

Anoreksiasta paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Eveliina Tahvanainen ja Siniriikka Ventelä

Psykologian tutkielma
Savonlinnan Lyseon lukio koulu
19.11.2009

Ohjaaja:
Kari Tukiainen

Tiivistelmä

Anoreksiasta paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Eveliina Tahvanainen ja Siniriikka Ventelä

Psykologian tutkielma
Savonlinnan Lyseon lukio
19.11.2009

Ohjaaja:
Kari Tukiainen

Anoreksia on yksi vaikeimmista ja monimutkaisimmista psyykkisistä sairauksista. Siitä paranemiseen johtavia tekijöitä ei kuitenkaan tunneta. Prosessin tarkempi ymmärtäminen onkin tärkeää, jotta sairauden pitkittymiseltä ja pahemmilta komplikaatioilta voidaan välttyä. Tämän takia tutkimuksen tavoitteena on selvittää, mikä johtaa todelliseen eli pysyvään ja sisältä lähtevään paranemiseen anoreksiasta.

Päällimmäisenä ongelmana selvitettiin sitä, mikä sytyttää todellisen paranemisen halun anorektikossa. Sen ymmärtämiseksi täytyi tarkastella myös ympäristön vaikutusta sekä sitä, kuinka anorektikko ylipäänsä käsittää paranemisen ja itsensä suhteessa terveisiin. Aiheen subjektiivisuuden takia näkökannat olivat tarpeellisia, jotta tulkintojen tekeminen oli mahdollista. Aineisto kerättiin teema-haastattelun muodossa. Haastateltavina oli neljä itäsuomalaista naista, jotka kokevat olevansa joko parantuneita tai paranemassa anoreksiasta. Tutkielman pohjana hyödynnettiin aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Aineistoa tulkittiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimuksessa selvisi, että anoreksiaa sairastaneiden oma käsitys paranemisesta painottaa psyykkistä puolta selvästi enemmän kuin asiantuntijoiden määritelmät. He kokevat paranemisen todelliseksi vain silloin, kun halu tervehtyä on lähtöisin potilaasta itsestään. Halun eli sisäisen motivaation käynnistäjäksi löytyi kuitenkin useita erilaisia tekijöitä, joista hoitoon pääseminen osoittautui merkittäväksi jokaisen tutkimukseen osallistuneen kohdalla. Lähes kaikille haastatelluille paraneminen oli ollut ”pakkorako”, ainoa vaihtoehto tilanteessa, jossa ruumis tai mieli ei enää kestänyt sairauden kuormaa. Läheisten tehtävänä paranemisessa pidettiin lähinnä tukemista ja hoitoon järjestämistä, joskin heidän nähtiin toimineen myös normaalin mallina. Osa haastatelluista kokikin, että tarinat normaalielämästä olivat vahvistaneet heidän haluaan parantua.

Yllättävää tutkimustuloksissa oli se, kuinka vähäisenä haastatellut kokivat kehonkuvan ja ihanteiden merkityksen paranemisessa. Paranemisen henkinen puoli ja hoidon merkitys juuri ajatusmaailman korjaamisessa sen sijaan korostuivat tuloksissa hyvin voimakkaasti. Tämän takia niiden huomioimista voidaan pitää merkittävänä paranemisen tukemisessa. Tutkimus vahvistaa myös aiemmin saatuja tuloksia siitä, että varhaisempi hoitoon pääsy parantaa taudin ennustetta ja nopeuttaa paranemista. Näin ne kannustavat kiinnittämään huomiota jo sairauden esiasteisiin sekä niiden epätavallisiin muotoihin.

Sisältö

Tiivistelmä

1. Johdanto	1
2. Teoriaa.....	2
2.1. Anoreksian taudinkuva.....	2
2.2. Anoreksiasta paraneminen	2
2.3. Anoreksiapotilaan hoito	4
2.4. Minäkäsitys, minäkuvat ja anoreksia	4
2.5. Kehonkuva anoreksiassa	5
2.6. Motivaatio ja anoreksiasta paraneminen.....	6
3. Tutkimusongelmat	7
4. Tutkimuksen toteuttaminen.....	8
5. Tutkimustulokset	9
5.1. Haastateltavien syömishäiriötausta ja nykyinen elämäntilanne	9
5.2. Haastateltujen käsitykset paranemisesta	10
5.3. Paranemisen pakko	11
5.4. Fyysisen ja psyykkisen paranemisen yhteys	11
5.5. Kehonkuvan ja ihanteiden merkitys.....	12
5.6. Sosiaalisen ympäristön vaikutus.....	13
6. Tutkimustulosten tarkastelua.....	14
6.1. Paranemisen määrittely	14
6.2. Sisäisen motivaation merkitys paranemisessa.....	14
6.3. Kehonkuva ja ihanteet.....	15
6.4. Hoito ja läheiset	15
6.5. Tulosten luotettavuus	16
Lähteet.....	17

Liitteet

Liite 1: Haastattelurunko

Liite 2: Diagnostiset kriteerit

1. Johdanto

Länsimaissa tehtyjen tutkimusten mukaan laihuushäiriöön eli anoreksiaan sairastuu nuoruusikäisistä tytöistä 0,2-0,8 % siinä missä poikien osuus on vain noin kymmenesosa tästä (Ebeling ym. 2009). Arvioiden mukaan suomalaisnaisista jopa 2% sairastuu anoreksiaan jossain elämänsä vaiheessa. Syömishäiriöiden epäillään kuitenkin olevan yleisempiä kuin mitä edellä olevat luvut kertovat, mikä johtuu siitä, että syömishäiriöt salataan usein ympäristöltä. Lisäksi vain pieni osa syömishäiriötä sairastavista hakeutuu tai pääsee hoitoon (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008.) Tilastollisten lukujen epätarkkuus alleviivaa sitä, kuinka vähän anoreksiasta ylipäätään on olemassa tarkkaa tietoa.

Tutkielman tarkoituksena on selvittää, mikä johtaa todelliseen paranemiseen anoreksiasta. Todellinen paraneminen käsitetään tässä itsestä lähtöisin olevaksi paranemisen haluksi, jonka seurauksena saavutetaan pysyviä tuloksia. Aihetta on tutkittu erityisen vähän ja suurin osa olemassa olevasta tiedosta keskittyy sairastumisen ja sairastamisen ympärille. Etenkään anorektikoiden omia näkemyksiä ei ole juuri otettu huomioon aikaisemmissa tutkimuksissa. Laadullinen tutkimus onkin tarpeen, sillä sairauden luonnetta on vaikea, ellei jopa mahdoton ymmärtää ilman sen omakohtaista kokemista. Koska tämän tutkielman pääpainopisteenä on uusien näkökulmien hankkiminen, on teoriaosa tarkoituksella pidetty mahdollisimman suppeana ja tutkimustuloksiin sekä niiden tarkasteluun keskitytty tarkemmin.

Sairastumisen syyt on rajattu kokonaan tutkielman ulkopuolelle, vaikkei sairauden puhkeamisen mekanismeja tunnetakaan. Syyt täytyy kyllä paranemisen mahdollistamiseksi tiedostaa, mutta yleisesti paranemiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan silti tarkastella ilman niiden lähempää tutkimista. Tämä johtuu siitä, että ne ovat hyvin yksilökohtaisia eivätkä sen takia yleistettävissä. Huolimatta laukaisevien tekijöiden moninaisuudesta voidaankin paranemisprosessin olettaa etenevän suunnilleen saman kaavan mukaan.

Jotta anoreksiasta paranemista ja siihen vaikuttavia tekijöitä voidaan ymmärtää ja saatua tietoa soveltaa käytännössä, tarvitaan laajempi käsitys syömishäiriöisen ajatusmaailmasta ja sen toiminnasta. Tätä ymmärrystä pyrimme tutkielmassamme syventämään.

2. Teoriaa

2.1. Anoreksian taudinkuva

Laihuushäiriö eli anoreksia (anoreksia nervosa) on olemukseltaan moniulotteinen sairaus. Useimmiten se ilmenee nuorilla tytöillä ja naisilla; sairastuneista vain 5-10 % onkin miehiä (Huttunen ja Jalanko 2008.) Anoreksian taudinkuvaan kuuluvat usein pakonomainen ja salaileva laihduttaminen ja alipainon tarkoituksellinen ylläpito syömistä rajoittamalla, runsaalla liikunnalla tai ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden avulla (Ebeling ym. 2009). Kuitupitoisen ja vähärasvaisen ruuan suosiminen, tarkka säännöllisten ruoka-aikojen noudattaminen ja voimakas anorektinen, erityisesti juuri syömistä ja ruokaa koskettava kontrolli ovat luonteenomaisia piirteitä sairaudelle. Vaikka anoreksian latinankielinen termi tarkoittaakin sanatarkasti 'hermostollista alkuperää olevaa ruokahalun menetystä', on anoreksiaa sairastava yleensä tavallista kiinnostuneempi ruuasta ja syömisestä (van der Ster 2006.)

Aktiivisen painon vähentämisen lisäksi ja sen seurauksena voi anoreksian yhteydessä esiintyä lukuisia liittännäisoireita. Potilaat kärsivät keskimääräistä useammin vakavasta masennuksesta ja ahdistuneisuushäiriöistä. Usein sairauteen liittyy myös pakko-oireisen häiriön tai vaativan persoonallisuuden piirteitä sekä mahdollista tyhjentämiskäyttäytymistä. Anoreksian aiheuttama vaikeusasteeltaan vaihteleva aliravitsemustila aiheuttaa endokriinisen eli umpieritysjärjestelmän ja aineenvaihdunnan muutoksia sekä ruumiillisten toimintojen häiriöitä (Ebeling ym. 2009.) Erityisesti siihen liittyy laaja-alainen sukupuolihormonitoiminnan vaimentuminen (Keski-Rahkonen ym. 2008).

Anoreksia voidaan diagnosoida potilaalta ICD-10-tautiluokituksen mukaan (LIITE 2). Jos potilaalta puuttuu yksi tai useampi sairauden avainoireista tai jos ne esiintyvät hänellä lieväasteisina, käytetään diagnosoitaessa nimitystä epätavallinen laihuushäiriö (Ebeling ym. 2009.)

2.2. Anoreksiasta paraneminen

Anoreksiasta paranemiselle ei ole olemassa yhtä selkeää määritelmää. Yleensä toipuneeksi kuitenkin voidaan katsoa henkilö, joka on saavuttanut biologisen normaalipainonsa, jonka kuukautiskierto on säännöllinen tai sukupuolihormonitoiminta normaali, joka ei ahmi eikä tyhjentäydy säännöllises-

ti ja jonka suhde omaan painoon ja kehoon ei ole enää vahvasti vääristynyt. Usein vaaditaan parista kuukaudesta vuoteen kestävä oireeton aika ennen kuin pahimman oireilun uusiutumiseriskin voidaan katsoa olevan takana ja paranemisen vakaalla pohjalla (Keski-Rahkonen ym. 2008.) Merkinä toipumisesta pidetään myös sitä, että potilas pystyy syömään valikoimatta ja ahdistumatta erilaisissa tilanteissa (Ebeling ym. 2009). Usein paranemisen alkuvaiheita leimaa oman olemuksen jatkuva ja pakonomainen vertailu muihin. Vähitellen usea anoreksiasta toipuva alkaa kuitenkin tiedostaa itsensä syömishäiriöisiä ajattelu- ja toimintamalleja, joista hän sitten pyrkii aktiivisesti eroon (Keski-Rahkonen ym. 2008.)

Jonkinlaista säännönmukaisuutta paranemisen etenemisestä on löydettävissä. Useimmiten ensimmäisenä jäävät pois syömishäiriöiset teot kuten syömisen tiukka säännöstely ja mahdollinen tyhjentäytyminen. Tästä seuraa fyysinen paraneminen, jonka saavuttamiseen hoidon intensiivinen jakso yleensä päättyy. Psykkinen paraneminen onkin usein vielä kesken varsinaisen hoidon päättyessä ja se voi kestää kokonaisuudessaan useita vuosia. Aihetta on tutkittu myös suomalaisten naisten parissa. Tällöin on todettu, että kestää vähintään viisi vuotta lääkärin määrittelemästä paranemisesta, ennen kuin potilaat vastaavat kehonkuvultaan, psykkinen oireilultaan ja itsetuntonaan muita samanikäisiä terveitä naisia (Keski-Rahkonen ym. 2008.)

Fyysinen parantuminen käsittää lähinnä biologisen normaalipainon vakiintumisen sekä kuukautiskierron ja sukupuolihormonitoiminnan normalisoitumisen. Psykkinen paranemisella tarkoitetaan vääristyneen kehonkuvan, ylikriittisen itsearviointin, ahdistuneisuuden ja itsetunto-ongelmien kaltaisten oireiden korjaantumista (Keski-Rahkonen ym. 2008.) Fyysisen puolen parantaminen tietyllä tasolla on usein välttämätöntä psykkinen paranemisen mahdollistamiseksi. Russell, Baur, Beaumont, Byrnes ja Zipfel (1998) ehdottavat tutkimuksessaan, että ilman painon normalisointia, joka heidän mukaansa saattaa olla saavutettavissa vain sairaalassa, potilaan ajattelu säilyy niin sekavana, että se vain pahentaa ongelmaa ja estää normaalin elämän. Van der Sterin (2006) mukaan eloonjäämisvaisto aiheuttaa sen, että nälkiintyneenä ruoka vie kaikki ajatukset, minkä takia vasta ravitsemustilan korjaaminen antaa tilaa muiden asioiden käsittelylle.

Nälkiintymisen vaikutus aivoissa näkyy myös huumorintajun menetyksenä ja päätöksenteon vaikeutumisena sekä useissa tapauksissa pakkoajatuksina. Nämä pakkoajatuksukset voivat ilmetä hyvin erilaisina, mutta ne kaikki voimistavat erilaisuuden tunnetta, joka saa henkilön haluamaan eristäytyä vielä enemmän ympäristöstään. Monet kuvaavatkin niistä aiheutuvaa oloa siten, että ”tuntuu, kuin olisi saippuakuplan sisällä” (van der Ster 2006.) Tämä taas johtaa helposti ahdistukseen ja masennukseen, jolloin nälkiintymisen jatkuminen vahvistaa pakonomaista käyttäytymistä ja lujittaa joko

tai -ajattelua. Näin syntyy anoreksiaa ruokkiva noidankehä (Huttunen ja Jalanko 2008.) Mitä pidempään aliravitsemustila kestää, sitä vaikeammalta tuntuu paranemisen aloittaminen (van der Ster 2006.)

Anoreksiasta paranemista pidetään kuitenkin mahdollisena ja keskimäärin noin puolet sairastuneista toipuukin siitä, kun taas 30 %:lla oireilu jatkuu ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu. Kuolleisuus anoreksiapotilaiden kohdalla on suurempi kuin useampiin muihin psykiatrisiin häiriöihin liittyvä kuolleisuus, noin 5-7 % (Ebeling ym. 2009.) Toisaalta pessimistinen ennuste voi johtua siitä, että anoreksiaan liittyvää kuolleisuutta on tutkittu lähinnä sairauden pitkäkestoisimpia ja vaikeimpia muotoja sairastavien potilaiden yhteydessä (Keski-Rahkonen ym. 2008).

2.3. Anoreksiapotilaan hoito

Anoreksiapotilaan hoidon tavoitteena on syömiskäyttäytymisen ja painon normalisointi, fyysisten oireiden korjaaminen ja psyykkisten oireiden lieventäminen. Jos potilas on vakavasti aliravittu, on hoidon ensisijainen tavoite vakauttaa elintoiminnot (Keski-Rahkonen ym. 2008.)

Sairaalahoiton käytännöt vaihtelevat runsaasti sairaalasta riippuen, joten yhtenäistä hoitokäytäntöä ei voida nimetä. Yhteistä erilaisille osasto- ja kokovuorokausihoidoille kuitenkin on, että niissä pyritään hoitamaan rinnakkain sairastuneen fyysistä ja psyykkistä tilaa. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitoon osallistuu monia eri työntekijöitä – yleensä ainakin omahoitaja, hoitava lääkäri tai psykologi, ravitsemusterapeutti ja lasten- tai sisätautilääkäri (Keski-Rahkonen ym. 2008.) Hoitojaksot suunnitellaan yksilöllisesti ja niiden pituus määräytyy hoidon tarpeen mukaan. Kotiuttamisen ainoana kriteerinä ei saisi olla tavoitepainon saavuttaminen (Ebeling ym. 2009.)

Savonlinnan keskussairaalassa ei ole varsinaista syömishäiriöiden hoito-ohjelmaa, joskin anoreksiapotilaan hoitopolku on aikomus laatia lähivuosina (Parkkinen 16.11.2009).

2.4. Minäkäsitys, minäkuvat ja anoreksia

Minäkäsityksellä tarkoitetaan ihmisen itseensä kohdistamia ajatuksia ja tunteita. Se jakautuu useisiin osa-alueisiin. Niistä tärkeimpiin kuuluu reaalinä, joka sisältää käsityksen itsestä ja ominaisuuksista. Ihanneminäkäsitys taas on se, jollainen yksilö toivoisi olevansa. Käsitys siitä, millaisena

muut minut näkevät ja millaisen he haluaisivat minun olevan, muodostaa normatiivisen minäkäsityksen (Peltomaa ym. 2008.) Syömishäiriöiden kannalta oleellisin näistä on ihanneminä.

Kaikki minäkäsitykset sisältävät useita minäkuvia, jotka ovat itseensä kohdistettuja asenteita ja arvotuksia. Tällaisia ovat esimerkiksi fyysinen minäkuva, johon kuuluvat käsitykset oman kehon ominaisuuksista ja ulkoisesta olemuksesta muihin verrattuna. Minäkuvat ja -käsitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa muiden kanssa, joten niiden syntymiseen vaikuttavat olennaisesti palaute ja sen tulkitseminen. Tästä johtuen ne voivat sisältää virheellisiäkin tulkintoja (Kääriäinen, 1988.) Minäpsykologian näkökulmasta voitaisiin ajatella, että anorektikoilla tapahtuu ihanneminäkuvan vääristymistä, jonka seurauksena heidän mielikuvansa kauniista ja tavoiteltavasta vartalosta muuttuu terveestä sairaanloiseksi. Vääristymän aiheuttajana voisi olla esimerkiksi media, sosiaalinen ympäristö tai kulttuuritekijät.

2.5. Kehonkuva anoreksiassa

Minäkuvaan läheisesti liittyvä käsite on kehonkaava eli kehonkuva. Kehonkuvalla tarkoitetaan fyysisten ominaisuuksien hahmottamista (Kääriäinen, 1988). On väitetty, että yritys saavuttaa realistinen kehonkuva on ensimmäinen paranemisen vaihe anoreksiapotilailla. Useat tutkimukset ovat esittäneet hypoteesinaan, että häiriintynyt kehonkuva on yleinen oire syömishäiriöpotilailla. Fernández-Arandan, Dahmen & Meermannin (1999) tutkimustulokset viittaavat kuitenkin siihen, että vaikka syömishäiriöpotilailla on usein hyvin kielteinen kuva omasta kehostaan, heidän kykynsä hahmottaa omaa tai muiden kehonkuvaa ei ole häiriintynyt. Sen sijaan tunteellinen näkökulma, kuten ihannevartalonkuva ja asenne omaa kehoa kohtaan, eroaa terveistä. Tutkimuksessa havaittiin, että anoreksiapotilaan kehonkuvan hahmottamisessa ei ollut tapahtunut muutosta terapiahoiton jälkeen. Omaan kehon tunteellisessa kokemisessa taas havaittiin ”selvää parannusta” 50 %:lla, ”keskinkertaista parannusta” 34 %:lla ja ”ei parannusta” 16 %:lla hoidetuista (Fernández-Aranda ym., 1999).

Erilaisen näkemyksen esittää Gisela van der Ster teoksessaan *Lupa syödä* (2006). Hänen mukaansa anorektikon painon normalisoituessa, tämä kokee itsensä aikaisempaa hoikemmaksi. Tämä johtuu siitä, että potilaan kehonkuva palautuu realistiseksi. Syytä ilmiölle ei tiedetä, mutta arvellaan, että se johtuu aliravitsemustilan aiheuttamasta virheellisestä aminohappokytkenästä aivoissa (van der Ster, 2006.)

2.6. Motivaatio ja anoreksiasta paraneminen

Motiiveilla tarkoitetaan ihmisen toimintaa ohjaavia psyykkisiä vaikuttimia. Motivaatio taas tarkoittaa motiivien muodostamaa kokonaisuutta. Motivaatiolajit voidaan jakaa usealla tavalla, mutta anoreksiasta paranemisen kannalta jako on mielekkäintä tehdä ulkoiseen, sisäiseen ja sosiaaliseen motivaatioon. Ulkoista motivaatiota ylläpitävät ympäristön asettamat houkuttimet, esim. palkkiot tai rangaistuksen uhka. Sisäiset motiivit taas kumpuavat toimijasta itsestään, ja toteutuvat silloin, kun tämä kokee toiminnan itsessään arvokkaaksi. Sosiaaliset motiivit sen sijaan ovat yhteydessä ihmissuhteisiin. Erilaisia sosiaalisen motivaation alalajeja on monia, esimerkiksi yhteenkuuluvuuden, läheisyyden, hallinnan ja huomionsaamisen tarve. Sosiaalisen motivaation kokeminen vaihtelee eri kohteissa. Joillakin henkilöillä on suurempi vaikutus motivoijana kuin toisilla. Vaikka lähipiiriin antamaa arvostusta pidetään tärkeänä, voi vierailta auktoriteettihahmoilla olla jopa suurempi vaikutus henkilön toimintaan. (Peltomaa ym. 2008)

Syömishäiriöstä paranemista voidaan tarkastella Edward Decin säätelyteorian (1971) pohjalta. Teoriassa käsitellään ulkosyntyisen (extrinsic) ja sisäsyntyisen (intrinsic) motivaation yhteyttä toisiinsa. Deci kuvastaa asiaa autonomian ja kontrolloidun toiminnan käsitteillä. Autonomialla hän tarkoittaa toimintaa, johon yksilö voi itse vaikuttaa ja joka on siis sisäsyntyistä. Kontrolloidun toiminnan taas aikaansaa muiden ihmisten tai tilanteen vaatimukset, eli se on ulkosyntyistä. Decin teoria esittää, että alun perin ulkosyntyinen toiminta voi myöhemmin muuttua sisäsyntyiseksi. Tämä tapahtuisi kolmen välivaiheen kautta. Ensimmäisessä, ulkoisen säätelyn vaiheessa yksilö toimii, koska muut niin vaativat tai toivovat tai ympäristö antaa palkintoja toiminnasta. Toinen vaihe on sisäistetty säätely, jossa ihminen ei toimi enää ulkoisten palkkioiden houkuttamana vaan esimerkiksi itsearvostuksensa kohottamiseksi. Tällöin toiminnan yllyttimenä saattaa olla esimerkiksi ”väärin” tekemisen seurauksena aiheutuvan syyllisyyden tunteen välttäminen. Kolmatta vaihetta Deci nimittää tunniste- tuksi säätelyksi. Tällöin yksilö osaa arvostaa toimintaa ja sen seurauksia. Viimeinen, voimakkaimmin itse määräytyvä vaihe on sisäsyntyinen, yhtenäinen (integrated) säätely (Salmela-Aro & Nurmi 2002.)

3. Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää anorektikon paranemisprosessiin vaikuttavia tekijöitä sekä sitä, mikä käynnistää todellisen paranemisen. Tutkimusongelmat ovat:

Mitä johtaa todelliseen paranemiseen anoreksiasta?

- a. Mikä sytyttää anorektikon paranemisen halun?
- b. Millaisena anorektikko kokee itsensä suhteessa terveisiin?
- c. Miten anorektikko kokee ympäristön suhtautuneen ja vaikuttaneen paranemiseen?

4. Tutkimuksen toteuttaminen

Laadullinen tutkimus valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska aihe on moniulotteinen ja entuudestaan melko huonosti tunnettu. Näin oli mahdollista saada uutta tietoa aiheesta ja päästä syvemmälle tutkittavien kokemusmaailmaan paremmin kuin tilastollisilla menetelmillä (Metsämuuronen, 2001.) Haastattelut olivat muodoltaan teemahaastatteluja. Ne rakentuivat väljän kysymysrunгон ympärille, jolloin haastateltavat voivat painottaa tärkeiksi kokemiaan asioita (Saaranen-Kauppinen 2.11.09).

Tutkittavina oli neljä Savonlinnan alueelta kotoisin olevaa tai siellä nykyisin asuvaa naispuolista henkilöä, jotka kokevat olevansa joko parantuneita tai paranemassa anoreksiasta. Iältään haastateltavat olivat 19-, 24-, 27- ja 35-vuotiaita. Kolme haastateltavaa saimme sairaalan ravitsemussuunnittelijan, neljännen yhteisen tuttavien kautta.

Haastattelutilanteen kesto oli noin puolesta tunnista tuntiin. Molemmat tutkielman tekijät osallistui-
vat jokaiseen haastattelutilanteeseen. Haastatteluja varten olimme yhdessä laatineet haastattelurun-
gon (LIITE 1), joka toimi pohjana haastatteluille. Haastattelurunгон alustavaan versioon teki sisäl-
löllisiä korjausehdotuksia anoreksiasta paranemassa oleva henkilö, joka ei osallistunut muuten haas-
tatteluihin. Muutimme myös kysymyksiä alkuperäisestä melko tiukasti asetellusta muodosta va-
paammaksi, jotta ne eivät olisi liian johdattelevia. Esitimme tarkentavia kysymyksiä sen mukaan,
minkälaisia aiheita haastatellut nostivat esille.

Käytimme tutkielman teossa laadullista sisällönanalyysia. Pyrimme siis muodostamaan aiheestam-
me tiivistetyn kuvauksen sekä kytkemään tulokset jo olemassa olevaan tietoon ja aikaisempiin tut-
kimustuloksiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin sanelukoneelle ja litteroitiin haastattelijan jälkeen.
Alustavat tulkinnat teimme kumpikin tahoillamme, jonka jälkeen vertailimme tekemiämme päätel-
miä keskenämme.

Työtä tehdessä otimme huomioon henkilösuojan ja vaitiolovelvollisuuden. Tuhosimme haastattelu-
jen ääninauhat litteroinnin jälkeen, jotta haastateltuja ei voisi tunnistaa äänen perusteella siinä tapa-
uksessa, että nauhat joutuvat vieraiden käsiin. Mainitsimme salassapitotoimista ennen haastatteluja,
jotta haastateltavat tunsivat voivansa kertoa aroista asioista luottamuksellisesti. Kerroimme haasta-
teltaville myös haastattelun keskeytysmahdollisuudesta, ja pyysimme lupaa esittää tarkentavia ky-
symyksiä tarpeen niin vaatiessa. Lisäksi mainitsimme aineiston käyttötarkoituksesta ja käyttöajasta
(Mäkinen, 2006.)

5. Tutkimustulokset

5.1. Haastateltavien syömishäiriötausta ja nykyinen elämäntilanne

Ensimmäinen haastateltavamme ”Liisa” on 35-vuotias ja työskentelee asiakaspalvelutehtävissä. Hän harrastaa musiikkia ja käsitöitä ja kertoo olevansa hyötyliikkuja. Hän sairastui anoreksiaan lukioiässä, jonka jälkeen sairaus vähitellen paheni. Vasta sen jälkeen, kun hän oli puolentoista viikon sairaalajaksolla 33-vuoden iässä, paranemista alkoi tapahtua. Liisa kokee olevansa vielä melko kaukana parantuneesta, mutta päässeensä alkupisteestä kuitenkin pitkälle.

Toinen haastateltu ”Veera” on 24-vuotias opiskelija, jonka harrastuksina ovat eläimet, karate ja uinti. Anoreksiaan hän sairastui yläasteen ja lukion taitekohdassa. Hän ei ole ollut syömishäiriön takia sairaalahoidossa, mutta on käynyt keskusteluterapiassa. Veera kokee saavuttaneensa jo terveen suhtautumisen ruokaan ja kehoon, mutta kertoo yhä haaveilevansa hoikemmasta vartalosta.

Kolmas haastateltava ”Kaisa” on 27-vuotias opiskelija. Hän kertoo harrastavansa musiikkia, tanssia, kirjoittamista ja kirjallisuutta. Hänellä syömishäiriöt alkoivat 13-vuotiaana bulimiolla, jota kesti noin kolme vuotta. Tämän jälkeen sairaus alkoi kehittyä anoreksiaksi, joka diagnosoitiin 18 vuoden iässä. Kaisa on ollut useita kertoja sairaalajaksolla ja käynyt myös psykiatrin vastaanotolla. Käänteentekevä kohta paranemisen suhteen oli vuoden mittainen sairaalajakso 21-vuotiaana. Kaisa ajattelee, että on henkisesti jo parantunut syömishäiriöstä, mutta painon normalisoiminen on edelleen ongelma hänen kohdallaan.

Neljäs haastateltu ”Tiina” on 19-vuotias opiskelija. Hän kertoo harrastavansa vapaa-aikanaan lenkkeilyä ja eläimiä. Tiina sairastui anoreksiaan 15-vuotiaana. Sairaus jatkui 17-vuotiaaksi saakka, jolloin alkoi tapahtua todellista paranemista. Tiina on ollut kahdesti sairaalahoidossa anoreksian takia - ensin lastenosastolla ja myöhemmin psykiatrisella osastolla. Hän sanoo olevansa fyysisesti jo täysin terve, mutta kamppailevansa yhä henkisen paranemisen kanssa.

Kaikki tutkimukseen haastatellut ovat eri-ikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa. Myös heidän syömishäiriönsä kesto aika ja paranemisen kulku vaihtelevat toisistaan, joskin samankaltaisia pääpiirteitä on tunnistettavissa. Yhteistä kaikille haastatelluille on kuitenkin sairastumisikä. Kaikki tutkitut

ovat sairastuneet anoreksiaan nuoruusiässä, likimain yläasteen ja lukion taitekohdassa. Kaikki tutkittuista ovat myös jossain sairautensa vaiheessa saaneet ulkopuolisen tahon tarjoamaa hoitoa.

5.2. Haastateltujen käsitykset paranemisesta

Täysin parantuneeksi haastatellut kokevat ihmisen, joka on saavuttanut normaalin suhtautumisen ruokaan, syömiseen ja kehoon. Heidän mukaansa normaali suhtautuminen tarkoittaa kehon tarpeiden kuuntelemista ja niiden täyttämistä. Armollinen suhtautuminen itseen korostuu.

Haastatellut painottavat anoreksiasta paranemisessa psyykkistä tervehtymistä. [*”Anoreksian suhteen paraneminen tarkoittaa miulle -- oman mielen eheytymistä silleen, että niinku ne ajatukset normalisoituu, että pystyt elämään normaalia elämää, et siulle tulee ajatuksiin muutakin kun se ruoka ja paino ja kaikki tämmöset pakkotoiminnot.”*] He kaikki nostavat esille sen, että paranemiseen kuuluu myös itsensä hyväksyminen. [*”--sinuu ei ahista se, et sie oot normaalipainonen ja terve.”*]

Haastatellut myöntävät fyysisenkin paranemisen merkityksen, tosin useimmat lähinnä henkisen paranemisen perustana. Pelkkää painon nousua ja fyysisen tilan vakiintumista yksikään ei kutsuisi todelliseksi paranemiseksi. [*”Et miun mielestä sit tällanen käyttäytymisen muutos tai muu niin se tulee sit sen (henkisen paranemisen) kautta, mutta jos sitä semmosta ei oo tullu, niin sit se on vähän semmosta pakolla, et nyt pakolla muuta ja se ei oo miun kohalla onnistunu.”*] Kaikki haastatellut painottavat sitä, että paranemisen on lopulta lähdeittävä itsestä.

Kaikki haastatellut pitävät jonkinlaista paranemista mahdollisena, tosin vain yksi heistä uskoo täydellisen henkisen paranemisen olevan saavutettavissa. Hänkin toteaa, että se vaatii niin paljon työtä, ettei valtaosa anorektikoista luultavasti kykene siihen koskaan. Muut haastatellut uskovat, että anoreksia jättää jälkensä ajatteluun ja käyttäytymiseen, vaikkei se enää hallitsisikaan elämää. [*”Et kyl siin varmaan jonkun näkönen tarkkailu ehkä aina pysyy, mut jos se ei enää olis niin hallitsevaa, niin semmoseen paranemiseen uskon.”*] Haastateltujen käsitykset paranemisesta ja sen mahdollisuudesta pohjautuivat pitkälti heidän omaan tilanteeseensa. Pisimpään sairastaneet Liisa ja Kaisa nostavat esille sen, ettei täydellinen fyysinenkin paraneminen välttämättä ole mahdollista, sillä sairaus voi jättää jälkeensä pysyviä somaattisia vaurioita.

5.3. Paranemisen pakko

Käytännössä kaikki haastatellut kokevat jonkinlaisen pakon johtaneen paranemisensa käynnistymiseen, joskaan Veera ei tuo asiaa niin korostetusti esille kuin muut. Pakolla tarkoitetaan tässä tilannetta, jossa potilaalla ei ole muuta mahdollisuutta kuin paraneminen, vaikka sisäinen motivaatio vielä puuttuukin. Jokainen haastatelluista koki pakon erityyppisenä omalla kohdallaan.

Liisa koki pakon fyysisenä: siinä vaiheessa, kun keho uhkasi romahtaa, ei ollut muuta vaihtoehtoa kuin lähteä kokeilemaan paranemista. [*”Se on tietyllä tavalla niinku sellanen pakkorakonen, elikkä elimistö alko olla siinä tilassa, että se ei enää kestäny sen tyylistä elämää.”*]

Tiinan kohdalla pakko taas oli pikemminkin psyykkinen; sen aiheutti lopullinen väsymys itse sairauteen ja samanaikainen voimakas halu elää. [*”Se oli vaan jotenkin semmonen täydellinen, lopullinen piste - - et vaihtoehot oli periaatteessa, että antaa periks ja rupee niinku paranemaan -- tai sit just toinen vaihtoehto ois varmaan ollu itsemurha.”*]

Kaisan kohdalla pakko tuli muita selvemmin ulkopuolelta. Hän itse ei nähnyt tilansa kriittisyyttä, vaan hoitoon käski psykiatri. [*”Hän (psykiatri) sano, et nyt on kuule kaks vaihtoehtoo, et lähetkö osastolle heti tänään vai lähetkö huomenaamalla, et saat päättää. -- Se oli oikeestaan aika tyhjentävästi sanottu. - - Hällä oli jotenkin niin vahva auktoriteetti.”*]

Kaisan kohdalla ulkoinen pakko oli hyödyllinen kuitenkin lähinnä sen takia, että hoitajakso, johon se johti, oli tarpeeksi pitkä sisäisen motivaation löytämiseksi. Pelkkä ulkoinen pakko ei todennäköisesti olisi riittänyt, ainakaan Tiinan tapauksessa se ei toiminut. [*”Siellä (sairaalassa) vaan uhkailemalla saivat silleen, että mie lopetin sitten laihduttamisen – siinä vaiheessa – mut ei se ajatus periaatteessa kadonnut mihinkään”*]

5.4. Fyysisen ja psyykkisen paranemisen yhteys

Haastateltujen käsitykset siitä, kuinka fyysinen ja psyykkinen paraneminen ovat yhteydessä toisiinsa, vaihtelevat jonkin verran. Kaikki ovat kuitenkin sitä mieltä, että ne vaikuttavat toisiinsa.

Veera ja Tiina ajattelevat, että fyysinen paraneminen kulkee psyykkisen paranemisen edellä. Näkemykset eroavat kuitenkin siten, että Tiina kokee henkisen ja fyysisen puolen vaihe-eron olevan merkittävästi Veeran kokemaa suurempi. Hänen mukaansa ravitsemustila pitää korjata ennen kuin

aivoilla on mahdollisuuttakaan ajatella psyykkistä paranemista. Tämä ajattelumalli on lopulta nähtävissä myös muiden haastateltujen ajatuksissa.

Pidempään sairastaneet Liisa ja Kaisa korostivat Veeraa ja Tiinaa enemmän fyysisen ja psyykkisen paranemisen yhteyden kaksisuuntaisuutta. He olivat vahvasti sitä mieltä, että kumpikin johti vuorollaan toista ja että koko asetelma oli tilannesidonnainen. [*”Kyllä se miusta aina ensin vaati se, että jos yksikin etenemisjuttu tuli, niin kyllä se niinku vaati sen ajatustyön, ennen kuin se niinku pääs toteutumaan käytännössä. - - Mutta sitten toisaalta myös niinkin päin, että tosiaan kun se ravitsemustilanne esimerkiksi parani, niin se sitten helpotti sitä niitten muutosten tekemistä tavallaan siihen käyttäytymiseen ja muuhun.”*] Eniten hekin kuitenkin painottavat sitä, että minkäänlaista psyykkistä paranemista ei voi tapahtua nälkiintyneenä, siis ennen fyysisen tilan jonkinlaista korjaamista. [*”Menee jotenki silleen limittäin, mut et pääasiassa täytyy eka kyllä saada tuo fyysinen puoli kuntoon, - - että sie oikeesti pystyt ajattelemaan.”*]

5.5. Kehonkuvan ja ihanteiden merkitys

Haastateltujen kokemukset kehonkuvan muutoksesta ja ihanteiden vaikutuksesta paranemiselle eroavat hieman toisistaan. Yksi haastatelluista on vahvasti sitä mieltä, että hänen kehonkuvansa oli hyvin vääristynyt sairauden aikana, mutta realisoitui painon noustessa. [*”Se oli järkyttävää, et mitä laihempi mie olin ihan konkreettisesti ni, sitä lihavampana mie itteni näin. Et sit ku se ravitsemustila alko korjautua, ja sit ku niitä tunteita käsiteltiin, ni sit mie aloinki näkemään itteni niinku realistisemmin.”*]

Myös muut haastatellut havaitsivat kehonkuvan vääristymistä, mutta he korostavat omien tuntemusten olleen ilmiön taustalla. [*” Et ei sitä vaan nää, -- se maha on vaan ja pysyy ja ne reidet ja se mikä ei katoa ja se ahistus vaan jatkuu.”*] Kaikki haastatellut kokevat kuitenkin nähneensä muiden kehot aivan realistisissa mittasuhteissa.

Haastatellut eivät koe ihanteiden muuttuneen juurikaan sairauden tai paranemisprosessin aikana, eivätkä ne heidän mielestään sen takia vaikuttaneet paranemiseen. [*”--ihannevartalo, niin mie luulen, että se on kutakuinkin se sama, mutta se että sitä ei oo ehkä sitten omaa kehoaan hahmottanu jotenkin, että se on niinku sit menny jotenkin yli.”*]

5.6. Sosiaalisen ympäristön vaikutus

Kaikki haastatellut kokevat, että todellinen paraneminen heidän kohdallaan alkoi hoitoonpääsystä. Heidän mukaansa sairaalahenkilökunnan tietämys ja auktoriteetti olivat vahvasti mukana paranemisen käynnistämisessä. Osastohoidossa olleet Liisa, Kaisa ja Tiina myös painottavat hoidon kokonaisvaltaisuuden tärkeyttä. Kaisa mainitsee, että turvallinen ympäristö ja luottamus hoitohenkilökuntaan sekä hoidon pysyvyyteen olivat merkittäviä tekijöitä hänen paranemiselleen. *[”Se oli se turva et okei, nyt miulla on niinku aikaa surra miun asioita, miulla on aikaa raivota, miullon aikaa iloita, miullon aikaa opetella niitä normaaleita asioita täällä tämmösten ihmisten kanssa, jotka ymmärtää näistä asiosta, tietää ja tarvittaessa pistää rajat sillon kun mie en niitä ite pysty laittamaan.”]*

Liisa painottaa myös sairaalasta saamansa tiedon merkitystä paranemiselle. Hänen mukaansa syömissen järjeistäminen sekä ymmärrys siitä, millainen merkitys ravintoaineilla on ja miten syöminen vaikuttaa elimistöön, helpotti syömistä ja edesauttoi paranemista. Pisimpään syömishäiriöitä sairastaneet Kaisa ja Liisa kokevat, että jos he olisivat saaneet jo aiemmin hoitoa, sairaus ei olisi kestänyt niin pitkään. Molemmat kokevat, että kun hoitoa on sairauden aikaisemmassa vaiheessa yritetty saada, sairaalassa ei ole suhtauduttu heihin vakavasti. *[”Et itestä tuntu niinku siltä, että ei hetkinen nyt, että jos ihminen on yli kymmenen vuotta taistellut jonkun tilanteen kanssa, että katotaan sitten taulukosta, että ”et vielä täyty näitä kriteereitä”.”]*

Kaikki haastatellut kokevat myös, ettei läheisillä ollut tarpeeksi tietoa tai ymmärrystä sairauden luonteesta, jotta heidän vaikutuksensa paranemisen käynnistymiseen olisi voinut olla merkittävä. Sen sijaan he nostavat esille läheisten roolin paranemisen tukijoina. Haastatellut kokevat, että heillä oli yhdestä kahteen läheistä, jotka säilyivät tukena koko sairauden ajan ja edistivät paranemista. Yksi haastateltu korostaa myös läheisten merkitystä ulkopuolisen hoidon järjestäjänä. *[”Ehkä he (läheiset) voi tavallaan olla helpottamassa sitä elämää, mutta, kyl mie luulen, et se silti sit vaatis tämmösen niinku hoitosuhteen, -- et (läheisten tehtävä on) lähinnä ehkä semmonen tukijoukkoina oleminen ja niinkun potkiminen sinne hoitoon.]*

Kaksi haastateltua korostaa läheisten merkitystä ”normaalin elämän mallina”. Heidän mukaansa tarinat arkielämästä vahvistivat halua parantua. *[Kun mie kuulin, että ne puhuu mitä ne on tehny, ni miulle tuli semmonen, et ei vitsi, mieki haluun bileisiin --, et en mie haluu vaan täällä (sairaalassa) enää..”]*

6. Tutkimustulosten tarkastelua

6.1. Paranemisen määrittely

Verrattuna diagnostisiin kriteereihin ja asiantuntijoiden paranemisen määritelmiin, haastatellut itse käsittävät paranemisen laajemmin ja syvemmin. Siinä missä muun muassa hoidon piirissä paraneminen määritellään pitkälti myös sairauden fyysisen ulottuvuuden kautta, keskittyvät haastateltavat lähinnä psyykkiseen puoleen ja pitävät koko paranemista täydellisenä vasta kun suhde ruokaan, syömiseen ja omaan kehoon on kokonaan normalisoitunut. Vaikka he jättävätkin fyysisen paranemisen suhteellisen taka-alalle, myöntävät he aliravitsemustilan korjaamisen tärkeyden välttämättömänä edellytyksenä itse psyykkiselle paranemiselle. Tämä vahvistaa Russelin ym. (1998), van der Sterin (2006) ja Huttusen ym. (2008) näkemyksiä.

Koska haastateltujen kuvaaman kokonaisvaltaisen psyykkisen paranemisen mittaamiseen ei kuitenkaan ole olemassa yleispäteviä keinoja, on hoidon lopettamisen ajankohdan määrittäminen ymmärrettävästi vaikeaa. Tutkimustulokset kehottavatkin kiinnittämään huomiota siihen, että hoito kestää tarpeeksi pitkään henkisen paranemisen vakiinnuttamiseksi. Tällöin riski oireilun uusiutumiselle olisi pienempi.

6.2. Sisäisen motivaation merkitys paranemisessa

Haastatellut kokevat, että jonkinlainen pakko toimi paranemisen käynnistäjänä, mutta todellista paranemista alkoi tapahtua vasta, kun he löysivät sisäistä halua toipua syömishäiriöstä. Haastatte- luissa tuli ilmi, että paranemista voivat tukea monet asiat, kuten lähipiirin suhtautuminen ja sairaala- lahoito. Siitä huolimatta haastatellut painottivat, että todellisen paranemisen mahdollistamiseksi on ymmärrettävä oma vastuu: kukaan muu ei voi parantua heidän puolestaan, vaan paranemista on itse todella haluttava. Tutkimustulokset antavatkin Decin teoriaa tukevia viitteitä. Kaikki haastatellut kokevat paranemisen alkaneen ulkoisen motivaation ohjaamana, mutta muuttuneen myöhemmin sisäiseksi. Jos tätä muutosta ei tapahdu, ei todellinen paraneminen ole heidän mukaansa ole mahdol- lista.

6.3. Kehonkuva ja ihanteet

Haastattelut antoivat viitteitä siitä, että kehonkuvan korjaantuminen oli enemmänkin seuraus paranemisesta kuin sen edellytys, eikä siksi merkittävässä roolissa paranemisen käynnistäjänä. Heidän mukaansa realistinen kehonkuvan hahmottaminen silti vaaditaan, jotta paraneminen on lopulta mahdollista. Haastatellut toivat esille sekä van der Sterin että Fernández-Arandan ym. teoriota tukevia viitteitä. Haastateltujen mielestä kehonkuvan paraneminen on seurausta aliravitsemustilan korjaamisesta. He painottivat erityisesti tunteellisen puolen vaikutusta kehonkuvan vääristymässä. Paranemisessa tämän tunteelliseen puolen korjaamiseen olisikin kiinnitettävä huomiota.

Hieman yllättävää oli se, että ihannekehonkuva ei vaikuttanut paranemisprosessiin, eivätkä haastatellut kokeneet siinä juurikaan tapahtuneen muutosta paranemisen aikana.

6.4. Hoito ja läheiset

Haastatteluissa nousi korostetusti esille hoidon merkitys paranemiselle. Pisimpään sairastaneet painottivat myös hoidon ajoissa saamista. Haastateltujen kokemukset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joissa on todettu, että jos anorektikko pääsee hoitoon jo sairauden varhaisessa vaiheessa, tervehtymisennuste on parempi ja sairaudesta paraneminen nopeampaa (Keski-Rahkonen ym. 2008). Voitaisiinkin miettiä, pitäisikö hoitoon pääsemisen olla helpompaa. Tulisi myös kiinnittää huomiota sellaisiin tapauksiin, joissa fyysiset oireet eivät ole vielä näkyvissä, vaikka henkilö kärsisikin jo syömishäiriöisestä ajatusmallista. Näin sairauden syvenemistä voitaisiin ennaltaehkäistä.

Haastateltujen mukaan läheisten merkitys paranemiselle ei ollut valtavan suuri muun muassa tiedon puutteen takia. Heidän auktoriteettiaan ei koettu yhtä vahvana kuin hoitohenkilökunnan. Kuitenkin tuli ilmi, että läheisten kielteinen suhtautuminen tai hylätyksi tulemisen tunne vaikuttivat paranemisprosessiin negatiivisesti. Pitäisikin siis varmistaa, että he ymmärtävät tukensa tärkeyden.

6.5. Tulosten luotettavuus

Tutkielmaa tehdessämme kiinnitimme erityisesti huomiota sen luotettavuuteen ja validiteettiin. Koska tutkittava aihe on tunneperäinen ja kokemuspohjainen, päädyimme tutkimustulosten tarkastelussa käyttämään paljon suoria lainauksia omien päätelmiemme tukena.

Kaikki tutkimukseen haastatellut ovat olleet sairaalahoidossa, mikä voi korostaa hoidon merkitystä tuloksissa liikaakin. Tämän takia lisätutkimuksia laajemmalla haastattelijoukolla olisikin tarpeellista suorittaa. Pyrimme kuitenkin välttämään virheellisten tulkintojen riskiä analysoimalla haastattelijoiden sisällöt litteroinnin jälkeen erikseen ja vasta sen jälkeen yhdistämällä päätelmämme. Näin näkemys ei ole aivan niin subjektiivinen ja siksi luotettavampi. Varmistuaksemme pohjatietojen virheettömyydestä käytimme asiantuntijoiden apua hyväksemme läpi tutkimusprojektin.

Otimme validiteetin, eli tutkimuksen pätevyuden, perusteellisuuden sekä saatujen tulosten ja päätelmien ”oikeellisuuden” (Saaranen-Kauppinen 2.11.09), huomioon käyttämällä paljon aikaa syö-mishäiriöiden teoreettiseen paneutumiseen. Tämän toteutimme tutustumalla kumpikin tahoillamme hieman erilaisiin lähteisiin. Näin varmistimme, että saimme muodostettua laaja-alaisen ja monipuolisen kokonaiskuvan anoreksiasta ennen aiheen tarkempaa rajausta. Tämän ansiosta onnistuimme rajaamaan tutkielman ulkopuolelle epäoleellisen ja keskittymään vain tärkeimpiin ongelmiin. Validiteetin parantamiseksi pyysimme myös anoreksiasta paranemassa olevalta henkilöltä arvion kysymysrungosta ja myöhemmin valmiista työstä.

Jo ennen tutkimuksen aloittamista tiesimme, että aiheen luonteen takia siitä ei voida saavuttaa täysin yleistettäviä tuloksia, etenään näin pienellä tutkimusjoukolla. Alkuoletuksiimme nähden saaduista tutkimustuloksista löytyi kuitenkin yllättävän paljon yhdenmukaisuuksia. Tulokset olivat positiivisia myös siinä mielessä, että saimme niistä paitsi uudenlaisia näkemyksiä ja lisätukea aikaisemmalle tiedolle, myös aiheita mahdollisille lisätutkimuksille.

Lähteet

- Ebeling H., Hassinen R., Joutsenoja A., Järvi L., Koskinen M., Lahti L., Morin-Papunen L., Muho-
nen M., Rissanen A., Tapanainen P. & Wahlbeck K. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt, Käypä
hoito –suositus. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030> (Luettu 17.10.2009)
- Fernández-Aranda F., Dahme B. & Meermann R. 1999. Body image in eating disorders and analy-
sis of its relevance: a preliminary study. *Journal of psychosomatic research*, vol 47.
- Huttunen M. & Jalanko H. 2008. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111 (Luettu 17.10.2009)
- Keski-Rahkonen A., Charpentier P. & Viljanen R. (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Duodecim.
- Kääriäinen H. 1988. Minäkuvan kehitys. Oy Finn Lectura Ab.
- Metsämuuronen J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. International Methelp Ky. Metodolo-
gia-sarja, vol 4.
- Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Tammi.
- Parkkinen S. Ravitsemussuunnittelija, Savonlinnan keskussairaala. Sähköinen tiedonanto
16.11.2009
- Peltomaa H., Ahlqvist S., Ahokas A., Apponen O., Kekki K., Mikkola E., Oilinki M. & Seitola T.
2008. Psykologian verkot, Lukion kurssit 4 ja 5, Taitava ja terve mieli. Opintoverkko.
- Russell J., Bauer L., Beumont P., Byrnes S. & Zipfer S. 1998. Refeeding of anorexics: wasteful not
wilful. *The Lancet*, vol 352.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto
[verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 02.11.2009)
- Salmela-Aro K. & Nurmi J. (toim.) 2002. Mikä meitä liikuttaa? Modernin motivaatiopsykologian
perusteet. PS-kustannus.
- van der Ster G. (suom. Bergroth, Riitta) 2006. Lupa syödä. Edita (Publishing Oy)

Haastattelurunko

1. Pohjustaminen

- a. Kuvaile itseäsi lyhyesti (ikä, ammatti, harrastukset ym.)
- b. Kerro sairaudestasi pääpiirteittäin
- c. Kerro, miten ymmärrät käsitteen paraneminen

2. Paranemisen halu

- a. Kerro paranemisprosessistasi. Minkä koit käynnistäneen todellisen paranemisen?
- b. Kerro, mikä oli mielestäsi tärkein tekijä, jolle paranemisesi perustui?
- c. Kerro kehonkuvastasi paranemisen aikana ja sen jälkeen. Miten koet ihanteiden ja niiden mahdollisen muuttumisen vaikuttaneen paranemiseesi?

3. Anoreksian kokenut suhteessa terveisiin

- a. Kuvaile suhtautumistasi ruokaan, syömiseen ja omaan vartaloosi paranemisen eri vaiheissa.
- b. Kuvaile, millainen on mielestäsi normaali suhtautuminen ruokaan ja kehoon. Kuinka pitkällä koet olevasi sen saavuttamisessa?
- c. Uskotko, että tulet parantumaan anoreksiasta koskaan täysin?
- d. Kerro, miten pitkälti fyysinen ja psyykinen paraneminen kulkivat kohdallasi käsi kädessä.

4. Ympäristö ja paraneminen

- a. Kerro ympäristön ja lähipiirisi suhtautumisesta sairauteesi? Miten koet sen vaikuttaneen paranemiseesi?
- b. Kuvaile, miten lähipiirisi suhtautuminen sinuun muuttui paranemisen edetessä. Olitko valmis muiden suhtautumisen muuttumiseen?

Diagnostiset kriteerit:

Laihuushäiriön (F50.0) kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan.

- **A.** Paino vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) enintään 17.5 kg/m². BMI:tä käytetään 16 vuoden iästä lähtien. Esimurrosikäisten potilaiden paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituudenmukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Vanhemmilla potilailla painon tulee laskea.
- **B.** Painon lasku on itse aiheutettua välttämällä "lihottavia" ruokia. Lisäksi saattaa esiintyä liiallista liikuntaa, itse aiheutettua oksentelua sekä ulostuslääkkeiden, nestettä poistavien tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden käyttöä.
- **C.** Potilas on mielestään liian lihava ja pelkää lihomista. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä. Potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.
- **D.** Todetaan laaja-alainen hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, kasvu ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät tai pysähtyvät. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti mutta tavallista myöhempään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla suurentuneet, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinineritys voi olla poikkeavaa.
- **E.** Ahmimishäiriön kriteerit (F50.2) A ja B eivät täyty.
 - **A.** Toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.
 - **B.** Ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

(Käypä hoito –suositus, Ebeling ym. 2009)