



Niskanen Mette

Ruumiinkuvan kehitys syömishäiriöstä toipuneella henkilöllä – Toipuneen näkökulma

Pro gradu -tutkielma

KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA

Kasvatustieteiden koulutus / kasvatopsykologia

2018

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

Ruumiinkuvan kehitys syömishäiriöstä toipuneella henkilöllä – Toipuneen näkökulma (Mette Niskanen)

Pro Gradu -tutkielma, 77 sivua

Lokakuu 2018

---

Pro gradu- tutkielmani kohteena on syömishäiriöstä toipuneen henkilön ruumiinkuva, jota tutkimalla pyrin tuomaan esille erilaisia kokemuksia syömishäiriöön sairastumisesta ja siitä toipumisesta. Tutkielman tarkoitus on lisätä tietoa ja ymmärrystä syömishäiriöitä kohtaan psykologisesta näkökulmasta katsottuna. Psykkinen toipuminen ja ruumiinkuva kulkevat käsi kädessä toipumisprosessin aikana, jolloin ruumiinkuvan kehitys muodostuu enemmän tai vähemmän merkitykselliseksi tekijäksi toipumisessa. Pohdin tutkielmassani myös tuen merkitystä ruumiinkuvan kehitykselle syömishäiriöstä toivuttaessa, ja pyrin tuomaan esille mahdollisia kehityskohteita tulevaisuuden syömishäiriöhoitoa ja -kuntoutusta ajatellen.

Tutkimukseni on fenomenologinen kokemuksen tutkimus, joka on toteutettu haastattelemalla kolmea syömishäiriöstä toipunutta henkilöä. Haastattelun tyyli on ollut avoimen haastattelun kaltainen puolistrukturoitu teemahaastattelu, ja siinä on pyritty tuomaan esille syömishäiriöstä toipuneiden omat kokemukset ruumiistaan, ruumiinkuvan kehityksestään ja toipumiseen saadusta tuesta. Aineiston avulla pyrin vastaamaan kysymyksiin siitä, miten syömishäiriöstä toipuneet kokevat oman ruumiinkuvansa kehityksen, minkälaiset asiat ovat tukeneet heidän ruumiinkuvan kehitystään ja minkälaista tukea he kaipaisivat ruumiinkuvansa eheytyksen ja psykkinen toipumisensa edistämiseksi.

Haastatteluaineisto on analysoitu tulkinnallisen fenomenologisen analyysitavan (eng. *Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA) mukaisesti ja siitä on koostettu seuraavat seitsemän teemaa, joiden kautta olen vastannut tutkimuskysymyksiini: 1) Oman persoonan, herkkyyden ja kokemusten yhteismerkitys, 2) Ruumis kanavana tunteiden käsittelylle, 3) Läheisten merkitys ruumiinkuvan kehitykselle, 4) Toimijuus ja fyysiset teot toipumisessa, 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe, 6) Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö ja 7) Tuen riittämättömyys psykkinisessä toipumisessa. Erityisesti uutta tietoa toipumisesta ja ruumiinkuvan kehityksestä esille toivat kohdat 5 ja 6, joissa sisäisen puheen ja näkökulman muutoksen keinot muodostuivat merkityksellisiksi tutkittavieni kokemuksille toipumista tukevista seikoista.

Tutkimuksen pohjalta voitaisiin päätellä, että ruumiinkuvan kokemukset vaihtelevat sen mukaan, miten merkityksellisenä toipunut itse pitää ruumiistaan ja ulkonäköään sairastumiselle. Toipumisessa tärkeäksi nousi kokonaisvaltaisen itsehyväksynnän teeman, joka ruumiin hyväksymisen lisäksi kattaa myös oman persoonan, osaamisen ja pystyvyyden arvostamisen. Toipumista helpottavat toipuvan itsensä sopivaksi kokema tuki niin läheisiltä kuin terveydenhuollon ammattilaisiltakin.

Avainsanat: syömishäiriöt, ruumiinkuva, toipuminen, psykkiniset häiriöt

University of Oulu

Faculty of Education

The Development of body image in recovered eating disorder patients – the Patient's perspective (Mette Niskanen)

Master's thesis, 77 pages,

October 2018

---

The purpose of this study is to highlight different experiences regarding eating disorders and recovery, and to provide more knowledge and gain understanding of eating disorders from a psychological perspective. Mental recovery and body image go hand in hand during the recovery process, in which the development of one's body image becomes more or less meaningful to the recovery experience. In addition to researching the experience of body image development, I was also interested to find out, what significance the interviewees gave to the support they received during recovery, and whether the perceived quality of the support has a connection with body image and mental recovery.

This study is a phenomenological study focusing on patient experience. It has been conducted by interviewing three recovered eating disorder patients with a semi-structured theme interview. The research methods have been chosen in a way that would bring out the 'voice' of the interviewees as accurately as possible – the ways they have experienced their body, body image development and support received during the recovery. By analysing the data, I pursued to answer the questions on how recovered ED patients experience the development of their body image, what aspects of their recovery have supported their body image development and what kind of support they would still need to enhance their body image and psychological well-being.

The interview data has been analysed by applying the Interpretative Phenomenological Analysis method. The following seven themes were constructed based on the analysis: 1) The significance of personality, sensitivity and personal experiences, 2) The body as a channel for emotion regulation, 3) The significance of family and friends for one's body image, 4) Agency and physical acts in recovery, 5) Self-value and inner speech, 6) Capability & health vs. physical appearance and 7) In-sufficient professional support in mental recovery. New discoveries for research were particularly themes 5 and 6, in which the inner speech and changing one's perspective from physical appearance to capability and health played a significant role in one's experience on recovery.

Based on this study, it could be deducted that the experiences of one's body image vary depending on whether physical appearance plays a significant role as a motive for picking up disordered eating habits. The theme of self-acceptance was found to be significant in recovery – this however not only covers the acceptance of the body but also the aspects of valuing one's persona, know-how and capability. When it comes to support in recovery, both family/friends and professional help played an important role when help was applied respecting the patient's own agency.

Keywords: eating disorders, body image, recovery, psychiatric disorders

## Sisältö / Contents

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Syömishäiriöt</b> .....	<b>8</b>
2.1	Syömishäiriödiagnostiikka .....	8
2.1.1	<i>Anorexia Nervosa</i> .....	9
2.1.2	<i>Bulimia Nervosa</i> .....	10
2.1.3	<i>BED eli ahmimishäiriö</i> .....	11
2.1.4	<i>Muut määrittelemättömät ja määritellyt syömishäiriöt</i> .....	11
2.2	Hoito & toipuminen .....	12
2.2.1	<i>Relapse</i> .....	15
2.2.2	<i>Hoitomuodot</i> .....	16
<b>3</b>	<b>Ruumiinkuva</b> .....	<b>20</b>
3.1	Ruumiinkuva ja sen kehitys .....	20
3.2	Ruumiinkuva syömishäiriöiden näkökulmasta .....	23
3.3	Aiempi ruumiinkuva- ja syömishäiriötutkimus .....	25
<b>4</b>	<b>Metodologia</b> .....	<b>28</b>
4.1	Tutkimuksen aihe, kohde ja tutkimustehtävä .....	28
4.2	Laadullinen tutkimus ja fenomenologinen tieteenfilosofia .....	30
4.3	Tutkimuskysymykset .....	31
4.4	Aineiston keruu .....	32
4.5	Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi .....	34
4.6	Eettisyys ja luotettavuus .....	39
<b>5</b>	<b>Ruumiinkuvan kehitystä tukevat ja jarruttavat tekijät</b> .....	<b>41</b>
5.1	Oman persoonan, herkkyiden ja kokemusten yhteismerkitys ruumiinkuvan kehitykselle .....	41
5.2	Ruumis kanavana tunteiden käsittelylle .....	43
5.3	Läheisten merkitys ruumiinkuvan kehitykselle .....	44
5.4	Toimijuus ja fyysiset teot toipumisessa .....	46
5.5	Itsearvostus ja sisäinen puhe .....	47
5.6	Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö .....	49
5.7	Tuen riittämättömyys psyykkisessä toipumisessa .....	50
<b>6</b>	<b>Yhteenveto ja pohdinta</b> .....	<b>54</b>
6.1	Ruumiinkuvan kehitys ennen syömishäiriötä .....	55
6.2	Ruumiinkuvan kehitys syömishäiriöstä toipuessa .....	57
6.3	Tuen merkitys ruumiinkuvan eheytymisessä ja psyykkisessä toipumisessa .....	60
6.4	Lopuksi .....	63
	<b>Lähteet</b> .....	<b>66</b>

# 1 Johdanto

Kasvatuspsykologian opintojeni aikana olen ollut erityisen kiinnostunut psyykkisistä häiriöistä – omien kokemuksieni vuoksi erityisesti syömishäiriöt ovat nousseet itselleni tärkeäksi teemaksi, jota olen halunnut tutkia lisää. Mielen terveyden häiriöistä syömishäiriöt tappavat vuosittain eniten ihmisiä, minkä vuoksi aihe on edelleen ajankohtainen, ja sen tutkiminen voi tuoda uusia näkökulmia esimerkiksi hoidon ja ennaltaehkäisyyn keinoihin (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). Viime vuosina esille on tullut myös ilmiö nimeltä "pro-ana/ -mia", jossa syömishäiriöt mielletään elämäntavaksi, ja tätä elämäntapaa kannustetaan jatkamaan esimerkiksi nettupalstojen, blogien ja muiden someyhteisöjen (esimerkiksi Instagramin) kautta (esim. Rodgers, Lowy, Halperin, & Franko, 2015).

Työni keskiössä on syömishäiriöstä toipuneen henkilön ruumiinkuva ja se, minkälainen merkitys omalle ruumiille ja ruumiinkuvalle annetaan toipumisprosessin aikana, ja sen jälkeen. Tätä aion tarkastella fenomenologisen tieteenteorian näkökulmasta. Aiheeni linkittyy osin Maurice Merleau-Pontyn toisen maailman sodan jälkeen kehitettyyn ruumiin fenomenologian teoriaan, jossa kokemuksia tarkastellaan nimenomaan ruumiin kautta kokemisen näkökulmasta (Merleau-Ponty, 1962). Usein syömishäiriöistä puhuttaessa esille nousee termi "body dysmorphia" eli ruumiinkuvan vääristyminen. Käsittelen ruumiinkuvan vääristymistä kolmannessa luvussa ja pyrin näin avaamaan mahdollisia taustoja syömishäiriöitä sairastaneiden ruumiinkuvan kehitykselle. Käsittelen samassa luvussa myös tähän mennessä tutkittuja syitä ruumiinkuvan negatiiviselle ja positiiviselle kehitykselle. Kehityksellä tässä tutkielmassa tarkoitetaan pitkällä aikavälillä tapahtuvaa dynaamista yksilöllistä ja psykologista muutosta, jonka kohteena on toipuneen ruumiinkuva.

Kiinnostus työni aiheeseen on lähtenyt jo vuosia sitten omista kokemuksistani syömishäiriöiden ja ruumiinkuvaongelmien parissa. Olen itse sairastanut syömishäiriön, ja lähipiiriini kuuluu useampi syömishäiriön sairastanut henkilö, puhumattakaan henkilöistä, jotka kokevat ruumiinsa muuten hankalana tai väärenlaisena ilman varsinaista syömishäiriöoirehdintää. Olen kiinnostunut niistä aspekteista, jotka ruumiinkuvan kehityksen taustalla voivat vaikuttaa; ruumiinkuvaa käsittelevässä luvussa kolme kerron minkälaista tutkimusta lasten ja nuorten ruumiinkuvan kehityksestä on jo tehty, ja minkälaiset aspektit nousevat merkityksellisiksi myös syömishäiriöön sairastuessa.

Tutkimukseni näkökulma muuttui alun perin valitsemastani ruumiin muutoksien merkityksestä tarkastelemaan laajemmin kokemusta ruumiinkuvan kehityksestä ennen sairautta, sen aikana ja jälkeen. Otin mukaan myös tuen näkökulman, sillä halusin selvittää, minkälaista tukea tutkittavani olivat saaneet ja olisivat toivoneet saavansa ruumiinkuvansa eheytymiseen syömishäiriönsä aikana ja sen jälkeen. Tarve tutkimuksen näkökulman vaihdokselle kumpusi omista keskusteluistani muiden syömishäiriötä sairastaneiden kanssa: olen käynyt keskusteluja syömishäiriöhoidosta niin Syömishäiriöliiton työntekijöiden, syömishäiriötä sairastaneiden ystävieni, kuin Sylin kautta tutuksi tulleen syömishäiriövertaiseni kanssa. Keskusteluissa toistuvaksi teemaksi nousivat kokemukset hoidon puutteellisuudesta – siitä, miten syömishäiriötä sairastaneet ovat kokeneet hoidon ja kuntoutuksen keskittyvän enemmän ruumiin kuin mielen hoitoon. Halusinkin selvittää, minkälainen rooli syömishäiriöhoidolla on ollut tutkittavieni parantumisprosessissa, ja mitä voitaisiin mahdollisesti tehdä toisin.

Tutkimuskysymykset antavat tutkimukselleni fokuksen ja näkökulman tulkita tutkimustuloksia, mutta fenomenologisen metodin mukaisesti olen pyrkinyt selvittämään tutkittavieni ”syömishäiriötarinan” ja ruumiinkuvaan liittyvät ajatukset, tunteet ja kokemukset yksityiskohdaisesti avoimen haastattelun kaltaisen puolistrukturoidun teemahaastattelun keinoin. Tutkimuskysymykseni käsittelevät syömishäiriöstä toipuneen henkilön kokemuksia oman ruumiinkuvansa kehityksestä, sekä sen kehitykselle merkityksellisistä asioista, ja pyrkivät ottamaan selvää miten toipuvaa voisi tukea paremmin psyykkisen toipumisen tiellä.

Pohjana tutkimukselle toimii fenomenologinen tieteenteoria, ja aineiston analyysitavaksi valikoitui tulkinnallinen fenomenologinen analyysi (eng. IPA, *Interpretative Phenomenological Analysis*). Metodologisten valintojen avulla olen pyrkinyt tuomaan esiin tutkittavien omaa ääntä, ja kuvaamaan mahdollisimman tarkasti jokaisen tutkittavani kokemuksen oman ruumiinkuvansa kehityksestä. Tutkimustuloksissa pyrin löytämään näiden yksilöllisten kokemusten välille yhdistäviä linkkejä, jotka mahdollisesti kertovat meille jotain lisää ruumiinkuvan eheytyksen edellytyksistä ja keinoista psyykkisessä toipumisessa.

Syömishäiriötä on tutkittu niin lääketieteen, psykologian kuin yhteiskuntatieteiden ja naistutkimuksenkin näkökulmasta. Pro gradu -tutkielmani sijoittuu kasvatuspsykologian kentälle psykologisten ilmiöiden ja osaltaan myös psyykkisen tuen teemojen kautta. Tehdessäni kirjallisuusaineistohakua pro gradu -tutkielmaani varten huomasin, että erityisesti syömishäiriöiden

ennaltaehkäisemisestä on tehty paljon tutkimusta. Viimeisen kymmenen vuoden ajalta tutkimusta on myös paljon aivotutkimuksen saralla. Huomiota ovat saaneet myös sosiaalisen median merkitys syömishäiriöiden synnylle ja ylläpitämiselle.

Vaikka ennaltaehkäisy on tärkeä osa esimerkiksi juuri kuolleisuuden laskemista ajatellen, on mielestäni tärkeää kiinnittää huomiota toipuvien ja jo toipuneiden syömishäiriöpotilaiden psyykkiseen hyvinvointiin. Syömishäiriöitä ei sairasteta samalla tavalla kuin somaattisia sairauksia, vaan niille on tyypillistä psyykkisten sairauksien jaksottainen ja aaltoileva luonne. Näin ollen syömishäiriöhoidossa tulisi mielestäni panostaa jatkuvaan tuettuun toipumiseen, jonka tavoitteena olisi fyysisen toipumisen lisäksi toipuvan henkinen hyvinvointi ja tasapaino, sekä ruumiinkuvan - ja toisaalta myös kokonaisvaltaisen minäkuvan - eheytyminen. Tutkimukseni toimii pohjana syömishäiriöpotilaiden ruumiinkuvan ja sen merkityksen syvemmälle tutkimiselle, ja sitä kautta myös pitempiaikaisen auttamisprosessin kehittämiseksi.

## 2 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt ovat keskeinen teema pro-gradu tutkielmassani ja siksi avaan niitä alla käsiteanalyysin keinoin. Käsiteanalyysin tarkoitus on käsitellä tiettyä aihetta monipuolisesti avaten tutkielman aihealuetta monipuolisen käsiteperheen avulla (Puusa, 2008). Käsiteperheeseen kuuluu useampi aiheelle relevantti käsite, jotka yhdessä muodostavat kokonaiskuvan aihepiiristä (Puusa, 2008). Tässä tutkielmassa keskeisiksi käsitteiksi olen nostanut syömishäiriöt ja ruumiinkuvan, joita käsittelen erillisinä lukuinaan.

Lopuksi tarkastelen ruumiinkuvan ja syömishäiriöiden yhteyttä toisiinsa ja esittelen aiemmin tehdyn tutkimuksen näkökulmia molempiin teemoihin. Käsiteanalyysin avulla pyritään ymmärtämään aihealuetta tietystä näkökulmasta ja se muodostaa tutkimuskohteelle teoreettisen viitekehyksen (Puusa, 2008). Tässä tutkimuksessa syömishäiriöitä käsitellään erityisesti toipumisen ja hoidon näkökulmasta, jolloin myös käsiteanalyysini käsittelee näitä aihealueita. Käsiteanalyysi muodostetaan aihealuetta tutkivan kirjallisuuden (teosten ja artikkelien) perusteella, joita tulee tarkastella kriittisesti jo valintavaiheessa (Puusa, 2008).

### 2.1 Syömishäiriödiagnostiikka

Syömishäiriöt diagnosoidaan joko ICD-10 tautiluokituksen tai DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) -manuaalin mukaisesti. Vaikka ICD-10 on Suomessa yleisemmin käytetty menetelmä, olen halunnut avata lähtökohtaisesti syömishäiriödiagnostiikkaa DSM-V -manuaalin kautta, sillä pidän sitä monipuolisempänä ja ajankohtaisempänä tapana diagnosoida syömishäiriöitä nykypäivänä. DSM-luokitus toimii myös referenssinä useimmille tutkimuksille, joihin tässä tutkielmassa viitataan.

DSM-luokitus on yhdysvaltalainen kansainvälisesti käytetty mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä, jonka viides versio julkaistiin vuonna 2013. Syömishäiriöt on luokiteltu DSM-V:n mukaan seuraavaan kahdeksaan syömishäiriöön: 1) *Pica* (ei-ruokien syöminen), 2) *Rumination disorder* (märehtimishäiriö / pulauttelu), 3) *Avoidant / restrictive food intake disorder* (valikoiva syöminen), 4) *Anorexia Nervosa*, 5) *Bulimia Nervosa*, 6) *Binge-*



*eating disorder* (ahmimishäiriö), 7) *Other specified feeding or eating disorder* (muu määritelty ravitsemis- tai syömishäiriö) ja 8) *Unspecified feeding or eating disorder* (määrittelemätön ravitsemis- tai syömishäiriö) (American Psychiatric Association, 2013). Viimeiset kaksi olivat DSM-manuaalin neljännessä versiossa luokiteltu yhdeksi syömishäiriöksi, joka tunnetaan lyhenteellä EDNOS (*Eating disorder not otherwise specified*).

Anoreksia ja bulimia ovat niin DSM-luokituksen kuin yleisen tietämyksenkin kannalta usein kaikista tunnetuimmat syömishäiriöt. Syömishäiriöiden on arveltu tappavan eniten sairastuneita kaikista mielenterveyden häiriöistä: anoreksian kuolleisuusprosentti on 4, bulimian 3,9 ja EDNOSin 5,9 (National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, 2015). BED eli suomeksi ahmimishäiriö lisättiin DSM-luokitukseen viimeisimpien tutkimustulosten pohjalta, sillä sen arvioitiin kattavan ison osan EDNOS-häiriötä sairastavista henkilöistä (APA, 2013).

Seuraavat diagnoosien sisältöä käsittelevät kappaleet tiivistävät American Psychiatric Associationin (2013) määritelmät anorexia nervosasta, bulimia nervosasta, ahmimishäiriöstä ja muusta määrittelemättömästä ja määritellystä syömishäiriöstä (APA, 1994; APA, 2013). Vertaan myös kappaleissa DSM-IV - ja DSM-V -manuaaleja keskenään, jotta tutkielma muodostaisi mahdollisimman selkeän kuvan siitä, minkälaisia muutoksia syömishäiriöiden diagnosoinnissa on tapahtunut viimeisen 15 vuoden aikana.

### 2.1.1 Anorexia Nervosa

Anoreksia eli laihuushäiriö voidaan tiivistää sairastuneen liialliseen haluun laihtuttaa ja kontrolloida syömistä johtaen huomattavaan painon putoamiseen lyhyessä ajassa. Taudinkuvaan kuuluu ruoan jatkuva vähentäminen, joka voi lopulta johtaa täydelliseen syömättömyyteen. Tällaisissa tapauksissa voidaan joutua käyttämään hoitomuotona letkuruokintaa tai muunlaista pakkohoitoa. Lisäksi anoreksia luokitellaan sairastuneen kokemuksella omasta vartalosta: anoreksiaan sairastunut henkilö kärsii vääristyneestä ruumiinkuvasta.

Aiemmassa DSM-IV luokituksessa anoreksia määriteltiin enemmän fyysisillä oireilla kuin nykypäivänä. Uudessa viidennessä DSM-versioissa kuukautisten poisjääminen ei ole kriteerinä diagnosoille, sillä se poissulkee kaikki miespuoliset henkilöt, jotkut hormonaalista ehkäisyä

käyttävät naiset, menopaussin läpikäyneet naiset, ja kaikki lapset. Lisäksi alipainoa ei mainita enää määrittelevänä kriteerinä, mikä on aikaisemmin siirtänyt monen nykyään anoreksiaa sairastavaksi luokitellun henkilön EDNOS-diagnoosin alaiseksi.

Anoreksia jaetaan DSM-V -manuaalissa kahteen kategoriaan: 1) *Restrictive type* (suom. rajoittava tyyppi) ja 2) *Binge-eating / purging type*. Anoreksian rajoittava alatyypin määrittellään syömistä rajoittavan käytöksen perusteella, kun taas binge/purge- alatyypin sisältää bulimialle tyypillistä ahmimis- ja puhdistamisoireilua (oksentaminen / laksatiivien käyttö). Binge-purge -tyyppinen anoreksia eroaa kuitenkin bulimiasta siten, että alatyypin sairastava henkilö harjoittaa myös syömisestä rajoittamista ja liikunnalla syömisestä kompensoimista, mikä puolestaan johtaa anoreksialle tyypilliseen alhaiseen painoon. Bulimiassa sen sijaan paino voi olla normaali tai sairastavalla voi olla ylipainoa.

### 2.1.2 Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa, eli bulimia, on binge-purge -tyyppinen häiriö, jossa sairastava ensin ahmii huomattavan määrän ruokaa lyhyessä ajassa, jonka jälkeen tämä "puhdistautuu" joko oksentamalla tai käyttämällä laksatiiveja. DSM-V määrittelee bulimian säännölliseksi tarpeeksi ahmia ja puhdistautua vähintään kerran viikossa, edellisen kahden viikkokerran sijaan. Oksentamisella ja laksatiiveilla pyritään estämään ahmimista seuraava mahdollinen lihominen. Bulimialla ja anoreksialla yhteistä on pelko lihomisesta ja sen kontrolloiminen pakkomielleisesti (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000).

*American Medical Associationin* tutkimuksessa (2000) selvisi, että vain hyvin pieni osa bulimiasairastavista hakee ongelmaansa apua ja tämän vuoksi myös bulimiaa sairastavan mahdollisuudet toipua ovat vähäiset. Bulimian ”relapsea” eli ahmimis- ja puhdistautumisoirehdintaan palaamista on tutkittu suhteellisen paljon, mutta suurin osa tutkimuksista sijoittuu 1990-luvulle. Olmsted ja kumppanit (2015) summaakin tiedartikkelissaan tutkimustuloksien arvioivan bulimiaa sairastaneista 25-63 % relapsoituvan riippuen siitä, miten relapse määritellään ja kuinka pitkällä aikavälillä tutkimus on tehty. 2010-luvun jälkeen aihetta on tutkinut ainakin Grilo ja kumppanit (2012), joiden mukaan kuuden vuoden aikana toipumisesta relapsoitui 46% tutkittavista.

### 2.1.3 BED eli ahmimishäiriö

BED-häiriö lisättiin omaksi syömishäiriökseen DSM-luokitukseen vasta vuonna 2013. Sen oireet ovat samantyyppisiä kuin bulimiassa mutta BED-häiriöiset eivät puhdistaudu bulimiaa sairastavien tapaan. BED-häiriö määritellään viikoittain toistuvilla ahmimiskohtauksilla, jotka ovat jatkuneet yli kolmen kuukauden ajan. Ahmimiseen liittyy myös tunne kontrollin menettämisestä, ja ahmimista seuraa vahva syyllisyyden tunne. Ahmimishäiriö on nostettu tautiluokituksessa esille, jotta tietoisuus sen psyykkisistä ja fyysisistä vaikutuksista saisi enemmän näkyvyyttä.

Ahmimishäiriön linkittyminen emootioihin on erilainen muihin syömishäiriöihin verrattuna, sillä vaikka sitä sairastavat tuntevat samoja syyllisyyden tunteita kuin anoreksiaa ja bulimiaa sairastavat henkilöt, ei ahmimishäiriötä sairastavalla ole tarvetta laihtuttaa sairaalloisesti (Fairburn ym., 2000). Päinvastoin, heillä ei yleensä ole huolta lihomisesta, ja taudinkuvaan kuuluu välinpitämättömyys omasta vartalosta. Erityispiirteenä ahmimishäiriöisille on myös parantumisen jälkeinen ylipaino lopputuloksena pitkäkestoisesta ahmimiskierteestä etenkin nuoresta iästä lähtien. On kuitenkin hyvä muistaa, etteivät edes saman diagnoosin saaneet syömishäiriötä sairastavat koe sairautta samalla tavalla, vaan jokaisen kokemukset omasta ruumiista ja sen merkityksellisyydestä syömishäiriölle ovat erilaiset.

### 2.1.4 Muut määrittelemättömät ja määritellyt syömishäiriöt

Entisen DSM-IV -manuaalin sisällyttämän EDNOS-häiriön korvaa nykyisessä viidennessä manuaaliversiossa aiemmin luvussa mainitsemani ”Muu määritelty syömishäiriö” ja ”Määrittelemätön syömishäiriö”. Lisäksi anoreksian ja bulimian kriteereitä on muutettu uutta DSM-V varten, mikä helpottaa monen aiemmin määrittelemättömän syömishäiriön luokittelamista nykyisin joko anoreksiaksi tai bulimiaksi. Muu määritelty syömishäiriö pitää sisällään syömishäiriöt,

jotka oireilevat esim. osaksi anoreksian tai bulimian tavoin, mutta eivät täytä näiden diagnoosien kaikkia kriteereitä. Joskus muu määritelty syömishäiriö voi myös käsittää oirehdintaa, joka on niin äkillistä, ettei muiden diagnoosien pitkäaikaisuusvaatimus vielä täyty. Määrittelemätön syömishäiriö puolestaan kattaa kaiken muun syömishäiriöoirehdinnan, joka poikkeaa selkeästi jo muodostetuista diagnooseista.

Koska EDNOSin vaihtuminen muihin määriteltyihin ja määrittelemättömiin syömishäiriöihin on suhteellisen uusi muutos DSM-manuaaliin, on epätyypillistä syömishäiriöoirehdintaa tutkittu nimenomaan EDNOS-diagnoosin pohjalta. 2000-luvulla tehdyt tutkimukset arvioivat EDNOS:ta sairastavan n. 40-60 % hoitoon hakeutuvista syömishäiriöpotilaista (esim. Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll, & Palmer, 2007; Rockert, Kaplan, & Olmstedt, 2007). Nämä tutkimukset sisältävät kuitenkin myös nykyisin ahmimishäiriötä sairastavaksi luokiteltavat henkilöt, sillä ahmimishäiriö määriteltiin omaksi diagnoosikseen vasta 2013. Vaikka anoreksia ja bulimia ovat syömishäiriöistä tunnetuimpia, on hyvä tunnistaa ahmimishäiriön ja epätyypillisten syömishäiriöiden merkittävä osa syömishäiriöitä sairastavien heterogeenisessä joukossa.

## **2.2 Hoito & toipuminen**

Syömishäiriötutkimuksessa hoidon ja toipumisen teemat ovat tärkeitä hoitomenetelmien ja laadukkaan pitkäaikaisen avohoidon kehittämisen kannalta. Käsittelen tässä kappaleessa sitä, minkälaista hoitoa syömishäiriöihin on mahdollista saada, minkälaisia tuloksia erilaisilla hoitomenetelmillä on saatu, ja miten terveydenhoito määrittelee syömishäiriöstä toipumisen.

Suomessa syömishäiriöhoidossa pyritään noudattamaan Käypä hoito -suosituksia. Käypä hoito kertoo syömishäiriöhoidosta seuraavasti: ”Syömishäiriöiden hoitomuodoista ei ole vahvaa tutkimusnäyttöä, koska riittävän suuria kontrolloituja tutkimuksia ei ole tehty (Wilson & Shafran, 2005) - - Hoidon järjestämiseen vaikuttavat muun muassa maantieteelliset erot.” Haastattelin puhelimesta (puhelinkeskustelu, 17.9.2018) Syömishäiriöliiton kouluttajaa ja asiantuntijaa Katri Mikkilää aiheesta, ja hän kertoi hoitomahdollisuuksien ja hoidon laadun vaihtelevan paikakuntakohtaisesti. Myös etsiessäni aiheesta tutkimustietoa, törmäsin sen niukkuuteen; syömishäiriön tehokkaasta hoidosta löytyy edelleen hyvin vähän tietoa, ja erilaisia hoitomuotoja ei ole vertailtu tieteellisesti keskenään riittävästi.

Käypä hoito -suosituksessa syömishäiriöepäilyksen alaiseksi tullutta potilasta pyritään ensisijaisesti hoitamaan perusterveydenhoidossa, mutta jos epäillään sairauden olevan pitkällä, tulee potilaalle kirjoittaa lähete nuorten- tai aikuispsykiatriselle poliklinikalle (Käypähoito, 2014). Suomessa lääkäri, usein psykiatri diagnosoi sairastuneen joko ICD-10 tautiluokituksen tai DSM-5 manuaalin mukaan.

Potilaalle annettu diagnoosi riippuu osittain siitä, kumpaa diagnostiikan kriteeristöä käytetään: merkittävin ero ICD-10 -luokituksessa DSM-manuaalin nähden on se, ettei DSM-V vaadi kriteereissään anoreksian oireeksi tiettyä prosentuaalista alipainoa eikä kuukautisten poisjäämistä. ICD-10 ei myöskään tunnista ahmintahäiriötä omaksi diagnoosikseen, vaan määrittelee sen ”muiden syömishäiriöiden” alle. Suomessa yleisempänä diagnostisena kriteeristönä pidetään ICD-10 -tautiluokitusta (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2011). Tautiluokituksen lisäksi voidaan käyttää potilaan itsetäyttämiä syömishäiriön vaikeusasteen määrittämistä helpottavia kyselyitä kuten Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) ja Binge Eating Scale (BES) (Fairburn, Cooper, Shafran, & Wilson, 2008; Garner, 1991; Gormally, Black, & Daston, 1982).

Käypä hoito -suosituksessa ei mainita kriteereitä hoidon lopettamisella ja Mikkilän mukaan hoito lopetetaan useimmiten siinä vaiheessa, kun potilaan paino on noussut riittävästi ja fyysinen oireilu on saatu vähenemään. Mikkilä kertoo usean syömishäiriöpotilaan kirjaimellisesti ”syövän itsensä ulos osastolta.” Tällä hän tarkoittaa sitä, että psykiatrisella osastohoidolla hoidetaan usein vain merkittävästi aliravittuja potilaita, jotka saattavat pyrkiä etenkin pakkohoidosta pois syömällä itsensä hetkellisesti normaalipainoiseksi. Mikkilällä ei ole osoittanut asiasta tutkimustietoa, sillä sellaista ei varsinaisesti ole, mutta kommentit kumpuavat useamman vuoden kokemuksesta Syömishäiriöliiton asiantuntijana ja kouluttajana. Kouluttajan työssään Mikkilä tuntee hyvin nykypäivän syömishäiriöhoidon kentän. Erityisen ongelmallisena Mikkilä kokee syömishäiriöhoidon painokeskeisyyden – painon tarkkailu on yksi syömishäiriön oireista, jolloin sen käyttäminen osana hoitoa voi olla jopa vahingollista. Tutkimuksen mukaan syömishäiriötä sairastavat toivovatkin hoitonsa keskittyvän johonkin muuhun kuin painon tarkkailuun (Linville, Brown, Sturm, & McDougal, 2012).

Syömishäiriöhoidon keskeyttäminen on hyvin yleistä, ja siksi myös hoidon keskeyttämisen problematiikkaa on tutkittu syömishäiriötutkimuksessa runsaasti. Mahonin (2000) tutkimuksessa todettiin jopa 30 % bulimiapotilaista ja 50 % anoreksiapotilaista jättävän hoidon kesken. Tutkimuksissa puutteellista on ollut se, että hoidon keskeyttämistä on tutkittu paljon potilaan

personallisuuden ja temperamentti- ja persoonallisuuden, sekä kliinisten seikkojen näkökulmasta – harvemmat tutkimukset ovat pureutuneet itse hoidon laatuun tai terapeuttiseen suhteeseen (Vandereycken & Vansteenskiste, 2009). Tämä näkökulma vastuuttaa vahvasti syömishäiriötä sairastavaa oman hoitonsa onnistumisesta, vaikka syömishäiriöstä toipuminen on sekä potilaan että hoitavan osapuolen yhteinen vastuu.

Hoidon keskenjättäneistä potilaista ei ole paljon tutkittua tietoa, ja olemassa olevat tutkimustulokset ovat ristiriitaisia: toisaalta verratessa syömishäiriöhoitonsa loppuun käyneisiin potilaisiin keskenjättäneet potilaat ovat kärsineet itsetuhoisuudesta ja itsemurha-ajatuksista, toisaalta on tutkittu, että 71% keskeyttäneiden diagnostisista oireista oli lieventynyt (Chen, Touyz, Beumont, Fairburn, Griffiths, Butow ym., 2003; Di Pietro, Valoroso, Fichelle, Bruno, & Sorge, 2002). Jälkimmäiset tutkimustulokset johtuivat kuitenkin osaksi siitä, että osa tutkittavista hoidon keskeyttäneistä oli jo kokenut osittain parantuneensa hoidossa, eivätkä siksi mielestään tarvinneet lisähoitoa (Di Pietro ym., 2002).

2000-luvun loppupuolella toteutettu Björkin ja kumppaneiden (2009) tutkimus pureutui aiemman tutkimuksen puutteisiin ja pyrki selvittämään, miten hoitoon jääneet ja hoidon keskeyttäneet potilaat vertautuivat toipumisessa toisiinsa pitemmällä aikavälillä. Yllättävää tuloksissa oli se, ettei ryhmien välillä ollut merkittäviä eroja: sekä keskeyttäneet, että hoidon loppuun saattaneet potilaat olivat edistyneet sekä psyykkisesti että fyysisesti hoidon lopetettuaan. Yksi tutkimuksessa mitattava toipumisen tekijä oli positiivinen minäkuva: tämän tekijän kohdalla hoidon keskeyttäneet pärjäsivät tutkimustuloksissa paremmin kuin hoidon loppuun saattaneet potilaat. Tutkijat arvioivat tämän johtuvan siitä, että paremman minäkuvan omaavat potilaat uskoivat enemmän omaan kykyihinsä toipua sairaudesta, kun taas huonomman minäkuvan omaavat potilaat luottivat mieluummin auktoriteetteihin ja hoitohenkilökuntaan.

Muun muassa Vandereyckenin ja Vansteenskisten (2009) tutkimuksessa selvisi, että itse hoito-ohjelmansa valinneet ja siihen hakeutuneet potilaat jättivät harvemmin hoidon kesken kuin sellaiset potilaat, joilla motivaatio tai ”käsky” hoitoon oli tullut ulkopuolelta. Syömishäiriöhoitossa toimijuuden ja päätöksenteon luovuttaminen potilaalle voi kuitenkin joissain tapauksissa olla ongelmallista: syömishäiriö voi muuttua nopeasti akuutiksi ja tappavaksi, minkä vuoksi myös Suomessa tehdään osalle syömishäiriöpotilaista M1-lähetä (Käypä hoito -suositus, 2014). Käytännössä tämä tarkoittaa potilaan kannalta ikävää, mutta usein elämänpelastavaa pakkohoi-

toa. Olisikin hyvä, että hoidossa yritettäisiin löytää potilaalle mahdollisuuksia harjoittaa jonkinlaista toimijuutta ja autonomiaa, vaikka itse hoitoon hakeutuminen ei olisikaan vapaaehtoista (Vandereycken & Vansteenskiste, 2009).

### 2.2.1 Relapse

Anoreksian ja bulimian toipumisennusteet ovat tutkimuksiin nojaten vähäiset. Suurin osa kriittisen vaiheen ylipäässeistä potilaista "relapsoituu" (eng. *relapse*) eli palaa ainakin hetkittäisesti vanhoihin tapoihinsa, ja jopa 20% bulimiaa sairastaneista täyttää bulimia nervosan kriteerit vielä kuuden vuoden päästä hoitoyrityksistä huolimatta (Pinto, Guarda, Heinberg, & DiClemente, 2006). Yleistä on myös syömishäiriön vaihtuminen toiseen, esimerkiksi anoreksian vaihtuminen ahmimishäiriöön (Pinto ym., 2006). Nämä tutkimustulokset voivat olla osa syy siihen, miksi syömishäiriöstä toipumista ei ole tutkittu riittävästi ruumiinkuvan eheytyksen ja psyykkisen toipumisen näkökulmasta.

Vaikka syömishäiriöstä toipumista voi edesauttaa terapialla ja potilaan sisäisellä motivaatiolla, on repsahtaminen vanhoihin tapoihin luonnollista ja yleistä. Repsahdus ei kuitenkaan tapahdu itsestään vaan sen yleensä laukaisee jokin elämän stressitekijä kuten muu somaattinen tai psyykkinen sairaus, elämäntilanne tai päihdeiden käyttö (Birmingham, 2012). Syömishäiriökäyttäytyminen on myös jo kriittisen vaiheen ohittaneelle henkilölle ominainen ja luonnollinen tapa käsitellä elämän stressitekijöitä - syömisen hallinta tuo myös kontrollia muihin elämän osa-alueisiin.

Relapsoitumista niin kutsutun remissioajan (toipumisen) aikana on tutkittu jonkin verran, ja sille on löytynyt pitkittäistutkimuksista joitain altistavia tekijöitä: komorbiditeetti eli liittännäis-oireet tai -sairaudet (esimerkiksi masennus, ahdistus ja/tai päihdeongelmat), alhainen ruumiinpaino, ”puhdistautuminen” (oksentaminen ja/tai laksatiivien käyttäminen), sairauden pitkäaikainen kesto ja myöhemmällä iällä sairastettu syömishäiriö (Finfgeld, 2002; Steinhausen, 2002). Carter ja kumppanit (2004) löysivät aiemmin tutkittujen riskitekijöiden lisäksi uusina riskitekijöinä mahdolliset aikaisemmat itsemurhayritykset, pakko-oireisuuden, huolestuneisuus-

den omasta painosta/ vartalon muodosta hoidosta poistuttaessa ja pitkät intensiiviset hoitojak-  
sot. Tutkimukset eivät kuitenkaan ole pystyneet osoittamaan, minkälainen rooli kullakin näistä  
tekijöistä on relapsoitumisessa.

Carterin ja kumppaneiden tutkimuksessa selvisi myös, että anoreksiasta toipumassa olevat hen-  
kilöt ovat erityisen riskialttiita relapsoitumaan seuraavan 17 kuukauden aikana, kun aiempi tut-  
kimusnäyttö oli arvioinut relapsoitumisen riskin olevan koholla vain ensimmäisen vuoden ajan  
(Carter ym., 2004; Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Flores, & ym., 1999). Ongelmal-  
liseksi relapseen ja hoitoon keskittyneen tutkimuksen tekee mielestäni se seikka, että syömishäiriötutkimus on tältä osin keskittynyt tutkimaan enemmän anoreksiaa ja bulimiam, kuin muita  
syömishäiriöitä, esim. BEDiä ja muita epätyypillisempiä sairastamismuotoja. Lisäksi BEDin  
hoidon tutkimus käsittelee osaksi ”ruoka-addiktiosta” eroon pääsemistä (esim. Gearhardt,  
White, & Potenza, 2011; Ng & Davis, 2013; Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel, & Giel, 2012),  
mikä sinänsä rajoittaa näkökulmaa ahmintahäiriön sairastamisesta ja siitä toipumisesta.

### 2.2.2 Hoitomuodot

Syömishäiriöstä toipumisessa kvalitatiiviset tutkimukset ovat selvittäneet neljä tärkeää tekijää  
toipumisen onnistumisen kannalta: toipuvan oma motivaatio ja halu parantua, sosiaalinen tuki,  
hyvä terapiasuhde ja oman identiteetin eriyttäminen syömishäiriöstä (Cockell, Zaitsoff, & Gel-  
ler, 2004; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie, & Bulik, 2003).  
Tämän lisäksi on tutkittu, että pysyvän muutoksen kannalta merkityksellisiä tekijöitä ovat toi-  
puvan tahdonvoima, henkiset resurssit, psykologiset valmiudet toipua ja toivo paremmasta elä-  
mästä (Cockell ym., 2004; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Suomessa Käypä hoito -suositus esittää avohoitoa suositeltavaksi ensisijaiseksi hoitomuodoksi  
syömishäiriöpotilaille. Pyrkimys osastohoidossa on saattaa potilas sellaiseen fyysiseen ja  
psykkiseen kuntoon, että kuntoutusta on mahdollista jatkaa avohoitona (Käypä hoito, 2014).  
Syömishäiriöliiton asiantuntija Katri Mikkilä kertoo kuitenkin avohoidon laadun ja kattavuus-  
den vaihtelevan paljon Suomen terveydenhuollossa hoitoa tarjoavan yksikön ja paikkakunnan  
mukaan. Laadukas avohoito on kuitenkin merkittävä tekijä toipuvan syömishäiriöisen mahdol-  
lisuuksissa parantua sairaudestaan: arkielämän stressaavat tekijät, kuten työ, koulu, sosiaalisten



suhteiden elvyttäminen ja yhteiskunnan jäseneksi ”palaaminen” kuormittavat toipuvaa, ja näin ollen avohoidon tuki olisi tärkeää relapsoitumisen ennaltaehkäisemisen kannalta (Cockell ym., 2004).

Federici ja Kaplan (2008) tutkivat toipumista ja relapsoitumista toipuvan näkökulmasta kvalitatiivisen fenomenologisen tutkimuksen avulla. Tutkimus vahvisti aikaisemman tutkimustiedon siltä osin, että myös potilaita haastatteleamalla merkittäviksi tekijöiksi toipumisen kannalta nousivat oma sisäinen motivaatio toipua, sekä läheiset kannustavat ihmissuhteet. Uutena aikaisempaan tutkimukseen nähden esille nousivat potilaan oma kokemus hoidon laadusta, aktiivinen psyykkisen ja fyysisen työn tekeminen paranemisen eteen, negatiivisten tuntemusten tunnistaminen ja sietäminen, sekä itse-validaatio eli omien vahvuuksien tunnistaminen ja niiden sinnikäs valjastaminen toipumistyöhön (Federici & Kaplan, 2008). Näitä tuloksia pyrin peilaamaan myös oman tutkimukseni tuloksiin ruumiinkuvan eheytyksen näkökulmasta parantumisprosessin aikana.

Syömishäiriöhoitona voidaan potilaan tilanteesta riippuen käyttää joko yhtä tai useampaa hoitomenetelmää. Review-artikkelissaan Guarda (2008) luettelee tiivistetysti hoidon mahdollisuudet syömishäiriöihin: 1) suljettu osastohoito 2) avohoito / terapia (yksilö- ja perheterapia) 3) relapsen ennaltaehkäisy ja 4) mahdollinen lääkinnällinen apu liitännäisoireiden kuten masennuksen hoitoon. Tutkimukset eivät kuitenkaan ole olleet yksimielisiä ja tarpeeksi laajoja koskien sitä, minkälainen terapiamuoto olisi suotuisin syömishäiriötä sairastavalle potilaalle. Syömishäiriöiden avohoidossa on käytetty muun muassa kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja behavioristista terapiaa, mutta mikään terapiamuoto ei ole noussut ylitse muiden syömishäiriöiden hoidossa (Channon, Hemsley, & Perkins, 1989; Treasure, Todd, Brolly, Tiller, Nehmed, & Denman, 1995). Tutkimukset asiaa koskien ovat kuitenkin suhteellisen vanhoja, joten hoitomuotojen kehittyessä lisätutkimusta olisi suotavaa tehdä.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on arveltu noin 50% anoreksia nervosaa sairastavista ja hoitoon hakeutuvista potilasta päätyvän suoraan osastohoitoon (Agras, Brandt, Bulik, Dolan-Sewell, Fairburn, & Halmi, 2004; Vandereycken, 2003). Vastaavaa tilastoa Suomen hoitotilanteesta ei kuitenkaan ole ainakaan julkisesti saatavilla. Käypä hoidon suositukselle avohoidosta on kuitenkin tilastollista tukea: on tutkittu, että anoreksiaa sairastavat avohoitopotilaat osoittavat tehokkaampaa toipumista pitkällä aikavälillä kuin suljetussa sairaalahoidossa olevat potilaat (Gowers, Weetman, Shore, Hossain, & Elvins, 2000). Syynä sairaalahoidon tehottomuudelle on

arvioitu sitä, ettei yleinen psykiatrinen osastohoito vastaa syömishäiriöpotilaiden erityisiä tarpeita (Crisp, Callender, Halek, & Hsu, 1992). Jo 1990-luvun alkupuolella toteutettu Crispin ja kumppaneiden 20 vuoden pitkittäistutkimus kertoo, että eriytetty syömishäiriöhoito tuo parempia pitemmän aikavälin toipumistuloksia, kuin yleinen psykiatrinen osastohoito. Myös Syömishäiriöliiton Katri Mikkilä puoltaa tutkimuksia kokemustiedollaan: hän arvioi erityisesti syömishäiriöihin perehtyneiden yksiköiden tarjoavan todennäköisemmin laadukkaampaa hoitoa, kun hoitohenkilökunnalla on spesifi ymmärrys juuri tämän sairauden luonteesta.

Edellä mainittujen hoitomuotojen lisäksi nostaisin haastatteluissani esille tulleen vertaistuen, joka harvemmin on tutkittu osana syömishäiriöhoitoa. Vertaistuesta oli erittäin vaikeaa löytää tutkimustuloksia, mutta Linvillen ja kumppaneiden tutkimus (2012) osoittaa, että vertaistuki koetaan toipumisessa erittäin tärkeäksi osaksi toipumisessa tarvittavaa sosiaalista tukea. Vertaistuen tarkoituksena on luoda toipuvalla tunne, että tämä ei ole yksin sairauden kanssa. Erityisesti ymmärrys sairautta kohtaan koettiin tärkeänä – syömishäiriötä sairastavat saattavat tuntea, ettei sairautta voi ymmärtää muu kuin toinen sairastava (Linville ym., 2012). Oman vivahteensa nykyaikana vertaistukeen tuo nettiyhteisöjen käyttäminen kannustavana verkostona. Netin yhteisöt saattavat olla kuitenkin vaarallisia paikkoja vertaistuen lähteinä: vaikka syömishäiriöfoorumit voivat tarjota emotionaalista tukea ja samaistumisen kohteita, niillä voidaan myös kannustaa jatkamaan syömishäiriökäytöstä ja vahvistaa omaan kehoon liittyviä negatiivisia tunteita (Campbell Eichhorn, 2008).

Kaiken kaikkiaan syömishäiriöstä toipumiselle ei ole määritelty kansainvälisesti yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Käypä hoito -suositus ottaa kantaa ainoastaan hoidon tavoitteisiin ja hyvään hoitoon: ”Hoidon tavoitteena on: säännöllistä syömiskäyttäytyminen, lopettaa rajut laihdutusyritykset, korjata ravitsemustila, saada toistuva ahminta haltuun, vähentää syömishäiriöoireita, saada fyysistä terveyttä uhkaavat oireet loppumaan, ja lievittää ja hoitaa psyykkisiä oireita. - - Syömishäiriöpotilaan hyvän hoidon merkkejä ovat painon ja syömiskäyttäytymisen normaalistuminen sekä ruokaan liittyvän pakonomaisen ajattelun väheneminen. Hoidon tehosta kertovat myös syömishäiriöihin liittyvien muiden psyykkisten oireiden helpottuminen, normaali sosiaalinen toiminta ja ikätasoisen kehityksen eteneminen.” Varsinaiseen hoidon lopettamiseen ja syömishäiriödiagnoosin purkamisen kriteereihin suositus ei kuitenkaan ota kantaa.

Muualla maailmassa on käytössä joitain toipumisen arviointiin liittyviä kyselyitä, joita on käytetty muun muassa lähtökohtana tutkimusjoukon rajaamiselle, kun on tutkittu syömishäiriöstä

toipuneita henkilöitä (esim. Linville ym., 2012). Yksi tällainen kysely on Sticen ja kumppaneiden (2004) kehittämä ”Eating Screen”, joka kartoittaa sairastaneen henkilön nykyistä syömishäiriöoirehdintaa ja oireettomuutta niin somaattisesta kuin psyykkisestäkin näkökulmasta. Pitäisin kuitenkin tärkeänä, että tulevaisuutta ajatellen kehitettäisiin ja otettaisiin käyttöön jokin yhteisesti tiedeyhteisön hyväksymä menetelmä määrittellä toipumisesta, jolloin myös syömishäiriöhoito voisi olla olisi johdonmukaisempaa ja tasa-arvoisempaa.

### **3 Ruumiinkuva**

Ruumiinkuvalla tarkoitetaan ihmisen monitahoista psykologista käsitystä ja kokemusta omasta ruumiillisuudestaan, ja suurilta osin myös ulkonäöstään (Cash, 2004). Ruumiinkuvaan kuuluu laajalti näkemys itsestään sekä asenteet itseään kohtaan - nämä asenteet ja näkemykset puolestaan vaikuttavat ihmisen ajatuksiin, tunteisiin ja käytökseen (Cash, 2004). Tässä luvussa kerron miten ruumiinkuva kehittyy ihmisellä lapsuudessa ja nuoruudessa, ja minkälaisen asioiden on tutkittu olevan merkityksellisiä ruumiinkuvan kehityksen kannalta. Esittelen myös, minkälaista tutkimusta ruumiinkuvasta on tehty aiemmin, ja miten sen linkittyä syömishäiriöiden teemaan ja niiden tutkimukseen.

#### **3.1 Ruumiinkuva ja sen kehitys**

Tutkimusten mukaan lapsen ja nuoren ruumiinkuvan kehitykselle ovat erityisesti merkityksellisiä tämän vanhempien (tai muiden lähimpien ihmisten) suhtautuminen ruokaan, syömiseen, painoon ja ruumiin kokoon (Kluck, 2008; Wertheim, Martin, Prior, Sanson, & Smart, 2002). Lisäksi läheisillä on merkitystä sille, minkälaiset asiat yksilö kokee normatiivisina (Killeya-Jones, Costanzo, Malone, Quinlan, & Miller-Johnson, 2007). Ruumiinkuvasta puhuttaessa tämä tarkoittaa sitä, että lapselle ja nuorelle opetetaan tiedostamatta ja osaksi myös tiedostaen sitä, minkälaiset vartalot ovat "normaaleja" ja "hyväksyttäviä". Perhekulttuuriin vaikuttaa tietysti myös kulttuuri, jossa perhe itse elää: jossain päin maailmaa naisen leveä lanne on haluttava ominaisuus, toisaalla se koetaan "ylimääräisenä rasvana", josta on suotavaa päästä eroon. Jokainen perhe on myös vain pieni osa kokonaisen suvun ketjua, jossa eri sukupolvien kauneusihanteet ja perhekulttuuri toistavat itseään tiedostamattomasti.

Syitä lapsen negatiivisen ruumiinkuvan muodostumiselle on tutkittu paljon; lapsen ruumiilliseen itsetuntoon vaikuttavat niin lapsen itseensä kohdistuvat kommentit, mutta myös vanhempien välinen, usein leikillinenkin kommentointi (MacBrayer, Smith, McCarthy, Demos, & Simmons, 2001). Muita selkeitä syitä lapsen negatiivisen ruumiinkuvan muodostumiselle ovat van-

hempien oma avoin laihduttaminen ja häiriintynyt syömiskäyttäytyminen, sekä vanhempien kehotukset lapselle tai nuorelle tarkkailla tämän painoa ja syömistä (Kichler & Crowther, 2001; Wertheim ym., 2002). Kommentit painosta ja kehotukset laihduttaa selitetään usein vanhempien huolella lapsistaan, mutta tällainen huolen ilmentäminen voi johtaa tarkoituksenvastaisiin reaktioihin: lapsen paino-ongelmat eivät ratkea asiasta huomauttamalla, vaan kommentit voivat vahingoittaa lasta psyykkisesti ja olla osasyynä syömishäiriön muodostumiselle (Kluck, 2010).

Tutkimukset osoittavat, että erityisen merkityksellisiä tyttöjen ruumiinkuvan kehityksen kannalta ovat äidin ongelmallinen suhtautuminen ruokaan ja painoon, sekä äidin kommentit liittyen asiaan (Kichler & Crowther, 2001). Yhteiskunnallisesta näkökulmasta kuitenkin myös isän kommentteilla on suuri merkitys: miehen esittämät negatiiviset kommentit naisen kehosta luovat patriarkaalista asetelmaa siitä, että naisen keho on jotain mitä mies saa kommentoida. Tämä vahvistaa vanhaa ja vahingollista yhteiskunnallista rakennetta, jossa naisen keho on miehen omaisuutta tai vähintään miehen vallan alainen. Isät myös kasvattavat lapsensa käsityksiin ja asenteisiin siitä, miten miehet saavat kohdella naisia.

Vanhempien kommunikaatiolla ja esimerkillä voidaan joko tukea tai nakertaa lapsen ruumiillista itsetuntoa. Kluckin (2010) tutkimuksen mukaan, hyväntahtoinenkin syömiskäyttäytymisen ja kehon kommentointi on vahingollista lapsen ruumiinkuvan kehitykselle. Näin ollen lapsen toivotun syömis- ja liikuntakäyttäytymisen kehuminen ei välttämättä ole paras vaihtoehto positiivisen ruumiinkuvan tukemiselle. Hyvällä itsetunnolla puolestaan on tutkittu olevan yhteys positiiviseen ruumiinkuvaan, joten lapsen itsetunnon kasvattaminen ja tukeminen lapsi-vanhempisuhteessa on tärkeää (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannon, & Eisenberg, 2006; Tigge-mann, 2005). Vanhemmilla on yksi suurimmista vastuista lapsensa ruumiinkuvasta, mutta negatiivisesta ruumiinkuvasta ei usein voi syyttää yksinomaan vanhempia: myös kulttuuri ja media vaikuttavat suurilta osin lapsen käsityksiin siitä, minkälainen vartalo on muiden mielestä hyväksyttävä (Grogan, 2010).

Kouluikään tullessaan lapsen ajatuksiin, käsityksiin ja asenteisiin omasta kehosta ja syömisestä vaikuttavat myös vertaiset. On tutkittu, että samassa kaveriporukassa (vertaisryhmässä) aikaa viettävät lapset omaksuvat myös ystäviltaan mahdollisen huolen omasta vartalosta, tapoja rajoittaa syömistä ja joskus jopa äärimmäisiä keinoja laihduttaa (Paxton, Schultz, Wertheim, & Muir 1999; Zalta & Keel, 2006). Lisäksi laihdutusihanteen tavoittelulla voidaan yrittää nostaa omaa statusta vertaisryhmässä, jos lapsi kokee kaipaavansa lisää hyväksyntää vertaisiltaan (Vincent & McCabe, 2000).

Kauneusihanteet eivät kuitenkaan kosketa samalla tavalla tyttöjä ja poikia, vaan vaatimukset omalta keholta ovat sukupuolittuneita jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Tyttöjen kauneusihanteena voidaan yleisesti pitää hoikkuutta, kun puolestaan pojista yksi kolmesta haluaisi olla hoikempi, toinen kolmas taas suurempi ja lihaksikkaampi (McCabe & Ricciardelli, 2001; McCreary & Sasse, 2000; Smolak, 2004). Vaikka tyttöjen ja poikien tavoitteet vartalon muokkauksessa eroavat toisistaan, riskitekijät epäterveen ruumiinkuvan kehittymiselle ovat sukupuolesta riippumatta samat (McCabe & Ricciardelli, 2003; Presnell, Bearman, & Stice, 2004).

Helfert ja Warschburger (2011) ovat koonneet tutkimukseensa "*A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys*" neljä erityistä syytä siihen, miksi negatiivinen ruumiinkuva voi kehittyä vertaissuhteissa. Nämä neljä merkityksellistä tekijää ovat kiusaaminen, ulkopuolelle jättäminen, keskustelu ulkonäöstä ja mallioppiminen. Kaksi ensimmäistä tekijää tarkoittavat negatiivisen ruumiinkuvan vahvistamista ja lapsen itsetunnon heikentämistä vertaissuhteissa, toiset kaksi taas ovat erityisesti tyttöjen ystävyys-suhteissa esille tulevia ilmiöitä, joissa vertaiset vahvistavat toistensa rajoittuneita ajatuksia hyväksyttävästä ruumiista ja siitä, miten sellaista ruumista tulisi tavoitella.

Vanhempien ja vertaisten lisäksi ruumiinkuvan kehityksessä suurta roolia näyttölee nykyaikana myös media. Median merkityksestä ruumiinkuvan kehitykselle on tehty tutkimusta etenkin Yhdysvalloissa, Australiassa ja Isossa-Britanniassa, joissa myös suurin osa kansainvälisesti levitetystä TV- ja elokuvaviihteestä tuotetaan (Perloff, 2014). Tutkimus median merkityksestä ruumiinkuvalle osoittaa tiivistetysti sen, että altistus medialle lisää nuorten tyttöjen tyytymättömyyttä omaan vartaloon, vahvistaa laihuuden ihannoinnin kulttuuria ja lisää nuorten tyttöjen syömishäiriöoirehdintaa (Harrison & Hefner, 2006).

Sosiaalisessa median kontekstissa ruumiinkuvan kannalta merkityksellinen ilmiö on sisäistetty esineellistäminen: tämä tarkoittaa sitä, että erityisesti tytöt omaksuvat sosiaalisen median kuvaston kautta tavan nähdä itsensä objektina – näin syntyy ilmiö nimeltä "normatiivinen tyytymättömyys" (eng. *normative discontent*) (Erchull, Liss, & Lichiello, 2013). Ilmiö kuvaa sitä, miten nuoret tytöt ottavat selkeän tarkkailijan roolin kohdistuen omaan ulkonäköönsä, ja näin heikentävät tahtomattaan omaa ruumiinkuvaansa. Termi "normatiivinen tyytymättömyys" viittaa ilmiön huomattavaan yleisyyteen nykyajan media- ja some-keskeisessä kulttuurissa.

Median ja sosiaalisen median merkitys lapsen ruumiinkuvan kehitykselle vaihtelee kuitenkin riippuen siitä, missä kulttuurissa lapsi kasvaa: erityisen voimakkaasti laihuusihanne elää valkoisessa länsimaisessa kulttuurissa ja tätä vastoin esimerkiksi afroamerikkalaiset naiset eivät

koe yhtä suurta epätyytyväisyyttä omasta ruumiistaan (Fitzsimmons-Craft & Bardone-Cone, 2012; Gillen & Lefkowitz, 2012). Tämä ei kuitenkaan tarkoita välttämättä muiden kulttuurien immuuniutta kauneusihanteille vaan kauneusihanteet voivat olla esimerkiksi helpommin saavutettavissa tietyissä kulttuureissa. Kun valkoisessa länsimaaisessa kulttuurissa korostuu epärealistinen laihuus, voi toisessa kulttuurissa olla haluttavaa näyttää vaikkapa mahdollisimman hedelmälliseltä eli naiselliselta. Tällainen ihanne puolestaan korostaa lapsen kasvamista nimenomaan tiettyyn sukupuoleen ja sen odotuksiin.

### 3.2 Ruumiinkuva syömishäiriöiden näkökulmasta

Ruumiinkuva on keskeinen termi puhuttaessa syömishäiriöistä - on tiedossa, että sen häiriintyminen on yksi syy syömishäiriöiden muodostumiselle ja samalla se toimii syömishäiriöitä ylläpitävänä rakenteena. Lääketieteessä ruumiinkuvan häiriintymisestä puhutaan fysiologisessa merkityksessä niin kutsuttuna BIDS-häiriönä (*Body Image Distortion Syndrome*), jonka perustana toimii oletus eräänlaisesta "vammasta", joka estää siitä kärsivää ihmistä näkemästä ruumistaan sellaisena kuin se todellisuudessa on (Meermann & Vandereycken, 1988.).

Rosenin ja Ramirezin (1998) tutkimuksessa verrattiin niin kutsuttua *Body Dysmorphic Disorderia* (BDD) sairastavia henkilöitä syömishäiriöitä sairastaviin henkilöihin, ja tällä tutkimuksella pyrittiin selvittämään, minkälaisia psykopatologisia eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä sairastavilla oli. Syömishäiriöisen ja BDD:tä sairastavien ruumiinkuvan vääristymien todettiin olevan hyvin samankaltaisia mutta oireilu diagnoosin puitteissa oli jokseenkin erilaista. Syömishäiriötä sairastavat oireilivat syömisen ja yleisen ahdistuksen kautta, kun taas BDD:tä sairastavat vetäytyivät sosiaalisesti häiriönsä aiheuttamien negatiivisten tunteiden vuoksi (Rosen & Ramirez, 1998). BDD kohdistuu myös usein laajemmalle sairastavan kehoon, ja voi koskea esimerkiksi vartalon karvoitusta ja kasvonpiirteitä, kun syömishäiriöt kohdistuvat usein eksklusiivisesti vartalon "vikoihin".

Vaikka DSM-V luokittelee syömishäiriöiden (erityisesti anorexia nervosan) oireisiin kuuluvaksi ruumiinkuvan vääristymisen niin, ettei sairastunut tunnista omaa ruumiin kokoansa ja muotoansa sellaisena kuin se on, on edelleen epäselvää, voidaanko sitä pitää tieteellisesti perusteltuna oireena syömishäiriöille (Meermann & Vandereycken, 1988). Keizer ja kumppanit

(2011) löysivät kuitenkin tutkimuksessaan, että ainakin anoreksiaa sairastavat syömishäiriöpotilaat sekä hahmottavat visuaalisesti että konkreettisesti tuntevat kosketuksellaan kehonsa erilaiseksi, kuin se todellisuudessa oli. Ruumiinkuvan merkitystä syömishäiriökokemuksille ei siis voi kiistääkään, sillä jokainen sairastavan itsensä merkittäväksi kokema aspekti on myös merkityksellinen sairaudesta toipumisen ja näin ollen myös syömishäiriökuolemien ennaltaehkäisyn näkökulmasta.

Ruumiinkuvan vääristyneisyyttä voidaan selvittää jo sairauden diagnosointivaiheessa haastatteleamalla potilasta tämän omaan vartaloon liittyvistä kokemuksista. Syömishäiriöpotilaalla voi esimerkiksi esiintyä liioiteltuja odotuksia omasta ihannepainosta (Garner & Garfinkel, 1997). Sairauden alkuvaiheessa voi olla kuitenkin vaikeaa erottaa, onko potilaan laihdutustavoitteet realistisia ja tarpeellisia - syömishäiriö voi lähteä "maltilliseksi" katsotusta painonpudotuksesta ja lopulta päätyä mahdottomiin painotavoitteisiin. Syömishäiriötä sairastavien henkilöiden ruumiinkuvaa on tutkittu erityisesti 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin ruumiinkuvan arvioimista varten on kehitetty erilaisia tieteellisiä menetelmiä (esim. Williamson, Davis, Bennett, Goreczny, & Gleaves, 1989). 2000-luvulla ruumiinkuvan arvioimista on voitu kehittää tietotekniikan avulla – kuvaa sairastavan ruumiin koosta pystytään nykyään mallintamaan esimerkiksi tietokoneiden kuvamanipulaatio-ohjelmilla (Johnstone, Stewart, Benson, Kalafati, Rectenwald, & Horgan, 2008). Koska syömishäiriötä sairastavan ruumiinkuva on nostettu esille jo 1980-luvulla, myös siihen liittyvä tutkimus on paikoitellen melko vanhaa.

Syömishäiriötä sairastavilla ruumiinkuvan häiriintymistä voidaan pitää myös yhtenä lähtökohdista ja vaikuttimena syömiskäyttäytymisen häiriintymisen, sen sijaan, että se nähtäisiin ainoastaan yhtenä oireena syömishäiriölle. Jolanta ja Tomaszin (2000) tutkimuksen mukaan syömishäiriötä sairastavat henkilöt kokevat ruumiinsa vääristyneellä tavalla jo ennen varsinaisen syömishäiriön puhkeamista. Ruumiinkuvan häiriintyminen voi tapahtua joko hyvinkin nopeasti ennen sairastumista, tai pikkuhiljaa useiden vuosien aikana (Jolanta & Tomasz, 2000). Voidaankin siis pohtia, olisiko syömishäiriöiden kannalta hyvä ennaltaehkäisevä toimi pureutua nimenomaan ruumiinkuvan ongelmiin jo ennen syömishäiriöön sairastumista.

Kliinis-terapeuttista koulukuntaa edustavat Vandereycken ja Meermann (1988) painottavat erityisesti syömishäiriöisen kokemusta ja emotionaalisia аспекteja omaan kehoonsa liittyen. Tärkeää ei siis ole silmillä havaittavissa oleva todellisuus - eli sairastavan fyysinen olemus tai aja-



tukset olemuksesta - vaan se, minkälaisia tunteita oma keho sairastuneessa herättää, ja minkälaisia kognitioita omaan kehoon liittyy. Tätä tematiikkaa pohdin enemmän luvussa, jossa käsitelen tutkimukseni keskeisimpiä tuloksia.

Useimmat aiemmin toteutetut tutkimukset käsittelevät syömishäiriötä sairastavien ihmisten ruumiinkuvaa verraten sitä "normaalin" ihmisen ruumiinkuvaan. Groganin tutkimus kuitenkin osoittaa, että erityisesti naispuoleiset tutkittavat kokivat negatiivisia tunteita ja eräänlaista ruumiinkuvan vääristymistä niin sairastaessaan syömishäiriötä kuin terveenäkin (Grogan, 1999). Jotkut tutkimukset puoltavat selkeästi ruumiinkuvan vääristymistä yhtenä syynä syömishäiriöiden syntyyn. Myös suurin osa psykoterapiamuodoista tukee ruumiinkuvan eheyttämistä syömishäiriötapauksissa, minkä vuoksi ruumiinkuvaa kuitenkin pidetään yhtenä tärkeänä tekijänä häiriön synnyssä (Rosen, 1995). Positiivisia muutoksia ruumiinkuvassa voidaan puolestaan käyttää hyväksi terapiassa fyysisen käyttäytymisen normalisoimiseksi: sallivuus omaa kehoa kohtaan voi laukaista myös armollisuuden tunteita ruokaa ja syömistä kohtaan.

Syömishäiriöistä toipuminen ja ruumiinkuvan eheytyminen eivät mene välttämättä käsi kädessä – koska syömishäiriöstä toipumiselle ei ole kehitetty universaalia määritelmää, voidaan toipumisella tarkoittaa esimerkiksi sitä, että sairastava on saavuttanut normaalipainon ja syömiskäyttäytyminen on normalisoitunut. Joidenkin tutkimusten mukaan muuten häiriöstä toipuneet henkilöt voivat edelleen kärsiä vääristyneestä tai muuten negatiivisesta ruumiinkuvasta (Carter ym., 2004; Exterkate, Vriesendorp, & De Jong, 2009).

### **3.3 Aiempi ruumiinkuva- ja syömishäiriötutkimus**

Ottaessani selvää tutkimusaiheistani koskevista aiemmista tutkimustuloksista ja kirjallisuudesta, pyrin etsimään tietoa monista eri sähköisistä tietokannoista kuten Google Scholar, Research Gate ja Psychinfo. Lisäksi hain Oulun yliopiston kirjaston hakukoneella aiheeseen liittyvää kirjallisuutta: erityisesti keskityin etsimään tietoa yleisesti syömishäiriöistä, ruumiinkuvasta ja sen kehityksestä, sekä ruumiin fenomenologiasta. Kirjallisuutta aiheesta löytyi merkittävästi, ja olen pyrkinyt ottamaan huomioon eri näkökulmat aiheen tarkastelussa: kirjallisuus sisältää teoksia niin psykologian, humanististen alojen, naistutkimuksen kuin lääketieteenkin aloilta.

Tällä pyrin mahdollisimman laajaan tarkasteluun syömishäiriöiden ja ruumiinkuvan ollessa hyvin monialaisesti tutkittu aihealue.

Ongelmallista kirjallisuus- ja tutkimusaineistoa hakiessani oli tutkimuksen keskittyminen hyvin rajatusti tiettyihin näkökulmiin: esimerkiksi ruumiinkuvan kehitys on kiinnostanut tutkijoita hyvin pitkälti erityisesti sosiaalipsykologian, aivotutkimuksen ja yhteiskuntatieteiden näkökulmasta, kun taas aiheen tarkastelu fenomenologisesta psykologian näkökulmasta on jäänyt huomioni mukaan vähemmälle. Erityisesti nais- ja yhteiskuntatutkimus on ollut kiinnostunut ruumiinkuvasta tietyn kulttuurin tai länsimaisen median näkökulmasta (esim. Gillen & Lefkowitz, 2012; Hayes & Tantleff-Dunn, 2010; Holsen, Carlson Jones, & Skogbrott Birkeland, 2012; Martin, 2010; Van Vonderen & Kinnally, 2012).

Löytämäni syömishäiriötutkimus tarkastelee pitkälti mm. syömishäiriöön sairastumisen riskitekijöitä ja sairauden etenemistä (esim. Eisenberg ym., 2011; Rohde ym., 2015; Stice ym., 2013) enemmän kuin toipumista, mikä puolestaan vaikeuttaa entisestään aiemman tutkimuksen linkittämistä oman tutkimukseni aiheeseen. Varsinaisesta toipumisen jälkeisestä psyykkisen hyvinvoinnin edistämisestä ja ylläpitämisestä ei juurikaan ole tutkimusta. Olisikin mielenkiintoista tietää, miksi aihe ei ole kiinnostanut tutkijoita enemmälti. Syömishäiriötä sairastavien relapsoitumisesta on tehty jonkin verran tutkimusta esimerkiksi syiden ja tilastoihin perustuvien ennusteiden näkökulmasta (esim. Carter ym., 2004; Finfgeld, 2002; Herzog ym., 1997; Steinhäusen 2002), mutta relapsoitumisen yhteyttä ruumiinkuvan problematiikkaan ei ole tutkittu aiemmin.

Yksi syömishäiriötutkimuksen isoimmista ongelmista on sen keskittyminen vain tiettyihin diagnooseihin: anoreksiaa ja bulimiaa on tutkittu huomattavasti enemmän kuin muita syömishäiriöitä, mikä toki osaltaan voi johtua siitä, ettei ennen vuotta 2013 ole tunnistettu ahmimishäiriötä omaksi diagnoosikseen. ICD-10 ei edelleenkään tunnista anoreksian, bulimian ja epätyypillisen laihuushäiriön lisäksi muita syömishäiriöitä omina diagnooseinaan, vaan loput DSM:n tunnistamista diagnooseista on niputettu ”muiden syömishäiriöiden”-kategorian alle (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2011).

Kun vuonna 2013 BED on nostettu omaksi diagnoosikseen DSM-V -manuaalissa, on myös ahmimishäiriötä aloitettu tutkimaan huomattavasti enemmän. Osa BED-tutkimuksesta on silti edelleen hyvin yksipuolista, ja keskittyy osittain ruoka-addiktioon näkökulmaan (esim. Gearhardt & 2011; Ng & Davis, 2013; Schag ym., 2012). Vaikuttaisi siltä, että näkökulmat tutkia BEDiä ovat hyvin erilaiset verrattuna anoreksian ja bulimian tutkimiseen; myös Käypä hoito -

suosituksessa ahmimishäiriön kohdalla mainittiin toipumisen jälkeinen painonhallinta, joka oli mielestäni yllättävä suositeltavana hoidon aspektina, kun puhutaan syömishäiriöistä.

Lisäksi syömishäiriötutkimuksessa nousevat esille lääketieteellinen tutkimus aivotoiminnan poikkeamien yhteydestä sairauteen (esim. Davis, Levitan, Yilmaz, Kaplan, James, & Kennedy, 2012; Schäfer, Vaitl, & Schienle, 2010), sekä ennaltaehkäisyn mahdolliset keinot (esim. Ciao, Loth, & Neumark-Sztainer, 2014; Gaudio & Quatrocchi, 2012; Stice, Becker, & Yokum, 2013; Stice, Rohde, Shaw, & Gau, 2011 ). Ennaltaehkäiseminen on tärkeää, sillä syömishäiriöiden hoitaminen on työlästä, pitkäkestoista ja kallista, minkä vuoksi tutkimus pyrkii luomaan keinoja ennaltaehkäistä vakavia syömishäiriöitä tehokkaasti. Tällä pyritään myös ehkäisemään sairauden korkeaa kuolleisuutta.

Valitettavan vähän aineistohakua tehdessä löytyi tietoa varsinaisesti syömishäiriön ja ruumiinkuvan yhteyksistä, ja aihetta käsittelevät tutkimukset olivat keskittyneet tutkimaan asiaa yleisellä tasolla tai esim. anoreksian tai bulimian spesifistä näkökulmasta (esim. Espeset, Nordbø, Gulliksen, Skårderud, Geller, & Holte 2011; Keizer ym., 2011; Mohr, Röder, Zimmermann, Hummel, Negele & Grabhorn, 2011; Konstantakopoulos, Varsou, Dikeos, Ioannidi, Gonidakis, Papadimitriou, & ym., 2012). Rajatummista näkökulmista tutkimuksia oli hyvin vaikeaa löytää, ja esimerkiksi omaa tutkimusaiheittani ruumiinkuvan kehityksestä toipuneilla henkilöillä ei ole tutkittu aiemmin juurikaan. Täsmälleen samasta aiheesta en ole löytänyt yhtään aiempaa tutkimusta, mikä tietysti vaikuttaa tutkimustuloksieni ainutlaatuisuuteen mutta myös vaikeuteen peilata tuloksiani muiden tutkijoiden löydöksiin.

Lähimpänä omaa tutkimustani pidän Federici ja Kaplanin (2008) fenomenologista tutkimusta syömishäiriön toipumiseen liittyvistä merkittävistä tekijöistä, sekä Linvillen ja kumppaneiden (2012) tutkimusta sosiaalisen tuen merkityksestä toipumiselle. Molemmat tutkimukset käsittelevät toipumista syömishäiriöpotilaiden näkökulmasta, vaikka tutkimuksen keskiössä ei olekaan omalle tutkimukselleni olennainen ruumiinkuvan kehitys. Tutkimuksessani pyrin tuomaan esille ruumiinkuvan roolia toipumisprosessin aikana. Toivon näin tutkimuksellani olevan merkitystä toipumisprosessin ja hoidon kehittämiseksi niin, että syömishäiriöiden kanssa työskentelevät ammattilaiset saisivat mahdollisesti uutta näkökulmaa psyykkisen toipumisen edistämiseksi.

## 4 Metodologia

Tutkimukseni on kvalitatiivinen fenomenologinen tutkimus, jonka valintoja on ohjannut kokemuksen tutkimuksen tarkoitus tuoda esille tutkittavien omaa näkökulmaa aiheesta. Laadullinen tutkimus ei pyri yleistämään tutkimustuloksia, vaan antamaan aiheen tarkastelua varten näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Aineistoni on pyritty keräämään siten, että sitä olisi hedelmällistä tulkita nimenomaan valitsemani analyysimenetelmän eli tulkinnallisen fenomenologin analyysin keinoin.

Tässä luvussa perustelen seikkaperäisesti tutkimukseni kannalta tekemäni metodologiset valinnat. Filosofisesti tutkimukseni perustuu fenomenologiseen tieteenfilosofiaan, joka ohjaa jokaista tutkimukseeni liittyvää valintaa. Seuraavissa kappaleissa avaan fenomenologisen tieteen teorian perusteita, tutkimukseni tarkoitusta ja lähtökohtia, sekä esittelen tutkimuskysymykseni ja analyysin vaiheet, joiden avulla tutkimustulokset on koostettu. Lopuksi selvennän tutkimukseni eettisiä аспекteja ja pohdin tutkimukseni luotettavuutta.

### 4.1 Tutkimuksen aihe, kohde ja tutkimustehtävä

Tutkimukseni primääriaihe on ruumiinkuvan kehitys syömishäiriöstä toipuneella henkilöllä. Tutkimusaiheen tulisi olla tutkijan itsensä kannalta kiintoisa, jotta tämä jaksaa työstää tutkimusta pitkään ja perusteellisesti (McLeod, 2003). Oma kiinnostus aiheeseen tuo tutkimuksen tekemiseen motivoituneisuutta ja sitoutuneisuutta, mikä on tärkeää tutkimuksen laadun kannalta. Itselleni tutkimusaihe on todella tärkeä, sillä olen sairastanut syömishäiriön ja omassa lähipiirissäni on paljon syömishäiriötä sairastavia ja siitä toipuneita henkilöitä. Ajatus tutkimuksen aiheelle lähti erään haastateltavani pohdinnoista siitä, miten syömishäiriöstäkin toivutuaan hän on kamppailut ruumiinkuvansa kanssa pitkään, ja kuinka vaikeaa ruumiinkuvan eheytymiseen on ollut saada apua. Keskustelu herätti kysymyksiä siitä, mitä toipuminen oikeastaan on, voiko ruumiinkuva todella eheytyä toipumisprosessin aikana ja minkälaista tukea ruumiinkuvan eheytymiseen syömishäiriöhoito voisi tarjota.

Valittuani ruumiinkuvan ja syömishäiriöt tutkimusaiheekseni tein perusteellisen kirjallisuushaun aiheesta. Erityisesti syömishäiriöt ovat olleet kiinnostuksen kohteena tutkimukselle 1990-luvulla, minkä vuoksi myös iso osa tutkimuksesta sijoittuu tähän aikaan. Syömishäiriö- ja ruumiinkuva tutkimusta on tehty myös viime vuosina, jolloin tutkimuskohteina ovat olleet pääasiallisesti erilaiset syömishäiriöiden preventio-ohjelmat, syömishäiriötä sairastavien aivotoiminta ja syömishäiriötä ennakoivat riskitekijät (ks. luku 3). Ruumiinkuvaa puolestaan on tutkittu erityisesti median, sosiaalisen median ja kulttuurisen paineen näkökulmasta, jolloin kohteena eivät varsinaisesti ole olleet syömishäiriötä sairastavat tai sairastaneet henkilöt. Syömishäiriötä sairastaneiden ruumiinkuvan tutkimus onkin suhteellisen vähäistä ja siksi toivon tutkimukseni tuovan myös jotain uutta ruumiinkuva- ja syömishäiriötutkimuksen kentälle.

Alun perin tutkimukseni oli tarkoitus käsitellä ruumiin muutosten merkitystä syömishäiriöstä toipuneen henkilön ruumiinkuvalle. Huomasin kuitenkin aiheen olevan liian tarkkaan rajattu, ja oletettavan syömishäiriöisen ruumiin muuttuvan fyysisesti toipumisprosessin aikana. Koska kvalitatiivisen tutkimuksen ei ole hyvä tehdä liikaa alkuoletuksia koskien tutkimusaihetta ja tutkimuksen tuloksia (Creswell, 2007), vaihdoin tutkimuskohteekseni ruumiinkuvan kehityksen. Tämä näkökulman vaihdos sallii laajemmin erilaiset syömishäiriötarinat ja näin ollen jättää myös enemmän tulkinnan mahdollisuutta tutkimustuloksia pohtiessani. Ruumiinkuvan näkökulma kulkee myös käsi kädessä psyykkisen hyvinvoinnin teeman kanssa, joka sitoo tutkimukseni osaksi laajempaa psyykkisen tuen teemaa psykologisen tutkimuksen kentällä.

Vaikka tutkimuksen tarkoitus ei ole tehdä yleistäviä johtopäätöksiä esimerkiksi syömishäiriöhoidon laadusta, toivon aineistoni tuovan esille hoidon ja kuntoutuksen kipukohtia tutkittavieni näkökulmasta – minkälainen merkitys hoidolla on ollut heidän tarinassaan, mikä on ollut heidän kokemuksena hyvästä ja huonosta hoidosta? Jotta syömishäiriöhoitoa ja -kuntoutusta voitaisiin kehittää entistä parempaan suuntaan, on tärkeää tuoda esiin niiden ihmisten ääni, jotka ovat sairauden kanssa kamppailleet ja hakeneet sen hoitoon ammattilaisen apua. Haluaisinkin tutkimukseni herättävän ajatuksia siitä, miten syömishäiriöstä toipuvaa voisi tukea paremmin tämän tiellä parempaan psyykkiseen vointiin ja eheytyneeseen ruumiinkuvaan.

## 4.2 Laadullinen tutkimus ja fenomenologinen tieteenfilosofia

Tutkimukseni tieteenfilosofiseksi pohjaksi olen valinnut fenomenologian. Ruumiinkuvaa tutkittaessa katsoin tarpeelliseksi tutustua fenomenologian sisällä myös ruumiin fenomenologian teoriaan. Yksi tärkeimmiksi ruumiin fenomenologian kehittäjäksi voidaan nostaa Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Ihmisen ruumis on Merleau-Pontyn mukaan niin subjekti kuin objekti, sillä se on ulkopuolisen arvioitavissa ja havaittavissa mutta samalla myös ”kuori”, jossa elämme ja koemme. Yksinkertaisesti sanottuna: koemme asioita paljon ruumiimme kautta.

Merleau-Pontyn suurimpana esikuvana fenomenologiassa toimi Husserl, jonka keskeisimpiin teorioihin kuului fenomenologinen reduktio: prosessi, jossa kyseenalaistamme luonnollisen minämme ja siihen sisältyvät vakaumuksemme ja väitteemme. Merleau-Ponty ei kuitenkaan tunnusta täydellisen fenomenologisen reduktion mahdollisuutta, vaan Satu Liimakan sanoin ”-ruumiillinen subjekti jää aina kiinni faktuaaliseen tilanteeseen ja partikulaariseen perspektiiviin” (Liimakka, 2011). Toisin sanoen ruumiillinen tekijä eli ihminen on aina liian kiinni omassa näkemyksessään ja tilanteen kontekstissa, ettei ilmiön katsominen omasta itsestä riisuttujen lasien läpi koskaan täysin onnistu.

Merleau-Pontyn ruumiin fenomenologian yksi keskeisimmistä käsitteistä on habituaalisuus. Ruumis, jossa olemme, on habituaalinen ruumis – se on aina sidonnainen menneisyyteensä ja aikaisempiin kokemuksiinsa (Liimakka, 2011). Tätä kautta voimme myös ymmärtää paremmin, miksi esimerkiksi anoreksiaa sairastavan henkilön on vaikeaa päästää irti oireistaan: jos oma ihmisarvo ja persoona on koettu jo pitkään negatiivisten ruumiskokemusten kautta, on vaikeaa käsittää maailmaa ja omaa elämää mitenkään muuten. Merleau-Pontyn mukaan tällaisia habituaalisen ruumin kautta opittuja malleja, ruumiillisia skeemoja, on mahdollista muuttaa ajan saatossa, mutta se ei ole helppo eikä nopea prosessi (Merleau-Ponty, 1962).

Fenomenologia on psykologiassa ja ihmistieteissä usein käytetty menetelmä tutkia inhimillistä kokemusta; tapaa, jolla ihminen kokee oman sosiaalisen ja henkilökohtaisen maailmansa. Sen avulla voidaan tutkia tiettyjen asioiden ja tapahtumien merkityksiä ihmisille, ja sitä, miten nämä asiat ja tapahtumat määrittävät ihmisen sosiaalista ja henkilökohtaista maailmaa (Smith, 2008). Pro gradu -tutkielmassani fenomenologia tulee esille tutkittavien kokemuksissa ruumiinkuvansa kehityksestä syömishäiriöstä toipumisen jälkeen. Tutkimukseni keskiössä on siis oman

ruumiin merkitys ihmiselle, ja miten ruumiinkuva näyttäytyy merkityksellisenä osana toipumisprosessia.

Tutkimusmetodina fenomenologia tarjoaa filosofisen näkökulman lisäksi oivallisen tavan tutkia ihmistä – se tutkii sitä, miten maailma käsittyy ja rakentuu ihmisen oman sisäisen kokemuksen mukaisesti. Vaikka fenomenologinen tutkimusmetodi ottaa huomioon tutkijan antaman oman merkityksen tutkimusaiheelle, pyrkii se kuitenkin riisumaan tutkimuksen tulokset mahdollisimman objektiivisiksi (Perttula & Latomaa, 2008). Tätä kutsutaan fenomenologiseksi reduktioksi, jota avaan tarkemmin "Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus" -kappaleessa.

Ruumiinkuvan kehittymistä tutkittaessa fenomenologiaa voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi kartoittamalla tutkittavan kokemuksia omasta ruumiista ennen (ennen syömishäiriötä ja sen aikana) ja nyt (syömishäiriöstä toipumisen aikana/ toipuneena). Kokemuksen ymmärtäminen luo meille myös erilaisia työkaluja esimerkiksi juuri syömishäiriöiden ja niitä sairastavien kohtaamiseen arjen syömishäiriötyössä. Kun tiedämme mitä syömishäiriötä sairastavan kokemukseen omasta sairaudestaan, ruumiistaan tai vaikkapa ruokailutilanteista kuuluu, saamme myös vihteitä siitä, miten näitä kokemuksia voisi muuttaa positiivisempaan suuntaan. Syömishäiriön sairastaminen ja siitä parantuminen on prosessi, jonka jokaista osaa ja aspektia tulisi tutkia mielestäni fenomenologisesti, jotta osaisimme vastata myös tulevaisuuden syömishäiriöpotilaiden tarpeisiin niin osastohoidossa kuin terapiatyössäkin.

### **4.3 Tutkimuskysymykset**

Kvalitatiivinen kokemuksen tutkimus pyrkii selvittämään millä tavalla ihminen / ryhmä ihmisiä kokee jonkin tietyn tapahtuman, prosessin, ilmiön tai olemisen tilan (Agee, 2009). Tutkimuskysymyksiä muodostettaessa on tärkeää valita, kenen näkökulmasta ilmiötä tarkastellaan ja mitä ilmiöstä halutaan tietää. Kokemuksen tutkimus on myös kiinnostunut siitä, minkälaisia merkityksiä tutkittava antaa ilmiölle kokemuksensa pohjalta (Latomaa ym., 2012). Oma tutkimukseni on kiinnostunut syömishäiriöstä toipuneiden ruumiinkuvan kehityksestä – sitä mahdollisesti tukeneista ja hajottaneista elementeistä, ja siitä, miten toipuvan ruumiinkuvan kehitystä ja näin myös psyykkistä toipumista voisi tukea parhaalla mahdollisella tavalla.

Edetessäni tutkimusprosessissani pidemmälle, tutkimuskysymykset ovat muuttaneet fokuksiaan ja niiden sanamuotoja ja näkökulmaa on hiottu. Kuten Creswell (2007) toteaa, tutkimuskysymykset muotoutuvat ja kehittyvät vasta tutkimuksen aikana lopulliseen muotoonsa. Lopulliset tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:

1. Minkälainen kokemus syömishäiriöstä toipuneella on oman ruumiinkuvansa kehityksestä?
2. Minkälaiset asiat ovat tukeneet syömishäiriöstä toipuvaa ruumiinkuvan kehityksessä? - Minkälaiset asiat ovat jarruttaneet kehitystä?
3. Minkälaista tukea syömishäiriöstä toipuneet toivoisivat saavansa ruumiinkuvansa eheytymiseen ja psyykkiseen toipumiseen?

Vastaan kysymyksiin käyttäen hyväksi tulkinnallista fenomenologista analyysia (IPA), jonka avulla nostan esille aineistossa toistuvia tutkimuskysymysteni kannalta olennaisia teemoja. Viimeisessä tutkimustuloksiani pohtivassa kappaleessa vedän tutkimustuloksieni yhteen ja vastaan tutkimuskysymyksiini analyysin avulla muodostamieni teemojen pohjalta. Tutkimustuloksistani käsitellyt teemat eivät siis vastaa kysymyksiini yksiselitteisesti, vaan teemoja pikemminkin tulkitaan kysymysten valossa, kun ne on ensin luvussa viisi esitelty.

#### **4.4 Aineiston keruu**

Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on aineiston harkinnanvarainen ja tarkoituksenmukainen valinta, jotta aineisto tukisi mahdollisimman hyvin valittua tutkimuskysymystä. Aineiston määrä voi olla suuri, mutta tapausmäärällä ei ole sinänsä merkitystä tutkimuksen onnistumiselle - tärkeintä on aineiston laatu ja sisällöllinen laajuus (Eskola & Suoranta, 2003). Fenomenologisen tutkimusmenetelmän mukaan aineisto valitaan sellaisin perustein, että tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä pystyttäisiin tarkastelemaan mahdollisimman monipuolisesti. Tällöin jokainen tutkimukseen sisällytettävä tapaus (haastattelu) tuo aiheen tarkasteluun oman vivahteensa ja syventää tutkittavan ilmiön ymmärtämistä.

Laadullinen tutkimus ei tähtää yleistämään tietoa tilastolliseen muotoon, vaan pyrkii pikemmin muodostamaan kuvauksia jostain ilmiöstä tai tapahtumasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen kannalta olisikin tärkeää, että tutkimuksen aineisto kerättäisiin henkilöiltä, jotka tietävät tutkitusta



ilmiöstä mahdollisimman paljon tai ovat sen kokemusasiantuntijoita (Tuomi & Sarajärvi, 2012).

Eskolan ja Suorannan (2003) mukaan laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein varsin pienen määrään tapauksia, ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyttä ei siis mitata aineiston määrällä, vaan painotus on pikemminkin sen laadussa. Tutkimukseni aineisto muodostuu kolmesta tutkimushaastattelusta, joissa haastattelen syömishäiriöstä toipuneita henkilöitä. Koska syömishäiriöistä puhuttaessa sekä sairastaminen että toipuminen ovat suhteellisia ja hyvin subjektiivisia kokemuksia, valikoituu haastateltavaksi henkilöitä, jotka itse määrittävät sairastaneensa syömishäiriön, ja jotka kokevat myös toipuneensa siitä. Syömishäiriön oireenkuvalla ei sinänsä ole merkitystä; syömishäiriöiden oireenkuvat, syyt ja kokonaisuudessaan kokemukset häiriöstä ovat niin moninaiset yksilöstä riippuen, ettei haastateltavien joukkoa ole mielestäni järkevää yrittää rajata esimerkiksi diagnoosin perusteella. Haastateltavat valikoituivat tutkimukseeni omien yhteyksieni kautta – olen ollut Syömishäiriöliitossa työharjoittelussa, joten haastateltavien hankkiminen ei sitä vasten ollut haastavaa.

Kutsun tutkimuksessani haastateltavia kirjaimilla A, B ja C. Haastateltava A on 25-vuotias nainen, joka on yläasteikäisenä sairastanut anoreksian – hänen hoitokontaktinsa ovat muodostuneet kouluterveydenhuollosta, koulukuraattorista ja myöhemmin yksilöterapiasta. Haastateltava B on 42-vuotias nainen, joka sairastui bulimiaan lukioikäisenä ja aktiivinen sairastamiskausi kesti noin 10 vuotta. Hoitokontakteina hänellä ovat olleet nuorten neuvolan psykologin palvelut, YTHS:n mielenterveyspalvelut, ja vertaistukea hän on saanut Syömishäiriöliiton toiminnassa. Haastateltava C on 31-vuotias nainen, joka on sairastanut anoreksian täysi-ikäisenä – sairauden eteneminen tapahtui hänellä hyvin nopeasti ja johti pian osastohoitoon. Haastateltava C:n hoitokontaktit ovat olleet yksilöterapia ja satunnaiset perheterapiasessiot, nuorisopsykiatrinen osasto, psykoottinen osasto (nuorisopsykiatrisen osaston ollessa täynnä), ja myös hän on saanut vertaistukea Syömishäiriöliiton kautta.

Laadullinen fenomenologinen tutkimus edellyttää onnistuakseen merkitysrikkaasta aineistoa, johon sisältyy myös tutkittavan tuottamaa "epämääräisempää" sisältöä - kielikuvia, tunnetiloja, hapuilevia kuvailuja ja muita epäsuoria "vastauksia" tutkijan kysymyksiin (Smith, 2008). Olen kerännyt aineistoni kolmelta kokemusasiantuntijalta, joita haastattelin teemahaastattelun keinoin nauhoituslaitteen avulla. Haastatteluni pyrkivät mahdollisimman avoimeen keskusteluun

aiheesta, mutta pidin taustalla kuitenkin mielessä tutkimukseni teemat, ja rakensin haastattelua tarvittaessa niiden mukaisesti.

Suunnitellessani tutkimustani mietin haastattelumenetelmäni puolistrukturoidun ja avoimen haastattelun väliltä. Valinta oli vaikea, sillä halusin pitää tutkimushaastatteluni fenomenologisten periaatteiden mukaan mahdollisimman haastateltavalähtöisenä. Avoimen haastattelun ongelmana on kuitenkin sen toimimattomuus silloin, kun tutkimuskysymykset ovat tarkennettuja koskemaan jotain tiettyä näkökulmaa; avoin haastattelu toimiikin parhaiten, kun tutkitaan jotain tiettyä ilmiötä yleisesti. Lopulta päädyin valitsemaan avoimen haastattelun kaltaisen puolistrukturoidun teemahaastattelun, sillä se vaikutti tukevan parhaiten juuri oman tutkimukseni tarkoituksiperiä. Puolistrukturoitua teemahaastattelua suositeltiin myös Smithin (2009) toimesta, sillä se ollaan todettu parhaimmaksi tavaksi hankkia aineistoa tulkinnallista fenomenologista analyysia ajatellen.

Teemahaastattelussa tärkeää on rakentaa haastattelu tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ympärille – haastattelun avoimuus puolestaan on osaksi tyylikysymys, jota tutkija joutuu pohtimaan oman tutkimuksensa kannalta, jotta haastattelun tyyli palvelisi mahdollisimman hyvin aineiston keruuta (Tuomi & Sarajärvi, 2012). Haastatteluissa lähdin liikkeelle siitä, että pyysin haastateltaviani kertomaan oman ”syömishäiriötarinansa”. Tämän jälkeen esitin tarkentavia kysymyksiä haastateltavan kertoman perusteella. Haastattelua varten en kuitenkaan ollut koostanut varsinaisia kysymyksiä, vaan olin kirjannut ylös teemat, joista pyrin keskustelemaan haastateltavan kanssa, kun haastattelussa tuli kullekin teemalle sopiva ja luonnollinen hetki. Lopuksi tarkistin suunnitelmapaperini kanssa, että olin saanut jokaista tutkimuskysymystäni vastaavaa aineistoa.

#### **4.5 Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi**

Jo tutkimushaastattelua suunniteltaessa on hyvä pohtia aineiston analyysimenetelmiä, sillä ne ohjaavat myös itse haastattelun rakennetta ja tyyliä (Hirsjärvi & Hurme 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Olen valinnut aineiston analyysimenetelmäksi fenomenologisen analyysitavan, jonka lähtökohtana on tutkijan avoimuus. Fenomenologiseksi reduktioksi kutsutaan prosessia,

jossa pyrimme unohtamaan ennakko-oletuksemme ja oman minämme tutkimusprosessin aikana. Omassa tutkimuksessani koen fenomenologisen analyysin kannalta tärkeäksi tunnistaa omat kytkökseni ja kokemukseni syömishäiriöistä, ja pyrkiä häivyttämään niitä tulkitessa aineistoja, ettei mitään olennaista jäisi pois itse tutkimustuloksista.

Analyysia varten oli tärkeää tutustua erilaisiin fenomenologisen analyysin sovellutuksiin. Yritin etsiä aluksi analyysitapaa muun muassa Kvalen ja Brinkmannin (2009) teoksesta ja muiden pro gradu- ja väitöskirjatutkimuksista. En kuitenkaan löytänyt mitään oman tutkimukseni tarkoitusalueen palvelevaa metodologiaa, joten päädyin lopulta ohjaajani suosituksesta tutustumaan tulkinnalliseen fenomenologiseen analyysiin (eng. *Interpretative Phenomenological Analysis*, lyhennettynä IPA).

Tutustuin alustavasti analyysimenetelmään Satu Liimakan "*Re-embodied: Young women, the body quest and agency in the culture of appearances*" (2013) -väitöskirjan kautta. Liimakan lähteenä tulkinnalliseen fenomenologiseen analyysiin oli käytetty paljon Jonathan A. Smithin kirjallisuutta, joten lähdin tutkimaan analyysitapaa syvemmin Smithin kvalitatiivisen tutkimuksen oppaiden kautta, erityisesti *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method & Research* (2009) -teoksen avulla. Omaan tutkimukseeni olen ottanut vaikutteita Liimakan väitöskirjan tavasta esittää tutkimustulokset ja peilata niitä aiempiin tutkimustuloksiin. Liimakka yhdistää kuitenkin analyysimenetelmässään sekä tulkinnallista fenomenologista analyysiä, että *grounded theoryn* periaatteita, jolloin tutkimuksen analyysitapa poikkeaa jonkin verran omastani. Olen pyrkinyt ottamaan tämän huomioon tutkimuksessani.

Tulkinnallinen fenomenologinen analyysi eli IPA on fenomenologisen analyysin sovellus, jossa tärkeää on tutkitun kohteen elämysmaailman ymmärtäminen yksilöllisen kokemuksen kautta. IPA tutkii erityisesti sitä, miten ihmiset käsittävät merkityksellisiä elämän kokemuksiaan (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Merkityksellisen elämän kokemuksen tavallisesta jokapäiväisestä "kokemuksen flowsta" erottaa tietoisiksi tuleminen itse kokemuksesta – havaitseminen, että kokemuksella on laajempi merkitys jollekin itselle tärkeällä asialle (Smith ym., 2009). Pro gradussani tutkin syömishäiriöitä ja sen kautta muodostunutta ja kehittynyttä ruumiinkuvaa merkityksellisenä elämän kokemuksena. Olen laajemmassa mittakaavassa kiinnostunut myös ruumiinkuvan merkityksestä toipuvan psyykkiselle hyvinvoinnille.

IPA asettaa tietynlaisia reunaehdotuksia myös tutkimuksen toteuttamiselle. Yleisin tutkimusmenetelmä IPA-tutkimuksissa on tähän mennessä ollut puolistrukturoitu haastattelu (Smith ym., 2009); valitsin alun perin tutkimukseni tulokulmaksi avoimen haastattelun, mutta huomasin sen

myöhemmin muistuttavan enemmän avoimen haastattelun tyylistä mutta kuitenkin puolistrukturoitua teemahaastattelua.

Yleisesti 3-5 hengen otantaa pidetään hyvänä tutkimusjoukkona IPA-tutkimuksissa, sillä määrä mahdollistaa tutkimushaastattelujen vertailun toisiinsa ja näin ollen yhteenvetävän teemoittelun, kun taas isompi otanta voisi helposti monimutkaistaa ja "hajottaa" tutkimustuloksien yhteen vetämistä (Smith ym., 2009). Tutkimuksessani haastattelin kolmea syömishäiriöstä toipunutta henkilöä, jolloin suositus tutkimusjoukon koosta toteutui.

Smith ja kumppanit kertovat IPA:ta käsittelevässä teoksessaan, ettei tulkinnalliseen fenomenologiseen analyysiin ole mitään oikeaa tai väärää reseptiä (Smith ym., 2009). Hän kuitenkin antaa vinkkejä ja viitekehyksen siihen, miten aloittelija voi lähestyä IPA-analyysia tiettyjen vaiheiden avulla. Koska itselläni ei ole juurikaan kokemusta kvalitatiivisen analyysin tekemisestä, päätin seurata Smithin ja kumppaneiden laatimia viitteellisiä ohjeita analyysin tekoa varten. Analyysin vaiheet eivät ole IPA-analyysissa toisiaan seuraavia, vaan niiden tarkoitus on tarkastella tutkittavaa ilmiötä monelta eri kantilta; vaiheet ovat kuitenkin esitelty Smithin teoksessa sellaisessa järjestyksessä, että ne luovat analyysin tekemiselle selkeän ja järjestelmällisen pohjan (Smith ym., 2009).

Seuraavaksi esittelen Smithin teoksessa (2009) esiteltyt analyysin vaiheet, ja kerron miten hyödynsin niitä omassa tutkimuksessani:

1. Aineiston yksityiskohtainen litterointi. IPA-analyysissa on tärkeää, että aineisto on mahdollisimman tarkasti kuvattu ja merkitysrikas. Näin ollen myös tauot, äännähdykset ja muut mahdollisesti merkitykselliset haastatteluaineiston vivahteet tulee olla kuvattuna litteroidussa aineistossa.
2. Lukeminen ja uudelleen lukeminen. Aineistoa luetaan alkuperäisen nauhoitteen kanssa ja pohditaan minkälaisia ensimmäisiä ajatuksia ja vaikutelmia aineisto herättää. Tutkija selvittää ajatuksiaan kirjoittamalla ensimmäiset voimakkaimmat reaktionsa ja ajatuksensa ylös. Lukemisvaiheessa tärkeää on tutkittavan elämismaailmaan uppoutuminen aineiston kautta. Aineiston lukeminen läpi uudelleen ja uudelleen auttaa tutkijaa hahmottamaan paremmin aineiston rakennetta.

3. Alustavat muistiinpanot. Tutkija muodostaa tekstin pohjalta ensimmäiset kommenttinsa. IPA-analyysia tehdessä analyysiprosessin tulisi olla yhtä tärkeä kuin lopputuloksen, ja näin ollen analyysi tehdään tarkasti syventyen jokaiseen sanaan ja lauseeseen. Aineistosta nousee usein esille selkeä fenomenologinen fokus: kommentit koskevat yleensä haastateltavalle tärkeitä asioita ja niiden merkityssuhteita. Kommentteja voi niitä kirjoittaessa jaotella kolmeen erilaiseen kategoriaan: kuvaileviin, kielelliseen ja käsitteellistäviin kommentteihin. Kuvailevat kommentit muodostuvat aineistosta usein esille nousevista asioista, sanoista ja lausahduksista: siitä mikä on tärkeää tutkittavalle. Kielelliset kommentit puolestaan ottavat huomioon tutkittavan tavan puhua ja ilmaista itseään suhteessa tutkimusaiheeseen (nauru, kielikuvat, tauot, sanavallinnat jne.). Lopuksi, käsitteellistävät kommentit syntyvät hetkistä, jolloin tutkija pysähtyy tarkastelemaan tiettyä aineiston kohtaa laajemmin ja syvemmin, ja tulkitsee sitä myös selkeästi omasta näkökulmastaan.
4. Teemojen kehittäminen. Kolmannessa vaiheessa tutkija alkaa etsimään yhteyksiä ja kaavoja alkuperäisten kommenttien välillä. Nyt fokus siirtyy jonkin verran pois alkuperäisestä tekstistä ja sen yksittäisistä sanoista, ynnä muista yksityiskohdista, ja siirtyy käsittelemään enemmänkin tutkijan tulkintoja esille nousseista ajatuksista ja kommentteista. Tässä vaiheessa myös analyysin tulkinnallisuus tulee vahvemmin läsnä osaksi analyysiprosessia, ja vaikka tutkijan tulkinnat kumpuavat tutkittavan elämästä, ne ovat silti nimenomaan ensisijaisesti tutkijan omaa tulkintaa. Esille nousseet teemat järjestetään seuraavaa vaihetta kronologiseen järjestykseen, eli järjestykseen, jossa ne nousivat esille.
5. Yhteyksien etsiminen esille nousevien teemojen välillä. Neljännessä vaiheessa kronologisesti järjestetyt teemat järjestetään uudelleen niin, että niiden välillä pystytään muodostamaan yhteyksiä ja näin eräänlaisia yläkategorioita. Pääperiaatteena teemojen ryhmittelyssä on teemojen kronologisen järjestyksen hajottaminen ja teemojen konkreettinen "pyörittäminen" keskenään niin, että samankaltaiset teemat löytävät toisensa. Teemojen ryhmittelyyn tulee valita jokin aineiston kannalta järkevä metodi – omassa tutkimuksessani olen käyttänyt abstrahointia, joka tarkoittaa samankaltaisten teemojen ryhmittelyä yhteisen kattoteeman alle.

6. Seuraavaan tapaukseen siirtyminen ja tapausten välisten yhteyksien/ kaavojen löytäminen. Lopuksi jokainen tapaus tuodaan rinnakkain toistensa kanssa tarkasteltavaksi, jolloin voidaan vetää yhteen tutkimuksen lopulliset tutkimustulokset. Tapauksien teemojen ja yläkategorioiden välille pyritään luomaan yhteyksiä, joita voidaan demonstroida esimerkiksi jonkinlaisen kaavion avulla.

Analyysiä tehdessä on mahdollista, että tutkija törmää ajoittain pulmakohtiin – voi olla, ettei analyysitapa täysin vastaa tutkimuksen tarpeita, vaan analyysia joutuu muokkaamaan juuri kyseisen tutkimuksen tarpeita vastaavaksi (Smith ym., 2009). Vaikka Smith painottaa teoksissaan sitä, ettei IPA-analyysin tekeminen aina onnistu juuri tietyn kaavan mukaan, edelliset askeleet olivat hyvä runko analyysini tekemiselle.

Analyysia tehdessäni juuri edellä mainitut analyysin vaiheet toimivat hyvin ja pystyin noudattamaan niitä tarkasti. Kuten Smith teoksissaan mainitsee, IPA-analyysin vaiheet eivät ole toisiaan seuraavia vaan ainakin osittain päällekkäisiä (Smith ym., 2009). Jo kuunnellessa ja lukiessa haastatteluaineistoa aineistosta nousi esiin tiettyjä teemoja, jotka kytkeytyivät aina aikaisempaan haastatteluaineistoon ja tätä myöten koko tutkimuksen tutkimustuloksiin isommassa mitakaavassa.

Vaikka aineistosta teemat nousivat hyvin selkeästi esille, pyrin noudattamaan jokaista analyysin vaihetta tarkasti. Aineistoni on litteroitu IPA-analyysin tekemistä varten mahdollisimman tarkasti: olen merkinnyt litteroituun aineistooni muun muassa mahdolliset tauot, täytesanat, painotukset ja äänensävyt, sekä kohdat, joissa haastateltavani esimerkiksi nauraa. Litteroinnin jälkeen olen lukenut aineistoa läpi ja värikoodannut Smithin ohjeistuksen mukaisesti erilaisia tekstin osia kommentoiden niitä tekstin marginaaliin. Kommentit on jaoteltu yllämainitulla tavalla (ks. kohta 3). Kommenttien pohjalta kirjoitin ylös tekstissä toistuvasti ylösnousevia teemoja, joista muodostin jokaisen erillisen aineiston (haastattelun) pohjalta seitsemän selkeämpää haastateltavan kertomuksessa merkitykselliseksi nousutta teemaa. Teemojen muodostamiseen olen käyttänyt menetelmänä abstrahointia, jossa samankaltaiset aineistosta esille nousseet asiat muodostavat orgaanisesti isompia yläkategorioita – toisin sanoen, toisiaan muistuttavat teemat vetävät toisiaan puoleensa ja sulautuvat yhdeksi isommaksi teemaksi.

Varsinaiset tutkimustulokset ovat yhteenveto näistä aineistokohtaisista teemoista. Asetin kaikkien kolmen haastattelun 21 teemaa rinnakkain ja abstrahoin niistä lopulliset yhteiset teemojen yläkategoriat. Tämä oli suhteellisen helppoa, sillä vaikka sairastaneiden tarinat ja kokemukset

voivat hyvinkin paljon poiketa toisistaan, näistä kolmesta haastattelusta löytyi selkeitä yhteyksiä toisiinsa ruumiinkuvan kehityksen ja toipumisen näkökulmasta. Yhteisiä teemoja haastatetuille muodostui yhteensä seitsemän: 1) Oman persoonan, herkkyyden ja kokemusten yhteismerkitys, 2) Ruumis kanavana tunteiden käsittelylle, 3) Läheisten merkitys ruumiinkuvan kehitykselle, 4) Toimijuus ja fyysiset teot toipumisessa, 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe, 6) Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö, ja 7) Tuen riittämättömyys psyykkisessä toipumisessa.

Käsittelen näitä teemoja luvussa viisi, jossa käyn läpi kohta kohdalta tutkimukseni keskeisimmät tulokset.

#### **4.6 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetti ja validiteetti käsitteiden kautta. Laadullisen tutkimuksen erityispiirteisiin kuuluu kuitenkin tutkimuksen arvioiminen tutkimusprosessin kuvauksen ja tutkijan oman itsekritiikin kautta. Tutkijan tulee siis myöntää oma väillinaisuutensa subjektiivisena ihmisenä ja ottaa se huomioon tutkimusprosessin aikana tekemisään valinnoissa ja esimerkiksi tutkimusanalyysin tekemisessä (Eskola & Suoranta, 2003). Tutkimusta tulisikin arvioida kokonaisuutena, jolloin sen ”punainen lanka” tulee paremmin esille - tällöin erityisen tärkeää on koko tutkimusprosessin yksityiskohtainen avaaminen tutkimusraporttiin (Tuomi & Sarajärvi, 2012).

Fenomenologisessa tutkimuksessa tärkeää on, että tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä tutkittavan kokemusten ja niihin liittyvän kontekstin kautta. Fokus onkin juuri tutkittavan kokemuksessa, sen sijaan, että tutkija toisi analyysiinsä liikaa omia tai yleisiä ennakkoletuksia aiheesta (Karlsson, 1993). Fenomenologisessa analyysissä on samankaltaisuuksia narratiivisen analyysin kanssa, sillä ne molemmat pyrkivät tuomaan esille nimenomaan tutkittavan henkilökohtaista yksilöllistä kokemusta aiheesta. Vaikka oman itsen häivyttäminen analyysiä tehdessä voi olla jopa mahdotonta, olisi analyysiä tehdessä hyvä harjoittaa jatkuvaa itse-reflektiota ja -kritiikkiä, jotta tulkinnat aineistosta olisivat mahdollisimman tarkasti nimenomaan haastateltavan ”näköisiä”.

Omassa tutkimuksessani syömishäiriöistä ja ruumiinkuvasta tutkimukseeni vaikuttavat omat kokemukseni syömishäiriöiden parissa. Olen itse sairastanut ja toipunut syömishäiröstä, ja elämässäni on monta syömishäiriöistä kärsivää ihmistä. Tunnistan siis oman jokseenkin myös tunteiden värittämän suhtautumiseni aiheeseen, ja ymmärrän sen vaikuttavan näkökulmaani tutkia, kuin myös tulkintoihini aineistoista. Samalla oma kokemukseni myös mielestäni rikastuttaa tutkimustani: minulla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta aihealueesta ja olen itse käynyt läpi samoja asioita kuin tutkittavani. Tutkijana minun tulee kuitenkin tehdä selkeä ero omien kokemuksieni ja muiden kokemusten välillä, jotta en värittäisi niillä toisiaan.

Tutkimuksen eettisyys on suurennuslasin alla jokaisen tutkimuksen päätöksen kohdalla – eettisyyden tarkastelu on siis jatkuva prosessi, jota ei voi sinänsä eriyttää tutkimusprosessista (Eskola & Suoranta, 2003; Kvale & Brinkmann 2009). Tutkimuksen erityiset eettiset aspektit riippuvat täysin tutkittavasta aiheesta, ja esimerkiksi lapsia tutkittaessa tutkimuksen eettisyys saa oman erityisvivahteensa. Omassa tutkimuksessani haastattelen kuitenkin täysi-ikäisiä ihmisiä, jolloin esimerkiksi tutkimuslupaa ei varsinaisesti tarvita muuta kuin tutkittavalta itseltään. Tutkimusta toteuttaessa on kuitenkin hyvä ottaa huomioon tutkimuskohteen arkaluontoisuus ja tutkittavien anonymiteetti – tutkimuksessani ei mainita tutkittavieni nimiä, tai muuta sellaista tietoa, josta heidät voisi kertoman perusteella tunnistaa. Tutkittavista mainitaan vain ikä ja sukupuoli, sekä syömishäiriöön liittyvät hoitokontaktit.

Tutkittavat olivat jo haastattelun alussa tietoisia tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta, jolloin tutkimukseni on myös heidän näkökulmastaan täysin avoin. Haastattelujen yhteydessä pyrin varmistamaan, että haastateltavat olivat heille mukavassa ympäristössä, jossa heidän oli helppo puhua aiheesta. Haastattelun aluksi kerroin tutkimuksesta ja haastattelun etenemisestä, ja kysyin, oliko jotain mitä tutkittava haluaisi kysyä ennen haastattelun alkua. Haastattelun aikana varmistin lisäkysymysten avulla, että olin ymmärtänyt haastateltavaani oikein eikä analyysiini tulisi näin liikaa tulkintaa omasta näkökulmastani. Haastattelujen jälkeen tutkittavilla oli mahdollisuus kysyä lisää tutkimuksesta tai kommentoida sitä haluamallaan tavalla.



## **5 Ruumiinkuvan kehitystä tukevat ja jarruttavat tekijät**

Analysoituani aineistoni kolme haastattelua IPA-analyysin menetelmin, muodostin ruumiinkuvan kannalta seitsemän keskeistä teemaa syömishäiriöstä toipuvan henkilön näkökulmasta. Painotan, että tutkimukseni on fenomenologinen, eli pohjaa näin ollen vain tiettyjen ihmisten kokemukseen ruumiinkuvan kehitystä edistävästä ja jarruttavista tekijöistä. Fenomenologisen tutkimuksen ei kuitenkaan ole tarkoitus yleistää, vaan tuoda esille erilaisia yksilön kokemuksia, jotka osoittavat miten erilaiset ihmiset kokevat erilaiset ilmiöt (Latomaa ym., 2012). Kolmesta haastattelustani koostin kaikkia haastatteluja yhdistävät teemat seuraaviksi seitsemäksi yläteemaksi: 1) Oman persoonan, herkkyiden ja kokemusten yhteismerkitys, 2) Ruumis kanavana tunteiden käsittelylle, 3) Läheisten merkitys ruumiinkuvan kehitykselle, 4) Toimijuus ja fyysiset teot toipumisessa, 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe, 6) Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö, ja 7) Tuen riittämättömyys psyykkisessä toipumisessa.

Tässä luvussa käsittelen jokaisen ruumiinkuvan kehityksen kannalta merkityksellisen teeman omana kappaleenaan peilaten haastatteluaineistojani toisiinsa sekä aiemmin tehtyyn tutkimukseen. Jokaisen teeman sisällä käsittelen ruumiinkuvan näkökulman lisäksi yleisesti toipumisen ja tuen teemoja, jotka ovat vahvasti esillä aineistossani. Pyrin kuitenkin tulkitsemaan ensisijaisesti aineistoa juuri ruumiinkuvakokemusten näkökulmasta.

Kutsun tutkimustuloksissani haastateltavia kirjaimilla A, B ja C säilyttääkseni haastateltavien anonymiteetin mutta kuitenkin erottaakseni heidät toisistaan lukijan silmissä. Jokaisen teeman kohdalla esittelen kunkin haastateltavan ajatuksia teeman tiimoilta, jotta tutkimuksessani näkyisi juuri kyseisen teeman toistuminen tutkimusaineistossa.

### **5.1 Oman persoonan, herkkyiden ja kokemusten yhteismerkitys ruumiinkuvan kehitykselle**

” -- mulla on se varmaan ylipäättään se, kun mä oon niin semmonen täydellisyden tavoittelija – ja hirveen ankara itelle -- mulle kuuluu tulla anoreksia koska se on tämmösten kilttien tyttöjen tauti.” (Haastateltava A, 2018)

”-- mä oon aina ollu kauheen sopeutuvainen ja sillä tavalla kauheen mukautuvainen -- mutta sitten mä huomasin, että mä oisin varmaan sairastunut silti. Että se semmonen erityisherkyys, aistiylherkyys ja semmonen, että olin usein peloissani.” (Haastateltava B, 2018)

”Mää oon aina ollu vähän herkempi ja oon varmaan erityisherkkä -- Tosi vahvasti elän niitä tunteita ja näin...” (Haastateltava C, 2018)

Jokainen kolmesta haastateltavastani kutsui haastattelun aikana itseään herkäksi tai erityisherkäksi. Tutkittavat liittivät omaan sairauteensa ja sen vaikuttimiin myös muita persoonallisuuden piirteitä: vaativuus itseään kohtaan, kiltteys, velvollisuudentuntoisuus, suorituskeskeisyys ja halu pärjätä elämässä. Tutkittaviin itseensä liittyi myös vahva tunne heikosta itsetunnosta ja arvostuksesta, joita käsitelinkin erikseen vielä toisessa kappaleessa. Vaikka itsetunto ei ole varsinainen persoonallisuuden piirre, on se silti olennainen osa tutkittavien kokemusta omasta itsestään ja näin merkityksellinen sairauden ja ruumiinkuvan kehittymiselle.

Syömishäiriöiden yhteyttä persoonallisuuden piirteisiin ja genetiikkaan on tutkittu paljon – persoonallisuuden piirteistä anoreksiaan sairastumista voidaan ennakoida introverttiuden, mukautuvaisuuden, perfektionismin ja pakko-oireisuuden perusteella (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen, & Sullivan, 2003; Halmi, Sunday, Strober, Kaplan, Woodside, Fichter, & ym., 2000; Westen & Harnden-Fischer, 2001). Bulimia nervosaa ennakoivat puolestaan impulsiivisuus, alhainen itsetunto ja epäsosiaaliset piirteet (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2005; Halmi ym., 2000; Westen & Harnden-Fischer, 2001). Syömishäiriöt ovat kuitenkin spektri, jolle sijoittuu niin monta erilaista persoonaa ja sairastamistarinaa, kuin on sairastajiakin.

Vaikka tutkimukset osoittavat, että syömishäiriöihin sairastuneet henkilöt ovat taipuvaisia epäsosiaalisuuteen ja introverttiuteen, yksikään tämän tutkimuksen haastateltavista ei kuvaillut itseään näillä sanoilla, vaan kuvailivat itseään pikemminkin sosiaalisiksi. Sen sijaan mukautuvaisuuden ja täydellisydentavoittelun problematiikka oli selkeästi esillä jokaisen kertomuksessa: vaikka vain kaksi tutkittavistani koki ulkopuolisuutta ulkonäkönsä ja ruumiinkokemuksensa vuoksi, jokainen tutkittavista kertoi kokevansa itsensä puutteelliseksi ja ”erilaiseksi” verrattuna esimerkiksi ystäviinsä tai sisaruksiinsa. Ruumiin muuttaminen koettiin siis eräänlaiseksi keinoksi tavoitella ”samanlaisuutta” ja ”elämässä pärjäämistä”.

Yksi tutkittavista painotti haastattelussaan sitä, että vaikka hän eli lapsuuttaan laihdutuskeskeisen kotikulttuurin keskellä, kokee hän nykypäivänä persoonansa merkityksen isompana syömishäiriön puhkeamiselle ja ruumiinkuvan vääristymiselle. Tozzin ja kumppaneiden (2003) tutkimuksessa osoitettiin, että läheisten syömis- ja paino-ongelmat olivat kuudenneksi yleisin syy syömishäiriön muodostumiselle. Yleisimmäksi syyksi mainittiin kuitenkin ”family dysfunction”, jonka voisi vapaasti suomentaa perhesuhteiden toimimattomuudeksi. Neljänneksi yleisin syy oli läheisten kommentit painosta ja ulkonäöstä. Vanhempien odotukset sijoittuvat kuitenkin syiden listauksessa melko alas – alemmaksi kuin vaikkapa huono itsetunto ja taipumus perfektionismiin (Tozzi ym., 2003).

Aineiston pohjalta vaikuttaisi siltä, että ankaraus itseään kohtaan ja herkkyys muiden ihmisten kommenteille on ollut osavaikuttimena syömishäiriöön sairastumisella. Tulosten pohjalta voitaisiin tulkita, että ruumis on ikään kuin kanava, jonka kautta syömishäiriötä sairastava toteuttaa vaativia ja kontrolloivia taipumuksiaan.

## **5.2 Ruumis kanavana tunteiden käsittelylle**

Oman persoonansa lisäksi syömishäiriötä sairastava pystyy ruumiinsa kautta kanavoimaan ja kontrolloimaan vaikeita tunteita. Syömishäiriöille on tyypillistä liitännäissairaudet eli komorbiditeetti esimerkiksi ahdistuksen, masennuksen ja joidenkin persoonallisuushäiriöiden kanssa (Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000; Hughes, Goldschmidt, Labuschagne, Loeb, Sawyer, & Le Grange, 2013). Oireet ikään kuin ruokkivat toisiaan: ahdistus lisää syömishäiriöoirehdintää, kun taas syömishäiriöoireet lisäävät ahdistusta.

” Tuntu, että kaikki ahistaa ja siitä ulkonäöstä puhuttiin -- Se oli vaan vähän niinkö yks keino kiduttaa itseään ja rangaista itseään kans, ettei saanu syödä.” (Haastateltava A, 2018)

” --jos yläastetta kuvaa, niin mää oon aina tuntenut olevani vähän erilainen -- yliopistossa oli vahvimpana tunne, että mää oon tosi tyhmä. Että toivottavasti ei paljastu kovin nopeaa, kuin tyhmä olen. Ja ihmiset kattoo, kun mää kävelen, että kuinka lihava se on.” (Haastateltava B, 2018)

”-- mikä lopullisesti sysäs niinku sen reunan yli, niin oli se, että mun mies petti mua sillon, niin se oli mulle semmonen, että vitut tästä kaikesta -- mää oon aina ollu tosi herkkä ja potenu semmosta epämäärästä ahdistusta.” (Haastateltava C, 2018)

Kaksi haastateltavista mainitsee syömishäiriön tapana rangaista itseään ja jokainen haastateltavista kuvaili syömishäiriön olleen keino hallita vaikeita tunteita. Ahdistuksen syyt voivat olla joko kliiniset tai liittyä johonkin tiettyyn elämäntilanteeseen tai tapahtumaan – yhdellä haastateltavista ruumiin kurittaminen oli keino käsitellä petetyksi tulemisen jälkeisiä huonommuuden tunteita, toisella tapa käsitellä ulkonäköpaineita ja niihin liittyvää ahdistusta, kolmannella puolestaan keino tavoitella ”samanlaisuutta” vertaisten kanssa. Syömishäiriössä tulivat kehon kautta käsitellyksi muun muassa ahdistus, masennus, huonommuuden, osaamattomuuden ja arvottomuuden tunteet. Yksi haastateltavista kertoi kamppailevansa edelleen arvottomuuden tunteen kanssa, minkä hän koki hyvin merkitykselliseksi sille, ettei ruumiinkuva ole hänen kokemuksensa mukaan edelleenkään eheytynt.

Sekä persoonan että tunteiden välittyminen ruumiin kautta liittyvät vahvasti Maurice Merleau-Pontyn ruumiin fenomenologian filosofiaan. Ruumiin fenomenologiassa ruumis nähdään intentionaalisenä subjektina – toimijana, jonka toiminta kohdistuu aina johonkin (Merleau-Ponty, 1962). Ilman ruumista ei siis myöskään ole kokemusta, vaan ruumis on ikään kuin ”olemisen” elinehto – se on silta maailman ja ihmisen välillä. Tunteet tuntuvat fyysisesti kehossa – tiedämme kaikki missä viha, jännitys ja rakkaus tuntuvat. Syömishäiriötä sairastavan tapa käsitellä negatiivisia tunteita ruumiin ja sen rankaisemisen välityksellä voidaan siis tulkita jopa luonnolliseksi tavaksi olla ja elää.

### **5.3 Läheisten merkitys ruumiinkuvan kehitykselle**

Kuten aiemmassa ruumiinkuvaa käsittelevässä luvussa kolme totesin, ruumiinkuvan kehitykselle merkityksellisiä laajemmassa mittakaavassa myös ei-syömishäiriötä-sairastavilla henkilöillä ovat vanhemmat ja muut läheiset aikuiset, sekä ystävät ja muut vertaiset (Helfert &

Warschburger, 2011; Kluck, 2010). Ruumiinkuvan kehittyminen negatiiviseen suuntaan jo ennen syömishäiriöön sairastumista näyttäytyy tutkimukseni valossa merkityksellisenä taustavai-kuttimena altistamaan ruumiin kurittamiselle syömishäiriön kautta.

”Määkin olin niin tyytymätön siihen omaan kroppaan ja mustakin tuntu, että mää oon aina ollu niin pullukka ja lapsenakin oli semmosia kavereita, jotka oli niin semmosia tosi hoikkia. -- mää oon vieläkin aika herkkä lähteen tommosteen [laihduuttamiseen] ja on paljon kavereita, jotka puhuu paljon, että pidetäänpä tämmönen dieetti --” (Haastateltava A, 2018)

” Ja tosiaan äitini kehotuksesta laihuttanu yläasteella usein, ja tuota äitini on ollu Painonvarti-joissa silloin kun mää oon ollu yläasteella, niin oon käyttäny niitä samoja ohjeita -- Ja mää koin että kaikki mun kaverit siinä porukassa oli laihempia ja kauniimpia kuin minä.” (Haastateltava B, 2018)

”-- semmonen pullukka lapsi ja äidillä oli kauhee neuroosi, että se halus laihuttaa itseään ja meitä kaikkia muita. -- niin se, että hän [poikaystävä] petti mua niin tuli semmosena että ok, ehkä mää en oookkaan niin hyvä tai kaunis tai hyvännäkönen.” (Haastateltava C, 2018)

Kaksi tutkittavista kuvailee ruumiillista itsetuntoaan ja minäkuvaansa heikoksi jo lapsena. Kolmas mainitsee olleensa hieman pyöreä, mutta ei kokenut sen olleen itsellensä ongelmallista, vaikka äidin kautta paino-asiat tuotiinkin esille perheessä. Haastateltava A ei kerro juurikaan vanhempiansa laihduuttamisesta tai syömiseen liittyvistä aspekteista kotona, vaan painottaa nimenomaan vertaispainetta merkittävänä tekijänä omalla sairastumiselleen. Haastateltavat B ja C puolestaan kertoivat laihduuttamisen olleen vahvasti läsnä lapsuudessaan – yhteistä näille haastateltaville oli kuitenkin myös se, ettei kumpikaan kertonut kokeneensa äidin laihduuttami-sen olleen ratkaiseva tekijä syömishäiriön synnyssä.

Mielenkiintoista haastateltavan A ja B välillä oli se, että he olivat molemmat poimineet kim-mokkeen syömishäiriölle tietoisesti nuorten kirjoista, joissa päähenkilöillä oli syömishäiriö. Koulukavereiden ja perheen lisäksi tutkittavat olivat siis löytäneet samaistumisen kohteita kir-joista, ja kokeneet päähenkilön syömishäiriön eräänlaisena ”ratkaisuna” oman vaikean ruumis-suhteensa käsittelylle.

Kaksi kolmesta haastateltavistani kertoi tärkeäksi osaksi toipumisprosessia vertaistuen saami-sen toipumisprosessin loppuvaiheessa. Haastateltava A ei ollut saanut toipumisprosessinsa ai-kana vertaistukea muuten kuin yhden ystävänsä kautta (ystävällä myös anoreksiataustaa). Ver-taistukea saaneet B ja C puolestaan korostivat sitä, miten merkityksellistä heille oli saada tunne

siitä, ettei sairauden kanssa ollut yksin, ja että muut sairastavat ymmärsivät heitä. Vertaistuen merkitystä toipumisprosessissa puoltaa myös Linvillen ja kumppaneiden (2012) tutkimus toipumiselle merkityksellisistä aspekteista.

#### **5.4 Toimijuus ja fyysiset teot toipumisessa**

”Ja sitte määhän aloin vaan jossain vaiheessa ajatella, että määhän en vaan saa olla laiha, että ollaan sitte lihava jos kaikki muut haluaa, että ollaan länkejä. -- Välillä yrityksiä hyväksyä itseä, joskus on vaan silleen, että älä ajattele sitä, että helpompaa kun et ajattele sitä, syöt vaan, et aattele kuinka paljon siinä on kaloreita.” (Haastateltava A, 2018)

” Ja yhtä itsepintaisesti mitä määhän olin sairastanu ja oksentanu sen 7-8 vuotta, nielin oksennusta kirjaimellisesti -- Niin silloin määhän sanoin neuvolassa, ja sitten se alko nössöttään jostain muutamasta sadasta grammasta, niin määhän sanoin, että jos sää yhtään kertaa sanot enää tästä painosta, niin määhän lähen enkä tuu enää ikinä takasin. ” (Haastateltava B, 2018)

” -- sehän olikin elinehto, että se täytyy lopettaa se pakonomainen liikunta ja sitte tavallaan se kompensoiminen – että jos söi jotain tai oli joku illanvietto, niin se ei saanu tarkoittaa siinä vaiheessa enää sitä, että sitte täytyy käydä puolimaratoonin vetämässä seuraavana päivänä. -- Että vastuutettiin sopivasti minua potilaana mutta ei tullu sellasta oloa, että sun pitää nyt pärjätä yksinään ja sun pitää tehdä näähän asiat, mitkä me sulle sanotaan, just tässä viiden minuutin aikataulussa.” (Haastateltava C, 2018)

Merleau-Pontyn mukaan ruumis ei ole pelkkä objekti, vaan myös subjekti, joka rakentaa maailmaa erilaisten merkityssuhteiden kautta (Merleau-Ponty, 1962). Martina Reuter kirjoittaa Sara Heinämaan toimittamassa teoksessa ”Ruumiin kuvia” (1997) seuraavasti: ” Syömishäiriö on itse oma merkityksensä. Tämä ei tarkoita, että olotila on parantumaton vaan että se muuttuu vasta silloin, kun sen merkitykset muuttuvat.” Toteamusta voisi tulkita siten, että syömishäiriöstä toipuminen tapahtuu näkökulman vaihdoksella sairautteen ja ruumiiseen – tämä näkökulman vaihdos eli merkityksien muuttaminen tapahtuu lähtöisin sairastavasta itsestään.

Kun puhutaan omasta aktiivisesta toiminnasta, puhutaan toimijuudesta eli agenttiudesta. Tämä nousi tutkimusaineistossani isoksi teemaksi kautta jokaisen haastattelun; toimijuuden menettäminen jarrutti syömishäiriöstä toipumista, kun taas toimijuuden ”takaisin ottaminen” edisti sekä syömishäiriöstä toipumista, että positiivista ruumiinkuvaa. Toimijuus teemana näkyi hyvin erityyppisesti kaikilla haastateltavilla: esimerkiksi haastateltavat A ja C kokivat pakkohoitoon/painotarkkailuun joutumisen hyvin ahdistavana ja alentavana, jolloin parantuminen sairaudesta pitkittyi heidän kokemuksensa mukaan. Haastateltavat B ja C puolestaan kertoivat toipumisen alkaneen siinä vaiheessa, kun heille joko annettiin osa toimijuudestaan takaisin tai he vaativat sitä itse asettamalla muille ihmisille rajoja. Myös Vandereyckenin ja Vansteenskisten vuonna 2009 toteuttama tutkimus puoltaa sitä, että hoidon vapaaehtoisuus ja agenttiuden säilyttäminen ovat tärkeitä ottaa huomioon, jos hoito halutaan saattaa onnistuneesti loppuun.

Vaikka psyykkinen toipuminen ei välttämättä lähde konkreettisen painolukeman nousemisesta tai syömiskäyttäytymisen normalisoimisesta, nostivat haastateltavat esille toipumisensa kannalta merkitykselliseksi konkreettiset ja fyysiset teot, joilla he pyrkivät oma-aloitteisesti pysäyttämään sairauden etenemisen. Tällaisia tekoja olivat päätöksen tekeminen liikunnan malttistamisesta – esim. haastateltava B lopetti hetkeksi kaiken kävelemistä raskaamman liikunnan – oksentamisen lopettamisesta ja ajattelun muokkaamisesta niin, että syömisen jälkeen haastateltavat kieltäytyivät rankaisemasta itseään esimerkiksi liikunnalla tai itsensä soimaamisella. Tärkeänä koettiin oman ajatusprosessin kriittinen arvioiminen ja positiivisen sisäisen puheen lisääminen.

## **5.5 Itsearvostus ja sisäinen puhe**

” -- ei oo ollu semmosta syvää itsearvostusta, mihin se [itsetunto] ois jotenkin rakentunut – että se on aina ollut jostain saavutuksesta riippuvainen -- mutta joskus on semmosia päiviä, kun oon esim. laittautunut niin tulee sellanen olo, että oon mää ihan kivannäkönen. Mutta en mää voi sanoa sitä kenellekään, kun mää oon itellekin, että ’älä nyt, älä nyt ylpisty liikaa’.” (Haastateltava A, 2018)

”-- mulla on toisaalta aina ollu hyvä itsetunto. Ja sitte toisaalta tosi huono [ruumiillinen] itsetunto. Että se on ollu varmaan silleen, että se on säästäny mua siltä kaikista pahimmalta. – mun

päässä alkaa semmonen ääni, että 'vähänks sää oot ihana, vähän sua rakastetaan' – se on tavallaan semmosta suojaa.” (Haastateltava B, 2018)

” -- kokenu aina vähän tietyllä tavalla semmosta huonommuuden tunnetta -- Sehän on aina on semmosta että jos mää ees katonki tota leivosta niin mää saan siitä satojatuhansia kilokaloreita, sitähän se hulluimmillaan saattaa olla.” (Haastateltava C, 2018)

Sisäisellä puheella tarkoitan tässä kappaleessa sitä, miten ihminen käy keskustelua itsensä ja tunteidensa kanssa mielessään. Sisäinen puhe voi olla joko negatiivista tai positiivista, se voi joko kannustaa tai hajottaa. Sisäinen puhe ja itsetunto ja -arvostus näkyivät aineistossa kulkevan käsi kädessä: mitä enemmän itsearvostus kasvoi ja itsetunto parani toipumisen aikana, sitä enemmän toipuvat lisäsivät positiivisen sisäisen puheen määrää. Positiivinen sisäinen puhe vaikutti kuitenkin haastateltavien kertoman mukaan eräänlaiselta tahtotilalta, joka täytyi pystyä aktivoimaan erityisesti vaikeissa ja stressaavissa tilanteissa. Haastateltava A kertoi itsetuntonsa olevan edelleen heikko, mikä puolestaan vaikuttaa hänen kokemuksensa mukaan negatiivisen sisäisen puheen hallitsevuuteen. Heikko itsetunto ja itsearvostuksen puute toimivat siis eräänlaisena ”orjapiiskurina”, joka lisää negatiivisia ajatuksia itsestä, ruumiista ja syömisestä.

Huomionarvoista tämän tutkimuksen kannalta on, että ruumiinkuvalla vaikuttaisi olevan sitä merkityksellisempi rooli sairastumisessa ja toipumisessa, mitä enemmän sairastunut painotti ulkonäön merkitystä omalle itsetunnolle. Haastateltavat A ja B kertoivat laihduttamisen lähtökohdan olleen ainakin pintapuolisesti tyytymättömyys omaan ulkonäköön. Näin ollen myös toipumisessa tärkeää näille tutkittaville on ollut fokuksen kääntäminen pois ulkonäöstä. Sen sijaan haastateltava C kertoo syömishäiriönsä vaikuttimen olleen enemmänkin huono itseluottamus oman tekemisen ja osaamisen suhteen – tällöin hän koki merkityksellisempänä toipumisprosessilleen sen, että sai onnistumisen kokemuksia esimerkiksi opiskeluissa ja työelämässä. Kuitenkin myös haastateltava C mainitsee positiivisena kannustimena toipumiselleen oman ulkonäön muuttumisen terveempään ja näin myös muiden mielestä viehättävämpään suuntaan.

Itsetunnon yhteyttä syömishäiriöihin ja ruumiinkuvan laatuun on tutkittu jonkin verran, ja lapsena rakennettu hyvä itsetunto on yhdistetty hyvään ruumiinkuvaan myöhemmällä iällä (Paxton ym., 2006; Tiggemann, 2005). Myös Tozzin ja kumppaneiden (2003) tutkimus puoltaa ongelmien itsetunnon kanssa olevan yksi merkittävä syy syömishäiriöön sairastumiselle. Sitä vastoin sisäisen puheen merkitystä nimenomaan ruumiinkuvan eheytyksen ja syömishäiriöstä toipumisen näkökulmasta ei juurikaan ole tutkittu. Tässä kohtaa koen siis löytäneeni mahdollisesti jotain uutta ruumiinkuvatutkimuksen kentällä, mikä vaatisi mielestäni lisätutkimusta aiheesta.



## 5.6 Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö

Toinen uusi aspekti syömishäiriöistä toipumiseen ja ruumiinkuvan paranemiseen on näkökulman vaihdos ulkonäöstä *pystyvyyteen* erityisesti niiden syömishäiriöpotilaiden kohdalla, joita laihduttaminen motivoi ulkonäöllisistä syistä. Tämä näkökulma ei ollut yhtä ilmeinen haastateltavalla C, mutta myös hän koki tarpeelliseksi ajatella asioita uudesta näkökulmasta syömishäiriöstä toipuessa.

” että mä oon ainakin nyt terve, että kiloja tulee ja kuukautiset alkaa ja keho toimii normaalisti, niin on se sen terveyden kannalta hyvä, että kyllä sitä ossaa aatella. -- haluais, että kuntokin ois parempi mutta se on sitte sitä, että koittaa aatella kunnan kautta eikä laihtumisen kannalta.” (Haastateltava A, 2018)

” -- miten suhtautuu siihen painoon, niin haluaisi varmistaa, että se keho pystyy edelleenkin, kun alkaa ikää tulemaan ja näin, että se ei kestä mahottomia. Että mahdollistaa sen, että pystyy touhuamaan. Nyt on niinku lempeä tänä päivänä ja myös hirveen semmonen, tieteellinen niin sanotusti suhtautuminen. Mää haluan, että mulla on käsi ja nyt se on kipeä, niin nyt mä sitte sen hoidan, kun taas silloin aikoinaan hyvin pitkään se oli vaan semmonen, että sen [vartalon] pitää olla erilainen.” (Haastateltava B, 2018)

”-- elämähän tämmösenä normaalina on hirveen mukavaa ja paljon pystyy tekemään, kun ei oo sitä syömishäiriötä. -- mulla prioriteetit meni uusiksi ja se tärkeysjärjestys on ihan eri kuin mitä se silloin oli. Tärkeintä on se, että sää ite voit hyvin ja sulla on ne sun läheiset.” (Haastateltava C, 2018)

Kysyttäessä ruumiinkuvasta ja elämästä nykyään toipuneena, haastateltavat painottivat sitä, etteivät syöminen ja ulkonäkö enää rajoita elämää, vaikka ajatuksia ”paremman” ruumiin tavoittelusta oli edelleen jokaisella tutkittavalla ajoittain. Näkökulma omaan ruumiiseen oli muuttunut jokaisella toipumisen myötä: tärkeäksi prioriteetiksi elämässä olivat nousseet terveys ja pystyminen ulkonäön sijaan. Ulkonäköä jokainen haastateltava mielti kuitenkin edelleen, ainakin kontekstisidonnaisesti: vaikka haastateltavan A kertomuksessa nykytilanteesta ulkonäköön liittyvät paineet tulivat esille selkeiten, myös haastateltavat B ja C kertoivat kokevansa epävarmuutta tietyissä tilanteissa tai esimerkiksi tiettyjen ihmisten seurassa.

Syömishäiriöstä toipuminen ei tee kenestäkään immuunია ulkonäköpaineille, mutta syömishäiriö oli opettanut haastateltaviani tavoittelemaan elämässään sitä, että ruumis toimii normaalilla tavalla ja sen toimivuus säilyisi myös tulevaisuudessa. Heidän kokemuksensa mukaan tärkeää oli lopettaa arvottamasta itseään ulkonäön ja painon kautta, ja ikään kuin kiittää ruumista siitä, mitä se heidän eteensä joka päivä tekee.

## 5.7 Tuen riittämättömyys psyykkisessä toipumisessa

Koska kolmantena tutkimusongelmanani on syömishäiriöstä toipuneen kokemukset tuen saamisesta ja sen kehityskohdista, selvitin tutkimuksessani minkälaista hoitoa ja muuta tukea toipuneet olivat saaneet niin perheeltään, ystäviltään ja puolisoiltaan, kuin toipumisprosessissa mukana olleelta hoitohenkilökunnalta. Koska läheisten merkitys toipumiselle on käsitelty aiemmassa kappaleessa, keskityn tässä kappaleessa toipuneiden kokemuksiin hoitohenkilökunnalta saamastaan tuesta. Aineistossa oli lukuisia esimerkkejä erityisesti negatiivisista hoitokokemuksista, joten alla olevat kommentit ovat vain pieni osa aineiston asiaa koskevasta materiaalista.

”-- se aliarvioi sen mun syömishäiriön ja sen jälkeen mulle on tullu vielä vahvemmin semmonen, että mää en halua tästä kellekään sanoa, että ei mulla oo ollu mikään oikea syömishäiriö, kun mää en oo painanu sitä XX kg, eikä se oo kestäny mulla vuosikausia. -- Ja nyt kun on käynyt muuten terapiassa niin sielläkin se terapeutti ohittaa sen eikä oo oikeestaan ikinä siihen silleen kiinnittänyt huomiota tai siitä puhunu. Että jos mää oon yrittäny viedä sitä keskustelua siihen suuntaan, niin se keskustelu on lähteny aina jonnekin muualle ja se ei oo oikeen siitä ikinä kyselly. Siitäkin tulee semmonen olo, että se ei pidä sitä tärkeänä asiana ollenkaan. ”  
(Haastateltava A, 2018)

” Ja siellä mut otti vastaan semmonen vanhan kansan psykologi, joka sitten sano – ei ymmärtäny mitään bulimiasta – ja totesi, että ’Eikse oo tosi hyvä, että sää oksennat kun sää oisit muuten tosi lihava’ -- siellä taas tapasin toisen loistavan ammattilaisen, kun hän sitte hoki sen koko session mulle, että sää kuolet. -- hoidossa aina hoidettiin sitä masennusta, että syömishäiriöitä ei oikein pidetty minään.” (Haastateltava B, 2018)

” että hoitajat vaihtu kokoajan ja kenenkään ei saanu luotua sellasta luottosuhdetta, että ois voinu keskustella jonkun kanssa niistä asioista. Se oli superjärkyttävä kokemus -- osastoreissu

oli sellanen, että sinä teet tätä, tätä ja tätä, ja me laitetaan nämä painot tähän, tähän ja tähän, ja jos sinä saavutat sen painon liian nopeasti, niin tulee keppiä -- miten voidaan tämmönen tehdä kaikille, että niputetaan, että ok sulla on anoreksia, niin te kaikki toimitte tämän mukaan, no ok sulla on bulimia, niin tämän mukaan. Pahimmassa tapauksessa että ok, syömishäiriö, että kaikki sen saman sateenkaaren alle.” (Haastateltava C, 2018)

Poikkeuksetta jokainen haastateltava oli kokenut hoitonsa suurimmaksi osin puutteelliseksi syömishäiriön osalta. Koska syömishäiriöiden komorbiditeetti on korkea esimerkiksi ahdistuksen ja masennuksen kanssa (Godart ym., 2000; Hughes ym., 2013), haastateltavat kokivat, että hyväkin hoito tai esimerkiksi terapia keskittyi suurimmaksi osin nimenomaan masennuksen hoitoon, eikä syömishäiriötä tullut käsiteltyä omana sairautenaan. Jokainen haastateltavista toi esille omaa kokemustaan siitä, ettei syömishäiriöstä joko tiedetty tarpeeksi hoidossa tai ettei sitä pidetty yhtä tärkeänä asiana käsitellä, kuin muita mielenterveyden ongelmia. Kaksi haastateltavista painotti näkemystään siitä, ettei syömishäiriötä heidän kokemuksensa mukaan kohdata psyykkisinä sairauksina, vaan hoito keskittyy paljolti somaattisen oirehdinnan lieventämiseen.

Haastateltavien kokemukset hoidosta koostuvat osastojaksoista (sekä suljetulla nuorten psykiatrisella, että psykoottisten potilaiden osastolla nuorten psykiatrisen osaston ollessa täysi), kunnallisesta avohoidosta, Kelan kuntoutusterapiasta, YTHS:n mielenterveyspalveluista ja koulu-psykologin palveluista. Hoitokokemusten kirjossa esille nousi syömishäiriön kannalta vain yksi onnistunut interventio, jonka haastateltava C oli kokenut psykoottisella osastolla ollessaan. Merkittävää hoidon luonteessa oli tässä jaksossa ollut se, että potilaalta oli kysytty, minkälaista hoitoa hän kaipasi sairauteensa. Haastateltavasta oli myös tuntunut hoitointervention aikana, että häntä kunnioitettiin ihmisenä, eikä kohdeltu ennakkoluuloisesti tai epäinhimillisesti.

Federicin ja Kaplanin tutkimus (2008) toipumisen merkittävistä tekijöistä vertasi syömishäiriöstä toipuneita henkilöitä relapsoituneisiin syömishäiriötä sairastaviin henkilöihin. Tutkimuksessa selvisi, että relapsen kokeneet potilaat kokivat behavioraalisten tavoitteiden (esim. normaalipainon saavuttamisen) olleen liian hallitsevia hoidossa, jolloin syömishäiriön psykologiset ja emotionaaliset syyt jäivät käsittelemättä. Tämä puolestaan oli yksi merkittävistä syistä relapselle (Federici & Kaplan, 2008). Yksi Federicin ja Kaplanin tutkimuksessa haastatelluista potilaista kertoikin, ettei koe voivansa parantua jostain, jonka syitä ja juuria häntä ei ole autettu selvittämään.

Omassa tutkimuksessani haastateltava C kertoo, että hän kokee jokaisen huonon hoitokokemuksen myös vieneen häntä aina johonkin uuteen suuntaan toipumisen tiellä. Hän kertoo toipuneensa ”huonosta hoidosta huolimatta”. Haastateltava B kertoo toisen osastojakson ja läheistensä tuen olleen ensimmäiset merkittävät kimmokkeet sairaudesta toipumiselle. Haastateltava A puolestaan kertoo syömiskäyttäytymisensä normalisoituneen, mutta esimerkiksi ruumiinkuvansa ja itsetuntonsa olevan edelleen heikko. Emme voi vetää universaaleja johtopäätöksiä siitä, minkälainen rooli hyvällä tai huonolla hoidolla on syömishäiriöstä toipumisessa, mutta tutkimukseni pohjalta vaikuttaisi siltä, että syömishäiriöpotilaiden kohtaaminen ihmisenä ja heidän kokemustensa validointi ovat merkittäviä edistäviä tekijöitä psyykkiselle toipumiselle.

Alla haastateltavien kommentteja syömishäiriöhoidon kehittämisestä.

”No ehkä mä oisin sen kaivannu, että mua ois enemmän painostettu käymään siellä kuraattorilla tai koulupsykologilla, että mä oisin oikeesti saanu puhua niistä asioista enkä vaan esittää, että kaikki on hyvin. Että mut ois jotenkin siihen painostettu siihen, kun se ei ollu oikein, että mut vaan punnittiin, eikä hoidettu mun mieltä.” (Haastateltava A, 2018)

” No mä oisin tosi paljon hyötynyt siitä, että me oltais oikeesti puhuttu siitä syömishäiriöstä. Että vaikka se ois ollut tosi vaikeeta, niin mulle ois tavallaan se ensitieto annettu siitä, että tää on ihan normaalia tässä syömishäiriössä ja että tää on niinku vakavaa. Ja oltais toistuvasti käsketty lopettaa se laihduttaminen. Et siitä ois ollu mulle tosi paljon hyötyä. Kuten myös, vaikka sitä ei silloin ollut, mutta psykofyysinen fysioterapia. Että nimenomaan sitä oman kehon katsomista, koskettamista.” (Haastateltava B, 2018)

” -- sitten etsin tuon Syömishäiriöliiton, niin se oli tavallaan se mistä mä sain sitä keskusteluapua ja vertaistukea, ees jotain semmosta mihin peilata niitä omia kokemuksia ja että siis ok, tää onki normaalia, no onpa hyvä koska mä oon aina aatellu että mä oon yksin tämän asian kanssa. Että kyllä sitä ois ehottomasti kaivannu [keskusteluapua], mutta mä oon niinku tosi ilonen että mä sain edes vertaistuen muodossa sitä.” (Haastateltava C, 2018)

Kun keskustelimme haastateltavieni kanssa heidän toiveistaan tulevaisuuden hoidon suhteen, nousivat ruumiinkuvan eheyttämisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämisen keinot tärkeiksi. Haastateltavat B ja C korostivat myös vertaistuen merkitystä, haastateltava A puolestaan toivoi enemmän läheistensä ymmärrystä ja oikeanlaista tukea kumppaniltaan. Tärkeänä jokaisen ker-

tomassa korostui loppujen lopuksi isona teemana se, että syömishäiriöitä ymmärrettäisiin paremmin: syömishäiriöissä ei ole loppujen lopuksi kyse syömisestä, vaan ihmisen kokemuksesta itsestään ja keinosta yrittää tavoitella ”parempaa” minää.

## 6 Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuskysymykseni kysyivät, miten syömishäiriöstä toipunut kokee omaan ruumiinkuvansa kehityksen, minkälaiset asiat ovat tukeneet ja jarruttaneet toipuvan ruumiinkuvan kehitystä ja psyykkistä hyvinvointia, sekä minkälaista tukea toipuvat olisivat kaivanneet toipumisprosessin aikana. Jos ruumiinkuvan kehityksen näkökulma jätetään pois, psyykkisen toipumisen kannalta merkityksellisiä tekijöitä on löydetty jo aiemmin tutkimuksessa – aiemman tutkimuksen (Federici & Kaplan, 2008; Linville ym., 2012) kanssa samassa linjassa olivat tutkimustulosteni kohdat 1) Persoona, herkkyys ja kokemukset 2) Tunteiden käsittely 3) Läheisten merkitys 4) Toimijuus ja fyysiset teot ja 7) Tuen riittämättömyys. Tutkimukseni valossa voitaisiin kuitenkin sanoa, että nämä tekijät eivät edistä pelkästään somaattista toipumista ja syömiskäyttäytymisen normalisoimista, vaan jokainen näistä tekijöistä on myös merkityksellinen psyykkisen toipumisen ja ruumiinkuvan eheytyksen kannalta.

Ruumiinkuvan näkökulmasta löysin kaksi erityisen merkityksellistä ja syömishäiriötutkimukselle uutta löydöstä: 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe ja 6) Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö. Vaikka itsetunto- ja arvostusta ollaan tutkittu syömishäiriöön sairastumisen näkökulmasta (esim. Cervera, Lahortiga, Martínez-González, Gual, Irala-Estévez, & Alonso, 2003; Gilbert & Meyer, 2005), sisäisestä puheesta merkityksellisenä tekijänä syömishäiriöstä toipumisessa ei löydy vielä tutkimusta. Sisäinen puhe ja kohdan 5.4 Toimijuus ja fyysiset teot kulkevat ikään kuin käsi kädessä: syömishäiriöstä toipuminen ja ruumiinkuvan positiivinen kehitys vaativat toipuvalta niin aktiivista psyykkistä kuin fyysistäkin työtä. Tämä tarkoittaa käytännössä oman syömishäiriöoirehdinnan rajoittamista tietoisesti.

Tutkimuksessa esille tulevia tapoja rajoittaa omaa oirehdintaa olivat oksennusrefleksin pidättäminen, oman liikuntakäyttäytymisen järjeistäminen, soimaavien ja piiskaavien ajatuksien äärelle pysähtyminen, ajattelutavan ja asenteen kääntäminen pois ulkonäkö- ja lihomisajattelusta, ja omista ajatuksista vertaisten kanssa keskusteleminen. Tutkittavat olivat yksimielisiä siitä, että syömishäiriöstä toipuminen on valtavan ison henkilökohtaisen työn takana; vaikka tukena olisi joukko terveydenhuollon ammattilaisia, terapeutteja ja kannustava lähipiiri, lopullisen ja rankimman työn toipumisessa tekee sairastava itse. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö sairastavia tulisi tukea tiellään kohti toipumista: kohdassa 5.3 ja 5.7 esille nousivat tuen merkityksellisyys toipumisprosessin aikana. Tutkittavat kokivat, että ymmärtävällä ja validoivalla

keskusteluavulla heidän toipumisprosessinsa olisi voinut olla lyhyempi ja ”kivuttomampi”. Asiasta olisikin mielenkiintoista tehdä vertailevaa tutkimusta: miten potilaan itse hyväksi kokema keskusteluapu/terapia vaikuttaa toipumisprosessin pituuteen.

Seuraavissa kappaleissa pyrin vetämään tutkittavieni kokemuksia yhteen ja antamaan kokonaiskuvan siitä, minkälaiset asiat olivat tutkittavieni näkökulmasta merkityksellisiä ruumiinkuvan kehitykselle ja näin ollen myös syömishäiriön syntymiselle ja siitä toipumiselle. Käsittelen myös tutkimuksessa esille nousseita syömishäiriöhoidon puutteita ja kehityskohtia, sekä mahdollisia tapoja tukea syömishäiriöstä toipuvaa matkalla kohti toipumista. Lopuksi pohdin tutkimukseni rajoituksia ja mahdollisia lisätutkimusaiheita, jotka ovat pro gradu -tutkielmani työprosessin aikana nousseet mieleeni.

## **6.1 Ruumiinkuvan kehitys ennen syömishäiriötä**

Syömishäiriön kannalta olennaista ruumiinkuvan näkökulmasta ovat heikolle ruumiilliselle itsetunnolle altistavat tekijät. Tutkimuksen tuloksista kohdat 1) Persoonaa, herkkyys ja kokemukset, 2) Tunteiden käsittely, 3) Läheisten merkitys ja 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe ovat erityisen merkityksellisiä ruumiinkuvan negatiivisen kehityksen kannalta ennen syömishäiriöön sairastumista. Tutkittavat arvioivat isoimmaksi syykseen sairastua oman vaativuutensa ja herkkyytensä sekä negatiiviset ajatukset omista kyvyistään ja/tai ulkonäöstään.

Se, miksi oireilu tapahtuu juuri syömishäiriön kautta, on edelleen tutkimukselle mysteeri. Hollown (2011) teorian mukaan erityisesti nuoret naiset performoivat ruumiinsa kautta ”täydellisen elämän” ja ”täydellisen itsen” tavoitteita, joihin kukaan ei kuitenkaan todellisuudessa pysty. Tämä puolestaan aiheuttaa ristiriidan, jossa ruumiin ”epäonnistuminen” korreloi lopulta itsen epäonnistumisen kanssa (Hollow, 2011). Reuter (1997) puolestaan esittää teorian, jonka mukaan naisen anorektinen ruumis on samalla ikään kuin yhteiskunnallisten paineiden ja odotusten täyttämistä, mutta myös niitä vastaan kapinoimista. Ruumis on siis eräänlainen performatiivinen välittäjä, jonka kautta syömishäiriötä sairastava elää todeksi sekä omiaan että yhteiskunnan ja kulttuurin odotuksia.

Sosiaalipsykologian teorioiden mukaan epätyytyväisyys omaan kehoon voi syntyä siitä, että henkilö ruumis sijoittuu ideaalin ja realistisen ruumiin välimaastoon, jossa ideaalin saavuttaminen on mahdotonta (Liimakka, 2004; Näre & Oksanen, 2008). Syömishäiriöille hyvin tyyppillistä on ideaalivartalon muuttuminen sairauden edetessä: aluksi ideaalilta tuntunut ruumiin paino ja muoto eivät saavutettuna enää miellytäkään sairastavaa, vaan ruumiille asetetaan uusi, entistäkin mahdottomampi ideaali. Tämä narratiivi oli hyvin vahvasti läsnä myös tutkittavieni kertomuksissa: mikään ei riitä, ruumiilta ja itseltä vaaditaan aina vain enemmän, ja minkään kokoinen, painoinen tai näköinen ruumis ei tunnu sairastavasta tyydyttävältä.

Tutkimukseni perusteella ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, onko tutkittavilla ollut sairastuessa varsinaista ruumiinkuvan vääristymää. Vain yksi haastateltavista kertoi kokeneensa jälkikäteen, että kuva omasta ruumiista ja samalla myös itsestä oli vääristynyt – hän kertoi asian konkreetisoituneen siinä, kun muisteli samojen farkkujen kiertäneen kaveriporukassaan. Vaikka farkkut sopivat jokaiselle kaveriporukan jäsenelle, tutkittavani ajatteli ruumiinsa olevan huomattavasti isompi kuin ystäväillään.

Kahdella kolmesta tutkittavastani on samantyyppinen perhetausta: kummankin perheessä laihduttaminen on ollut vahvasti läsnä ja kumpaakin heistä oli lapsena ja nuorena patistettu laihduttamaan oman äidin toimesta. Äidit olivat myös itse olleet taipuvaisia laihduttamaan ja tekivät omasta laihduttamisestaan näkyvää perheessä. Tutkimusten mukaan vanhempien laihduttamisella, painopuheella ja laihdutuskehotuksilla lasta kohtaan on suuri merkitys negatiivisen ruumiinkuvan kehitykselle (Kichler & Crowther, 2001; Wertheim ym., 2002). Tutkittavat itse kokivat myöhemmällä iällä, ettei äidin laihduttaminen ollut merkittävin altistaja ruumiinkuvan negatiiviselle kehitykselle. Keskiöksi kaikkien kolmen haastateltavan tarinoissa nousi vaatimus itseä kohtaan – tutkittavat kertoivat, että sisäinen paine laihtua ei kuitenkaan tullut varsinaisesti vanhemmilta, vaan pikemminkin itseltä. Yksi haastateltavista kertoi, että häntä oli perheessä kehoitettu toistuvasti laskemaan vaatimuksia itseä kohtaan, mutta haastateltava itse kokee sisäistä riittämättömyyttä, mikä edelleen ohjailee myös ajatuksia ruumiin riittämättömyydestä.

Oman persoonan ja vanhempien merkityksen lisäksi nostin tutkimustuloksissani esiin itsetunnon ja -arvostuksen teemat. Itsearvotuksen ja sisäisen puheen teema on tutkimukseni perusteella läsnä sekä ennen syömishäiriöön sairastumista että siitä toipuesssa. Koko tutkimukseni teemoista nostaisin tämän teeman kaikista isoimmaksi ja merkityksellisimmäksi, sillä se vai-



kuttaisi ohjaavan koko ruumiinkuvan kehitystä niin ennen sairautta kuin sen jälkeenkin. Itsearvostuksen puute oli haastateltavieni kokemuksen mukaan yksi isoimmista syistä siihen, miksi he sairastuivat syömishäiriöön; aineistossa toistuvat sanat tyhmä, läski, pullukka, huono, sekä kuvaukset osaamattomuuden, arvottomuuden ja erilaisuuden tunteista.

Jokainen tutkittavista mainitsee syömishäiriöön sairastumisen aikaansa värittäneen masennuksen, ahdistuksen ja/tai itsetuhoisuuden. Kaksi tutkittavista mainitsee syömishäiriön olleen tapankaista itseään ruumiin kurittamisen kautta. Tutkimukseni vahvistaa aiemman psykologian syömishäiriötutkimuksen tulokset siitä, että syömishäiriössä syömiskäyttäytyminen on oire tunne-elämän vaikeuksista, joita sairastava pyrkii ruumiinsa kautta käsittelemään. Aiempi tutkimus on osoittanut, että syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä sekä tunteiden tunnistaminen, että niiden säätelyminen on kontrolliryhmiin nähden heikentynyt – syömishäiriötä sairastavat ovat taipuvaisempia alakuloisuuteen, ärsyntyneisyyteen ja mielialanvaihteluihin (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiën, 2006; Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2010; Kucharska-Pietura, Nikolaou, Masiak, & Treasure, 2004; Smith, 2003).

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että ruumiinkuva näyttäisi kehittyvän negatiiviseen suuntaan jo paljon ennen varsinaista syömishäiriöön sairastumista. Negatiivista ruumiinkuvaa ei kuitenkaan voi nostaa ainoaksi eikä edes merkittävimmäksi syyksi syömishäiriöön sairastumiselle, vaan syömishäiriön taustalla vaikuttavat monet tekijät kuten perhetausta, vertaispaine, huono itsetunto ja muut mielenterveyden häiriöt. Ruumiinkuva linkittyy kuitenkin suurempaan itsearvostuksen teemaan, joka puolestaan näyttäytyy tutkimustulosteni valossa hyvin merkityksellisenä kattoteemana syömishäiriöön altistaville tekijöille.

## **6.2 Ruumiinkuvan kehitys syömishäiriöstä toipuessa**

Ruumiinkuvan rooli syömishäiriöstä toivuttaessa on yhtä suuri, kuin sen rooli sairastumiselle – erityisen merkittävää roolia ruumiinkuva näyttölee tutkimukseni perusteella sellaisten sairastaneiden näkökulmasta, joille ulkonäkö on ollut merkittävässä roolissa häiriön muodostumiselle. Tutkimuksessani kuitenkin selvisi, että ruumiinkuvalla oli merkitystä myös sellaisen henkilön

näkökulmasta, joka ei pitänyt ulkonäköään ja ruumiinsa painoa/muotoa merkityksellisenä sairastumiselleen – haastateltava C kertoi, että yksi parantumista edistävästä tekijöistä oli huomata ruumiinsa muuttuminen viehättävämpään suuntaan, niin omasta kuin muidenkin näkökulmasta.

Haastateltavat A ja B puolestaan kertoivat, että heidän parantumisensa kannalta tärkeää on ollut ruumiin arvottaminen eri näkökulmasta – ruumis arvottuu nykyään toiminnan ja toimintakyvyn, ei ulkonäön kautta. Olisikin mielenkiintoista tehdä vertailevaa tutkimusta ulkonäkökeskeisten ja ei-ulkonäkökeskeisten sairastaneiden toipumisen kannalta merkityksellisistä tekijöistä – miten erilaiset sairastumisen ”motiivit” muokkaavat syömishäiriötä sairastavan polkua ja miten hoitoa voisi tämän tiedon pohjalta eriyttää. Syömishäiriöliitossa ollaankin viime aikoina pohdittu, pitäisikö syömishäiriödiagnooseja kenties olla enemmän, jotta hoitoa voitaisiin yksilöidä paremmin.

Toipumisen itsensä kannalta tutkimustuloksissani merkittäviksi nousivat kohdat 4) Toimijuus ja fyysiset teot sekä 7) Tuen riittämättömyys. Molemmat kohdat tukevat Federicin ja Kaplanin (2008) tutkimustuloksia toipumisprosessin onnistumisesta. Federici ja Kaplan nostivat toipumisprosessin kannalta olennaisiksi keskeneräisyyden hyväksymisen, joka omassa tutkimuksessani liittyy vahvasti tutkittavien mainitsemiin konkreettisiin ja fyysisiin tekoihin. Toipumisen kannalta toipuvan syömishäiriöisen olisi tärkeää ymmärtää, että parantuminen on pitkä prosessi, joka vaatii paljon aktiivista työtä ja vastuunkantoa omasta toipumisestaan. Tukea toipuvat voisivat siis kaivata esimerkiksi sitkeyden ja pitkäjänteisyyden valjastamiseen toipumisen käyttöön. Aineistossani nousikin esille toipuneiden päättäväisyys toipua samalla sitkeydellä ja itsekurilla, jonka avulla sairastaminenkin oli mahdollista. Tuen roolia toipumisessa käsittelen enemmän seuraavassa kappaleessa.

Varsinaisen ruumiinkuvan kehityksen kannalta tärkeimpiä analyysissä esille nousseita teemojani olivat 5) Itsearvostus ja sisäinen puhe ja 6) Pystyvyys ja terveys vs. ulkonäkö. Itsearvostuksen alle sijoittaisin itsetunnon ja itsehyväksynnän käsitteet, jotka ovat myös merkityksellisiä syömishäiriöstä toipumisessa. Toipumisen näkökulmasta itsearvostusta on tutkittu suhteellisen vähän – pidänkin tärkeänä, että tulevaisuudessa teemaa tutkittaisiin enemmän: sitä, miten syömishäiriöstä toipuvat voisivat kasvattaa itsearvostustaan ja itsehyväksyntää, ja minkälainen merkitys sillä olisi toipumisen kannalta. Patching ja Lawler (2009) löysivät kvalitatiivisessa elämäntutkimuksessaan tutkimukseni kanssa samankaltaisen löydöksen siitä, että itsesyytösten vaihtaminen itsehyväksyntään on syömishäiriöstä toipuvan näkökulmasta yksi radikaal-

leimmista ja merkittävimmistä teoista, joita oman toipumisen eteen voi tehdä. Sekä oman tutkimukseni että Patchingin ja Lawlerin tutkimus puoltavat sitä, että itsehyväksynnän löytäminen sairauden jälkeen on myös yksi haastavimmista tehtävistä, joita toipuva joutuu matkallaan kohti parempaan ruumiinkuvaa ja minäkuvaa tekemään.

Aineistossani haastateltava B kertoo seuraavaa:

”Vaikka mun paino nousi tosi paljon sen myötä, kun mulle tuli sitte vähän semmonen, kun en ollu koskaan syöny vaikka viinereitä tai koskaan syöny munkkia tai tämmösiä, niin mulla tuli kuitenkin siinä semmonen vaihe, että nyt mää maistan kaikki ne, mistä mää oon jääny paitsi. Mutta se ei mua ahistanu se painon nousu kuitenkaan. Musta tuntu olo huomattavasti kevyemmältä, huomattavasti normaalipainosemmalta siinä vaiheessa, kun painoa alko olla, ylipainoa kuitenkin.”

Kommentti on mielenkiintoinen erityisesti verraten sitä haastateltavan A kokemuksiin omasta ruumiista toipumisprosessin aikana. Haastateltava A koki edelleen vaikeaksi hyväksyä itsensä ja ruumiinsa syömishäiriöstä toipumisen jälkeen, kun taas haastateltava B koki ajattelevansa itsestään ja ruumiistaan huomattavasti positiivisemmin lopetettuaan laihduttamisen ja alettuaan toipumaan. Aineiston pohjalta voitaisiin sanoa, että ero näiden kahden haastateltavan välillä tapahtui siinä, miten syömishäiriöstä toipuminen oli konkreettisesti tapahtunut: haastateltava A ei ollut saanut tarvitsemaansa keskusteluapua syömishäiriöön, ja masennukseen saatu terapia ei ollut hänen kokemuksensa mukaan onnistunut – myöskään sisäinen puhe ei ollut muuttunut täysin, vaan soimaavia ajatuksia oli edelleen. Toipuminen tapahtui hänen kohdallaan muiden ehdoilla ja ulkoisen motivaation kautta.

Haastateltava B oli puolestaan saanut onnistunutta hoitoa masennukseensa, sekä vertaistukea Syömishäiriöliiton kautta – hän myös kehitti psyykkisesti suojaavan tavan puhua itselleen hyväksyvästi ja kannustavasti stressaavissa tilanteissa. Vaikka kahta kokemusta vertailemalla emme voi vielä saada yleisesti kattavaa kuvaa siitä, miten erilaiset resurssit vaikuttavat syömishäiriöstä toipumiseen ja ruumiinkuvan eheytymiseen, on kontrasti kahden tutkittavani välillä mielenkiintoinen.

Kaikkien haastateltavien kesken yhteinen merkittävä tulos oli, että haastateltavat kokivat syömishäiriöstä toipumisen muuttaneen näkökulmaansa ruumiiseensa. Näkökulman vaihdos synnytti eräänlaisen positiivisen kehän: kun syömishäiriöstä toipuva oppi arvostamaan ruumistaan sen toimivuuden ja pystyvyyden kautta, väistyivät ulkonäkökeskeiset ajatukset sivuun. Tämä

taas puolestaan edisti positiivista ruumiinkuvaa, jolloin toimivasta ja terveestä kehosta tuli toipuvan näkökulmasta vähintään neutraali, kun aiemmin keho oli intensiivisen vihan ja häpeän kohteena. Olisikin hyvä pohtia, onko ruumiinkuvan eheytyemisessä kyse siitä, että toipunut pitäisi omasta kehostaan tai jopa rakastaisi sitä, vai onko kyse enemmänkin siitä, ettei kehoa arvoteta voimakkaasti ulkonäön kautta ja suhtautumisesta kehoon tulee positiivisen sijaan pikemminkin neutraali. Se, mikä on riittävää ruumiinkuvan eheytymistä ja psyykkistä toipumista vaikuttaisi olevan hyvin subjektiivinen näkemys – kahdelle tutkittavista riitti kehon toimivuus ja terveys, kun taas yksi tutkittavista koki tärkeäksi, että oppisi vielä pitämään kehostaan.

Vaikka näkökulma ruumiin arvottamiseen terveyden ja toimivuuden kautta on merkityksellinen toipumisprosessin kannalta, piilee siinä mielestäni myös vaara. Koska ruumis on haavoittuvainen ja voi vahingoittua jopa pysyvästi, voi ruumiin arvottaminen terveyden ja toimivuuden kautta olla mahdollisesti psyykkisesti vahingollista. Ideaalitalanteessa ruumiin tulisi mielestäni olla itseisarvo – ihmisen siis tulisi pystyä arvostamaan itseään ja ruumistaan sen ominaisuuksista huolimatta. Kehopositiivisuusaatteen mukaan jokainen keho on yhtä arvokas, riippumatta siitä onko se kulttuurisen ihanteen mukainen ulkonäöllisesti tai terveydellisesti. Olisikin mielenkiintoista tutkia, minkälainen merkitys tällaisen filosofian omaksumisella olisi ruumiinkuvansa kanssa kamppailevien ihmisten psyykkiselle hyvinvoinnille.

### **6.3 Tuen merkitys ruumiinkuvan eheytyemisessä ja psyykkisessä toipumisessa**

Tutkimuksessani tuen teeman voisi jakaa kolmeen kategoriaan – lähipiiristä saatuun tukeen, vertaistukeen sekä terveydenhoidon ammattilaisten tarjoamaan psykologiseen tukeen. Nämä kolme muodostavat keskenään kattavan tuen verkoston, jonka jokainen osanen on merkityksellinen onnistuneen toipumisprosessin kannalta. Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että osa syömishäiriötä sairastaneista toipuu myös ilman ammattilaisten psykologista tukea – olisikin mielenkiintoista tutkia, kuinka kokonaisvaltaisesti syömishäiriöstä voi toipua ilman ammattilaisten antamaa suunnitelmallista tukea, hoitoa ja/tai kuntoutusta. Björk ja kumppanit (2009) ovatkin verranneet syömishäiriöhoitonsa keskenjättäneitä ja loppuunsaattaneita potilaita keskenään: tutkimuksen tuloksena oli, että myös hoidon kesken jättäneet potilaat toipuivat syömishäiriöstä, mutta toipuminen ilmeni eri tavalla kontrolliryhmien välillä.

Tutkimus ei kuitenkaan kerro, miten onnistuneesti täysin ilman ammattilaisten hoitoa ja tukea vaille jäävät toipuvat syömishäiriöstään. Kuten minkä tahansa muunkin sairauden ja häiriön kohdalla, myös syömishäiriöistä osa jää täysin diagnosoimatta ja hoitamatta. Erityisen vaikeasti tavoitettavia ovat aikuiset sairastavat, joilla on alaikäisiä sairastavia enemmän itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuudet vetäytyä sairautensa kanssa omiin oloihinsa.

Yhteistä haastateltavieni välillä oli, että jokainen heistä oli saanut ammattilaisen psykologista apua joko masennukseen tai ahdistukseen. Kokemukset hoidon laadusta vaihtelivat suuresti: osa haastateltavista koki saaneensa riittävän hyvää apua masennuksen/ahdistuksen hoitoon ainakin jossain vaiheessa elämäänsä, yksi haastateltavista puolestaan kertoi terapiasuhteen toimimattomuuden vaikuttaneen kokemukseen terapian laadusta. Terapian tutkimus osoittaa, että terapiasuhde onkin merkityksellisempi tekijä terapian onnistumisessa, kuin esimerkiksi terapia-suuntaus (esim. Antoniou & Blom, 2006; Green, 2006).

Kokemukset varsinaisesta syömishäiriöhoidosta olivat jokaisella haastateltavalla varsin negatiiviset. Haastateltavat kokivat hoidon ja muiden ammattilaisten tekemien interventioiden vievän heitä jopa huonompaan suuntaan sekä fyysisesti että psyykkisesti. Aiempi Ryanin ja kumppaneiden (2006) tutkimus osoittaa, että iso osa syömishäiriöhoitoa saaneista ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon.

Erityisen negatiiviset kokemukset hoidosta olivat haastateltavalla, joka oli saanut psykiatrissa osastohoitoa vaikeaan anoreksiaan: haastateltava koki hoidon ensimmäisellä osastojaksollaan hyvin tiukkana ja jopa vihamielisenä potilaita kohtaan. Samalla haastateltavalla oli myös positiivinen kokemus toisen psykiatrisen osaston hoidosta, jossa hän koki tullessa otetuksi huomioon yksilönä ja hänen tarpeitaan kuunneltiin hoitohenkilökunnan puolelta. Hyvää hoitoa kuvaillessaan hän kertoi hyötynensä tasavertaisuuden tunteesta toisella osastojaksollaan. Siinä missä ensimmäinen osastojakso oli hänen kokemuksensa mukaan epäonnistunut, toinen osastojakso onnistui puolestaan tutkittavan kokemuksen mukaan hyvin. Merkittäväksi tekijäksi kokemukselleen haastateltava mainitsee hoitohenkilökunnan asenteen häntä kohtaan.

Tutkittavani kuvailivat aineistossa ammattilaisten suhtautumista syömishäiriöihin vähätteleväksi, vältteleväksi, alentuvaksi ja tietämättömäksi. Isoksi ongelmaksi koettiin psykologien, sairaanhoitajien ja psykiatrien ymmärtämättömyys syömishäiriöiden luonnetta kohtaan: koska syömishäiriötä ei haastateltavieni kokemuksen ymmärretty, siihen ei osattu myöskään tarttua heille sopivalla tavalla. Yleisiä aineistossa esille tulleita esimerkkejä riittämättömäksi koetusta

tuesta olivat terapeutin tapa keskustella syömishäiriöstä ”pinnallisesti” ja vähäisesti, sekä terapeutin tapa vaihtaa keskustelunaihetta johonkin muuhun kuin syömishäiriöön. Tämä aiheutti tutkittavissani haluttomuuden jakaa kokemuksiaan aiheesta terapeutin kanssa myöhemmin terapiassa.

Tärkeiksi elementeiksi syömishäiriöstä toipumisessa nousivat tutkittavieni kertomuksissa vertaistuki, ja tuki perheeltä ja ystäviltä. Vertaistuen merkitystä korostettiin yksinäisyyden tunteen torjumisessa: haastateltavilleni tärkeää oli saada tuntea olevansa ”normaali”, mitä he eivät aktiivisessa sairastamisvaiheessaan olleet tunteneet. Haastateltavat kokivat kuitenkin arkensa toimimisen kannalta erityisen tärkeäksi perheen, ystävien ja puolisoiden tuen toipumisprosessin aikana. Läheisten tuen lisäksi tutkittavani olivat kuitenkin kokeneet erityisesti ruumiiseen kohdistunutta painetta kumppaneiltaan: kaksi kolmesta haastateltavastani painotti ruumiinkuvansa kehityksen kannalta merkityksellisenä puolisonsa kommentteja ja toimintaa. Yhdellä haastateltavista aiemmat pettämiskokemukset tuntuivat edelleen merkityksellisiltä ruumiinkuvalle nimenomaan kumppanin kanssa – negatiiviset kokemukset omasta riittämättömyydestä saivat siis muuten ruumiinkuvansa hyväksi ja terveeksi kokevan tutkittavan kokemaan epävarmuutta kehostaan puolisonsa seurassa.

Toinen haastateltava puolestaan koki ruumiinsa olevan riittämätön aiemmin kokemansa ulkonäön arvostelun vuoksi ja siksi toivovansa korjaavaa kokemusta nykyisessä parisuhteessaan. Kolmas haastateltava kertoi ruumiinkuvansa olevan nykyään hyvä ja terve, mutta kokevansa ajoittain epävarmuutta samassa kaveriporukassa, jonka kanssa vietti aikaa aktiivisena syömishäiriökautenaan. Vaikuttaisikin siltä, että vaikka ruumiinkuva kehittyisi positiiviseen tai ainakin neutraaliin suuntaan syömishäiriöstä toipuessa, epävarmuudet omasta kehosta voivat jäädä kontekstisidonnaisina edelleen syömishäiriötä sairastaneen mieleen.

Kaiken kaikkiaan tutkittavat kokivat kaikessa heille tarjotussa tuessa tärkeäksi syömishäiriöiden luonteen ymmärtämisen – sen, ettei syömishäiriöissä ole loppujen lopuksi kyse syömisestä, syömättömyydestä tai painosta, vaan pikemminkin arvottomuuden ja huonommuuden tunteista, joita ruumiin kautta kanavoidaan. Tutkittavieni kokemuksen mukaan syömishäiriöstä toipumisen tukemisessa parhaiten voi auttaa tarjoamalla kuuntelevaa korvaa ja ymmärtävää asennetta. Syömishäiriötä sairastavan suhde itseensä ja muihin vääristyy sairauden myötä, ja siksi esimerkiksi Wright (2010) muistuttaa tiedeartikkelissaan, että syömishäiriöpotilaan aito kohtaaminen

ilman tuomitsevaa asennetta on tärkeää todellisen tuen tarjoamiseksi. Näin ollen tiedon lisääminen sairauden luonteesta ja pienistäkin vivahteista on tärkeää onnistuneen toipumisprosessin tukemiseksi.

Tieto ei myöskään saa jäädä vain hoitohenkilökunnan käyttöön, vaan sitä tulisi levittää tehokkaasti myös syömishäiriötä sairastavien ja siitä toipuvien lähipiirille – puolisoille, ystäville ja muille elämän tärkeille tukipilareille. Toipuminen syömishäiriöstä ja samalla myös ruumiinkuvan eheytyminen tapahtuvat lopulta toipuvan arjessa, jossa läheisten tuki on erityisen tärkeää oman osaamisen, pystyvyyden ja ruumiinkuvan vahvistamisen kannalta. Vaikka vastuu parantumisesta on viime kädessä toipuvalla itsellään, voivat läheiset helpottaa toipumisprosessia omalla ymmärtävällisellä asenteellaan, ja tukemalla toipuvaa juuri tämän parhaaksi katsomalla tavalla.

## **6.4 Lopuksi**

Pro gradu -tutkielmaani on ollut erittäin mielenkiintoista tehdä ja olen saanut siitä paljon uusia näkökulmia sekä syömishäiriöiden, että ruumiinkuvan teemoihin. Tavallaan kokemus oli myös terapeutin – koin tutkittavieni kertomuksissa paljon yhtymäkohtia omiin kokemuksiini, ja osa aineistoista ikään kuin validoi itse kokemiani kamppailuja syömishäiriön ja ruumiinkuvan parissa. Tutkimus myös avasi silmiäni siitä, että vaikka kokemuksissamme on hyvin paljon samaa, on niissä myös paljon eroavaisuuksia – syömishäiriön sairastaminen ja siitä toipuminen ovat kuin ovatkin hyvin yksilöllisiä prosesseja ja tarinoita, joista jokainen on aivan yhtä ainutlaatuinen ja arvokas, niin ihmisen omalle elämälle kuin yleisesti tutkimukselle. Erityisen mielenkiintoiseksi koin tarinat tutkittavien toipumiskokemuksista ja niihin saadusta tuesta; olen itse toipunut ilman varsinaista syömishäiriöhoitoa ja siksi tarinat hoidosta – sen sudenkuopista ja riemuvoitoista – olivat eräänlainen ikkuna syömishäiriöhoidon maailmaan. Olisikin hienoa, jos löydösteni pohjalta syömishäiriöhoidon, niin suljetun kuin avohoidonkin periaatteita voitaisiin tarkastella enemmän syömishäiriötä sairastavien näkökulmasta.

Tutkimukseni kompastuskohdiksi koin erityisesti aiemman tutkimuksen puutteen valitsemastani aiheesta – mikään löytämäni ruumiinkuvaa tai syömishäiriötä tutkinut tutkimus ei varsinaisesti ollut tarkastellut ruumiinkuvan kehitystä jo toipuneilla henkilöillä. Tämän vuoksi en

löytänyt minkäänlaista vertailukohtaa omalle tutkimukselleni ja omien tutkimustulosteni linkittäminen aiempaan tutkimukseen tuntui alussa vaikealta. Koska muut aiemmin tehdyt tutkimukset syömishäiriöstä toipumisesta käsitelivät esimerkiksi relapsea ja syömishäiriötä sairastaneiden kokemuksia toipumista helpottavista tekijöistä, oli myös omissa tutkimustuloksissani vaikeaa ylläpitää nimenomaan ruumiinkuvan näkökulmaa aiheeseen. Koen kuitenkin onnistuneeni tuomaan esille tutkimukseni tulokset valitsemastani näkökulmasta ja olen iloinen löydettyäni myös teemoja, joita aiemmat tutkimukset eivät ole käsitelleet. Nämä löydökset rikastuttavat tietoa siitä, miten eri tavoin syömishäiriön, siitä toipumisen ja oman ruumiin voi kokea.

Metodologiset valintani tukivat hyvin tutkimustani ja koen niiden palvelleen hyvin tutkimukseni tarkoitusta. Tutkimusprosessiani olen pyrkinyt avaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus olisi läpinäkyvä ja toistettavissa. Tutkimustulokseni sisältävät runsaasti otteita alkuperäisestä aineistosta, jotta tulkintani näyttäytyisivät mahdollisimman uskottavina aineiston pohjalta. Koska tutkin pro gradussani fenomenologisesti syömishäiriöstä toipuneiden kokemuksia, pyrkii tutkimukseni esittämään tulokset mahdollisimman tarkasti mukaillen haastatteluvien omia kertomuksia. Tässä koin onnistuneeni hyvin.

Tutkimuksessani ilmeni, että jonkin ruumiinkuvan kehitykselle merkityksellistä oli osaltaan se, minkälaista roolia ruumis ja ulkonäkö näyttelivät sairauden synnyssä ja oirehdinnassa. Jatkossa olisikin siis mielenkiintoista tutkia sitä, miten erilaiset lähtökohdat syömishäiriöön vaikuttavat siihen, mitä merkityksellisiä tekijöitä onnistunut toipuminen sisältää. Erityisen tärkeäksi kokiisin jatkaa tutkimusta syömishäiriötä sairastavien kokemuksista siitä, miten syömishäiriöhoitoa voitaisiin tulevaisuudessa yksilöidä ja kehittää toipuvaa palvelevampaan suuntaan. Myös toipumiselle ja näin ollen diagnoosien purkamiselle olisi hyvä kehittää universaalit kriteerit, jolloin syömishäiriöstä toipuneita tutkittaessa tutkimusjoukon rajaaminen olisi helpompaa ja yhtenäisempää. Nykytutkimuksen kohteeksi haluaisin myös asettaa kehoposiitivisuus-liikkeen merkityksen ruumiinkuvakokemuksille, sillä aihetta ei ole vielä juurikaan tutkittu, vaikka ilmiö on kasvanut viime vuosina huomattavasti.

Syömishäiriöt ja ruumiinkuva eivät ole tutkimuksen kohteena uusia, mutta niistä tehtävän tutkimuksen näkökulma muuttuu sen myötä, kun maailma ympärillämme muuttuu. Siksi pidänkin tärkeänä, että tutkimus vastaa nykymaailman haasteisiin sosiaalisen median ja fitness-ilmion aikakautena, jolloin syömishäiriöt muuttavat muotoaan, ja uusien hoitomenetelmien ja ennaltaehkäisyn keinojen kehittäminen on edelleen tärkeää. Ennaltaehkäisyn lisäksi myös toipuminen



on hyvä ottaa huomioon tärkeänä ja etenkin pitkäaikaisena tukea vaativana prosessina syömis-  
häiriöhoidossa, minkä vuoksi toivonkin tutkimuksen löytävän myös jatkossa keinoja jo-sairas-  
tuneiden auttamiseen kokonaisvaltaisen psyykkisen toipumisen saavuttamiseksi.

## Lähteet

- Agee, J. (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process, *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(4), 431-447.
- Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., & Halmi, K. A. (2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 509–21.
- Antoniou, A. S., & Blom, T. G. (2006). The five therapeutic relationships. *Clinical Case Studies*, 5, 437–451.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with Anorexia Nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Birmingham, C.L. (2012). Physical Effects of Eating Disorders. Teoksessa Alexander J., Treasure J. (toim.) *A Collaborative approach to eating disorders* (pp. 93-102). East Sussex: Routledge.
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., & Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17, 109–119.
- Blood, S. (2005). *Body work: The Social construction of women's body image*. East Sussex: Psychology Press.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366–368.

- Campbell Eichhorn, K. (2008). Soliciting and providing social support over the internet: an investigation of online eating disorder support groups. *Journal of Computer-Mediated Communication, 14*, 67–78
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine, 34*, 1–9.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image, 1*(1), 1–5.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J.D., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders, 33*(3), 271–280.
- Channon, S., de S. P., Hemsley, D., & Perkins, R. (1989.) A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 27*(5), 529–535.
- Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J. W., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 241–254.
- Ciao, A. C., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current Psychiatry Reports, 16*(453), 1-13.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences, 39*, 739–749.
- Cockell, S. J., Zaitsoff, S. L., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 527–534.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crisp, A. H., Callender, J. S, Halek, C., & Hsu, L. K. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. A 20-year follow-up of the St George's and Aberdeen cohorts. *The British Journal of Psychiatry, 161*, 104–107.
- Davis, C., Levitan, R. D., Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., James, J. C. & Kennedy, J. L. (2012). Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: Genotypes and sub-phenotypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 38*(2), 328-335.

- Di Pietro, G., Valoroso, L., Fichelle, M., Bruno, C., & Sorge, F. (2002). What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? *Eating and Weight Disorders*, 7, 298–303.
- Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K., & Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707.
- Erchull, M. J., Liss, M., & Lichiello, S. (2013.) Extending the negative consequences of media internalization and self-objectification to dissociation and self-harm. *Sex Roles*, 69, 583–593.
- Espeset, E. M., Nordbø, R. H., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2011). The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: An empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences, *Eating Disorders*, 19(2), 175-193.
- Eskola, J., & Suoranta, J. (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Exterkate, C. C., Vriesendorp, P. F., & De Jong, C. A. J. (2009). Body attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensive outpatient day treatment. *Eating Behaviors* 10, 16–21.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. Teoksessa D. H. Barlow (toim.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 578-614). New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705–1715.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 59, 659-665.
- Federici, A., & Kaplan, A. S. (2008). The Patient's account of relapse and recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16, 1–10.
- Finfgeld, D. L. (2002). Anorexia nervosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16, 176–186.

- Fitzsimmons-Craft, E. E., & Bardone-Cone, A. M. (2012.) Examining prospective mediation models of body surveillance, trait anxiety, and body dissatisfaction in African American and Caucasian college women. *Sex Roles, 67*, 187–200.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory 2: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1997). *Handbook of Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Gaudio, S., & Quattrocchi, C. C. (2012). Neural basis of a multidimensional model of body image distortion in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36*(8), 1839-1847.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., & Potenza, M. N. (2011). Binge Eating Disorder & food addiction. *Current Drug Abuse Review, 4*(3), 201-207.
- Gilbert, N., & Meyer, C. (2005). Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders, 37*(4), 307–312.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety, 23*, 331–339.
- Gillen, M. M., & Lefkowitz, E. S. (2012.) Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. *Body Image, 9*, 126–130.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry, 15*, 38–45.
- Gormally, J., Black, S., & Daston, S. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviours, 7*, 47-55.
- Gowers, S. G, Weetman, J., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 138–141.

- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425–435.
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., et al. (2012). Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: Six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 185–192.
- Grogan, S. (1999). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. East Sussex: Psychology Press.
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of Anorexia Nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94(1), 113-120.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behaviour. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1799–1805.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40, 1887–1897.
- Harrison, K., & Hefner, V. (2006.) Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 146–156.
- Hayes, S., & Tantleff-Dunn, S. (2010). Am I too fat to be a princess? Examining the effects of popular children’s media on young girls’ body image. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 413–426.
- Heinämaa, S., Reuter, M., & Saarikangas, K. (1997). *Ruumiin Kuvia: Subjektin ja sukupuolen muunnelmia*. Tampere: Gaudeamus.
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8(2), 101-109.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., et al. (1999). Recovery and relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.

- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2004). *Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hollow, M. (2011). Perfect lives: Lifestyle magazines and utopian impulses in contemporary British society. *International Journal of Cultural Studies*, 15(1), 17–30.
- Holsen, I., Carlson Jones, D., & Skogbrott Birkeland, M. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body Image*, 9(2), 201-208.
- Hughes, E. K., Goldschmidt, A. B., Labuschagne, Z., Loeb, K. L., Sawyer, S. M., & Le Grange, D. (2013). Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: Similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents. *European Eating Disorders Review*, 21, 386–394.
- Johnstone, A. M., Stewart, A. D., Benson, P. J., Kalafati, M., Rectenwald, L., & Horgan, G. (2008). Assessment of body image in obesity using a digital morphing technique. *Journal of Human Nutrition Dietetics*, 21, 256–267.
- Jolanta, J. R-J., & Tomasz, R. S. (2000). The Links between Body Dysmorphic Disorder and eating disorders. *European Psychiatry*, 15, 302-305.
- Karlsson, G. (1993). *Psychological qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm, Sweden: Almqvist & Wiksell International.
- Keizer, A., Aldegonda, M., Smeets, M., Dijkerman, H. C., den Hout, M., Klugkist, I., et al (2011). Tactile body image disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 190(1), 115-120.
- Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 80–86.
- Kichler, J. C., & Crowther, J. H. (2001.) The effects of maternal modeling and negative family communication on women's eating attitudes and body image. *Behavior Therapy*, 32, 443–457.
- Killea-Jones, L. A., Costanzo, P. R., Malone, P., Quinlan, N. P., & Miller-Johnson, S. (2007.) Norm-narrowing and self- and other-perceived aggression in early-adolescent same-sex and mixed-sex cliques. *Journal of School Psychology*, 45, 549–565.

- Kluck, A. (2008.) Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9, 471–483.
- Kluck, A. (2010.) Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7, 8–14.
- Konstantakopoulos, G., Varsou, E., Dikeos, D., Ioannidi, N., Gonidakis, F., Papadimitriou, G., et al. (2012). Delusionalities of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Research*, 200, 482-488.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M., & Treasure, J. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 42–47.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009.) *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Käypä Hoito. (2014). *Syömishäiriöt*. Lainattu: 26.9.2018, saatavilla: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101>
- Latomaa, T., Koivisto, K., Kiviniemi, L., Merilehto, M., Sandelin, P., & Suorsa T. (2012). *Kokemuksen tutkimus III: Teoria, käytäntö & tutkija*. Tampere: Lapin yliopistokustannus.
- Latomaa, T., & Suorsa, T. (2011). *Kokemuksen tutkimus II: Ymmärtävän psykologian syntyhistoriaa ja kehityslinjoja*. Tampere: Lapin yliopiston kustannus.
- Liimakka, S. (2004). Nuori nainen, ongelmainen? Nuorten naisten ristiriitainen ruumissuhde. *Nuorisotutkimus*, 22(1), 3–16.
- Liimakka, S. (2011). Ruumis, kokemus, muutos: Ruumiinkokemus Merleau-Pontyn ja Bourdieun avulla tulkittuna. Teoksessa T. Latomaa, & T. Suorsa (toim.), *Kokemuksen tutkimus II: Ymmärtävän psykologian syntyhistoriaa ja kehityslinjoja* (pp. 146-173). Tampere: Lapin yliopistopaino.
- Liimakka, S. (2013). *Re-embodied: Young women, the body quest and agency in the culture of appearances*. Helsinki: Unigrafia.
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20, 216–231.



- MacBrayer, E. K., Smith, G. T., McCarthy, D. M., Demos, S., & Simmons, J. (2001). The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 149-160.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.
- Martin, J. (2010). The Development of ideal body image perceptions in the United States. *Nutrition Today*, 45(3), 98-110.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2001.) Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 9(5), 335-347.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2003.) Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5-26.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000.) An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-305.
- McLeod, J. (2003). *Doing Councelling Research*. London: SAGE Publications.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Mohr, H. M., Röder, C., Zimmermann, J., Hummel, D., Negele, A., & Grabhorn, R. (2011). Body image distortions in bulimia nervosa: Investigating body size overestimation and body size satisfaction by fMRI. *NeuroImage*, 56, 1822-1831.
- National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (2015). *Eating Disorder Statistics*. Illinois: ANAD.
- Ng, L., & Davis, C. (2013). Cravings & food consumption in binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14(4), 472-475.
- Näre, S., & Oksanen, A. (2008). Virtuaaliruumiillisuus imaginaarisena väkivaltana: Kärsimys ja häpeä tyttöjen ja poikien suhteessa ruumiiseen. Teoksessa S. Näre & S. Ronkainen (toim.), *Paljastettu intiimi: Sukupuolistuneen väkivallan dynamiikkaa* (pp. 258-280). Rovaniemi: Lapland University Press.
- Olmsted, M. P., MacDonald, D. E., McFarlane, T., Trottier, K., & Colton, P. (2015). Predictors of rapid relapse in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 337-340.

- Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, *16*(1), 10–21.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannon, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006.) Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 539–549.
- Paxton, S. J., Schultz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir S. L. (1999.) Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 255–266.
- Perloff, R. M. (2014.) Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, *71*(11-12), 363-377.
- Perttula, J., & Latomaa, T. (2008). *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Rovaniemi: Lapland University Press.
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders*, *10*, 61–71
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & DiClemente, C. C. (2006). Development of eating disorder recovery self-efficacy questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 376-384.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004.) Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 389–401.
- Puusa, A. (2008). Käsitemanalyysi tutkimusmenetelmänä. *Premissi*, *4*, 36-43.
- Reuter, M. (1997). Anorektisen ruumiin fenomenologia. Teoksessa S. Heinämaa, M. Reuter, & K. Saarikangas (toim.), *Ruumiin kuvia – Subjektin ja sukupuolen muunnelmia* (pp. 136-167). Tampere: Gaudeamus.
- Rockert., W., Kaplan, A. S., & Olmsted, M. P. (2007). Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders* *40*, 99–103.
- Rodgers, R. F., Lowy, A. S., Halperin, D. M., & Franko, D. L. (2015). A Meta-analysis examining the influence of pro-eating disorder websites on body image and eating pathology. *European Eating Disorders Review*, *24*(1), 3-8.

- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders, 48*, 187-198.
- Rosen, C. J. (1995). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 20*, 331-343.
- Ryan, V., Malson, H., Clarke, S., Anderson, G., & Kohn, M. (2006). Discursive constructions of 'eating disorders nursing': An analysis of nurses' accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating Disorders Review, 14*, 125–135.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder - a systematic review. *Obesity Reviews, 14*(6), 477-495.
- Schäfer, A., Vaitl, D., & Schienle, A. (2010). Regional grey matter volume abnormalities in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *NeuroImage, 50*(2), 639-643.
- Smith, G. (2003). *Anorexia and Bulimia in the family: One parent's practical guide to recovery*. West Sussex: Jon Wiley & Sons co.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative Psychology: A Practical guide to research methods*. London: SAGE Publications.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method & research*. London: SAGE Publications.
- Smolak, L. (2004.) Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image, 1*, 15–28.
- Smolak, L., & Stein, J.A. (2010.) A longitudinal investigation of gender role and muscle building in adolescent boys. *Sex Roles, 63*, 738-746.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1284–1293.
- Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *Eating Disorders, 46*(5), 478-485.
- Stice, E., Fisher, M., & Martinez, E. (2004). Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of reliability and validity. *Psychological Assessment, 16*(1), 60-71

- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. (2011). An Effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *Consulting of Clinical Psychology, 79*(4), 500-508.
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-Year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 445-457.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). *Tautiluokitus ICD-10 – Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet* (3rd ed.). World Health Organization.
- Tiggemann, M. (2005.) Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image: An International Journal of Research, 2*, 129–136.
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 143–154.
- Treasure, J., Todd, G., Brolly, M., Tiller, J., Nehmed, A., & Denman, F. (1995). A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 33*(4), 363–367
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2012). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 409–22.
- Vandereycken, W., & Vansteenskiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review, 17*(3), 177-83.
- Van Vonderen, K. E., & Kinnally, W. (2012). Media effects on body image: Examining media exposure in the broader context of internal and other social factors. *American Communication Journal, 11*(2), 41-57.
- Vincent, M. A, & McCabe, M. P. (2000.) Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 29*, 205–221.

- Wertheim, E. H, Martin, G., Prior, M., Sanson, A., & Smart, D. (2002.) Parent influences in the transmission of eating and weight related behaviors. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, *10*, 321–334
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 547–562.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J., & Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, *11*, 433–446.
- Wilson, G. T, & Shafran, R. (2005.) Eating Disorder Guidelines from NICE. *Lancet*, *1-7*, 79-81.
- Zalta A. K., & Keel P. K. (2006.) Peer influence on bulimic symptoms in college students. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 185–189