÄNA ENAM SÜÜA!
20.35	1 viil röstitud saia	"	*		
20.35	1 röstitud saia- viil 1 oluettevõttekook- le	"	*		Jäisin kõik sama- pärast. Ei saa nii jätkata.
20.40	terve päev mu- retaignaapitsiiv	"	*		Vihkan ennast.
20.52	kaunistis maisi- helbeid 2 klaasi reth	"	*		Olen kurguni täis. Kaalusin ennast. kg.
21.05	kaunistis maisi- helbeid	"	*		Tahaksin surrid olla. Lahtisti.

Joonis 8.2. Jälgimisleht, millel kujutatakse buliimiapatsiendi toitu-  
misharjumusi. See on tüüpiline patsiendile ravi algetalpil.  
(B - buliimiahood; O/L - oksendamine või lahtistite kasu-  
tamine; \* - ajavahemik, mille ajal söömine oli patsiendi  
arvates "liiast")

võimalik tulelada kehakaalu muutust kummaski suunas pikema aja vältel. Patsiendi järelalus, et ta kehakaal on muutunud, on õigustatud, kui on olemas tõendeid püsivast suundumusest mitme nädala vältel.

Teine põhjus, miks patsiendil palutakse end kaaluda kord nädalas, on see, et nii saadakse suurepärase vahend teatavate figuuri ja kehakaalu puudutavate levimud mõtte kindlakstegeviseks. Kohe pärast kaalumist peaks patsient jälgimislehe tagaküljele üles märkima oma kaalu ja ka täpsed mõtted heitel, mil ta kaalu näitu nägi. Ravi hilisemas järgus võib patsient paluda enne kaalumist kirja panna eeldatavad mõtted juhul, kui ta peaks avastama, et on kaoks naela juurde võtnud, kaoks naela alla võtnud või endises kaalus. Siis tuleks tal end kaaluda ja tegelikud mõtted üles kirjutada. Patsiendil tuleb otsustada, millisel nädalapäeval ta end kaalub. Selleks on kõige parem mõne tööpäeva hommik.

### 3.—8. intervjuu

Kõik need raviseansid keskenduavad patsiendi jälgimislehtede läbivaatamisele. Iga intervjuu lõpus tuleb patsiendile anda pühitud arv selgelt määratletud tulestundeid. Järgmisel intervjuul vaatavad terapeut ja patsient läbi kaitsend neid tulestundeid täita ning patsiendile antakse uued. Kuna buliimiatpatsiendid kipuvad olenna äärmiselt enesekriitilised, tuleks alla kirjutada järgust edasirühmet, ükskiüks kui tagasihoidlik see oleks. Lisaks peaksid seanssi kuuluma järgmised koostisosad:

*Bulimiat olemuse kognitiivpsühholoogiline selgitamine* Terapeut peaks korralduvalt tagasi tulema selle häire kognitiivse käsitluse juurde. Kui lisandub informatsioon, mis selle seisukoha mõnd aspekti kinnitab, tuleks seda rõhutada. Kui näiteks tulesõnispertoodile eelneb dieedireeglite rikkumine, näiteks sökolahadiseõmme näol, võib seda kasutada illusireerimaks tähtsat mõtet, et jätkade dieedireeglite olemasolu soodustab perioodilist liigõõmme. Esimärgiks on siin patsiendi andata, et ta hakkaks mõistma mehhanisme, mis toimumisprobleeme alal hoiavad, ning tunnustama nii kognitiivsete kui käitumismuutuste vajalikkust.

*Teadmised* Patsiendile tuleks edastada informatsiooni mitmel teemal:

1. *Kehakaal ja selle reguleerimine* Patsiendile tuleb öelda, mida kujutab tema kehakaal protsentuaalselt, võrreldes tema vanusele ja pikkusele ette nähtud keskmise kaaluga (st standardkaaluga). Tuleks soovitada, et ta ei kasutaks mingit täpset soovkaalu. Selle asemel peaks ta omaks võtma kaaluvahemiku umbes kaue naela ulatuses. See kaalu-

vahemik ei tohiks olla väiksem kui 85 protsenti standardkaalust, kuna sellise kaalu juures kipuvad ilmnenema nälgimise füsioloogilised ja psühholoogilised tagajärjed. Samuti tuleks patsiendile nõu anda, et ta ei valiks kaaluvahemikku, mis nõuab rohkem kui tagasihoidlikke piiranguid söögisedelis, kuna seda tüüpi taltsutused kalduvad patsiendil tulesõõmme soodustama. Praktilas on kõige parem, kui patsient lükkab kindla kaaluvahemiku kasuks otsustamise edasi selle ajani, kui ta on toimumise üle kontrolli saavutanud ning ravi teise etappi jõudnud.

2. *Ülesõõmme tahtlikult esilekutsitud oksendamise ja lahtiste liigse kasutamise füüsilised tagajärjed* Kõigile patsientidele tuleb rääkida bulimiat füüsilisest komplikatsioonidest. Nende hulka kuuluvad elektrolüütide tasakaalu häired inimestel kes oksendavad või võtavad lahtisteit; siljenäärmee suurenemine, mis võib muuta patsiendi näo ponsakaks; hambavaaha lagunemine esihammaste sisepinnal; vahelduvad tursed, eriti neil, kes võtavad sisse suurel hulgal lahtisteid või diureetikume, ning ebakorrapärane menstruaatsioon. Ainult elektrolüütide tasakaaluhäired on tervisele ohlikud ning isegi need vajavad vahelduvalt harva omaette ravi. Tavaliselt piisab sellest, kui keskenduda toitumisprobleemi enda ravimisele, sest toimumisharjumuste normaliseerumise tulemusena see taandub. Sama kehtib kõigi teistegi füüsiliste anomaaliate kohta peale hammaste kahjustumise, mis on jääv. Menstruaatsiooni korral võib enne korrapärase igakuiste menstruaatsioonide algust esineda pikem viivitus.

3. *Oksendamise ja lahtiste kasutamise sühtiline tulutus kehakaalu kontrollimise vahendina* Peamine on rõhutada seda, et "ülesõõmimisega" kaasneb enamasti suure energiakoguse (kalorite) omastamine ja et tahtlikult esilekutsutud oksendamisel ei väljastata kõike sisesöödud. Patsientidele tuleb teada anda, et lahtisitel on energia omastamisele vaid minimaalne toime ja nende, nagu ka diureetikumide mõju kehakaalule on lihaegne ja vedelikvahetuse muutuste tagajärg.

4. *Dieeti negatiivne toime* On olemas kolme tüüpi dieete: teatud ajavahemike jooksul söõmme vältimine, teatud tüüpi toidu söõmme vältimine ning tarbitava toidu koguse piiramine. Enamikel buliimiatpatsientidel esinevad kõik kolm dieedivormi, sageli äärmuslikus ulatuses. Tüüpjuhul on nelj järgad dieedireeglid, millest on võimatu kinni pidada, eriti stressi ajal. Patsiendid kipuvad selle tulemusena tekkivaid kõrvalkalduumisi reeglistest püüda tõenditeks oma enesekontrolli kehuvuse kohta ega mõista, et süüdi on reeglid ise. Patsient arvab, et on dieeti "rikkunud" ja võib selle sama hästi ka "sinnapaita jätta", otsustades võib-olla dieediga järgmisel päeval otseselt alustada. Kui kontrollist on kord loobunud, soodustavad teised reeglid aktiivset tulesõõmme. Sellisteks teguriteks on "keelatud" toidu söõmme rööm-

mõtete kõrvalekalduvuse hetkemuredest; ning depressiooni ja ärevuse ajutine järeleandmine. Eriti tuleb terapeudil patsiendile rõhutada asjaolu, et dieet soodustab ülesöömist. Eesmärgiks on aidata patsiendil jõuda järeldusele, et peab õppima mitte dieeti pidama. Seda tuleb kogu ravi vältel korduvalt rõhutada.

#### Nõuandid söömise, oksendamise ja lahtisite kasutamise kasutamises

1. *Korrapärase toitumise ettevalmistamine.* Patsiendilt tuleks nõuda piirdumist kolme-nelja etteplaneeritud söögikorraga päevas, lisaks üks-kaks ette kavandatud suupistet. Söögikordade vahel ei tohiks enamasti olla üle kolme-nelja tunni ja patsient peab alati teadma, millal järgmine söögiaeg ette on nähtud. Toitumise olgu teiste tegevuste suhtes eelisesisundis. Söögiaegade vahepeal peab patsient andma oma parima, et söömist vältida. Seega tuleks päev söögikordade ja suupistete abil osadeks jaotada. Selle söömise ettevalmistamise eelised peaksid patsiendile juba selged olema. Korrapärase söömise eelised peaksid patsiendile juba selged olema. Iukata, seega kõrvaldatakse üht tüüpi dieedi pinget. Terapeut peaks selgitama, et taolise korrapärase toitumise tulemusena lükatakse ümber ülesöömise ja dieedi poolt seatavate piirangute vaheldumine, mis iseloomustab enamiku patsientide toitumisharjumusi. Mõistagi peab seda tüüpi individuaalselt kohandama, et see sobiks patsiendi igapäevase tegevusega, ning enamasti on seda vaja muuta, et kavva mahuksid nädalalõpud. Patsiendile, kelle toitumisharjumused on tugevasti häiritud, tuleks soovitada söögikordi ning kehakinnitamisest alustada järk-järgult: kõigepealt peaksid nad keskenduma sellele päevajale, mil nende toitumine on vähem häiritud (enamasti hommikud); seejärel peaksid nad söömise tüüpi järk-järgult laiendama, kuni see hõlmab kogu päeva.

Mõned patsiendid on söögikordade suhtes tõrksad, kuna arvavad, et selle tagajärjeks on kaaluivene. Neile võib kinnitada, et enamasti juhtub vastupidine, kuna sellise söömise sisseadmine vähendab liigsöömissoodumuste sagedust ja vähendab seeläbi tunduvalt kogu igapäevast kaloriaarmust. Sellistest kinnitustest hoolimata on siiski tavalline, et patsiendid valivad välja toidud, mille kalorsus on madal. Selle kalduvuse vastu pole vaja võidelda, kuna ravi sellel etapil on rõhk asetatud peamiselt korrapärase söömise sisseviimisele. Sellist söömise tüüpi võib terapeut hakata juurutama kui "eksperimenti", mille abil soovitakse kindlaks teha, kas patsient võib regulaarsetest söögiaegadest kinni pidada, ilma et kaalus juurde võtaks, või ei.

2. *Stimulite kontroll ja lisameetmed.* Et aidata patsiendil kindlaks määratud söömise tüüpi kinni pidada, tuleks tarvitada rasvumise raviv kasutata-

vaid kindlalt juurdunud stiimulite kontrollimise tehnikaid (üksikasjade kohta vt Mahoney ja Mahoney 1976). Neid tehnikaid võib rakendada iseseisvalt või kombineeritult ja nende kasutamine tuleks kooskõlastada iga üksiku patsiendi vajaduste ja olukorraga. Nende tehnikate hulka kuuluvad:

- Söömise ajal muuga mitte tegelemine. Söömine peab olema "puhas tegevus". Patsient ei tohiks süüa, samaaegselt tegeldes millegi muuga (nt vaadates telerit, lugedes, telefoniga rääkides jne). Patsiendile tuleks öelda, et kui ta sööb nii, nagu tal soovivatatakse, väldib ta "automaatset söömist" ja selle tulemusena sööb vähem. Ta hakkab toidust rohkem mõnu tundma. Patsienti tuleks julgustada oma toitu nautima.
- Söömise piiramine maja ühe ruumiga. Selles ruumis olgu söömiseks ette nähtud kindel koht. Kui võimalik, peaks seda kohta kasutama ainult söömiseks ja mitte mingiks muuks otstarbeks. Süües peaks patsient selle tegevuse muutma nii ametlikuks kui võimalik, kattes oma koha jne. Ta ei tohiks kunagi süüa samal kohal, kus ta töötab (nt ainetis olles oma laua taga või töökohal).
- Söömise ajal kättesaadava toidu piiramine. Kui näiteks kavatakse süüa leiba, peaks patsient jätma endale soovitud arvu viile ja ülejäänud viima sinna, kus seda hoitakse. Kui ta tahab veel ühe viilu, tohib ta selle võtta alles siis, kui on lõpetanud koguse, mida ta kavates süüa, ja hoolikalt läbi mõelnud, kas ta tõepoolest tahab söömist jätkata. (Viiludeks lõikamata pätsi puhul on ülesõõmisele kergem vastu panna.) Sama põhimõte käib kuivainete jms kohta. Toidutagavarasid ei tohi jätta lauale, mille taga patsient sööb. Patsient peab olema sunnitud püsti tõusma ja kohalt lahkuma, kui ta soovib oma söögikorda või oodet pikendada. Ta ei tohiks kunagi süüa cise pakendist, kuna siis on tarbitava toidu hulka raske jälgida. Üksinda süües peaks patsient valmistama korraga ühe portsjoni.
- Toidu taldrikule jätmise harjutamine. Sageli tunnevad patsiendid end stiidualslikult, kui toidu söömata jätaavad. Nad peaksid harjutama jätma järele toitu, mis ületab nende nõudimised. Tävaliselt tunnetavad nad seda raiskamisena, kuid neile tuleks meelde tuletada, et võrreldes selle toiduga, mida nad söövad, aga ei taha, on raiskamine minimaalne.
- Järelejäätud toidu ära viskamine. Jääkidest tuleks vabaneda ja nad vajaduse korral söömiskõlbmatuks muuta.
- Kokkupuute piiramine "ohtlike" toitudega. Patsient peaks kodu hoidma võimalikult vähe "probleemset toitu". Igasugust sedasor-



- ti tohtu, mida tuleb kodus hoida, peaks säilitatama silma alt ära ja tihes ruumis (avaliselt köögis).
- Sisseostude planeerimine ja ostunimekirjast kinnipidamine. Nimemärgi tuletaks koostada siis, kui patsient on sõõnud, mitte siis, kui ta on nälgine. Patsient ei tohiks kunagi alles poes viibides otsustada, mida osta. Sisseoste tehakse peaks patsient kaasa võtna ainult niipalju raha, et sellest piisaks ostunimekirjas seisvate kaupade ostmiseks. Perioodidel, mil ta enesekontroll on nõrk, peaks ta kaass kandma võimalikult vähe raha. Samuti tuleks tal valikuid tehes eelistada toiduaineid, mis vajavad valmistanist sellistele, mida saab kobe süüa.
- Võimaluse korral vältida teistele toidu jaotamist. Kui lastele on vaja toitu kaasa anda, võivad nad sellega ise hakkama saada või osutab abi mõni teine pereliige.

3. *Alternatiivne käitumine* Alternatiivtegevustel on mitu olulist funktsiooni. Esiteks aitavad nad patsiendil vastu panna söömise- või oksendamissoovile (nt siis, kui köht on täis). Teiseks võib neid kasutada profülaktikana mõttes, et vähendada selliste olukordade esinemist, mis kipuvad lõppema liigsöömisega. Selleks puhuks peaks patsiendil paluma ette valmistada meeldivate tegevuste nimekiri, mis võimaldab liigsöömist asendada. Selliste tegevuste hulka võib kuuluda sõprade küllastamine või neile heistamine, sportimine, pillinäng või vannis käimine. Kui patsient on sellise nimekirja kokku seadnud, tuleks tal soovitada hakata tegema kõlkrvõimalike selliste tegevustega, kui ta tunneb tugevat liigselt süüa. Alternatiivtegevuste teine funktsioon on patsiendi enesehinnangu tõstmine. Paljud patsiendid mägivad sellest, et on loobunud ettevõtmistest, mida varem meeldivaks ja kasulikuks pidasid. Terapeut peaks patsiente julgustama selliste tegevuste juurde tagasi pöörduma.

4. *Nõuanäidat oksendamise kohta* Mõned patsiendid paluvad nõu oksendamise kitsimuses. Üldjuhul peaks terapeut rõhutama, et jõupingutused tuleks koondada pigem toitumisharjumuste muutmisele kui oksendamise lõpetamisele. Kognitiivset seadukohta silmas pidades peaks terapeut selgitama, et kui patsient lõpetab ülesöömise, ei jätku tõenäoliselt ka oksendamine. Ent lisada tuleks ka seda, et kui patsient suudab oma oksendamissagedust vähendada, tuleks seda ka teha. Lisaks ei tohiks ta kunagi midagi süüa, kui eeldab, et hakkab seejärel oksendama.

5. *Nõuanäidat lastistite ja diureetikumide kohta* Olles selgitanud nende meetmete tulutust toidu omastamise vältimisel, peaks terapeut patsienti käsikina ravimite tarvitamine lõpetada ning ravimiagavarad ära võtata. On lausa üllatav, kui paljud patsiendid seda suudavad. Kuid vähemik siiski ei

suuda. Sellistele patsientidele tuleks esitada ravimeist loobumise kava, mille jaoksul ravimitest järkjärgult lahti öeldakse. Mõnel juhul on selle tulemuselks ajutine kaaluibe periood, mida põhjustab uuesti seotud vee säilitamine organismis.

6. *Patsiendi sõprade ja sugulaste küsitlennine* Enamikel juhtudel peaks patsient kunagi I etapi teisel poolel korraldama ühisinterjuiu patsiendi ja nende inimestega, kellega ta koos elab. Ühisinterjuiu eesmärgiks on avalikustada patsiendi probleemi ning innustada sellekohast ühiskondlikku toetust. Kui lasta patsiendil sõpradele ja sugulastele ravi põhimõtteid selgitada, võivad need hõlpsamini mõista, kuidas neist võlks abi olla. Sageli tekib neil küsatus hakata käsutarna ning patsiendi söömist kontrollima. Neile tuleb selgitada, et välisel kontrollimisel teiste poole ei ole kaugeleulatuvat mõju, sest patsient peab õppima oma probleemiga ise toime tulema.

#### *Paranemine I etapil*

Rõhuväl enamikul juhtudest on I etapi tulemuseks liigsöömissoogude sageduse märkimisväärne kahanemine ning meeleolu paranemine. Juhul, kui meeleolu tõsine häiritus on püsiv, peab kaalumata kaasneva depressiooni võimalust.

Patsiendid, kelle toitumisharjumused ei ole paranemise suunas muutunud, saavad ravi II etapist harva kasu. Seetõttu peaks terapeut kaalumata teisi ravivõimalusi. Näiteks võib olla asjakohane pakkuda patsiendile stationaarsest ravivõimalust, mille vältel ta alluks välisele kontrollile. Teise võimalusena võib I etappi umbes nädala võrra pikendada. See on õigustatud, kui patsient on teinud märkimisväärsed edusamme, kuid vähemalt kord päevas sööb ikka veel liiga palju. Kuid tuleb rõhutada, et pikaleveninud intensiivne kontakt ei ole soovitav. Kui patsiendi toitumisharjumused ei ole kaheksa nädala möödudes oluliselt paranenud, tuleks sellest ravilähemenemisest loobuda.

#### *II etapp*

Ravi II etapp kestab kaheksa nädalat ning arstiga saadakse kokku nädalase vaheajaga. I etapiga võrreldes on ravi tunduvalt kognitiivsema orientatsioonisega. Mõned patsiendid reageerivad seansside sageduse hõrendamisele negatiivselt. Sel juhul tuleks 9. interjuiu pühendada edasiminekku kinnistamisele ja kodused ülesanded peaksid sarnanema varem kasutatutega.

### Dieedist loobumine

See on üks ravi tähtsamaid eesmärke. Terapeut peab patsiendile meelde tuleutama, et dieedi pidamine soodustab liigsöömist ja seetõttu on dieedi lõpetamine mõõdapäasmatu. Dieedi mahajätmine ei tähenda, et ta tingimata kaalus juurde võtab, sest suur osa senistest kaloritest tulid liigsöömisest. Patsiendile tuleb teatada, et enamikel juhtudel on ravi tulemuseks olev kaalumuutus minimaalne (vt Fairburn, j 1986b).

Konkreetselt tüüpi toidu vältimist patsiendi poolt, teist tüüpi dieeti kolme seast võib hinnata, kui paluda tal külastada kohalikkude toidu-kauplust ja kirja panna kõik toidud, mida patsient meelsamini ei sööks nende võimaliku toime tõttu figuurile või kehakaalule. Välditavad toidud tuleks järjestada vastavalt vastumeelsuse tugevusele, mida ta neid süües tunneks, ning seejärel tõusvas joones nelja raskusastmega rühma liigitada. Iga nädal peaks terapeut laskma patsiendil süüa mõnd toitu, mis kuulub ühte neist neljast grupist, alustades kõige kergematest ja lihtsades raskemate suunas. Seda toitu tuleks süüa ette planeeritud toidukorra või eine osana ning ainult siis, kui patsient tunneb, et ta oma söömist mõistlikul määral kontrollib. Esialgu ei ole söödud toidu hulks oluline, ehkki lõppeesmärk on see, et patsient oleks võimeline süütunde- ta sööma normaalseid toidukoguseid.

Kolmandat tüüpi dieeti, söödud toidu üldkoguse piiramise, likvideerimine saavutatakse samuti kui välditavate toiduainete kasutusele võtmine. Otsese küsitlemise ja jäljimislehtede üksikasjalise uurimise varal peaks olerna võimalik määratleda, kas patsient liiga vähe ei söö. Kui asi on nõnda, tuleks patsiendil lasta rohkem süüa, kuni ta tarbib vähemalt 1500 kcal päevas.

Välkesele osale patsientidest tundub selliste käitumuslike juhtnööride järgimine võimatuks. Nad võivad osutada võimetuks "keelatud toite" toidusedelisse sisse viima või jätkavad liigsöömist ning võib-olla ka oksendamist. Sellistel patsientidel võib abi olla omamoodi "eksponeerimisest" terapeudi juhendamisel" (Rosen ja Leitenberg 1985; Wilson 1988). See tähendab, et patsiendil lastakse seansi ajal süüa välditavat toitu ning aidatakse tal siis võidelda impulsiga liigselt süüa või oksendada. Sellised seansid vajavad hoolikat planeerimist, kusjuures patsiendile tehakse põhjalikult selgeks, milles pakutav ravimeetod seisneb ja mis selle aluseks on. Eitenähtud toit tuleks ära süüa seansi alguses, ülejäänud seanss aga pühendada patsiendi abistamisele sellest tulenevatest tunnetest üles saamiseks ning nendega seotud mõtete kindlaksetegemisele ja vaidlustamisele (vt lk 335). Tavaliselt läheb vaja mitut sellistaolist seanssi, kusjuures erinevat tüüpi toitudega tegeldakse üksteise järel. Seansside vahel

peaks patsient harjutama nende toitude söömist, ilma et sellele järgneks liigsöömine või oksendamine, ning oma korrapärasest toitumisrütmi katkestamata.

Patsienti tuleks õhutada ka teatud teisi toitumiskontrolli meetmeid lõdvendamata. Näiteks ei meeldi mõnede toidu kalorsusest äärmiselt teadlikele patsientidele süüa toitu, mille kalorsus pole teada. Nad võivad isegi jäfekindlalt ise toitu valmistada, et nad selle koostist teaksid. Selliseid patsiente peaks õhutama sööma toitu, mille kalorsust on raske kindlaks määrata. Kõik patsiendid peaksid harjutama söömist mitmesugustes erinevates olukordades (nt restoranid, peod, piknikud jne) ning nende toidusedel peaks olema võimalikult mitmekesine.

### Kognitiivne ümberstruktureerimine

II etapi alguseks peaks patsient olema valmis õppima *probleemseid mõtteid* vaidlustama. Kasutatavad põhimõtted sarnanevad 3. ja 6. peatükis kirjeldatutega. Anoreksia- ja buliimia-patsientide "kognitiivsed muutused" on üsnagi šabloonsed ning neid on üksikasjaliselt kirjeldatud ka mujal (Fairburn j 1986a; Garner ja Bemis 1982, 1985). Tüüpilisi näiteid nende moonutuste kohta esitatakse tabelis 8.5. Probleemaatiliste mõtete kindlaksetegemiseks võib kasutada kolme protseduuri.

1. *Patsiendile võib anda koduseid ülesandeid, mis tõenäoliselt kutsuvad esile probleemseid mõtteid.* Selliste ülesannete hulka kuuluvad igapäevane kaalumine, "keelatud toidu" või tundmatu kalorsusega toidu söömine, enda uurimine suures peeglis, oma figuuri võrdlemine teiste naiste omaga, figuuri rõhutavate rõivaste (nt trikoo või ujumiskostüümi) kandmine, tegevused, mis kutsuvad figuuri teiste omaga kõrvutama (nt võimlemistunnid või kaupluses rõivaste selga proovimine). Seejärel tuleks patsiendil paluda jäljimislehele kirja panna mõtted, mis tal ülesandeid täites tegelikult peast läbi käisid.
2. *Patsienti võib paluda kirja panna oma mõtted, mis esinevad teatud eluolukordades.* Olukordade hulka, mis on kõige rohkem probleemsete mõtete seotud, kuuluvad "ülesöömine" (mida jäljimislehel tähistatakse tärmikesega), oma peegelpildi nägemine ja oma välimuse kohta kommentaaride kuulumine.
3. *Mõtted, mida võib esile kutsuda ravisessiooni vältel.* Näiteks võib patsiendil paluda ette kujutada, et ta näeb välja "kosunum" kui varem või et tema söögiisu on "paranenud". Alternatiivne variant on see, et ta kujutab ette, et paneb selga rõivaid, mis pigistavad, või avastab, et ta kaal on suurenenud.

Tabel 8.5 Anoreksia- ja bulimiapatsientidel esinevaid tüüpilisi kognitiivseid moonutusi (umbertitlik Garner ja Bemis 1982)

<p><i>Selektiivne abstraktsioon</i> ehk järelduse tegemine eraldiseisvate üksikasjade põhjal, ignoreerides nelle vastukäivaid ja märgatavamaid tõendeid.</p> <p>Näited:</p> <p>"Ma lihtsalt ei suuda ennast kontrollida. Kui ma eile restoranis õhtustasin, söin ma ära kõik, mida pakuti, ehkki olin ette otsustanud, et olen väga ettevaatlik. Ma olen nii nõrk."</p> <p>"Ainuke võimalus ennast kontrollida on söömise kaudu."</p> <p>"Olen eriline siis, kui olen kõhn."</p> <p><i>Liigne tähtsustamine</i> ehk reegli loomine ühe sündmuse põhjal ja selle rakendamise teistes, teistsugustes olukordades.</p> <p>Näited:</p> <p>"Kui ma söin süsivesikuid, olin ma paks; sellepärast pean ma neid praegu vältima, et ma rasvunna ei hakkaks."</p> <p>"Varemalt olin ma normaalkaalus ja ei olnud õnnelik. Seega ma tean, et kaalus juurde võtmine mu meeleolu ei tõsta."</p> <p><i>Liialdamine</i> ehk ebameeldivate tagajärgede ületähtsustamine. Siinmüüd varustatakse lisatähtsusega, mida objektiivne analüüs ei toeta.</p> <p>Näited:</p> <p>"Viis naela juurde võtta tähendab pöördumatut hukku."</p> <p>"Kui teised ütlevad midagi selle kohta, et ma kaalus juurde võisin, ei suuda ma seda taluda."</p> <p>"Olen kaks naela juurde võtnud, nii et ma ei saa enam lihtkesi pükse kanda."</p> <p><i>Dihotoomia</i> ehk kõik-või-mitte-midagi arutlemine ehk äärmuslikes ja absoluutsetes terminites mõtlemine. Sündmused võivad olla ainult mustad või valged, õiged või väärad, head või halvad.</p> <p>Näited:</p> <p>"Kui ma end täiesti ei kontrolli, kaotan igasuguse kontrolli. Kui ma seda eluvaldkonda ei valitse, kaotan kõik."</p> <p>"Kui ma ühe naela juurde võtan, jätkan samas vaimus ja võtan sada naela juurde."</p> <p>"Kui ma ranget päevakorda sisse ei sea, tekib täielik kaos ja ma ei saavuta midagi."</p> <p><i>Personaliseerimine ja endale viitamine</i> ehk impersonaalsete sündmuste enesekeske tõlgendamise või endaga seotud sündmustele ülemäärase tähtsuse omistamine.</p> <p>Näited:</p> <p>"Kaks inimest naerisid ja sositasid midagi üksteisele, kui ma mööda läksin. Arvatavasti rääkisid nad, et ma näen inetu välja. Ma olen kolm naela juurde võtnud..."</p> <p>"Mul on piinlik, kui teised näevad, kuidas ma söön."</p> <p>"Kui ma näen kedagi, kes on ülekaaluline, tekib mul hirm, et muutun teemasuguseks."</p>	<p>Tabel 8.5 (järg)</p> <p><i>Ehasklik näiteis</i> ehk arvamus, et üksiteisega mitte seotud sündmuste vahel on põhjuslik side.</p> <p>Näited:</p> <p>"Ma ei saa midagi nautida, kuna see võetakse mult ära."</p> <p>"Kui ma söön kompleksi, siis muutub see silmapilk rasvaks minu kõhul."</p>
--	--

Kui probleemne mõte on kindlaks tehtud, tuleks seda uurida. Sellesse protsessi kuulub neli sammu:

1. *Mõte tuleks taandada selle olemusliku sisuni.* Näiteks võib mõttel "ma tunnen, et ma olen paks" olla minu erinevat tähendust, kaasa arvatud "ma olen ülekaaluline", "ma tundun endale ülekaalulisena", "ma tundun teiste ülekaalulisena." See võib vihjajata ka ebameeldivatele afektiivsetele seisunditele, mis tekitavad patsiendis tundeid, et ta ei ole meeldiv.
2. *Mõtet loetakse õigeks ja tõenditeid tuleks põhjuseks raskendada.* Kui patsient on näiteks kaalus juurde võtnud, võib öelda, et see asjaolu toetab mõtet "ma hakkam paksuks minema", eriti kui kaaluüve on varem rasvumisega lõppenud.
3. *Tuleks kindlaks teha väited ja tõendusmaterjal, mis mõtte kahtluse alla seavad.* Ülahoodud näidet kasutades, kui patsient on kaalus juurde võtnud vaid paar naela, ei saa seda võrdlustada läheneva rasvumisega. Tuleks vaadelda ja operatsiooniseerida mõistet "paksuks minema". Soorraatlise küsitlemise abil tuleks patsienti õhutada kaaluna selliseid küsimusi nagu "Millisel staadimil on inimene 'paks'?", "Kas 'paksust' saab taandada mingile konkreetsele figuurile või kaalule (nt rõivamunb-reid arvestades)?" ja "Kui nü, kas mu figuur või kaal tegelikult hakkab sellele lähemena?" Vastuargumente esitades peaks patsient läbi mõtlemata, mida teised inimesed selles konkreetsetes olukorras mõtleksid. Kas teised järelmaksid, et nad hakkavad paksuks minema, kui nad on kaalus paar naela juurde võtnud? Patsient peaks endalt küsima, ega ta ei rakenda enda puhul karmimaid standardeid kui teiste puhul. Tä peaks kontrollimata, ega ta ei aja segamini subjektiivset muljet (nt tunnet, et ta on paks) objektive reaalsusega (nt ülekaalulisusega statistiliste andmete põhjal). Tä peaks olema tähelepanelik omistatusviigade suhtes: kas kehakaalu tõusu ei võiks põhjustada pigem menstruaaltsiooni vaheliku kogunemine kui ülesöömine? Lisaks peaks ta otsima "vigu arutuskäigus": näiteks võib



kord võib see tähendada käitumist, mis tundub võõrana. Kui patsient näiteks avastab, et ta on kaalus juurde võtnud, võib ta otsustada kanda rõivaid, mis rõhuvad figuuri, selle asemel et seda varjata. Selline teguviis sobiks järeltusega: "Ennast ei tohi hinnata figuuri ja kaalu põhjal."

Mõned patsiendid on kognitiivse ümberstruktureerimise suhtes tõrksad. Tavaliselt võrsub see tõrksus hirmust tundmatu ees, tundeist, et teraapia muutub talumatult pealetükkivaks, ja arusaamisest, et inimese mõned fundamentaalsed ja varjatud küljed tunakse avalikuks. See tõrksus kognitiivse ümberstruktureerimise alustamise suhtes on mõisteta. Sellest hoolimata tuleb patsiendile meenutada põhimõtet, et mõtted ja suhtumised tuleks läbi vaadata, ning neid tuleks julgustada seda ette võtma. Tavaliselt kahaneb patsiendi vastuseis pärast tihete seansi, eriti siis, kui hakkab ilmema sellisest eneseuurimisest tõusev potentsiaalne tulu.

Paistab, et väike osa patsientidest ei suuda tegelda kognitiivse orientatsiooniga ülesannetega. Kuigi nad näivad põhimõtteid mõistvat ja on nõus täitma vajalikke koduseid ülesandeid, tundub, et nad pole võimelised oma mõtteid kindlaks tegema. Selline võimetus kognitiivseid protsesse tulemusrikkalt jälgida väljastab kognitiivse ümberstruktureerimise. Selliste patsientide puhul on kõige parem ravi sellest koostisosast loobuda: selle asemel peaks terapeüt keskenduma käitumuslikele sekkumistele, mis kõige tõenäolisemalt näivad kognitiivseid muudatusi esile kutsuvat.

#### *Muude kognitiivsete noomutuste ravi*

Mõnel juhul, kuid mitte kõigil juhtudel, on oluline, et ravitaks selliseid kognitiivseid noomutusi, mis ei ole seotud tootumisprobleemi konkreetse psühhopatoloogiaga. Levinum neist on negatiivne enesehinnang. Sageli tulevad ette ka võimetus erd maksmata panna ja äärmuslik perfektsionism (nende ravi kognitiiv-käitumusliku lähenemise üksikasju vt Garner ja Bemis 1985).

#### *Probleemide lahendamise harjutamine*

Kui patsiendil esineb liigsõnnine pigem ebakorrapäraselt kui regulaarselt, tuleks välja selgitada, millistes tingimustes ülesõnnisepisoodid esinevad. Operades patsienti probleeme lahendamata, on eesmärgiks aidata tal selliste tingimustega toime tulla, varustades teda tehnikaga selliste raskustega toimetamiseks, mis vastaseel korral lõpeksid liigsõnnisega. Kasutatav protseduur meenutab 12. peatükis kirjeldatud.

Jälgimislehtede põhjal peaks terapeüt kindlaks tegema mõne episoodi, mil kontroll sõnnise üle oli halb, ning selle esile kutsunud tegurid. Siis peaks ta seda näidet kasutades õpetama patsiendile probleemi lahendamise põhimõtteid. Terapeüt peaks selgitama, et kuigi paljud probleemid tunduvad alguses ülesannetuna, on nendega sageli võimalik hakkama saada, kui neile süstemaatiliselt läheneda. Probleemide lahendamise harjutamine on ette nähtud selleks, et aidata patsiendil igapäevaste raskustega toime tulla.

Probleemide lahendamise on loogiline protsess, mis koosneb teatud mõistepärasest sammudest. Need on järgmised:

1. samm. Probleem tuleks kindlaks teha ja võimalikult täpselt konkretiseerida. Võib ilmuda, et on olemas kaks või rohkem koos esinevat probleemi; sellisel juhul tuleks neid vaadelda järgenõõda. Kasu võib olla ka probleemi ümbersõnastamisest.

2. samm. Tuleb leida alternatiivseid võimalusi probleemist ülesamiseks. Patsient peaks välja pakkuma võimalikult palju lahendusi. Mõned lahendused võivad esimesel pilgul tunduda mõttetute või teostatamatuna. Sellele vaatamata tuleks nad arvata võimalike alternatiivide nimekirja. Mida rohkem lahendusi välja pakutakse, seda tõenäolisem on, et nende seas on mõni hea.

3. samm. Tuleb kaaluda iga võimaliku lahenduse tõhusust ja praktilisust.

4. samm. Tuleb välja valida üks alternatiiv. Sageli on see intuitiivne protsess. Teinekord on kõige parem lahendusi kombineerida.

5. samm. Tuleb sõnastada valitud lahenduse ellu viimiseks vajalikud sammud.

6. samm. Tuleb tegutseda vastavalt lahendusele.

7. samm. Kogu probleemilahendamise protsessile tuleb järgmisel päeval järgnevatel sündmuste valguses hinnang anda. Patsienti tuleks õhutada kõiki probleemilahendamise samme üle vaatama ning otsustama, kuidas seda protsessi oleks võinud paremini läbi viia.

Patsienti tuleks õhutada probleemide lahendamist harjutama igal võimalikul juhul. Kui ette tuleb mõni raskus või seda on ette näha, peaks patsient kirjutama probleemi jälgimislehte 6. lahtrisse ja lehe tagumisele küljele kandma kõik sammud selle lahendamiseks. Talle tuleb öelda, et probleemide lahendamise oskus paraneb harjutades ja et seda tehnikat võib rakendada kõigi igapäevast raskuste korral. Kui ta seda tehnikat tulemusrikkalt kasutab, paraneb tema võime toime tulla olukordadega, mis

varem oleksid põhjustanud ülesöömist. Kui teda lisaks julgustada prognoositavaid raskusi otsima, peaks sellega kaasnema potentsiaalsete probleemide esinemissageduse kahanemine.

#### *Inimkeha valesti tajumise ja halvustamise kõrvaldamine*

Mõnedel buliimiapatsientidel esineb ühemõtteline väärtaju, mistõttu nad hindavad üle kogu keha või mõne kehaosa suurus. Kliinilised kogemused anoreksiapatsientidega näitavad, et see häire ei allu otsesele mõjutamisele (Garfinkel ja Garner 1982) ning meile on jäänud mulje, et sama kehtib ka buliimiapatsientide kohta. Kuid olemasolev tõendusmaterjal väidab, et patsientidel, kes alluvad psühholoogilise ravile, taandub keha väärti tajumine ilma spetsiifilise vaheleegamise vajaduseta (Cooper ja Steere, ettevalmistamisel). Kui see nähtus on eriti silmatorkav, peaks terapeut aitama patsiendil väärtaju kui sellist tunnistada ning teadlaste sellest hoolimata. Patsiendile tuleks esitada kõikvõimalikke tõendeid selle kohta, et ta tajub oma figuuri valesti ja talle peaks sisendama, et ta kirjutaks väärtaju söömishäire arvele. Garneri ja Bemise (1982) ettepaneku kohaselt tuleks talle öelda, et olukord sarnaneb sellega, nagu oleks ta oma figuuri suhtes värvipime. Alati kui ta end paksuks peab, peaks ta meelde tuletama, et tajub oma figuuri valesti, ja oma kehavormide üle otsustama usaldusväärsete isikute arvamuste järgi ning igapäevaelase kaalumise alusel.

Terminiga "keha tajumise häiritus" tähistatakse äärmist vastumeelust oma keha suhtes. Anoreksia puhul ei esine seda kuigi sageli, kuid seda tuleb ette mõnedel buliimiapatsientidel. Tavaliselt annavad patsiendid, kellel keha tajumine on häiritud, oma parima, et vältida oma keha nägemist. Näiteks võivad nad ümber riietuda pimedas, vältida peegleid, kanda lohakaid riideid ning äärmuslikematel juhtudel kanda vannis või duši all särki. Ravi seisneb "eksoneerimises". Selle asemel, et enda nägemist vältida, peaks patsient otsima võimalusi oma keha näha ja näidata, näiteks peeglisse vaadates, basseinis või saunas käies või aerobikatundides osaledes.

#### *Paranemine II etapis*

Suurel enamikul juhtudest on II etapi tulemuseks ravi esimese faasi jooksul saavutatud edusammude kinnistumine. Liigsöömine muutub harvaks või vaibub hoopis, kuna kehakaalu ja figuuri puudutavad probleemid sed mõtted ja seisukohad ei ole enam nii elavad. Mõnikord on paranemine piisavalt kiire, et õigustada ravi kestuse lühendamist. Kuid terapeut peaks hoiduma paranemise üle otsustamisest ainult käitumisest lähtudes. On

täiesti võimalik, et patsiendi käitumine paraneb, kuid tal säilivad probleemsed seisukohad, mis kognitiivset vaatevinklist nähtuna häiret alal hoiavad. Sel juhul on edusammud tõenäoliselt näilised ja lühiajalised. Teisest küljest, kui II etapi lõpuleviimisest hoolimata säilivad mõningad käitumuslikud ja kognitiivsed probleemid, ei ole see ürgimata ravi pikendamise näidustuseks. Kogemused näitavad, et ravikuuride pikalevenitamisega võidetakse vähe.

#### **III etapp**

III etapp, ravi viimane staadium, koosneb kolmest intervjuust kaheandalaste vahedega. Selle etapi eesmärk on kindlustada edusammude püsimine pärast ravi lõppu. Patsiente, kellel ikka veel esinevad sümptomid (enamik) ja kes tunnevad muret ravi lõppemise pärast, tuleks julgustada, öeldes, et tavaliselt järgneb ravi lõpule jätkuv paranemine (vt Fairburn jt 1986b).

#### *Tulevikuraskusteks ettevalmistumine ("Tagasilanguste vältimine")*

Väga oluline on tagada, et patsiendi ootused oleksid realistlikud. Paljud patsiendid loodavad, et nad enam kunagi üleliia ei söö, ei oksenda ega võta lahisteid. See ootus tuleks vaidlustada, sest see muudab nad vastuvõtlikuks iga apsu suhtes, millele nad reageerivad katastroofiliselt, sest peavad sümptomite taasilmnemist täieliku tagasilanguse tunnuseks. Tuleks arutada "apsu" ja "tagasilanguse" vahelist erinevust (vt Marlatt ja Gordin 1985; Brownell, Marlatt, Lichenstein ja Wilson 1986). Esimene termin tugineb seisukohale, et seisundi halvenemine toimub astmeliselt, kuna teisel on kõrvaltähendus, et inimene on kas "naige" või "terve". Neil kahel terminil on erinev sisu, mis puudutab patsiendi võimet olukorda mõjutada: "apsu" või "eksitust" saab parandada, kuna "tagasilangus" tähendab, et inimene vajab kõrvalist abi.

Patsiendile tuleks meelde tuletada, et enamik inimesi sööb aeg-ajalt "üle" ja et see pole ebanormaalne ega ka märk sellest, et kontroll tootumise üle on kadumas. Patsient kaldub olema ülitundlik iga "ülesöömise" tunnuse suhtes ning kipub tavalisele ülesöömisele "liigsöömise" silti külge kleepima. See ei ole õige. Patsient peaks lubama endal aeg-ajalt kõvasüüa ega tohiks seda negatiivseks näitajaks pidada.

Ravi käesoleval, viimasel staadiumil peaks paluma, et patsient järele mõtleks, millised ravi koostisosad oli talle kõige rohkem kasu. Ta peaks ette valmista kirjaliku plaani, et toime tulla, kui tulevikus tunneb, et toitumine hakkab probleemiks muutuma. Eelviimasel seansil tuleks seda plaani üksikasjaliselt arutada ja selle arutelu põhjal peaksid patsient ja te-

rappeut valmistama ette "säilituslehe", millel plaan formaalselt visandatakse.

Tulevikku arutades tuleks patsientidele öelda, et teinekord on ka tagasilangusi oodata. Toitumisprobleemist saab tema Achilleuse kann, sest söömine ja/või oksendamine jäävadki tõenäoliselt tema reageerimisviisideks stressile. Talle tuleks meelde tuletada, et ravi käigus on tal välja kujunenud oskused toitumisprobleemist üle saamiseks ja et ta peaks olema võimeline neid uuesti kasutama. Lisaks peaks teda õhutama uurima tagasilanguste põhjuseid ja seda, kuidas ta tulevikus võiks nende taasesinemist vältida.

Tavapärase tegevusena tuleks taas rõhutada dieediga seotud riske. Tuleks seletada, et patsientlil võib kunagi tulevikus vabalt tekkida kiusatus hakata dieeti pidama (nt pärast sünnitust), kuid ta peab sellesse suhtuma tõsiselt reservatsiooni-dega. Tuleb arutada mõistlikke näidustusi dieedipidamiseks: nendeks on ilme ülekaalulisus võrreldes normkaaluga ja meditsiinilised põhjused dieediks.

### Bulimiapatsientide rasked alarühmad

Bulimia all kannatavate patsientide teatud kergeti äratuntavatel alarühmadel on erivajadused ja ravi tuleb neile vastavalt muuta. Nende ravimine võibab enamasti tunduvalt kauem aega kui "komplikaatsioonideta" juhtumite puhul.

#### Alakaalulised patsiendid (vähem kui 80% standardkaalust)

Neid patsiente loeti varem anoreksiapatsientide nr "bulimiasse rühma" kuuluvaks. Nende puhul on rõhuasetus alguses kaalu taastamisel (vt lk 347), kuigi seda võib teha ühenduses 1. etapi elementidega.

#### Ülekaalulised patsiendid (üle 120% standardkaalust)

Nende patsientide ravimine on eriti keeruline. Mõistliku soovitava kaaluvahemiku paikapannemine tekitab sageli probleeme, kuna kõrge kaal tunduvalt tihti sobimatu; ning patsiendi õhutamisele dieedist loobuma vastatakse vähimatult tõrkusega. Kui toitumise mõningane piiramine sisiki vajalikuks tunduab, tuleks valida dieet, mis tõenäoliselt liigsöömist ei soodusta. Üldiselt on kõige parem soovitada, et patsient piigem vähendaks toiduportsjoni suurust kui väldiks konkreetseid toiduaineid või jätkaks söögikordi vahele. Samaaegselt tuleks aidata tõsta patsiendi igapäevast energiakulu.

### "Multimpulsivsed" patsiendid

Väike osa bulimiapatsientidest sõltub lisaks alkoholist või narkootikumidest ning mõned väidavad, et neil on raskusi üldiste "impulsside" kontrollimisega (Aacey ja Evans 1986). Tavaliselt tuleb narkootikumide- või alkoholiprobleem käsile võtta enne, kui liigutakse toitumisprobleemide juurde. Näidustatuks võib osutada ravi statsionaaris.

### Diabeetilised patsiendid

Kui bulimia ja diabeet esinevad üheskoos, mõjutavad need kaks tervisehätet teineteist sageli negatiivselt. Nagu märgib Szmulker (1984), "võib harva, kui üldse kunagi, täheldada, et üks haigus niivõrd ilmselt teise teostuses oleks." Mõned diabeetikud näiteks suurendavad oma haiguse kehalikku koormust seotud omadusi: soov olla sale tuleb soovi olla hea terve juures. Selliste patsientide ravi on keerulisem. Terapeudi ja raviansi vahel peab olema tihed koostöö, kusjuures viimane peab ravi käigus soostuma sellega, et peaaegu paratamatult tuleb ette perioode, mil veresuhkru kontroll on nõrk.

### Püsiva negatiivse emesehinnanguga patsiendid

Mõnedel bulimiapatsientidel on kalduvus enda üle erakordselt karmilt otsustada. Nad hindavad kõiki oma külgi negatiivselt ja on seda sageli teinud juba aastaid. Need patsiendid reageerivad kõige halvemini lühiajalisele psühholoogilisele ravile (Fairburn, Kirk, O'Connor, Anastasiades ja Cooper 1987). Mõnel on kasu pikemaajalisest kognitiivse orientatsiooniga psühhoteraapiast, mida kirjeldavad Garner ja Bemis (1985).

### Grupiteraapia, ravi statsionaaris ning ravimite

#### kasutamine bulimia ravimisel

On mitmeid põhjuseid, miks grupiteraapia bulimiapatsientide puhul tunduab kõitva võimatusena. Lisaks sellele, et see on odavam, võib grupiteraapia aidata kaardada patsientide häbitunnet ja isoleeritust, ning tinnimisel et teatud raviprotseduure kasutatakse standardsetl (nt informatsiooni andmine, protseduurid regulaarse toidumääratni sisseaadmiseks ja dieedipidamise lõpetamiseks), võiks sellelt oodata samasugust tulemuslikkust kui üksikravil. Andmete kohaselt see siiski nii ei ole (Garner, Fairburn ja Davis 1987). Põhi-probleemiks on grupiteraapia puhul vajaminevad suured jõupingutused. Näib, et need patsiendid ei talu grupiterapiat kuigi

hästi. Ühe ja sama raviprogrammi individuaalset ja grupivarianti ei ole siiski võrreldud.

Piiratud näidustusi statsionaarseks raviks on juba vaadeldud. Üldiselt peaks ravi statsionaaris olema lühiajaline ning seda tuleks vaadelda ambulatoorse ravi eeljärguna. Haiglateskkonna pakutav väline kontroll, mis küll sageli parandab patsientide seisundit, võib viia neid ning haiglapersonali eksiarvamusele, et probleemid on lahenedas. Sageli ei ole see nõnda. Haiglaelu ei võimalda rakendada korraga regulaarset söömisrutiini ja hakata tarbima tasakaalustatud toitu. Selles keskkonnas on küll võimalik saavutada ka mõningaid kognitiivseid muudatusi, kuid haiglateskkond sobib haruharva selleks, et patsient õpiks oma toitumist kontrollima. Seetõttu on haiglast väljakirjutamise järgse tagasilanguse risk kõrge. Kasulik võib olla üleminekuperiood päevase patsiendina, kuna see võimaldab järk-järgulist toitumise kontrolli üleandmist haiglast patsiendile, viies viimase samaaegselt kokkupuutesse mõningate iga-päevaelu raskustega.

Mis puutub farmakoloogilisse ravisse, on antidepressandid ainsad ravimid, mis bulimiat ravimisel midagi töötavad (Agras ja McCann 1987). On väidetud, et need moodustavad selle häire omaette ravivahendi. Seniini viitavad vaatusandmed sellele, et neil on suurem mõju kui platseeboefektile, seda isegi patsientide puhul, kellel puuduvad märkimisväärsed depressioonisümpptomid. Kuid ainult vähesed patsiendid paranevad täielikult ja häiritud suhtumine figuurisse ja kehakaalu kiipub püsima jääma. Muutuste säilimise kohta medikamentidega ravimisel ei ole süstemaatilisi uuringuid tehtud, samuti pole uuritud ravimite tarbimise katkestamise tagajärgi. Kliiniliselt jääb mulje, et medikamentidega ravimisel saavutatud edusammud kalduvad ravimite tarbimise katkestamisel kaduma. Seetõttu on meie arvamus, et antidepressandid on näidustatud ainult patsientide puhul, kellel on arvatavasti kaasnev depressioon. Sellistel patsientidel on antidepressantidega ravimisest sageli tööpoolest kasu, kuid peaaegu alati vajavad nad ka toitumisprobleemi enese ravi juba kirjeldatud viisil.

### Anoreksia ravi

Anoreksia ravi on vähe süstemaatiliselt uuritud. Seetõttu tuleb ranged soovitusi sellest ülesaamiseks anda peamiselt kliinilistest kogemustest lähtuvalt. Peamine põhjus, miks uuringud on suhteliselt puudulikud, on see, et anoreksia ravi kestab minimaalselt mitu kuud ning nii pika aja vältel vaatluste tegemine on seotud suurte praktiliste raskustega.

Läbiviidud uurimustes on enamasti keskendutud ainult häire mõne üksiku aspekti, näiteks kaalukaotuse ravile ning seetõttu on tulemused valgtustanud ainult osakest üldisest protseduurist. Seetõttu pole olemas kõikehõlmavat lähenemist ravile, mis põhineks kindlatel empiirilistel avastustel. Selle asemel tuginevad ravialased soovitused suurelt jaolt praktikute kogemustele, kes on spetsialiseerunud selliste patsientide ravimisele. Kuigi nendest soovitustest on prakiseerival kliinitsistil, kes ei ole spetsialist, märgatavat kasu, tuleb neisse siiski suhtuda teatava ettevaatusega, kuna eksperdid kipuvad nägema proportsionaalselt liiga suurt hulka tõsiseid ja keerulisi juhtumeid. Sellega võib seletada asjaolu, et kirjanduses rõhutatakse haiglaravi, kuna tulemusuuringud väljaspool sellele probleemile spetsialiseerunud keskusi näitavad, et enamikku patsientidest on võimalik ravida ambulatoorselt (nt Morgan, Purgold ja Welbourne 1983).

Kuigi vaated anoreksia olemusele on äärmiselt lahkuminevad, valitseb üksmeel häiritud piirkondade suhtes, mida tuleks ravi käigus käsitleda. Kõigepealt on probleemiks asjaolu, et häire on "egostütooniline", nii et patsient ise ei saa aru, et ta vajab abi. Kui sellest raskusest on üle saadud, on keskeks ülesandeks võidelda nälgimiseisundiga ning ravida neid füüsilisi komplikatsioone, mis vajavad tähelepanu. Kuna selliste patsientide toitumisharjumused on märgatavalt häiritud ja nad kasutavad mitmesuguseid äärmuslikke meetodeid kehakaalu kontrollimiseks, tuleb tegeleda nendega ja ka nendega seotud probleemse suhtumisega figuurisse ja kehakaalu. Mõnikord vajavad tähelepanu ka üldpsühholoogilised sümptomid, mis on enamasti afektiivse või kinnismõttelise iseloomuga. Lõpuks on sageli häiritud patsientide perekonnasisesed suhted, sageli suhtlemine üldise kõigi inimestega. Käesoleva peatüki ülejäänud osas antakse üldisi juhtnõure selle kohta, kuidas kõigis neis valdkondades tegutseda.

### Ravikeskkond

Ravi võib toimuda statsionaarsel, päevasel või ambulatoorsel alusel. Sobiv variant on olevat patsiendi kliinilisest seisundist ning muidugi saadolevatel võimalustel. Haiglaraviks on kuus peamist näidustust. Esiteks tuleb patsient hospitaliseerida juhul, kui kaalu kaotus on tõsine. Üldjuhul on kehakaal, mis ei ületa 60% antud vanuse, soo ja pikkuse kohta ettenähtust, näidustus haiglaraviks. Teiseks tuleks haiglasse paigutamist kaaluda, kui kehakaal kiiresti langeb. Kolmandaks vajavad haiglaravi patsiendid, kel esineb eluohtlikke füüsilisi sümptomeid, näiteks tõsine hüpokaleemia. Neljandaks on tavaliselt vaja haiglasse paigutada patsiendid, kelle puhul on olemas enesetäpuht. Viiendaks tuleb vastu võtta



mõned patsiendid, kelle sotsiaalne keskkond mitmesugusel põhjusel ei soodusta ambulatoorset ravi. Viimase põhjusena on mõnedel patsientidel, kes pole allunud ambulatoorsele ravile, kasu haiglas veedetud ajast. Kuid isegi siis, kui hospitaliseerimine on vajalik, tuleb meeles pidada, et ravi statsionaaris eelneb ambulatoorsele ravile, millel ravi alati põhiliselt tugineb.

Anoreksia päevasest ravivormist on vähe kirjutatud ning selles vallas pole läbi viidud empiirilisi uurimusi. On tõenäoline, et haiglasse paigutamist võiks paljudel juhtudel vältida, kui oleksid olemas spetsiaalsed päevased raviasutused. Päevase ravivormi potentsiaalseid eeliseid ei ole veel täielikult ära kasutatud.

#### Ravi paindlikkus

Anoreksia raviks on soovitatud mitmekesiseid raviviise. Statsionaarse ravi nurgakiviks on hooldus. Üldjuhul piisab hooldusest, et tagada rahuldav kaaluivene ning parajad edusammud patsiendi toitumisharjumuste muutmisel. Kui hooldus osutub ebapiisavaks, on näidustatud operantsed käitumuslikud meetodid (Bemis 1987). Pajude patsientide puhul on soodne nende perekond ravisse kaasa võmmata. Russell ja tema kolleegid (Russell, Szmulky, Dare ja Eisler 1987) on tõestanud, et patsientide puhul, kellel terisehäire sai alguse noores eas (enne 19. eluaastat) ja pole krooniliseks muutunud (kestnud vähem kui kolm aastat), on statsionaaris kaalu taastamisele järgnev ambulatoorne pereravi tunduvalt tulemusrikkam kui toetav psühhoteraapia.

Viimastel aastatel on huvi tuntud ka kognitiiv-käitumuslike strateegiate kasutamise vastu nende patsientide ravimisel (Garner ja Bemis 1982, 1985). Nagu ka bulimiat kognitiivsel käitumisravil, on ka siin seks eesmärgiks muuta patsiendi mõtteid figuuri ja kehakaalu kohta, eelkõige et selline muutus on täieliku ja püsiva paranemise eeltingimus. Anoreksia kognitiivset käitumisravi ei ole üksikasjaliselt konkreitseeritud, ehkki on kindlaks tehtud peamised valdkonnad, millega tegeleda, ning kirjeldatud mitut terapeutilist strateegiat. Sellele lähenemisele on hinnang veel andmata ja seetõttu pole võimalik seda soovitada samasuguse kindlusega kui bulimiat kognitiivset käitumisravi. Kuid kuna neil kahel haigusel on ühine psühhopatoloogia, on siiski olemas arvestatava *prima-facie* alus, et pidada kognitiivset lähenemist väärtuslikuks.

Ravimite kasutamisest ei ole selle häire tildravis märkimisväärset kliinilist kasu täheldatud (Russell, Checkley ja Robinson 1986). Väikese osa puhul haigusjuhtudest on piiratud roll kolmel ravimklassil. Esiteks muudab ülisuur ärevus patsiendil haiglas viibides uuesti söömise alustamise keeruli-

seks. Selliseid patsiente võib abistada nõrgatoimeliste rahustite lühiajaline väikajutamine. Tugevatoimelised rahustid on vastunäidustatud. Teiseks võib mõnedel patsientidel esineda kaasnev depressioon, mis nõuab iseseisvat ravi. Praktikas on sageli raske kindlaks teha, kas patsiendi depressiivsed sümptomid peegeldavad iseseisvat psüühkahäiret, on nälgimise põhjustatud või on tegemist sekundaarse psühholoogilise reaktsiooniga mõnele häire vajajukihtle. Enamasti on kõige kasulikum otsused antidepressantide kasutamise kohta edasi lükata, kuni kurtumuseisundist on üle saadud. Kui määratavad depressiivsed sümptomid kaalu taastumise järel püsima jäävad, on näidustatud ravi antidepressantidega. Ravimeist võib abi olla ka söömishäirest täiskõhutundest ülesaamiseks. Mõned patsiendid kogevad pärast sööki kõhus tugevat ebamugavustunnet ja leivad, et see püsib mitu tundi. Seda põhjustab anoreksia puhul esinev kõhu tühjenemise viivitus. Selliseid patsiente võib aidata lühiajaline perifeerse dopamiini vastase domperidooni kuur (Russell, Freedman, Feiglin, Jeejeebhoy, Swinson ja Garfinkel 1983).

#### Kehakaalu taastamine

Anoreksia olemusse kuulub tõsiasi, et patsientidele on kaalus juurde võtmine vastumeelne või parimal juhul osutub selle saavutamine raskeks. Üks ravi esimestest sammudest on seetõttu patsiendi veenmine kehakaalu normaliseerimise vajalikkuses. Sageli on see ülesanne keeruline, sest paljud patsiendid ei ole ravile tulnud omal algatusel ning ei pea kaalus juurde võtmist vajalikuks. Sellisel juhul on sageli kasu sellest, kui vestlus suunatakse patsiendi elu nendele külgedele, mida ta peab häirivaks ning mis on tõenäoliselt nälgimise suhtes sekundaarsed nähtused ja seetõttu kaaluivõime kõrvaldatavad (vt lk 319). See lähenevne tuleks via avaramasse konteksti, andes patsiendile teavet anoreksia olemuse ning kognitiivsete tegurite tähtsuse kohta (vt Garner *jt* 1985). Eesmärgiks on aidata patsiendil mõista, et tegemist on diagnoositud haigusseisundiga. Selles küsimuses võib olla kasulik soovitada patsiendile mõnd anoreksiateemalist populaarset teksti (nt Abraham ja Llewellyn-Jones). Osutada tuleks anoreksiasit tulenevatele sotsiaaletele vajakajäänustele ning patsiendi peaks innustama järele mõtlema, millega ta tegeleks ja millised huvid tal oleksid, kui tal ei oleks see häire välja kujunenud. Neid tuleks suunata esitama fundamentealseid küsimusi selle kohta, mis on neid kõhnumispuudlustes mõitveerinud. Kui neid küsimusi artutada delikaatselt ja mitte hukkamõistvalt, juhtub vaid harva, et patsient ei saa aru tumista, et tal esineb probleeme, mis ravi vajavad. Sellest hoolimata peab silmas pidama, et mõned patsiendid jäävad kangekaelselt selle juurde kindlaks, et nad on täiesti terved ega vaja ravi. Sel juhul võib terapeut olla sunnitud tunnustama, et patsienti

pole hetkel võimalik ravida. Sellised patsiendid tuleb suunata tagasi perearsti juurde, kes jälgib üldiselt nende füüsilist ja psühholoogilist tervist. Kui aga patsiendi füüsiline või psühholoogiline seisund on tugevasti häiritud, tuleb teinekord kasutada vaimse tervishoiu seadust (*Mental Health Act*), et ravi võimalikuks muuta.

Mõnikord väidavad patsiendid, et pole õige oodata, et nad hakkaksid normaalselt sööma ja võtaksid kaalus juurde enne, kui on aru saanud nende käitumise "aluseks olevast põhjusest" ja see kõrvaldatud. Ehkki sellesse seisukohita tuleb suhtuda mõistavalt, tuleks patsientidele siiski meenutada nälgimise mõju nende mõtlemisele ja emotsionaalsetele reaktsioonidele (vt lk 319). Tuleb selgeks teha, et kaalu taastamist, kuigi see on vaid väike osa ravist, läheb vaja mitte ainult patsiendi füüsilise tervise taastamiseks, vaid ka selleks, et muuta võimalikuks tema aktiivne osalemine keskmate probleemidega tegelemiseks mõeldud psühholoogilistes ravivõtetes.

#### *Kehakaalu taastamine statsionaaris*

Kui kaalu taastamine toimub haiglas, on peamisteks terapeutideks õed (Russell 1977). Paari päeva jooksul pärast haiglasse paigutamist tuleb patsienti hakata harjutama korrapärase söögikordadega ning võimaluse korral peaks nende maht ja koostis kahe nädala möödudes olema normaalne, sisaldades ligikaudu 2000 kcal päevas. Patsiendile tuleks püstitada ülesanne võtta kaalus juurde umbes 15 kilo nädalas, kusjuures seda kaalutakse igal hommikul. Tavalistest toiduportsjonitest ei piisa nii kiire kaaluübe saavutamiseks, kuna tõenäoliselt läheb päevas vaja 3000 kuni 5000 kcal. Selle asemel, et nõuda, et patsient sööks ebanormaalselt suuri portsjoneid või ebanormaalselt sageli, on meie seisukoht pigem see, et lisakaloreid on kõige parem manustada energiikaste jookide näol, mille kohta patsiendile on soovitatav öelda, et neid võib pidada "ravimiteks". Kasulik on patsiendile eelnevalt seletada, et tal võib kergesti tekkida soov oksendada, võimelda või lahtisteid võtta ning see on kaaluübekartust arvestades mõistatav. Patsient peaks toetuma haiglapersonalile, kes aitab tal sellistele soovidele vastu panna. Kuid mõistagi ei saa täielikult tugineda eeldusele, et patsient ise personali poole pöördub. Seejärel tuleb patsiente pärast söömist hoolikalt jälgida. Muidugi on tähtis ka patsiendi kaalu taastamisega seotud muresid tunnustada ja avameelselt läbi arutada. Individuaalsetel raviseanssidel tuleks kindlaks teha mõtted, mis põhjustavad etamugavust ning vastumeelsust kaalus juurde võtmise suhtes, ning need vaidlustada.

Küsimus, missugune peaks olema rahuldav sihiks seatud kaal, on problemaatiline. Teinekord on võimalik juhiseina kasutada patsiendi haiguseelset kaalu juhul, kui esimes ajavahemik, mil ta söi normaalselt ja oli enam-vähem sama pikk. Sageli pole aga võimalik sellist "loomuikku" kaalu kindlaks teha. Üldjuhul peaks sihtkaal olema vähemalt 90% patsiendi vanusele, kasvule ja soole vastavast keskmisest kaalust. Sihtkaalu valik tuleb esitada haiguse kognitiivse lahutamise kontekstis: piisav ei ole selline kehakaal, mille puhul nälgimise füüsilisi ja psühholoogilisi tagajärgi enam ei esine ja normaalsed hormonaalsed talitlused on taastunud, vaid selline, mille puhul on võimalik normaalselt süüa dieeti pidamata. On oluline, et eesmärgiks võetaks kaaluvahemik umbes 2,5 kilo ulatuses, kuna on normaalne, et kaal erinevatel päevadel kõigub. Kui patsient saavutab eesmärgiks võetud kaaluvahemiku, tuleks kõrge kalorsusega toidulisad kõrvale jätta ning lasta patsiendil kasutada normaalselt toidusedelit, millest piisab kehakaalu säilitamiseks.

Kui seda tüüpi raviprogrammi jaoks vajalik hooldus ei ole võimalik või kui selle režiimiga ei õnnestu rahuldavat kaaluübe taset saavutada, soovitatakse operantset programmi (Bemis 1987). Ranged ja keerukad instrumentaalprogrammid, mida aeg-ajalt on soovitatud, ei ole tõenäoliselt tõhusamad kui lihtsamad ja "leebemad" lähenemised ning seetõttu tuleb eelistada viimaseid (Touyz, Beaumont, Glaun, Phillips ja Cowie 1984). Näiteks võib kehtestada kaaluübe minimaaltempoks 0,75 kg iga nelja päeva jooksul, kusjuures vastutus selle eesmärgi saavutamise eest jääb patsiendile. Patsiendil olgu täielikud "privileegid" ning õigus palatis tegutseda. Kuid tuleb kokku leppida selles, et kui eesmärki ei saavutata, veedab ta järgmised neli päeva "voodipuhkusesel", et toitumist ja liikumist oleks võimalik lähemalt jälgida. (Muid piiranguid pole tarvis.) Kui nelja päevane voodis lamamine annab tulemuseks vähemalt 0,75-kilose kaaluübe, võib patsient jälle palatis normaalselt ringi liikuda. Seda tüüpi lihtsail režiimidel on mitmeid eeliseid. Nii personal kui patsiendid saavad neist ühtviisi kergesti aru ning neid saab sirgjooneliselt ellu viia; nad säästavad personali aega; nad soodustavad iseseisvust ja pole nii alandavad kui mõned "traditsioonilised" programmid ja on tõenäoliselt sama tõhusad. Kui üldse, läheb enamikel patsientidel vaja ainult paari voodipäeva.

Kirjeldataud tüüpi statsionaarsete kaalu taastamise režiimide puhul jõuab kehakaal uuesti normaalsesse vahemikku tavaliselt 2—3 kuu jooksul ning patsient lastakse koju 2—4 nädalat pärast seda. On oluline, et üleminek statsionaarset ambulatoorsele hooldusele hoolikalt läbi mõeldaks ja kui võimalik, peaks säilima edasise psühhoteraapia järjepidevus. Statsionaarsete raviprogrammide

raammide üksikajalisi ja tulevatiike kirjeldusi toovad ära Vandereyken ja Meermann (1984), Andersen (1985) ja Agras (1987).

#### *Ambulatoorne kehakaalu taastamine*

Enamiku patsientide puhul viiakse kehakaalu taastamine läbi ambulatoorselt. Mõnikord on selleks, et juurdevõtmisele hoog sisse anda, mõtet aliguses kindlaks määrata sagedadest kohtumised terapeudiga, näiteks kahe või kolme nädala jooksul kaks seanssi nädalas. Patsiendid peaksid jälgima toidu tarbimist (nägu kirjeldatud lk 322) ning neile tuleb anda juhised, et sööma peab regulaarselt. Kaaluilme eeldatav tempo peaks olema madalam kui stationaarse ravi puhul, sobivaks miinimumiks on 0,5 kg nädalas. Kaaluilmet peaks jälgima terapeüt, kes kaalub patsienti iga raviseansi alguses. Jälle võib vaja minna energiantikaid toidulisandeid. Ravi algjärgus tuleks kasutada empiiriliselt lähemennist, et täpselt kindlaks määrata, milline kaloritihkus on vajalik, et saavutada kaaluilmet soovitud tempos. Nägu kaalu taastamine stationaaris, tuleks ka see protsess viia ravi kognitiivse mõtestamise raamidesse (vt allpool).

#### *Füüsilistest komplikatsioonidest ülesaanmine*

Enamik anoreksia füüsilistest komplikatsioonidest taandub, kui taastuvad terve kehakaal ja normaalsed söömiskombed. Üheks erandiks on amenorröa: sageli hilineb regulaarse menstruaaltsiooni perioodide taastumine. Kuigi see ei kujuta endast meditsiinilist probleemi, peavad mõned patsiendid menstruaaltsiooni puudumist edasikestvate füüsiliste puuete tundemärgiks ning seeõttu tekitab amenorröa neis masendust. Sel juhul võib menstruaaltsiooni esile kutsuda kloriifeeni ning luteiniseerivaid hormone vahastavat hormooni kasutades.

#### *Normaalsete toitumisharjumuste taastamine*

Patsientidele, kes on kehakaalu taastamiseks haiglasse paigutatud, tuleb koheselt ette kirjutada regulaarsed söögikorrad. Nägu mainitud, peaks eesmärgiks olema paari esimese haiglas veedetud nädala jooksul toidu tarbimise suurendamine, kuni see ulatub umbes 2000 kilokalorini päevas. Patsiendid jätaavad sageli oma toidusedelid välja mitesuguseid toiduaineid, sest peavad neid "paksuks tegevateks". Seeõttu tuleks neile anda korrapäraseid käitumisülesandeid, mis seisnevad selles, et patsient hakkab välditavaid toiduaineid sööma ja laiendab nõnda oma menüüd. Individuaalsete raviseansside käigus tuleks eespool (lk 335) kirjeldatud protseduure kasutades kindlaks teha mõtted, mida selliste toiduainete tarbimine esile kutsuab, ja need

valdlustada. Kasulik on, et uute toiduainete kasutuselevõtmist jälgiks dieedispetjalist, sest patsientidel esineb sageli jätku ning ekslikke seisukohti dieedi ja tervise kohta ning nad reageerivad hästi, kui selliseid seisukohti valdlustab asjatundja dieetide alal. Patsienti tuleks õhutada sööma normaalses sotsiaalses keskkonnas. Esialgu peaks neil lihtsalt laske süüa koos teiste palatis viibivate patsientidega. Hiljem peaksid nad harjutama koos sõprade ja sugulastega ning väljas söömist. Kui patsiendid lähenevad soovitud kaaluvahemikule, tuleks välise kontrolli nende toitumise üle järk-järgult kõrvaldada. Patsiendil tuleks lasta ise otsustada söödava toidu koostise ja hulga üle ning nädalavahtusel peaksid nad sööma koos perekonnaga ja sõpradega. Kui ravitulemuste püsimise faasile eriti tähelepanu ei pöörata, on tagasilanguste risk märkimisväärne.

Patsientide puhul, keda ravitakse ambulatoorselt, tuleb kasutada samasuguseid strateegiaid. Loomulikult on terapeudil nendes tingimustes tunduvalt raskem paranemise tempot mõjutada. Seeõttu on väga oluline, et patsient jälgiks toidu tarbimist ning jälgimislehti tuleb terapeudil ja patsiendil raviseansside käigus hoolikalt uurida. Kõik seansid peaksid lõppema konkreetse ülesannete püstitamisega ning järgmise kokkusaamise lõpul tuleb neid kontrollida. Kuigi toitumisharjumuste tähelepanelik jälgimine ja kõrgelt struktureeritud toitumiskava ettekirjutamine on ravi algjärgus mõõdapääsmatud, võib normaalse kehakaalu saavutamise järel neid piiranguid järk-järgult lõdvemaks muuta.

Toitumisharjumuste normaliseerimise protsessi on perekonnaliikmeid sageli kasulik kaasata aktiivsemalt, kui oleks hea bulimia patsientide puhul. Patsiendid võivad pere liikmetele teada konkreetsetest eesmärkidest, mida nad püüavad saavutada, kuna selline avalikustamine võib motivatsiooni tugevada. Perekonnaliikmed võivad tegutseda patsiendi nõuandjatena sellistes küsimustes nagu sobiva toidu kogus või liik. Sage li on patsiendi toitumisest perekonnas saanud tugev konfliktivaldkond. Noorte patsientide puhul tuleks läbi viia perekondlikke seansse, mille käigus vastutust patsiendi toitumise juhtimise eest usaldatakse vanemale hooldeks (Russell j. 1987). Vanemate patsientide puhul on oluline, et patsient ise vastutaks muutuste eest ja see, kui palju ta teiste abi saab, on nende ja terapeudi otsustada.

On oluline, et patsientidele kindlalt meelde tuletataks, et ta peab õppima mitte dieeti pidama (vt lk 325). Ehkki seda tuleb teha kõigi patsientide puhul, on see eriti soovitatav neile, kellel on esinenud liig-söömisepiioode. Selliste patsientide toitumise suunamine peaks lähe-

dalt järgima buliimiapatsientide jaoks visandatud programmi, kusjuures sellesse tehakse asjakohaseid muudatusi, et võimaldada kehakaalu taastamist.

#### Kehakaalu kontrollimise meetmete muutmine

Lisaks toidu tarbimise rangele piiramisele võtavad anoreksiapatsiendid sageli teisi äärmuslikke meetmeid, et kehakaalu kontrollida. Patsientidele selle häire olemust selgitades tuleks rõhutada oksendamise ning lahtistite ja diureetikumide väära kasutamise ebasoodsaid tagajärgi (lk 327). Astmelisi ülesandeid kasutades tuleb patsientidel õppida sööma ilma järgneva oksendamiseta. Mis puutub lahtistitesse ja diureetikumidesse, tuleks siis, kui raviplane koostöö on alanud, patsientidele öelda, et ta neid ravimeid enam ei kasutaks. Enamik on kohe-  
selt võimelised neist loobuma. Ülejäanutele tuleks esitada järkjärguline loobumispiaan.

Paljude patsientide jaoks osutub raskeks normaalse sportimistase me kehtestamine. Kaalu taastamise eesmärgil haiglasse paigutatud patsientidele ei tohiks ravi algetappidel lubada intensiivset liikumist. On oluline, et nad mõistaksid, et liikumine on üks võimalik kaalu kontrolli vahend ja et nad seetõttu peaksid kindlaks määrama, kui palju ja missugust sporti nad teevad. Nad peaksid kontrollima oma sportimismotiive ja tegelema sellega ainult lõbu pärast, mitte figuuri või kehakaalu muutmise eesmärgil. Ambulatoorse patsientide puhul tuleb kasutada samasugust lähenemist.

#### Probleemse suhtumise muutmine

Meie arvates on patsientidele teabe andmise, kaaluübe vajalikkuse sisen-damise ning toitumisharjumuste normaliseerimise ülalkirjeldatud protseduure kõige parem läbi viia, lähtudes kognitiivsest lähenemisest selle häire olemusele ja ravile. See võrdub buliimia olemuse kognitiivse lahtimõtestamisega (vt lk 322). Praktikas tähendab see, et patsientidel tuleks aidata sõnastada ja uurida mõtteid ja seisukohti, mis motiveerivad häiritud käitumist ning raskendavad selle muutmist. Ravi algetapil peaks patsient lihisalt oma figuuri ja kaaluga seotud mõtteid sõnastama ning jälgimislehel üles tähendama. Hiljem, kui kaaluübe on märgatav ning nälgimise psühholoogilised tagajärjed on hakanud kaduma, on võimalik formaalne kognitiivne restruktureerimine, nagu seda on kirjeldatud buliimia puhul (vt lk 333).

Garner ja Bemis (1982, 1985) esitavad anoreksiapatsientide "kognitiivsete moonutuste" analüüsi Becki ja tema kolleegide visandatud "arutlusviga-

sid" kasutades. Nagu näha tabelist 8.5, puudutavad need peamiselt arusaamu figuuri ja kehakaalu olulisusest ning teatud dieedireeglitest kinnipidamise tähtsust. Kognitiivse ümberstruktureerimise protseduure kasutades on võimalik selliseid mõtteid ja seisukohti ning nendega seotud arutlemisvõimet kindlaks teha ja vaidlustada. Probleemide lahendamise harjutamisest patsiendiga (vt lk 339) on teinekord kasu sellegi pärast, et nii mitte ainult ei varustata patsienti vahendiga, mis aitab tal hakkama saada valikute ja otsuste hulgaga, millega ta argielus kokku puutub, vaid süvendatakse ka üldist enesekontrolli tunnetust.

#### Teiste kognitiivsete moonutuste ravi

Anoreksiapatsiendid hindavad end sageli teistega võrreldes madalalt. Tagajärjeks on see, et figuurist ja kehakaalust kipub saama ainuke oma väärtuse moodsupuu. Oma väärtuse sellise hindamise vaidlustamiseks võib rakendada eespool käsitletud kognitiivseid tehnikaid. Neid tuleks kasutada ka siis, kui tegeletakse patsiendi kalduvusega end saamatuks ja hädavareseks pidada (Garner ja Bemis 1982, 1985).

#### Keha väärti tajumine

Keha väärti tajumine on anoreksia puhul levinud. Nagu eespool täheldatud, puuduvad tõendid selle kohta, et see võiks alluda otsesele sekkumisele. Sellest ülesamine peaks tulenema samast lähenemisviisist, mida kirjeldati buliimiapatsientide puhul (lk 340).

#### Üldine psühhopatoloogia

Anoreksiapatsientidel esineb mitmeid psühholoogilisi sümptomeid, eelkõige depressiooni, ärevuse ja kinnismõnetega seotud jooni. Enamik neid sümptomeid kaob või taandub märgatavalt, kui kaal on taastunud normaalse tasemeni. Säilinud sümptomeid tuleks ravida tavalisel viisil.

#### Perekondlik ja sotsiaalne funktsioneerimine

Noorte patsientide puhul on oluline, et vanemad aktiivselt ravisse kaasataks. Ka paljude vanemate patsientide perekondi on kohane mõnel määral kaasa tõmmata. Eriti oluline on see siis, kui patsiendi suhetes vanematega on tekkinud pidevad konfliktid toidu ja söömise teemadel. Kasutada võib mitmesuguseid tehnikaid (vt Sargent, Liebman ja Silver 1985, Russell jt 1987): näiteks on kasulik, et vanemaid hoitaks kursis patsiendi muutumis-  
püüdlustega, sobival juhul ka see, et patsient otsiks nende abi, näiteks toitumisharjumuste normaalseks muutmiseks. Patsientide puhul, kellel on mitu aastat esinenud taandumatu anoreksia, on võimalik, et vanemad on koha-

nenud patsiendi käitumisega ning võib-olla aitavad kaasa selle jätkumisele. Sel juhul võib osutuda kasulikuks mitte püüda muuta kogu perekonna suhtumist patsiendisse ja tema hääresse, vaid aidata patsiendil kodust lahkuda ning iseseisvalt tegutseda.

Paljudel anoreksiapatsientidel on arengu seisukohalt murrangulise tähtsusega aastad olnud pühendatud saleduse ja enesekontrolli saavutamisele. Haigusst paranemine viib patsiendid kokku ühiskondlike situatsioonide ja isiklike tunnetega, millega toimetlemiseks nad võivad olla halvasti ette valmistatud. Seetõttu peaks terapeut olema valmis andma pikaajalist toetust, nõu ning julgustust, et aidata patsiendil üle saada väga erinevatest raskustest, eriti sellistest, mis on seotud inimestevaheliste suhetega.

### Ravi kulg

Ravi intensiivsus varieerub seansside sageduse ja ravi kestuse osas suurel määral. Mõnda patsienti on võimalik terveks ravida ka ainult ambulatoorselt kohtudes temaga alguses kord nädalas, hiljem kahe nädala tagant, ning ravi paari kuu pärast lõpetada. Kuid see ei ole normiks. Rõhuv enamik patsientidest vajab pikaajalist ambulatoorset ravi. Ravi kestab sageli 12 kuni 18 kuud, kuigi selle hilisemas järgus ei tarvitse terapeuti ja patsiendi kokkupuuted olla sagedased.

### Kroonilise patsiendi ravi

Mõned patsiendid pöörduvad arsti poole püsiva anoreksiaga, mida on püütud mitmel korral edutult ravida. Paljusid neist patsientidest on korduvalt kaalu taastamiseks haiglasse paigutatud, mis on andnud edu kaalus juurde võtmise piiratud eesmärgi silmas pidades, kuid haiguse pikemaajalist kulgu arvestades ei näi olevat soodsat mõju avaldanud. Selliste patsientide puhul on vaja terapeutilisi eesmärke mugandada, kuna anoreksiast on neile saanud elamise viis (Casper 1987). Kuid ilalgi ei tasu jätta igasugust lootust muutustele, sest teinekord esineb paranemist isegi pärast 12 aastat kestnud haigust (Theander 1985).

Üldiselt on selliste patsientide haiglasse paigutamine näidustatud ainult siis, kui nende elu on ohus. Sagegi ei ole haiglasse paigutamise ootatavuse määraks mitte patsiendi absoluutkaal, vaid pigem kehakaalu langus. Hospitaliseerimise eesmärgiks ei peaks olema kehakaalu tõstmine statistiliselt või isegi meditsiiniliselt soovitava tasemele, vaid lihtsalt sellise taseme saavutamise, millel kõnesolev patsient näib optimaalselt funktsioneerima hakavat. Ambulatoorne ravi peaks olema toetav ning selle tildiseks suunithuseks võiks olla patsiendi abistamine haigust arvestades võimalikult täisväärtusliku elu elamisel. Kaalamurdvad pingutsed selliste patsientide toetumisharjumuste

muutmiseks või neid kaalus juurde võtma keeliamiseks on täiesti kohatud. Selline takilka demoraliseerib patsienti. See läbi kiputakse patsienti enamaldama just sellest toetusest, mida ta vajab, ning see võib suurendada niigi tõsist eneseta-puudtu. Terapeutide sobiv hoiak ei ole ähvardav ning ta püüab patsiendi eneseväärikust ja -austust võimalikult tõsta.

### Tänuavaldused

C.G.F. avaldab tänu Wellcome Trust'ile toetuse eest.

### Soovitav kirjandus

- Fairburn, C.G. (1985). *Cognitive behavioural treatment for bulimia*. Teoses *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, (toim D.M. Garner ja P.E. Garfinkel), lk 160—92. Guilford Press, New York.
- Fairburn, C.G. ja Hope, R.A. (1983). *Disorders of eating and weight*. Teoses *Companion to psychiatric studies*, (4. va), (toim R.E. Kendell ja A.K. Zealley), lk 588—604. Churchill-Livingstone, Edinburgh.
- Garner, D.M. ja Bemis, K.M. (1985). *Cognitive therapy for anorexia nervosa*. Teoses *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, (toim D.M. Garner ja P.E. Garfinkel), lk 107—146. Guilford Press, New York.
- Garner, D.M. ja Garfinkel, P.E. (toim) (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Guilford Press, New York.
- Garner, D.M., Rockett, W., Olmsted, M.P., Johnson, C. ja Coscina, D.V. (1985). *Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa*. Teoses *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, (toim D.M. Garner ja P.E. Garfinkel), lk 513—72. Guilford Press, New York.

## Kroonilised psühhiaatrilised haigused

John Hall

### Sissejuhatus

Käitumuslikud ravilähenedised krooniliste psühhiaatriliste patsientide probleemidele on välja kujunenud viimase kahekümne aasta jooksul. Ayloni ja Azrini klassikalises tekstis (1968) kirjeldati, kuidas kujunes välja osakonda hõlmav ravirežiim, milles adaptiivkäitumise koheseks tasustamiseks kasutati žetooni. See tõi kaasa mitmesuguste ravi- ja uurimisotstarbeliste žetoonimajandusprogrammide kasutuselevõtmise (Matson 1980). Üleosakonnalised žetooniprogrammid on nüüdseks asendunud individuaalsete ja rühmaviisiliste käitumisravi programmidega haiglates või hooldusasutustes ning ühed paljutöötavamad neist on programmid, mis hõlmavad ravi perekonnaringis.

10—15 aastat tagasi toimus peaaegu kõigi raskete krooniliste psühhiaatriliste haiguste ravimine haiglates, seega on muudeks sellistele patsientidele ette nähtud raviviisideks olnud peamiselt haiglaosakonnal baseeruvad, suurtele rühmadele mõeldud programmid ning raviasutuste režiimid, näiteks sellised, mida kirjeldab Clark (1964). Alates fenotiasiinide kasutuselevõtmisest 50-ndate aastate keskel on krooniliste patsientide puhul laialdaselt kasutatud säilitusravimeid ning hilisem pikaajalise toimega neuroleptikumide kasutuselevõtmine on kahandanud suu kaudu manustatavatest ravimitest keeldumise probleemi. Käesoleval ajal on käitumuslikke protseduure kõige sobivam kasutada stabiilses ning paranemist soodustavas sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas, paljude patsientide puhul kaasneb sellega säilitusravimite paindlik kasutamine ning patsiendiga veel ühendust pidavate sugulaste kaasamine.

### Probleemid

Paljud psühhiaatrilised ja psühholoogilised probleemid, näiteks toitmishäired võivad olla kestvad ja kroonilised, kuid enamik neist võib ravi tagajärjel kas tunduvalt taanduda või jääb ühiskondlik, kodune ja kutselaadne kohanemine vastuvõetavale ning püsivale tasemele. Käesolevas peatükis käsitletakse aga raskete krooniliste haigustega patsiente, kes ei