

Toitumisteraapia/-nõustamise juhised 2022

Koostaja Mari-Liis Väli, toitumisterapeut

Retsensendid Annely Soots, arst, psühholoog ja funktsionaalse toitumise terapeut; Karin Järvis, psühholoog, funktsionaalse toitumise nõustaja

SÖÖMISHÄIRETE TOITUMISNÕUSTAMISE JA -TERAAPIA JUHIS

SISUKORD

Sissejuhatus, söömishäire iseloomustus	2
Toitumisenõustaja/-terapeudi kompetents söömishäiretega isikute nõustamisel	3
Söömishäirete esinemissagedus	4
Söömishäirete riskitegurid	4
Anorexia Nervosa ehk anoreksia iseloomustus	5
Meeskonnatöö anoreksiahaige kliendiga töötamisel	5
<i>Anorexia nervosa</i> kliendi toitumise taastamine	8
Bulimia Nervosa ehk buliimia iseloomustus	10
Meeskonnatöö buliimiahaige kliendiga töötamisel	10
<i>Bulimia nervosa</i> kliendi tervisliku toitumise taastamine	11
Toitumisprogramm ja toitumisteraapia kava	11
<i>Binge eating disorder</i> (BED) ehk liigsöömishäire	12
Eating disorder ehk liigsöömishäire ravimeeskonna põhilised tegevused	13
<i>Binge eating disorder</i> (BED) ehk liigsöömishäirega kliendi tervisliku toitumise taastamine	13
Kasutatud kirjandus	
Lisa 1. Praktiline juhend söömishäirete hindamiseks ja toitumisharjumuste muutmiseks	

SISSEJUHATUS, SÖÖMISHÄIRE ISELOOMUSTUS

Praegu kehtiv **rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon RHK-10¹** klassifitseerib häired järgmiselt:

- *Anoreksia nervosa*;
- *Bulimia nervosa*;
- Atüüpilised *anoreksia nervosa* ja *bulimia nervosa*;
- Liigsöömine koos muu psüühikahäirega;
- Oksendamine koos muu psüühikahäirega;
- Muud täpsustatud söömishäired (sisaldab täiskasvanu mitteorgaanilist picat ja psühhogeenset isukaotust);
- Täpsustamata söömishäire.

Uue, lähiajal kehtima hakkava rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni **ICD-11²** järgi eristatakse:

- *Anoreksia nervosa*;
- *Bulimia nervosa*;
- *Binge eating* (BED) ehk liigsöömishäire;
- Vältiv/piirav söömishäire (*Avoidant/restrictive food Intake disorder* (ARFID));
- Pica;
- Ruminatsiooni-regurgitatsiooni häire.

Käesolevas juhises anname soovitusi toitumisnõustamiseks *Anoreksia nervosa*, *Bulimia nervosa* ja *Binge eating* (BED) ehk liigsöömishäire puhuks.

Vältiv ja piirav söömishäire (*Avoidant restrictive food intake disorder* (ARFID)) on uus diagnoos. Seda iseloomustab toidu vältimine või piiramine, mille tulemuseks on:

- 1) piiravas koguses või liiga ühekülgse toidu tarbimine ning sellest tingitud energia defitsiit, mis põhjustab olulist kehakaalu langust, kliinilist toitumisvaegust või kahjustab mõnel muul viisil indiviidi füüsilist tervist;
- 2) negatiivne mõju sotsiaalsetele suhetele, sest inimene võib vältida olukordi/üritusi/koosviibimisi (nt perekondlikke), millega kaasneb ühine söömine.

ARFID-i puhul ei tekita muret kehakuju, -kaal ega esine hirmu rasvumise suhtes.

Üldiselt on see lastele omane söömishäire.

Picat iseloomustab regulaarne mittesöödavate ainete (nt savi, muld, kriit, krohv, plastik, metall ja paber) või tooreste toidukomponentide (nt jahu või sool) tarbimine sellises eas inimesel, kes peaks suutma eristada söödavaid ja mittesöödavaid aineid (umbes 2 eluaastast alates).²

Ruminatsiooni-regurgitatsiooni häiret iseloomustab tahtlik ja teadlik allaneelatud toidu tagasi suhu toomine (regurgitatsioon), mida võidakse uuesti närida ja alla neelata (ruminatsioon) või välja sülitada. Häiret diagnoositakse ainult üle 2- aastastel isikutel, see peab esinema mitu korda nädalas mitme nädala jooksul ja tohi olla seotud meditsiiniliste terviseprobleemidega.²

TOITUMISNÕUSTAJA/-TERAPEUDI KOMPETENTS SÖÖMISHÄIRETEGA ISIKUTE NÕUSTAMISEL

Oma töös võivad söömishäiretega kokku puutuda nii toitumisinõustaja kui -terapeut. Oluline on ära tunda söömishäire sümptomid, osata selles olukorras vastavalt käituda, teada oma pädevuse piire ning seda, kellega teha koostööd.

TOITUMISNÕUSTAJA kompetents Kutsestandardi Toitumisinõustaja (tase 5, 2018)³ alusel

terviseprobleemidega isikutega töötamisel:

Toitumisinõustaja nõustab klienti, lähtudes tõenduspõhistest Eestis kehtivatest toitumis- ja liikumissoovitustest ning toitumist puudutavatest ravi- ja tegevusjuhenditest tervise hoidmiseks, edendamiseks ja haiguste ennetamiseks. Kaasuvate haiguste puhul võib toitumisinõustaja nõustada haigeid koostöös vastava spetsialistiga ainult tasakaalustatud toitumise osas, kuid ei määra haiguspuhuseid või piirangutega dieete.

TOITUMISNÕUSTAJA TEGEVUSKÄITUMINE Kutsestandardi Toitumisinõustaja (tase 5, 2018) alusel SÖÖMISHÄIREGA KLIENDI PUHUL:

- 1) selgitab välja kliendi toitumuslikud probleemid ning toidutõhustamise vajaduse;
- 2) märkab söömishäire sümptomeid, kuid ei määra haiguspuhuseid dieete;
- 3) soovitab kliendil pöörduda erialaspetsialisti juurde (nt arst, toitumisterapeut, psühholoog).

Käesolev juhis aitab toitumisinõustajal söömishäirele viitavaid sümptomeid ära tunda.

TOITUMISTERAPEUDI kompetents Kutsestandardi Toitumisterapeudi (tase 6, 2018) alusel

terviseprobleemidega isikutega töötamisel:

Toitumisterapeut on tervishoiuspetsialist, kes rakendab tõenduspõhiseid teadmisi toitumisest inimeste tervise edendamiseks ja terviseprobleemide korral kliendi heaolu ja toimetulekuvõime suurendamiseks. Ta lähtub Eesti kehtivatest toidu-, toitumis- ja liikumissoovitustest ning toitumist puudutavatest ravi ja tegevusjuhenditest; osaleb meeskonnatöös ja vajadusel suunab teise erialaspetsialisti poole. Toitumisterapeut selgitab välja toitumuslikud probleemid ja defitsiidiriskid ning toidutõhustamise vajaduse.

TOITUMISTERAPEUDI KOMPETENTS SÖÖMISHÄIRETEGA ISIKUTE PUHUL ON KUTSESTANDARDIGA SPETSIIFILISELT REGULEERIMATA.

ETTA nõue on, et toitumisterapeut tegutseb vaid söömishäire spetsialistide meeskonnaliikmena tehes koostööd pereliikmete/lähedastega toitumise tervislikumaks muutmisel ja toitumise tõhustamisel. Toitumisterapeut tegutseb käesoleva juhise alusel.

SÖÖMISHÄIRETE ESINEMISSAGEDUS

Söömishäired on enam levinud naiste seas, kõige sagedasem on anoreksia esinemine noorukieas tüdrukutel ning noortel naistel.

Üliõpilaste seas läbi viidud uuringus vastas liigsöömishäire kriteeriumitele 2,6% üliõpilastest.

Naistel on anoreksia levimus elu jooksul 0,3 – 3,7% ja buliimia levimus 1,1– 4,2%. Meeste seas on anoreksia esinemine 0-0,3% ja buliimia levimus 0,1-1,3%. Meeste anoreksiat leidub rohkem nooremas eas, 19-30%-l noortest on anoreksia meestel.

BED esinemist on leitud naistel 0,6- 5,8% ja meestel 0,2-2%.^{5,6}

Meeste seas kasvab söömishäirete esinemine, sest üha rohkem mehi otsib häirele abi või abivajadus tuvastatakse muu ravi ajal.

Meeste ja naiste erinevuste ja leviku kohta on vaja täiendavaid uuringuid, kuna paljud juhtumid jäävad diagnoosimata ning seda just meeste puhul.⁷

SÖÖMISHÄIRETE RISKITEGURID

Söömishäire tekib erinevate tegurite koostoimel - teket mõjutavad bioloogilised, psühholoogilised, perekondlikud ja sotsiokultuurilised tegurid.⁵

Söömishäirete üldiste riskitegurite hulka kuuluvad:⁸

- 1) Ülekaalu probleem minevikus või olevikus, ekstreemsete dieetide katsetamine.
- 2) Osalemine hobides, spordialades, mis nõuavad kõhna keha või kindlat füüsilist vormi. Näitena saab tuua balleti, iluvõimlemise, kulturismi vms. Häire võib areneda ka meeskulturistidel, kes soovivad lihasmassi suurendada ning selle tõttu kasutavad anaboolseid steroide.
- 3) Perekonnas esinev söömishäire. Inimestel, kellel on lähisugulaste seas esinenud/esineb söömishäiret, on 10 korda suurem risk söömishäireks.
- 4) Psüühilised haigused või psüühilist tervist kahjustavad traumad – depressioon, seksuaalne ärakasutamine, mõnuainete kuritarvitamine, madal enesehinnang (arvatakse, et edu on seotud välimusega). Söömishäirega inimestel esineb kaasuvaid isiksushäireid 42-75%-l (kirjeldatud on ebastabiilse ja vältiva isiksushäire ning obsessiiv-kompulsiivse isiksushäire esinemist). Isiksushäired esinevad rohkem nendel alatüüpidel, kellel on ülesöömishood ja esilekutsutud väljutamine.
- 5) Varajane puberteet ja varajane seksuaalne areng suurendab soovi muuta oma kehakuju, erinevate dieetide pidamist ning tõstab riski söömishäirele.

On leitud, et anoreksia, buliimia ning BED-i riskitegurid tihti ei kattu.

Anoreksiat on seostatud pigem lapseea toitumisprobleemidega ning perfektsionistlike isikuomadusega. Anoreksiat ja buliimiat iseloomustavad piiratud söömine või piiratud toiduainete tarbimine, BED-i pigem kaootiline söömine.

Buliimiat ja BED-i on seostatud lapseea kaaluprobleemide, narrimise või perekondlikult esinenud ebaterve söömisega (dieetid, ülesöömine vm).

BED on alguse saanud pigem ülesöömisest, anoreksia ja buliimia aga dieedi pidamisest.

Liigsöömishäire algab tavaliselt ülesöömisest ning harjumusest süüa kaootiliselt, see võib tekkida

impulsiivse käitumishäire vm käitumishäire tagajärjel, lapsepõlve ülekaalu ning sellest tingitud narrimise tõttu, perekonnas esinenud ebatervete söömisharjumuste pärast (liigsöömised, ülekaal, ekstreemsed dieedid vm). Mõju võivad avaldada ka muud pingelised sündmused elus, seksuaalne või muul viisil ära kasutamine või muu traumaatiline kogemus või läbielamine.⁹

ANOREXIA NERVOSA ehk anoreksia ISELOOMUSTUS

Anorexia nervosa on iseloomulik kliendi poolt ise esile kutsutud tahtlik kehakaalulangus. Kreeka keeles tähendab anoreksia toidust hoidumist ja vastumeelsust kõige söödava suhtes. Anoreksia peamiseks sümptomiks on soov nälgides võimalikult saledaks saada, sest anoreksiahaige on oma kinnisidee kohaselt ülekaaluline.^{1,10}

Anorexia nervosa diagnoosimise kriteeriumid ICD-11 ja RHK-10 järgi

Kindlaks diagnoosiks on vajalikud kõik järgmised asjaolud:

- 1) Kehakaal on märkimisväärselt allpool inimese arenguetapile eeldatavat, KMI on ICD-11 järgi täiskasvanutel 18,5 (17,5 ja vähemalt 15% allpool eeldatavat RHK-10 järgi) või väiksem ja lastel ja noorukitel alla 5 protsentiili, esineb kiire kaalukaotus (6 kuu jooksul rohkem kui 20%), puberteedieelses eas ei võeta oodataval määral kaalus juurde.
- 2) Lisaks piiravale söömisele ("paksuks tegevate toitumisele") kasutatakse püsivalt teisi käitumisviise kaalu langetamiseks: tahtlikult esilekutsutud oksendamine või kõhulahtisus; ülemäärane kehaline aktiivsus; söögiisu vähendavate preparaatide ja/või lahtistite kasutamine; suurendatakse energiakulu liigse treenimisega.
- 3) Esineb oma keha väärtaju (tüseduskartus, ranged kaalupiirid), enesehinnangu keskmes on kehakuju ja -kaal.
- 4) Esinevad väljendunud endokriinhäired: nt naistel menstruatsiooni ärajäämine ja meestel seksuaalse huvi ja potentsi kadumine, kasvuhormooni- ja kortisoolitaseme tõus, kilpnäärmehormooni ja insuliini tootmise häired.
- 5) Pubertaalsed muutused hilinevad või peetuvad (kasvu seiskumine, tütarlastel ei arene rinnanäärmed, ei alga menstruatsioon; poistel seiskub testiste areng).

MEESKONNATÖÖ ANOREKSIADIAGNOOSIGA KLIENDIGA TÖÖTAMISEL

Anoreksiahaige ravimeeskonna eesmärgiks on:⁵

- 1) **Taastada normaalne tervislik kehakaal** ning sellega taastada menstruatsioon ja normaalne ovulatsioon naistel, seksuaalvajadus ja hormonaalne tasakaal meestel ning eakohane seksuaalne areng lastel.
- 2) Ravida somaatilisi ehk kehalisi tüsistusi.

3) **Suurendada kliendi motivatsiooni ja koostöövalmidust**, et taastada normaalne söötmismuster ning kindlustada osalemine ravis.

4) **Anda teadmisi tervislikust toitumisest, selle rakendamisest ning söötmise korraldamisest**, normaalsest kehakaalust ja toidu mõjust kehakaalule.

5) Korrigeerida ebaratsionaalseid uskumusi (nt kehapildi mõju edukusele vms), hoiakuid ja veendumusi. **Toitumisspetsialist saab korrigeerida ebaratsionaalseid veendumusi, mis on toitumisega seotud**, nt “kaalu saab normaalsena hoida vaid kaloraži piiramise ning suurema kalorite kulutamisega ehk pideva treenimisega”, “Rasvased toidud on kaloririkkad ja neid tuleb vältida” vms.

6) Söötmishäirega kaasnevate psüühiliste häirete ravimine.

7) Pereteraapiaga suurendada peretoetust ja empaatilist suhet.

8) Ennetada tagasilööke ning ravi ebaefektiivust.

Toitumisspetsialistil on meeskonnas tähtis roll, kuid ta **tegutseb vaid toitumise teemadega seotult ja meeskonnaliikmena**.

Uurimused näitavad, et Euroopa riikides saavad söötmishäire all kannatavatest inimestest vähesed spetsialiseeritud abi. Spetsialiseeritud inimestest koosnevas meeskonnas on abi efektiivsem kui üldpsühhiaatrilistes osakondades.^{5,10}

TOITUMISTERAPEUT EI TOHIKS TEGUTSEDA NENDE KLIENTIDEGA ÜKSI

Diagnoositud anoreksiahaiget klienti uuesti sööma pannes tuleb teda hoida meditsiinilise järelvalve all, mistõttu on oluline teha koostööd tervishoiutöötajaga.

Diureetikumide ja lahtistite ärajätmisel võib mitme nädala jooksul **tekkida vedeliku peetus**, mis on tingitud soola ja vee kogunemisest aldosteroon (neerupealistes toodetav hormoon, mis reguleerib organismis naatriumi ja kaaliumi tasakaalu) taseme tõusu tõttu. Sellest tingituna võivad toidu uuesti tarbima hakkamisel tekkida tursed ning harvematel juhtudel ka südamepuudulikkus. Inimestel, kellel on **väga kriitiline alakaal (rohkem kui 70% normaalkaalust)** tuleb pidevalt jälgida **südame tööd**.⁵

Sööma hakkamine ning igasugune toiduga seotud tegevus on söötmishäirega inimesele **psüühiliselt väga keeruline** ning vajab kindlasti meeskonda vastavat spetsialisti (psühhiaatrit, psühholoogi/psühhoteraapeuti). Toitumismuutuste tegemine söötmishäirega inimestel ilma psüühilise toeta ei ole väga tulemusrikas.

- Kõige efektiivsem teraapia on pereteraapia (laste/noorte puhul).

- Psühhoteraapia vähendab täiskasvanutel anorektilist käitumist 60%.

Motiveeriv suhtlemine on söötmishäirega inimese puhul vältimatu, et panna teda üldse mõistma

muutuste kriitilist vajadust, selle juures on suureks abiks psühholoog või/ja psühhiaater, kasulikuks on osutunud kognitiiv-käitumuslik teraapia.^{8,11}

Oluline on panna häirega isikut mõistma muutuste vajadust:

- ta peab teadma ohtusid (meedikute funktsioon);
- peab teadma, mida tähendab tervislik toitumine ja miks meie keha vajab toitaineid (toitumisspetsialisti ja meediku funktsioon).

Iga söömishäire all kannatava kliendi puhul, eriti anoreksiahaige kliendi korral, on toitumisterapeudil oluline teha koostööd arstide ja psühholoogidega.

Mikrotoitainete (mineraalainete ja vitamiinide) puudus ja koostöö meedikutega¹¹

- Esilekutsutud oksendamise ja/või lahtistite liigtarvitamise tagajärjeks on tihti **hüpokaleemia** - vajalikud kaaliumi lisandid – arsti funktsioon;
- Ravile allumatu hüpokaleemia võib olla tingitud varjatud **hüpomagneseemiast** või **hüpokaltseemiast**;
- **Hüponatreemia** võib olla oksendamise, diarröa ehk kõhulahtisuse, diureetikumide ja vee liigtarbimise (täiskõhutunde saamiseks, kaalunäidu petlikuks suurendamiseks meditsiinitöötaja vastuvõtul) tagajärjeks;
- Esineda võib ka **folaadi defitsiit**;
- Nendel, kes on lisaks näljutamisele vältinud ka loomseid tooteid, võib esineda **B12 puudus**;
- Võivad esineda ka maitsemuutused ja neuropsüühilised häired, mis on tingitud **tsingi puudusest**.

Nende tõsiste puudustega tuleb samuti tegutseda koostöös meedikutega – toitainete defitsiidi väljaselgitamine ja selle korrigeerimine diagnoositud anoreksia korral on arsti funktsioon.

Toitumisterapeut võib lasta määrata neid toitaineid, kui klient ei ole arsti jälgimise all.

Kui klient ei ole eluohtlikus situatsioonis, võib toitumisterapeut ise korrigeerida toitainete puudust juhtudel, kus klient järgib juhiseid.

NB! Kui klient juhiseid ei järgi ja kaal edasi langeb, siis toitumisterapeut peab kaasama meeskonda teised spetsialistid või kliendi edasi suunama.

ANOREXIA NERVOSA KLIENDI TOITUMISE TAASTAMINE

Piiratud toitumine ja näljutamine on anoreksiahaige püsiv elustiil, mistõttu üheks ravi peamiseks osaks on toitumisharjumuste muutmine ning sellel teemal kliendi harimine. Eesmärk on kindlustada, et klient **oskab valida menüüsse toiduained oma toitumuslimiku vajadust arvestades**. Kõige olulisem ülesanne on **saada anoreksiahaige sööma** ning seetõttu on menüü planeerimisel oluline teha koostööd kliendiga. **Alustada toiduainetest, mida ta talub ja suudab süüa ning vaikselt lisada uusi komponente** juurde.¹¹

Toitumisprogrammi koostamisel peaks tähelepanu pöörama järgmistele aspektidele:¹¹

- 1) süsivesikute regulaarne ja stabiilne tarbimine;
- 2) piisav valgusisaldus toidus, eriti taimetoitlastest klientidel võib valgusisaldus menüüs olla väga väike;
- 3) piisav asendamatute rasvhapete tarbimine ning õige rasvhapete omavaheline vahekord;
- 4) luude mineraalse tiheduse toetamiseks vajalike mikrotoitainete tarbimine;
- 5) tähelepanu pööramine raua- ja tsingisisaldusele menüüs nendel, kes ei tarvita lihatooteid;
- 6) rasvlahustuvate vitamiinide piisav tarbimine (A-vitamiin, E-vitamiin, D-vitamiin, K-vitamiin);
- 7) pädeva spetsialistiga koostöös (arst, spetsiaalse söömishäirega seotud väljaõppe saanud toitumisterapeut) toidulisandite vajaduse väljaselgitamise järgselt või nende poolt soovitatud annuses lisandite tarbimine.

Tegevuskava anoreksiahaige kliendi söömiskprogrammi koostamiseks: ^{5,8}

- 1) Alustada anamneesi kogumisega, mille raames selgub erinevate mikro- ja makrotoitainete defitsiit, rasvhapete ebanormaalne vahekord, vedeliku tarbimine (vesi, alkohol, kohv jt). Anamneesiga välja selgitada vitamiinid ja mineraalained, diureetikumid, lahtistid jms, mida klient on kasutanud kaalukaotuse eesmärgil. Selgunud defitsiite arvesse võttes tuleks koostada vajaduspõhine toitumisprogramm.
 - 2) Kroonilise näljutamise tõttu on kliendi energiavajadus alanenud. Seetõttu on teraapia alguses võimalik kaalu tõsta ka väiksemate energiahulkade tarbimisega ning tõsta kaloraazi järk-järgult.
 - 3) Programm peab sisaldama tervisliku kaalu taastamiseks vajalikku kaloraazi, kaaluiive peaks olema + 300 - 500 g/nädalas.
 - 4) Kaaluiibe saavutamiseks võiks kaloraaz alata 1000 - 1600 kcal/päevas ning seda järk-järgult tõsta 70 - 100 kcal/päevas võrra. Arvesse tuleb võtta, et mehed vajavad suuremat kaloraazi kaalutõusuks.
- Kui kodustes tingimustes ei ole võimalik lisada 70 kcal, on alguses hea ka väiksem lisamine.
- 5) Oluline on hoida tasakaalus füüsiline aktiivsus ja toiduga saadav energia. Vajadusel piira liikumist.
 - 6) Nendel, kellel on luu mineraalainete tihedus madal, tuleks tähelepanu alla võtta luudele olulised toitained ning vajadusel määrata neid lisanditena (vt ETTA osteoporoosi ennetamise juhist).
 - 7) Uuesti sööma hakates võib klient esialgu tunda kõhuvalu, täiskõhutunnet ning seederaskusi, kuna alatoitumise tõttu on mao tühjenemine aeglustunud.

TÕHUSTATUD TOITUMINE ANOREXIA NERVOSA PUHUL

Tõhustatud toitumise põhimõtete kasutamine aitab *Anorexia nervosa* kliendil taastada normaalkaal kiiremini ning samas tagada menüü terviklikkus ja tervislikkus. Tõhustatud toitumise põhimõtted, mida arvesse võtta:¹²

- 1) Suurendada toidukordade arvu. Kuna anoreksiahaigel tekib täiskõhutunne kiiremini, on parem vähendada ühel toidukorral söödava toidu mahtu ning süüa 5-6 korda päevas väiksemaid portsjoneid.
- 2) Toitumisprogrammi koostades eelistada toitainetihedaid toiduaineid.
- 3) Kasutada toitumispäevikut, mis aitab jälgida toitumist, kehakaalu muutust, emotsiooni/enesetunnet seoses toiduga.
- 4) Tõhustada kõiki toidukordi ja vahepalasid – selliselt toimides jaguneb lisaenergiaks tarbitav toidukogus päeva peale ühtlaselt.
- 5) Eelistada ja lisada menüüsse liitsüsivesikute- ja valgurikkaid snäkke, suurendada vahepalade arvu. Tähelepanu pöörata sellele, et iga suhu jõudev snäkk või vahepala oleks võimalikult energiarikas. Seniseid lemmikuid täiendada toitainetihedate lisanditega.
- 6) Menüüs piirata toiduaineid, mis on küllastunud rasvhapete- ja suhkrurikkad, mis annavad palju energiat, kuid ei oma toiteväärtust ning suurendavad teatud terviseriskide teket (kõrge kolesteroolitase, südame- ja veresoonkonna probleemid, diabeet, vähktõbi). Samuti põhjustab nende toodete arvelt tekkinud kaalutõus kehas rasvamassi kasvu, tervislik kaalutõus aga peaks põhinema lihasmassi kasvul.
- 7) Tarvitada jooki ja sööki eri aegadel, nt jook 30 minutit enne või pärast sööki. Söögiisu võib väheneda söömise ajal vett juues.
- 8) Jookidena eelistada energiarikkaid jooke, näiteks smuutisid, mis on valmistatud köögiviljadest ja/või puuviljadest, millele on lisatud energiarikas koostisosa (nt avokaado, pähklid/seemned või nendest valmistatud võided, piimatooted, täisterakaerahelbed, tofu jm). Karastusjoogid, ka kohv, tekitavad täiskõhutunnet ja sisaldavad sealjuures „tühje kaloreid“ ning on madala toiteväärtusega. Neid tarvitada harva.
- 9) Oluline on mõõdukas füüsiline koormus (hea variant on jõutreening) – treeningu tulemusel suureneb lihasmass ja seega ka kogu kehamass. Lisaks tõstab mõõdukas füüsiline koormus ka söögiisu.
- 10) Suurendada valgu osakaalu menüüs:
 - Kui normaalkaalus inimese valguvajadus on minimaalselt 0.8 g/kg kohta, siis alakaaluline võiks kehakaalu tõstmiseks tarbida soovituslikult 1.5-1.7 g/kg kohta valku, kehakaalu tõstmisel juhinduda maksimaalsest valgu tarbimissoovitusest (20%E).
 - Eelista **loomsetest valguallikatest** linnuliha, madalama küllastunud rasva sisaldusega sea- ja veiseliha (nt sisefilee, väilifilee), mune ja naturaalseid ilma lisatud suhkruta piimatooteid (jogurt, kodujuust, hapendatud piimatooted), rasvast kala.

- Lisa menüüsse **taimsed valguallikad** nagu vetikad, valgurikkad teraviljatooted, sojaubadest valmistatud tofu ja erinevad kaunviljad (läätsed, kikerhersed, mustad, punased ja valged oad). Märkimisväärses koguses valku sisaldavad ka seemned ja pähklid, eriti kanepi- ja tšiiaseemned ning maapähklid.

Köögi- ja puuviljad on valgusisalduse poolest tagasihoidlikud, esile võiks tõsta siin brokolit, värsked rohelisi herneid, rooskapsast, edamame ube (värsked, kuivatamata sojaoad).

NB! Päevane valgukogus jaotada kõigi päeva toidukordade vahel võimalikult optimaalselt, mitte jätta suurt valgukogust ühele toidukorrale.

BULIMIA NERVOSA ehk BULIIMIA ISELOOMUSTUS

Bulima nervosa iseloomulikuks tunnuseks on püüd pidevalt piirata söödavaid koguseid, mis viib korduvate liigsöömishoogudeni. Liigsöömishoogu iseloomustab kontrollimatus söödavate toidukoguste üle. Liigsöömishoole järgneb tahtlik toidu väljutamine. *Bulima nervosa* haiged on tihti normaalkaalus, kuna kombinatsioon ala- ja liigtoitumisest keskmist kehakaalu oluliselt ei muuda.⁵

Bulimia nervosa diagnoosimise kriteeriumid ICD-11 järgi:²

1) Sagedased korduvad liigsöömise episoodid (nt kord nädalas või rohkem vähemalt ühe kuu jooksul).

Liigsöömise episoodi jooksul kaotab inimene subjektiivse kontrolli söömise üle, sööb tavapärasest oluliselt rohkem või erinevalt ning tunneb, et ei suuda söömist lõpetada ega piirata söödava toidu kogust. Liigsöömise episoodidega kaasneb kompensatoorne tegevus, mille eesmärk on kaalutõusu ennetamine ühel või enamal järgneval viisil: oksendamise esilekutsumine; lahtistite liigtarvitamine; vahelduvad nälgimisperioodid; üleliigne füüsiline aktiivsus.

2) Inimene on keskendunud kehakaalule või -kujule, mis mõjutab enesehinnangut.

3) Liigsöömise episoodide ning kompensatoorse käitumise pärast on tõusnud ärevustase perekondlikes ning teistest sotsiaalsete suhetes.

MEESKONNATÖÖ BULIIMIAHAIGE KLIENDIGA TÖÖTAMISEL

Toitumisspetsialistil on meeskonnas tähtis roll, kuid ta **tegutseb vaid toitumise teemadega seotult**.

Toidu ja söömisega seonduv on söömishäirega inimesele psüühiliselt väga keeruline, see vajab meeskonda vastavat spetsialisti (psühhiaatrit, psühholoogi/psühhoterapeuti), nt toitumispäevikus kajastatud toiduga seotud emotsioone ja mõtteid tuleb jagada psühhoterapeudiga, kelle pädevusse kuulub emotsioonidega tegelemine.

Oluline on panna haiget mõistma muutuste vajadust, toitumisterapeudi roll on selgitada tervislikku toitumist ja keha toitainete vajadust, samuti kummutada väärarusaamu toitumisega seoses.

Ravimeeskonna tegevus:⁵

- 1) Vähendada ja võimalusel lõpetada liigsöömine ning väljutav käitumine;
- 2) Füüsiliste tüsistuste ravi;
- 3) Motiveerida ja toetada haiget suutmaks taastada normaalne toitumine;
- 4) Õpetada ja selgitada tervisliku toitumise üldiseid põhimõtteid;
- 5) Aidata leida ning muuta söömishäirega seotud väärveendumusi ning -mõtteid;
- 6) Toetada haige toimetulekut ärevuse, süütunde ja hirmuga;
- 7) Soodustada enesekontrolli strateegiaid;
- 8) Ravida söömishäirega kaasuvaid psüühilisi sümptomeid;
- 9) Kaasata vajadusel pereliikmed;
- 10) Ennetada tagasilangusi.

BULIMIA NERVOSA KLIENDI TERVISLIKU TOITUMISE TAASTAMINE ⁵

Toitumisteraapiaga tuleks alustada juba väga varajases ravistaadiumis. Buliimiahäigele omane kaootiline söömis muster võib põhjustada olulist distressi ning takistada psühhoteraapia edu ning tuleks seetõttu juba ravi alguses normaliseerida.

Kuna enamus buliimiahäigeid kliente on normaalkaalus, on põhiliseks eesmärgiks tervisliku toitumise taastamine, mitte kehakaalu taastamine, samas tuleb rääkida kehakaalu säilitamisest, sest see on tema põhimure.

- 1) Selgitada välja toitumisharjumused, -teadmised ja toitumiskäitumine, sh hirmud ja väärarusaamad toitumisest.
- 2) Selgitada näljutamise mõju ülesöömisele - ülesöömishood kaovad, kui klient hakkab regulaarselt sööma ning väldib liigset piiramist/toidukordade ärajätmist.
- 3) selgitada tervisliku toitumise olemust ja korrigeerida väärarusaamu, mis toidavad hirmu:
 - see ei ole vaid „tervislike“ toiduainete söömine, „ebatervislike“ ja „paksuks“ tegevate toitade vältimine;
 - oluline on vältida perfektsionistlike dieetide pidamist, millele järgneb ebaõnnestumine;
 - julgustada toidukordi lisama, selgitada nende olulisust ning vältida piiramist ning tahtlikku väljutamist.
- 4) Toitumisteraapia alguses tuleks alustada alustavate õpetamisest: Mis on nälg? Miks on vaja süüa? Kui palju on toitu vaja? Mis on normaalne tervislik toitumine? Mida tähendab tasakaal toitumises? Miks meie keha vajab süsivesikuid ja toidurasvu, miks neid ei või vältida?
- 5) Anda nõu toidu planeerimise, valmistamise ja söömise kohta erinevates situatsioonides, nt aidata kliendil valmistuda söömiseks väljas või koos sõpradega.

TOITUMISPROGRAMM JA TOITUMISTERAAPIA KAVA⁵

TOITUMISPROGRAMM

- 3 põhitoidukorda, ja 1-2 oodet normaalkaalulisele

- 3 põhitoidukorda, 3 oodet alakaalulisele

Oluline on **toitumispäeviku** pidamine, kuhu lisatakse ka meeleolu ning toiduga seotud emotsioonid ja mõtted.

TEGEVUSKAVA

- Pannakse paika regulaarsed kohtumised – tehakse **toitumisteraapia plaan**, et hinnata kliendi söömiskäitumise ning kaaluga seotud mõtlemise muutusi, anda kliendile täiendavat informatsiooni.
- Kohtumissagedus võiks olla algselt iganädalane, et hinnata toitumisprogrammi tõhusust, edaspidi võib kohtuda harvemini, vastavalt vajadusele.
- Alguses on oluline kliendile selgitada, et regulaarne toitumine võib tuua kaasa väga väikse kaalutõusu (1-3 kg), mis on tingitud rehüdratatsioonist ning hoiatada klienti alkoholi ja teiste narkootiliste ainete kasutamise eest, kuna need ained võivad indutseerida häiritud söömise jätkumist.
- Toitumispäevikut vaadeldes selgitada kliendile sümptomite ning toitumisvigade vahel olevaid seoseid.
- Arutada kliendiga ka tagasilanguseid, rõhutades seda, et need ei tähenda täielikku läbikukkumist, vaid on normaalse paranemisprotsessi osad.

BINGE EATING DISORDER (BED) ehk liigsöömishäire iseloomustus

Liigsöömishäire (*Binge eating disorder* (BED)) on söömishäire, mida iseloomustavad korduvad ülesöömishood, kuid erinevalt bulimiast ei järgne sellele kompensatoorset tegevust (oksendamise vm).

Võrreldes bulimiaga avaldub see häire pigem hilisemas eas, sooline jaotuvus on ühtlasem ning liigsöömishood esinevad üldise liigsöömise taustal ehk tihti on BED'iga inimesed ülekaalulised.⁵

BED all kannatavatele inimestele on omane süüa suuri toidukoguseid väga lühikese aja jooksul. Söömise üle puudub kontroll, söömine jätkub ka pärast näljatunde kadumist. BED all kannatavatel inimestel ei olegi tavaliselt rahulikku söögikorda, ahmitakse süüa ka üksinda olles ning tuntakse süüd ja alaväärsustunnet.¹³

Liigsöömishäire (*Binge eating*) diagnoosimise kriteeriumid ICD-11 järgi:²

- Sagedased korduvad liigsöömise episoodid (nt üks kord nädalas või rohkem mitme kuu jooksul), mille ajal kaotab inimene subjektiivse kontrolli söömise üle, sööb tavapärasest oluliselt rohkem või erinevalt ning tunneb, et ei suuda enam söömist lõpetada ega piirata söödava toidu kogust.

- Liigne söömine on ängistav, sellega kaasnevad negatiivsed emotsioonid nagu nt süütunne ja vastikustunne liigsöömise episoodi pärast.
- Erinevalt bulimiast ei järgne liigsöömisele kompensatoorset käitumist.

BINGE EATING DISORDER EHK LIIGSÖÖMISHÄIRE RAVIMEESKONNA PÕHILISED TEGEVUSED:

Tulemusrikkam on individuaalne teraapia, mis keskendub eneseaktsepteerimisele, normaalsele tervislikule toitumisele ning füüsilisele aktiivsusele.⁵

Toitumisterapeudi roll¹⁴

- 1) Vähendada liigsöömishoogude teket, toetades klienti regulaarse tervisliku tasakaalus toitumise juurutamisel.
- 2) Lasta pidada toitumispäevikut, kuhu märgitakse ka söömisega seotud mõtted ja emotsioonid.
- 3) Uurida psühholoogilisi põhjusi ning psüühiliste häirete olemasolu.

Psühholoogiliste probleemide või liigse ärevuse või depressiooni vm häire selgumisel peab toitumisterapeut tegema koostööd psühhoteraapeudi või psühhiaatriga.

Klientidele on soovitatav pakkuda ravi kognitiiv-käitumusliku psühhoteraapia või interpersonaalse psühhoteraapia näol ning vajadusel ravida psüühilisi häireid (depressioon, distress, häbitunne, jt negatiivsed emotsioonid).

BINGE EATING DISORDER (BED) EHK LIIGSÖÖMISHÄIREGA KLIENDI TERVISLIKU TOITUMISE TAASTAMINE⁵

Liigsöömishäire ravi eesmärk on ennekõike normaalse toitumise taastamine.

Keskenduda tuleks liigsöömise vähenemisele, mitte kaalulangetamisele.

Toitumisele lisaks on liigsöömishäirega kliendi puhul oluline ka piisav füüsiline aktiivsus ja vajadusel koostöö vaimse tervise spetsialistiga.

Toitumisteraapias

- Selgitada välja kliendi toitumisharjumused, toidu ja kehakaaluga seotud mõtted ja veendumused;
- Õpetada tervisliku tasakaalus toitumise põhimõtteid, rääkida toitumise regulaarsuse olulisusest;
- Koostada toitumiskava, milles on kindlad söögikorrad ja kogused (vähendades menüüs toitainetihedaid toite, planeerides rohkem söögikordi ja igasse toidukorda suuremad kogused madalakaloraažilisi toiduaineid), toitumiskava peaks sisaldama kolme põhitoidukorda ning 2-3 oodet;
- Hinnata motivatsiooni söömisharjumuste muutmiseks, sõnastada koos kliendiga realistlikud ja saavutatavad eesmärgid ning kliendipoolsed kohustused;

- Juhendada klienti õiges keskkonnas ning rahulikult sööma, anda nõu toidu planeerimise, valmistamise ja söömise kohta erinevates situatsioonides, nt aidata kliendil valmistuda söömiseks väljas või koos sõpradega;
- Aidata tegelda söömisega seotud mõtete ja emotsioonide äratundmisega.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. RHK-10/V – Psüühika- ja käitumishäired. Kasutatud 10.06.2022.
<https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
2. ICD-11 – Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. Kasutatud 10.06.2022
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1412387537>
3. Toitumisnõustaja kutsestandard, tase 5. Kasutatud 10.06.2022.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10731012>
4. Toitumisterapeudi kutsestandard, tase 6. Kasutatud 10.06.2022.
<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10500696>
5. Järv, A., Pennar, M., Akkermann, K. (2010). Söömishäirete diagnostika ja ravi. Kasutatud 10.06.22.
https://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/pildid/KOLLEEGILE/ravijuhised/soomish_diagn_ ja_ ra_ vi_ 8_ 03.pdf
6. Hay, P. (2019). Current approach to eating disorders: a clinical Update, *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24-29.
7. Strother E., Lemberg R., Stanford S.C, Turbeville D. (2012) Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating disorders*, 20(5),346-55.
8. Nutrition Guide for Clinicians. *Physicians Committee for Responsible Medicine*. Kasutatud 27.06.2022.
nutritionguide.pcrm.org/nutritionguide/view/Nutrition_Guide_for_Clinicians/1342074/all/Eating_Disorders
9. Hilber, A., Pike, K., Goldschmidt A., Wilfley D., Fairburn C., Dohm, F. A., Walsh T., Weissman R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500-6.
10. Anoreksia. Tervise Arengu Instituudi koduleht. Kasutatud 14.07.2020.

<https://toitumine.ee/toitumine-ja-haigused/soomishaired/anoreksia>

11. Winston, A. P., Gowers, S., Jackson, A. A., Richardson, K., Robinson, P., Shenkin, A., Williams, K. (2004- 2008). Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. *Royal College of Psychiatrists, London, lk 10-20, 24-27.*

12. ETTA Tõhustatud toitumise (kaalu tervisliku tõstmise) juhised toitumise nõustajale ja – terapeudile 2020. Kasutatud 14.07.2022. <https://toitumisterapeudid.ee/etta/etta-juhised-toitumisenoustajatele-ja-terapeutidele/>

13. Maser, M., Akkermann, K., Fessai, N., Kirss, M., Sapatšuk, I., Villa, I. (2008). Õpilase kehakaal, selle psühholoogilised aspektid ning toitumis- ja liikumisenõustamine. Eesti Tervisedenduse Ühing, Eesti Haigekassa, Eesti Õdede Liit. Juhend tervishoiutöötajatele, lk 18, 23.

14. Binge-Eating Disorder. *Mayo Clinic* koduleht. Kasutatud 10.06.2022. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/binge-eating-disorder/diagnosis-treatment/drc-20353633>

Lisa 1

Praktiline küsimustik söömishäirete hindamiseks ja toitumisharjumuste muutmiseks⁵

Küsimustiku eesmärk on aidata toitumisterapeudil suhelda söömishäirete all kannatava kliendiga. Abistavate küsimuste esitamine nõustamis- või teraapiaseansi käigus sobivas kontekstis võib aidata toitumisterapeudil mõista kliendi põhjuseid, motivatsiooni, murdepunkte/ohukohti häire esile kutsumiseks, abistada eesmärkide seadmisel jms. Tuleb meele pidada, et see on abistav küsimustik suhtlemiseks, mitte psühhoteraapia läbiviimiseks, toitumisterapeut ega -nõustaja ei nõusta ilma vastava hariduseta psühholoogilistel teemadel.

Eesmärk	Abistavad küsimused
Toitumisharjumuste väljaselgitamine	Kas te olete nõus arutama oma toitumisharjumusi? Mulle teeb muret teie toitumine. Kirjeldage palun oma tavapärast söömist ja tavalisi söögikordi.

Toitumisharjumuste muutmiseks motivatsiooni hindamine	Skaalal 0st 10ni, kui oluline on teie jaoks toitumisharjumuste muutmine? Mis muudaks seda veel olulisemaks? Skaalal 0st 10ni, kui veendunud te olete, et suudate muuta oma toitumist? Mis muudaks teid veel enesekindlamaks? Mis teile meeldib oma senise söömise juures? Mis ei meeldi? Millist kasu võiks tuua senise söömise muutmine? Millist kahju võiks söömise muutmine kaasa tuua? Kuidas muutuks teie elu, kui te niipalju ei mõtleks oma toitumise peale? Mulle jääb mulje, et söömisharjumustest kinnipidamine on teie jaoks väga oluline, et igapäevaselt hakkama saada?
Söömishäirega seotud kasude ja kahjude hindamine	Kas te olete kunagi tundnud, et kaotate kontrolli oma söömise üle? Kui sageli seda juhtub? Millal te kõige sagedamini sööte rohkem kui tegelikult tunnete, et oleksite vajanud (ehk sööte üle)? Mõnikord inimesed söövad üle ja oksendavad kui nad tunnevad kurbust, hirmu või läbikukkumist. Kas midagi sellist on ka teiega juhtunud? Kuidas te ennast tunnete enne ülesöömist? Enne oksendamist? Pärast ülesöömist? Pärast oksendamist? Mis juhtub pärast oksendamist? Kuidas söömine mõjutab teie toimetulekut päeva jooksul? Kas te tunnete väsimust? Kas teil on raskusi keskendumisega? Mõnikord inimesed mõtlevad kogu päeva söömisele ega suuda seetõttu teistele asjadele hästi keskenduda. Kas ka teiega on seda juhtunud?
Ülesöömisele alternatiivide leidmine	Kui te tajute tungi üle süüa, mida te söömise asemel teha võiksite? Pakkuge välja tegevusi, mida te võiksite ülesöömise asemel sellistes situatsioonides teha.