

## Miten voimme auttaa ahmijaa?

Ahmintakohtaukselle on tunnusomaista suurten ruokamäärien hallitsematon syönti. On tärkeää tunnistaa ahmintahäiriötä (binge eating disorder, BED) sairastava potilas ajoissa, jo ennen kuin ylipainoa alkaa kehittyä. Hoidon tavoitteena on syömisen saaminen hallintaan, raju- jen laihdutusyritysten lopettaminen ja ahmijan ohjaaminen säännöllisen ateriaritmin ja monipuolisen ruokavalion noudattamiseen. Ruokapäiväkirjan pitäminen toimii monelle ahmijalle tärkeänä itsehoitomenetelmänä. Täsmäsyö- misen avulla ahmintakohtauksien ruokamäärät vä- henevät melko nopeasti ja kohtauksien taajuus harvenee. Hoito voidaan useimmiten toteuttaa perusterveydenhuollossa, kun ahmintahäiriöstä kärsivän painonhallintaohjauksen erityispiirteet huomioidaan. Lihavan ahmintahäiriöpotilaan hoito ei ole vakiintunut Suomessa. Asianmukai- ta ahmintahäiriöön kohdentuvaa hoitoa saa- neen potilaan välitön ennuste on yleensä hyvä, mutta sairaudelle on luonteenomaista jaksoit- tainen ja aaltoileva kulku. Ahmintahäiriön kes- kimääräinen kesto voi olla yli kymmenen vuotta.

**Syömishäiriöt ovat yleisiä** mielenterveyden ongelmia, jotka jaetaan laihuushäiriöön, ahmi- mishäiriöön ja epätyypillisiin syömishäiriöi- hin. Laihuushäiriön oireina ovat tarkoituksel- lisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila ja taudinkuvaan liittyy merkittävä kehonkuvan vääristyminen. Ahmimishäiriön oireena ovat toistuvat ahmintakohtaukset ja yritykset estää painon nousu oksentelun, ulostus- ja neste- poistolääkkeiden, paaston tai runsaan liikun- nan avulla. Epätyypillisten syömishäiriöiden taudinkuva muistuttaa laihuus- tai ahmimis- häiriötä, mutta jokin keskeinen oire puuttuu

tai oireilu on lieväästeinen. Tavallisin epätyy- pillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED). Siihen kuuluu toistuvia ahmintakohtauksia mutta ei käyttäytymistä, jolla ahmitun ruoan lihottavaa vaikutusta yri- tettäisiin välttää. Ahmintakohtaukset aiheutta- vat potilaille voimakasta psyykkistä kärsimys- tä. Ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit ovat vakiintuneet kliiniseen käyttöön (**TAULUKKO 1**), ja häiriö otettaneen itsenäisenä diagnoosina uuteen DSM-5-tautiluokitukseen. ICD-10- tautiluokituksessa sitä ei ole erikseen mainit- tu. HUS:n syömishäiriöklินิกassa käytetään tämän häiriön yhteydessä diagnoosinumeroa F50.8 (muu määritetty syömishäiriö), mutta usein käytetään epätyypillisen ahmimishäi- riön diagnoosinumeroa F50.3. Ahmintahäiriö johtaa monesti vaikeaan lihavuuteen. Arvioi- daan, että viidennes vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista ja noin 8 % ylipainoisis- ta kärsii tästä häiriöstä (Mitchell ym. 2008). Yhdysvaltalaisessa väestötutkimuksessa ah-

**TAULUKKO 1.** Ahmintahäiriön (binge-eating dis- order) tutkimuskriteerit DSM-IV:n mukaan.

Toistuvat ahmintakohtaukset  
 Syödään suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa  
 Hallinnan menetys ahminnan aikana

Ahmintakohtauksen aikana syömistä luonnehtii ainakin kolme seuraavista:  
 Suuri nopeus  
 Jatkuminen pahoinvointiin asti  
 Ei liity nälkään  
 Tapahtuu pitkin päivää, ei normaaliaterioita  
 Tapahtuu yksin ollessa, koska ruokamäärät hä- vettävät

Itseholveksunta, masennus ja syällisyys seuraavat

Ahmintaoire aiheuttaa voimakasta ahdistunei- suutta

Ahmintakohtauksia on keskimäärin vähintään kaksi viikossa, ja oire on kestänyt kuuden kuukau- den ajan

Ei täytä ahmimishäiriön kriteereitä

**TIETOLAATIKKO**

**Ahmintaa vai ylensyöntiä**

- ▶▶ **OBJEktiivinen Ahminta:** Henkilö syö kohtauksenomaisesti kerralla suuren määrän ruokaa (yleensä yli 1 000 kcal eli esimerkiksi yli litran jäätelöä, ison suklaalevyn, ranskanleivän tai kaksi isoa hampurilaista) ja syömiskäyttäytyminen on toistuvasti hallitsematonta.
- ▶▶ **SUBJEktiivinen Ahminta:** Henkilö kokee menettävänsä syömisen hallinnan, vaikka syöty ruokamäärä on pieni esimerkiksi normaali ravintola- tai koululounas, muutama leipäviipale tai makeinen.
- ▶▶ **YLENSYÖNTI:** Henkilö syö kerralla suuren määrän ruokaa, mutta syömiskäyttäytyminen ei ole säännönmukaisesti hallitsematonta. Useimmat ihmiset ylensyövät toisinaan esimerkiksi syödessään noutopöydästä tai jouluateriaalla.

mintahäiriön yleisyys oli naisilla 3,5 % ja miehillä 2,0 % (Hudson ym. 2007). Useimmiten se alkaa myöhäisellä nuoruusiällä tai nuoruusiän jälkeen, ja häiriön on arvioitu jatkuvasti yleistyvän. Ahmintahäiriöpotilaat ovat tavallisesti tehneet useita laihdutusyrityksiä, ja suuret painon vaihtelut ovat heille tyypillisiä. He kärsivät muita lihavia useammin psyykkisistä oireista ja mielenterveyden häiriöistä (Fairburn ja Wilson 1993, Brownley ym. 2007).

**Ahmintahäiriön tunnistaminen**

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa syömishäiriö ja arvioida jatkotutkimusten tarve (Syömishäiriöt, lapset ja nuoret: Käypä hoito -suositus 2009). Ahmintahäiriö on tärkeää tunnistaa ajoissa, mielellään jo ennen kuin ylipaino alkaa kehittyä. **TIETOLAATIKOSSA** ja **TAULUKOSSA 2** on lyhyesti kuvattu asioita, jotka on arvioinnissa hyvä huomioida. Tavoitteena on saada selkeä kuva syömiskäyttäytymisestä sekä potilaan yleisestä terveydentilasta ja mahdollisista psyykkisistä oireista.

**Hoito**

Ahmintahäiriön hoito ei ole vielä vakiintunut (Treasure ym. 2010). Hoidon ensisijaisena tavoitteena on säännöllistää syöminen ja lopettaa rajut laihdutusyritykset. Tämä on useimmiten toteutettavissa perusterveyden-

huollossa. Käytössä on itsehoito-oppaita, ohjattuja itsehoitoryhmiä, erilaisia ryhmähoitoja, läikehoitoja ja määräaikaista ratkaisukeskeisiä psykoterapioita (**TAULUKKO 3**) (Peterson ym. 2009, Wilson ym. 2010). Mikäli vastetta hoitoon ei ilmaannu, on suositeltavaa konsultoida erikoissairaanhoidoa tai syömishäiriöiden hoitoon erikoistunutta yksikköä.

Ravitsemusohjauksen tavoitteena on ahmintahäiriötä potevan ohjaaminen täsmäsyömiseen (**TAULUKKO 4**) ja laihdutuskuurien lopettamiseen. Ahmintahäiriöpotilas, joka yrittää laihduttaa syömällä vähän, sekoittaa nääl- ja kylläisyydensäätelyn, ja painonhallinta tulee koko ajan vaikeammaksi. Laihdutuskuurien ja -yritysten myötä ahmintariski kasvaa, ja laihduttaminen voi jaksoittaisenakin ylläpitää ahmintahäiriöpotilaan ahmintaa. Ruokavaliolissa tähdätään normaaliin energiansaantiin (1 800–2 400 kcal). Kaloreiden laskeminen ei kuitenkaan ole suositeltavaa, vaan ahmijaa on kannustettava siirtymään takaisin tavalliseen arkiruokaan ja säännölliseen ateriarhythmiin, johon kuuluvat aamiainen, 1–2 lämmintä ruokaa ja 2–3 välipalaa. Apuna voi käyttää mallikuvia, esimerkiksi Diabetesliiton ateriamalleja. Ruokapäiväkirjan pito syömisen hallinnan tukena on useille hyödyllistä. Terveystenhoitajan yksilöllisesti tai ryhmässä antamasta ravitsemusohjauksesta voi niin ikään olla apua. Jos palaaminen normaaliin ateriarhythmiin ja päivittäiseen riittävään energiansaantiin onnistuu,

## TAULUKKO 2. Ahmintahäiriöpotilaan tutkiminen.

Huolellinen kliininen tutkimus  
Ravitsemustilan arvioiminen (vähintään pituus, paino, painoindeksi, syömiskäyttäytyminen, painohistoria)  
Huolellinen psykiatrinen haastattelu  
Laboratoriotutkimukset harkinnan mukaan kliinisen arvion perusteella  
Ruokapäiväkirjan, ahmintapäiväkirjan tai ateriarytmipäiväkirjan pito (esim. viikon ajan)  
Diagnostisia apukeinoja  
– Ahminnan seulontakysymykset (Lihavuus, aikuiset: Käypä hoito -suositus 2011)  
– Kyselylomakkeet  
  Syömistapakysely (BES = Binge Eating Scale) (Gormally 1982)  
  BITE (Bulimic Investigating Test Edinburgh) (Henderson ja Freeman 1997)  
– Puolistrukturoidut haastattelut  
  SCID (Structured Clinical Interview, DSM IV -tutkimuskriteerit)  
Perhetapaaminen tai läheisten tapaaminen

ahmintakohtauksien ruokamäärät vähenevät ja kohtauksien taajuus harvenee yleensä muutamassa viikossa (Treasure ym. 2010, Wilson ym. 2010).

Lääkehoitoa voidaan kokeilla hoidon tukena, mikäli ravitsemusohjaus ei riitä. Eniten tutkimustietoa on masennuslääkkeisiin kuuluvista serotoniinin takaisinoton estäjistä (SSRI) (Treasure ym. 2010). Hoidettaessa ahmintahäiriötä SSRI-lääkkeillä annoksen on oltava suurempi kuin määrättäessä niitä masennukseen (esim. fluoksetiini 60 mg/vrk). Mahdollisesti kannattaa kokeilla useita SSRI-lääkkeitä peräkkäin, jotta nähdään, mikä niistä toimii parhaiten kullekin potilaalle. Näiden lääkkeiden ahmintaa hillitsevä teho näyttää vähenevän muutamien kuukausien käytön jälkeen, joten niitä suositellaan käytettäväksi vain määräaikaisesti (esim. 6–12 kuukautta). Lääkitys kannattaa lopettaa asteittain, koska nopea lopettaminen voi johtaa voimien heikentymiseen ja ahmintaoireen vaikeutumiseen uudelleen.

Myös epilepsialääke topiramaatti saattaa vähentää ahmintaa, ja sillä voi olla painoa laskeva vaikutus (Brownley ym. 2007, Treasure ym. 2010). Lääkkeen käyttöä kuitenkin hankaloit-

## TAULUKKO 3. Ahmintahäiriön hoitovaihtoehtoja.

Ravitsemusohjaus  
Ruokapäiväkirjan pito  
Itsehoito-oppaat  
Ohjatut itsehoitoryhmät  
Ryhmähoidot  
Lääkehoito  
Psykoterapia  
  kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia  
  interpersonaalinen psykoterapia  
  dialektinen käyttäytymisterapia

## TAULUKKO 4. Täsmäsyömis periaatteet.

Säännöllinen ateriarytmi: 5–6 ateriaa vuorokaudessa  
Riittävä energiansaanti: vähintään 1 800 kcal/vrk  
Monipuolista tavallista ruokaa, kaikkia ruoka-aineita

tavat sen aiheuttamat haittavaikutukset. Niiden vähentämiseksi lääkitys kannattaa aloittaa varovaisesti, esimerkiksi 25 mg:n vuorokausiannoksella kahden viikon ajan. Usein riittää, että määrää suurennetaan asteittain 200 mg:n vuorokausiannokseen.

Psykoterapeuttinen hoito on tarpeen osalle ahmintahäiriöpotilaista, erityisesti jos oirekuvassa on mukana muita psykiatrisia häiriöitä tai ongelmia. Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian (Fairburn ja Wilson 1993, Mitchell ym. 2008) ja interpersonaalisen psykoterapian tehosta ahmintahäiriössä on tutkimuksellista näyttöä (Treasure ym. 2010). Myös dialektisen käyttäytymisterapian (Safer ym. 2009) tehosta on lupaavaa mutta vasta alustavaa tutkimusnäyttöä (Treasure ym. 2010). Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa ahmija oppii saamansa tiedon ja itsetarkkailun kautta hallitsemaan syömistään paremmin. Yksilöhoidon kesto on yleensä kuusi kuukautta, ja myös ryhmässä annettava terapia on tehokasta (Mitchell ym. 2008). Kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan verrattuna interpersonaalisessa terapiassa keskitytään ihmissuhteisiin ja niiden ongelmiin; syömisasiat ovat enemmän taustalla. Dialektinen käyttäytymisterapia poh-

## YDINASIAT

- ▶ Ahmintahäiriö (BED) on yleinen syömishäiriö, johon kuuluu toistuvia ahmintakohtauksia mutta ei tyhjentäytymisrituaaleja.
- ▶ Hoidossa keskeistä on kannustaa potilasta lopettamaan laihdutuskuurit ja ohjata hänet täsmäsyömiseen, johon kuuluvat säännöllinen ateriarytmi, riittävä energiamäärä ja monipuolinen ruokavalio.
- ▶ Ruokapäiväkirjan pito syömisen hallinnan apuna voi olla hyödyllistä.
- ▶ Mikäli ravitsemusohjaus ei riitä, voidaan hoidon tukena kokeilla lääkitystä, esimerkiksi selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä riittävän suurin annoksin.
- ▶ Ahmintahäiriön hoidoilla saadaan ahmintaongelma ja syöminen yleensä hallintaan, mutta lihavuuden hoito vaatii pitempiaikaista painonhallinnan seurantaa ja ohjausta maltilliseen painonpudotukseen.

jautuu biososiaaliseen teoriaan. Se on useasta menetelmästä koostuva hoito-ohjelma, jonka keskeisiä elementtejä ovat yksilöpsykoterapia, ryhmämuotoinen taito- ja valmennus ja mahdollisuus puhelinyhteyteen. Ahmijoille on tehty oma 20 kerran sovellus ryhmämuotoisesta taito- ja valmennuksesta.

Ahmintahäiriö on usein pitkäaikainen ja kulultaan aaltoileva (Keel ja Brown 2010). Tämän takia sen hoitoa ja seurantaa on monesti tarpeellista jatkaa välittömän toipumisen jälkeen. Potilaat, joilla on ahmintaoireen lisäksi muita mielenterveysongelmia, voivat tarvita kuntouttavaa psykoterapiaa (KELA, kunnallinen ostopalvelu). Myös maallikkojen tai asian- tuntijoiden johtamat tukiryhmät voivat olla avuksi sekä potilaille että heidän omaisilleen (Suokas ja Rissanen 2007). Suomessa toimii valtakunnallinen syömishäiriöön sairastuneita ja heidän läheisiään edustava järjestö Syömishäiriöliitto, jonka tehtävänä on lisätä ko-

kemukseen perustuvaa syömishäiriötietoutta ([www.syomishairioliitto.fi](http://www.syomishairioliitto.fi)).

HUS:n syömishäiriökliniikassa alkuarvioinnin ja yksilöohjauksen jälkeen ahmintahäiriöpotilaat ohjataan kognitiivis-behavioraaliseen menetelmään perustuvaan syömisenhallintaryhmään (TAULUKKO 5). Potilailta saadun palautteen perusteella heidän motivaationsa ja toiveikkuutensa paranemiseen lisääntyy. Erityisesti vertaistukea pidetään tärkeänä. Muutosta tapahtuu ajattelun tasolla mutta ei aina toiminnassa. Ryhmän avulla syömiseen liittyvä hallinnantunne yleensä vahvistuu, ahmintakohtauksien ruokamäärät vähenevät ja kohtauksia tulee harvemmin. Ryhmän jälkeen potilaat ohjataan jatkohoitoon ja seurantaan takaisin perusterveydenhuoltoon tai psykiatriin erikoissairaanhoidon.

## Lihavuuden ja ahmintahäiriön erityiskysymyksiä

Useimpien ahmintahäiriön hoitomuotojen avulla potilaan paino putoaa vain vähän kokonaislaihdutustarpeeseen nähden (Treasure ym. 2010). Potilaiden omana toiveena on usein ensisijassa laihtuminen. Ahmintahäiriön hoidoilla voidaan saada ahmintaongelma ja siihen liittyvät psyykkiset oireet hallintaan, mutta lihavuusongelman hoito jää usein kesken. Jatkohoitona rajut laihdutusohjelmat saattavat pahentaa ahmintahäiriötä, ja useim-

**TAULUKKO 5.** HUS:n syömishäiriökliniikan syömisenhallintaryhmä.

Ohjaajina ravitsemusterapeutti ja sairaanhoitaja

Viisi ryhmätapaamista 1,5 tuntia kerrallaan viikon välein

Ryhmämuotoinen seurantakäynti kuusi kuukautta ryhmätapaamisten jälkeen

Teemat ja sisällöt:

Ateriarytmi, syömisrytmi

Täsmäsyöminen

Ahmintapäiväkirja

Laihduttamisen ja ahminnan kehä

Ahmimisen, tunteiden ja ajatusten yhteys

Mitä ahminnan tilalle?

Jatkosuunnitelmat

mat ahmintahäiriöstä kärsineet hyötyvät eniten pitempiaikaisesta painonhallinnan ohjauksesta ja maltillisesta painonpudotustahdistasta. Konsensus lihavien ahmintahäiriöpotilaiden optimaalisesta hoidosta kuitenkin puuttuu (Suokas ja Rissanen 2007).

Aktiivinen ahmintahäiriö on lihavuusleikkauksen vasta-aihe mutta hoidettu ahmintahäiriö ei. Kirjallisuudessa esitetty tieto siitä, vaikuttaako ahmintahäiriö lihavuusleikkauksen lopputulokseen, on ristiriitaista. Osassa tutkimuksista ahmintahäiriöpotilaiden painonlasku ja ennuste oli muita huonompi (Kalarchian ym. 2002), osassa leikkausta edeltävä ahmintahäiriö ei vaikuttanut leikkauksen jälkeiseen painonlaskuun eikä heikentänyt leikkaushoidon tulosten pysyvyyttä (Walden ym. 2011). Jos ahmintahäiriö alkoi vasta lihavuusleikkauksen jälkeen, voimakas painonnousu oli kuitenkin erittäin todennäköistä (Kalarchian ym. 2002). On suositeltavaa sisällyttää lihavuusleikkauksarvioon ahmintaoireen kartoitus, ohjata akuuttia ahmintahäiriötä sairastavat asianmukaiseen hoitoon ja seurata lihavuusleikkauksen jälkeen huolella potilaita, joilla on ahmintataipumus.

**JAANA SUOKAS, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, erikoistutkija**  
HYKS, psykiatrian tulosyksikkö, syömishäiriökliniikka ja THL

**TAINA HÄTÖNEN, LT, psykiatrian erikoislääkäri, erikoistutkija**  
YTHS, Helsinki-Espoon terveyspalveluyksikkö ja HYKS, psykiatrian tulosyksikkö, syömishäiriökliniikka ja THL

#### **SIDONNAISUUDET**

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

## **Lopuksi**

Ahmijan hoito on sama, vaikkei hänellä olisi psykiatrisin perustein diagnosoitavaa ahmintahäiriötä. Hoidon tavoite on syömisen saaminen hallintaan ja ahmijan ohjaaminen noudattamaan säännöllistä ateriarytmää ja monipuolista ruokavaliota. Hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa ja apuna saatetaan käyttää erilaisia itsehoito-oppaita ja kuvallisia ateriamalleja. Käytännössä hyödylliseksi on osoittautunut ateriarytmi, jossa valveaikaoloaikana syödään 3–4 tunnin välein. Näin ahmintamäärät saadaan yleensä vähenemään ja ahmintakohtauksien taajuus harvenemaan jo melko nopeassa ajassa. Lyhyen aikavälin hoitotulokset ovat rohkaisevia myös ahmintahäiriön osalta. Kyseessä on kuitenkin kulultaan aaltoileva ja usein myös pitkäkestoinen sairaus. Ahmintahäiriötä koskevia ennustetutkimuksia on niukasti (Keel ja Brown 2010, Treasure ym. 2010), mutta sairauden aiheuttamaan lihavuuteen tiedetään liittyvän eliniän lyhenemistä. ■

## **Summary**

### **How can we help a binge eater?**

In primary health care, early recognition of a patient having a binge eating disorder is essential already before the development of overweight. The therapy aims at gaining control over eating, stopping radical attempts at weight reduction and guiding the binge eater to follow a regular meal rhythm and a well-balanced diet. With the help of a regular meal rhythm, food volumes in binge-eating episodes will decrease fairly quickly and the episodes become less frequent. The immediate prognosis of the patient is usually good, but the illness is characterized by a periodic and fluctuating course.

## KIRJALLISUUTTA

- Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:337–48.
- Fairburn C, Wilson G, toim. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: The Guilford Press 1993.
- Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47–55.
- Henderson M, Freeman C. A self-rating scale for bulimia: the "BITE". *Br J Psychiatry* 1987;150:18–24.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;61:348–58.
- Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, ym. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg* 2002;12:270–5.
- Keel PM, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010;43:195–204.
- Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2002 [päivitetty 17.1.2011]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Mitchell JE, Devlin M, de Zwaan M, Crow SJ, Peterson CB. Binge-eating disorder: clinical foundations and treatment. New York: The Guilford Press 2008.
- Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1347–54.
- Safer D, Telch C, Chen E. Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. New York: The Guilford Press, 2009.
- Suokas S, Rissanen A. Syömishäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007.
- Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375:583–93.
- Walden TA, Faulconbridge LF, LaShanda R, ym. Binge eating disorder and the outcome of bariatric surgery at one year: a prospective, observational study. *Obesity* 2011;19:1220–8.
- Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:94–101.