

SYÖMISHÄIRIÖ MATKAKUMPPANINA SELVIITYMISPOLULLA

Katriina Viitakorpi
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Marraskuu 2010

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

KATRIINA VIITAKORPI: Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla.

Pro gradu -tutkielma, 56 sivua.

Ohjaaja: Timo Suutama

Psykologia

Marraskuu 2010

Tutkimukseni aiheena olivat syömishäiriötä sairastavien henkilöiden sisäiset tarinat koskien heidän sairastumisestaan syömishäiriöön. Tarkasteluni kohteena olivat heidän kokemuksensa siitä, miksi olivat sairastuneet. Tutkimukseni tarkoituksena ei ollut luoda yleisiä selitysmalleja syömishäiriöiden mahdollisista syistä vaan tuoda esille joitakin polkuja, jotka ovat johdattaneet tutkimukseeni osallistuneet henkilöt sairauden tielle. Tutkimustani varten keräsin syömishäiriötä sairastavien henkilöiden kirjoittamia lyhyitä elämäkertoja, jotka ilmensivät heidän sisäisiä tarinoitaan. Elämäkertoja analysoidessani hyödynsin holistista sisällön analyysia sekä Polkinghornen narratiivista analyysia. Tutkimukseni osoitti selkeästi, että syömishäiriöt eivät ole sairastuneille varsinainen tavoite, vaan ainoastaan yksi keino saavuttaa muita tavoitteita. Elämäntapahtumat ja kasvuympäristö määrittivät tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden tavoitteita ja sitä, miksi juuri syömishäiriö tuli yhdeksi keinoksi saavuttaa näitä tavoitteita. Tutkimukseeni osallistuneet henkilöt kertoivat erityisesti lapsuuden traumaattisten tapahtumien ja kiusaamisen ulkonäön vuoksi olleen syömishäiriöön sairastumisen taustalla. Tutkimukseni perusteella voidaan todeta, että syömishäiriöissä ei ole kyse vain kauneudennälästä tai huomion hakemisesta vaan yrityksestä selviytyä elämässä, kun muut keinot eivät enää riitä tai eivät ole toimivia.

Avainsanat: syömishäiriöt, narratiivinen tutkimus, narratiivinen psykologia, hermeneuttinen psykologia, sisäinen tarina

SISÄLLYSLUETTELO

SYÖMISHÄIRIÖ MATKAKUMPPANINA SELVIITYMISPOLULLA.....	I
SISÄLLYSLUETTELO.....	III
1. JOHDANTO.....	1
1.1. Mistä syömishäiriöissä on kysymys.....	2
1.1.1 Laihuushäiriö (anorexia nervosa).....	4
1.1.2 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa).....	5
1.1.3 Epätyypilliset syömishäiriöt.....	5
1.2. Mistä syömishäiriöt johtuvat.....	7
1.2.1 Persoonallisuus	7
1.2.2 Perhetekijät.....	8
1.2.3 Traumaattiset tapahtumat ja traumamalli.....	9
1.2.4 Sosiokulttuuriset tekijät ja sosiokulttuurinen malli	11
1.2.5 Psykodynaaminen näkökulma	13
1.2.6 Kognitiivis-behavioraalinen näkökulma.....	14
1.3 Tutkimuksen tieteenteoreettiset lähtökohdat.....	15
1.3.1 Hermeneuttinen ja ymmärtävä psykologia.....	15
1.3.2 Epistemologiset lähtökohdat	17
1.4 Tutkimukseni tavoitteet.....	19
2. Menetelmät.....	21
2.1 Tutkimusaineisto ja tutkittavat.....	21
2.2 Narratiivinen analyysi ja tulkinta hermeneuttisesta psykologiasta käsin	22
3.1 Selviytymispolut.....	25
3.1.1 Heli.....	25
3.1.2 Tuija.....	28
3.1.3 Karoliina.....	30

3.1.4 Jenni.....	33
4. Pohdinta.....	36
4.1 Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla.....	36
4.2 Tutkimusmenetelmien ja tutkimuksen arviointia	39
4.3 Tulosten merkittävyys.....	42
4.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	43
Lähteet.....	45

1. JOHDANTO

Jos haluat tuntea minut, silloin sinun tulee tuntea tarinani, sillä tarinani määrittää sen, kuka minä olen. Ja jos haluan tuntea itseni, saada käsityksen oman elämäni tarkoituksesta, silloin myös minun tulee tuntea oma tarinani. (McAdams, 1993, 11)

Syömishäiriöt koskettavat nykyään huomattavaa osaa väestöstämme, joko omana tai läheisen kokemana sairautena. Arvioidaan, että suomalaisista naisista noin 10 % sairastaa elämänsä aikana jotakin syömishäiriön muotoa (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2009). Syömishäiriöt ovat kuitenkin todennäköisesti vielä paljon yleisempiä, sillä sairaus koetetaan yleensä salata, ja vain harvat sairastuneet hakevat tai saavat apua sairauteensa. Miesten on arvioitu sairastuvan syömishäiriöihin naisia harvemmin, mutta heidänkin keskuudessaan syömishäiriöt yleistyvät koko ajan.

Tämän päivän yhteiskunnassa ulkonäkö on erittäin keskeinen asia. Puuronen (2004) kirjoittaakin siitä, miten ihmiset uskovat voivansa tuottaa ulkomuotonsa ja minuutensa täysin vapaasti, ja miten tässä jokapäiväisessä itsensä tuottamisessa ja markkinoinnissa mitataan yksilön arvo ja tehokkuus. Johansson (2001) toteaa myös kirjassaan, että syömishäiriöistä on tullut normaali osa naisten elämää, sillä monille naisille syömisen säätely ja tarkkailu ovat itsestään selviä asioita arkipäiväisessä elämässä. Rajaa normaalin ja häiriintyneen syömiskäyttäytymisen välillä ei olekaan aina helppo vetää, sillä kaikki ihmiset syövät joskus liikaa, monet ovat tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä ja suurimmalla osalla ihmisistä on myös kokemuksia laihduttamisesta (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen, 2009). Voidaan kuitenkin sanoa, että oireista muodostuu syömishäiriö, kun ne alkavat selkeästi haitata fyysistä terveyttä ja/tai arkista toimintakykyä, sillä syömishäiriössä syöminen ja syömättömyys nousevat elämän pääsisällöiksi, ja oireet alkavat sanella elämän tärkeitäkin valintoja. Syömishäiriöistä puhuttaessa on myös tärkeää muistaa, että ne ovat erittäin vakavia, psykosomaattisia sairauksia, jotka hoitamattomina voivat johtaa sairastuneen kuolemaan (Suokas & Rissanen, 2007).

Claude-Pierre (2000) kirjoittaa siitä, miten syömishäiriöt ovat yksi nykypäivän suurimmista mysteereistä, sillä ne ovat pysyneet arvoituksina sekä lääkäreille että psykologeille, mutta usein myös sairastuneille itselleen, jotka eivät osaa itsekään täysin selittää omaa käytöstään. Claude-Pierre toteaa kuitenkin myöhemmin, että ihmisiltä ei silti puutu niinkään tietoa ja viisautta ratkaista näiden sairauksien luonnetta, vaan enemmänkin taitoa selittää syömishäiriöiden syitä muilla kuin kulttuurimme esiintuomilla harhaanjohtavilla kliseillä turhamaisuudesta ja kauneuden nälästä. Näitä

muita syitä halusin omassa tutkimuksessani selvittää ja tuoda esille syömishäiriötä sairastavien henkilöiden omia kokemuksia siitä, miksi he ovat sairastuneet. Sillä on todettu, että ratkaisevaa ei ole se, millaisia elämäntapahtumia henkilö on kokenut ennen syömishäiriöön sairastumistaan, vaan se, miten nämä tapahtumat on yksilöllisesti koettu (Charpentier ym. 2009).

1.1. Mistä syömishäiriöissä on kysymys

Omaa hulluuttaan kieltäytyy näkemästä. Vaikka muut yrittävät toimittaa hoitoon, vaikka ruumis on hajoamispisteessä ja elämä on käynyt vähintäänkin hankalaksi, on silti houkuttelevampaa pitäytyä yhdessä yksinkertaisessa ongelmassa, laihduttamisessa, kuin avata silmänsä kaikelle sille, mikä oikeasti on vialla. (Hakala, 2000, 75)

Suokaksen ja Rissasen (2007) mukaan syömishäiriöt ovat poikkeavaan syömiskäyttäytymiseen liittyviä oireyhtymiä, joihin liittyy psyykkisen, fyysisen ja/tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Syömishäiriöissä on siis kyse psykosomaattisista sekä mielen että kehon sairauksista, joiden keskeisenä tunnuspiirteenä on tyytymättömyys omaa kehoa kohtaan (Fairburn & Harrison, 2003). Syömishäiriötä sairastavan henkilön käsitys itsestä ja omasta kehosta on usein vääristynyt, ja käyttäytyminen on epänormaalia erityisesti suhteessa painoon, liikuntaan ja ruokaan (Viljanen, Mikkola, Santala & Rekilä, 2009). Keski-Rahkonen, Charpentier ja Viljanen (2009) kuvaavat häiriintyneen syömiskäyttäytymisen oireiden olevan siinä määrin toistuvia, että ne alkavat joko omasta tai lähiympäristön mielestä selvästi haitata arkista toimintakykyä tai fyysistä terveyttä. He jatkavat, että syömishäiriössä syöminen tai syömättömyys tulee elämän pääsisällöksi, ja oireet alkavat määrittää valintojen tekemistä. Vaikka syömishäiriön oireet saattavat aluksi toimia laihduttamiskeinoina, palvelevat ne lopulta useimmiten jotakin syvällisempää tarkoitusta kuin vain laihtuminen, sillä syömishäiriöstä kehittyy monille sitä sairastaville henkilöille keino selviytyä, kommunikoida, puolustautua ja jopa ratkaista ongelmia, ja siten siitä muodostuu erittäin tärkeä osa sitä sairastavan ihmisen elämää (Costin, 2007). Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen voi siis toimia sairastuneelle henkilölle selviytymis- ja ratkaisukeinona psyykkiseen pahaan oloon, pelkoihin tai tunnesolmuihin, joiden taustalla on monen tekijän yhteisvaikutus (Viljanen ym., 2009). Kontrolloimalla syömistään ja omaa kehoaan henkilö saa ajatuksensa pois pahaan oloa aiheuttavista tekijöistä sekä tunteen oman kehonsa hallinnasta. Syömisen ja oman kehon kontrolloinnin lisäksi

häiriintynyt syömiskäyttäytyminen voi tietenkin ilmetä myös ahmimisena ja kontrollin menettämisenä.

Syömishäiriön alkuvaiheessa siihen sairastuneet henkilöt eivät useinkaan tunne olevansa sairaita, ja siksi läheiset ihmiset huolestuvat tilanteesta yleensä ennen sairastunutta (Viljanen ym., 2009). Syömishäiriön edetessä oireet kuitenkin vahvistuvat, eikä sairastunut kykene enää lopettamaan oirehdintaansa vaikka haluaisikin. Syömishäiriöihin liittyy myös usein muita psykologisia häiriöitä kuten ahdistuneisuutta, vakavaa masennusta sekä pakko-oireisia häiriöitä keskimääräistä enemmän, (Brewerton, 2007; Lewinson, Striegel-Moore & Seeley, 2000; Toivio & Nordling, 2009; Suokas & Rissanen, 2007; Zaider, Johnson, Cockell, 2000). Ekeroth, Broberg ja Nevonen (2004) huomasivat omassa tutkimuksessaan, että sekä syömishäiriö-diagnoosin saaneilla henkilöillä että henkilöillä, jotka kokivat ongelmia syömisensä kanssa, oli enemmän muita psyykkisiä ongelmia (komorbiditeetti) kuin henkilöillä, joilla ei ollut ongelmia syömisensä kanssa. Mielenkiintoista tutkimuksessa oli myös se, että vaikka henkilöillä on joskus ollut syömisensä kanssa ongelmia, se ei enää vaikuta sairastuvuuteen. Ratkaisevaa komorbiditeetin kannalta ei siis tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi olevan se, onko henkilöillä syömishäiriödiagnoosia, vaan se, kokeeko henkilö tällä hetkellä syömisensä kanssa ongelmia vai ei.

Syömishäiriöitä tarkasteltaessa pitää vielä muistaa, että ne ovat erittäin vakavia sairauksia, sillä esimerkiksi laihuushäiriöön sairastuneista 5–10 % kuolee sairauteensa, ja tämä on enemmän kuin skitsofreniaa tai masennusta sairastavien kuolleisuus (Toivio & Nordling, 2009; Fichter, 2003). Claude-Pierren (2000) mukaan kuolleisuus syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä saattaa olla jopa 25 % ja nekin, jotka eivät menehdy sairauteensa, kokevat elämänsä äärimmäisen ahdistavaksi.

Seuraavaksi tarkastelen hieman tarkemmin laihuushäiriötä, ahmimishäiriötä sekä epätyypillisiä syömishäiriöitä. Olen kuitenkin samaa mieltä Keski-Rahkosen ym. (2009) kanssa siitä, että syömishäiriöiden muotojen rajat ovat keinotekoisia, sillä monella syömishäiriötä sairastavalla henkilöillä on useamman syömishäiriön muodon oireita samanaikaisesti tai ne seuraavat toisiaan (anoreksiaa sairastavista henkilöistä neljännes tai jopa puolet sairastuu bulimiseen jaksoon anoreksian loputtua). Keski-Rahkosen ym. mukaan on myös odotettavissa, että tulevana vuosina eriytyy vielä uusia diagnooseja jo olemassa olevista syömishäiriödiagnooseista. Vaikka syömishäiriöiden muotojen rajat ovatkin keinotekoisia, on sairauden diagnosoimisesta hyötyä sairastuneille ja heidän omaisilleen silloin, kun ne selkiyttävät sitä, mistä sairaudessa on kysymys, ja auttavat siinä, miten niitä voidaan hoitaa. Omassa tutkimuksessani en kuitenkaan halunnut korostaa diagnoosien tärkeyttä sairauden määrittelyssä vaan sitä, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt itse kokivat oman syömiskäyttäytymisensä häiriintyneeksi ja siten määrittivät

tutkimukseni kohteiksi. Tästä syystä en kuvaile kovin tarkasti syömishäiriöiden diagnostisia kriteereitä tarkastellessani syömishäiriöitä tarkemmin.

1.1.1 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)

Anoreksiaa sairastaville henkilöille kehittyy useimmiten pakkomielteinen kiinnostus ruokaan, laihduttamiseen, syömiseen ja painoon, ja he ilmaisevat rituaalinomaista käyttäytymistä ruuan valitsemisessa, valmistamisessa ja syömisessä (Romano, 2005b; Ogden, 2003). Sairastunut rajoittaa usein ruokavalionsa tiettyihin aineksiin ja määriin, ja pienetkin muutokset aterian koostumuksessa saattavat aiheuttaa valtavaa ahdistusta. Laihuushäiriötä sairastava henkilö kieltäytyy usein syömästä, eikä hän myönnä luurankomaisen olemuksensa ja käyttäytymisensä olevan epänormaalia (Toivio & Nordling, 2009). Joidenkin laihuushäiriötä sairastavien henkilöiden kohdalla on tosin kyse siitä, etteivät he itse näe käyttäytymistään epänormaalina tai itseään laihoina. Romano (2005b) kirjoittaaakin siitä, miten laihuushäiriötä sairastavilla henkilöillä on usein irrationaalinen pelko lihavaksi tulosta, joka liittyy useimmiten siihen, että henkilöllä voi olla hyvin vääristynyt kuva omasta kehostaan, jolloin hän näkee itsenä suurempana kuin oikeasti on (ks. myös Gordon, 2000). Abraham ja Llewellyn-Jones (2001) kuitenkin huomauttavat kirjassaan, että tätä ilmiötä ei esiinny ainoastaan anoreksiaa sairastavilla henkilöillä, vaan myös normaalisti syövät henkilöt voivat kokea kehonsa suuremmaksi kuin se todellisuudessa on. Laihuushäiriöstä voidaan erottaa kaksi erilaista päätyyppiä, joista toisessa henkilöllä on välillä ahmintaa ja siihen liittyviä tyhjentämiskäytäntöjä ja toisessa henkilö kiihdyttää itseään vähäisellä syömisellä (Polivy, Herman & Boivin, 2005; Keski-Rahkonen ym., 2008). Molempiin anoreksian päätyyppisiin sisältyy usein lisäksi pakonomaista liikuntaa.

Yleisesti ajatellaan, että anoreksiaa sairastavat henkilöt hakevat laihtumisellaan huomiota muilta ihmisiltä. Tämä voikin olla osaksi totta, mutta Claude-Pierre (2000) huomauttaa kirjassaan, että sairastuneet usein koettavat peittää laihtumisensa, eivätkä lakkaa pudottamasta painoaan, vaikka läheiset ovat jo huolestuneet tilanteesta. Claude-Pierre toteaaakin, että anoreksiaan sairastuneiden henkilöiden tiedostamaton motiivi laihduttamiseen on halu kuolla, ei saada huomiota. Anoreksiaan sairastuneita henkilöitä pidetään myös usein itsekkäinä ja ajatellaan, että he eivät edes halua parantua. Claude-Pierre rikkoo näitäkin ennakkoluuloja toteamalla, että sairastuneet ovat usein erittäin epäitsekkeitä, mutta eivät pahan olonsa vuoksi kykene parantumaan toisten pyynnöistä huolimatta. Anoreksia valtaa koko elämän, hallitsee ja orjuuttaa sen valtaan joutunutta, jolloin sairastunut, vaikka haluaisi parantua, ei pysty, koska hänellä ei ole enää mitään sen tilalle.

1.1.2 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)

Ahmimishäiriössä on tyypillistä hetkellinen ruuan ylenpalttinen ahmiminen, jonka jälkeen ahmimista seuraava syyllisyys ja masennus saavat henkilön oksentamaan syömänsä ruuan ulos (Toivio & Nordling, 2009; Romano, 2005a). Oksentaminen saa puolestaan aikaan itseinhon tunteita, mutta myös valtavan helpotuksen tunteen, koska se helpottaa ahmimisesta johtuvaa vatsan pingottuneisuuden tunnetta ja vähentää lihomisen pelkoa (Ogden, 2003). Oksentamisesta ja sitä seuraavasta tunteesta voikin tulla hyvin houkuttelevaa, jolloin henkilö ahmii oksentaakseen eikä päinvastoin. Näiden ahmimis-oksentamiskohtausten välillä on usein ankara dieetti, jonka aikana syödään hyvin kurinalaisesti (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001). Kaikki ahmimishäiriötä sairastavat henkilöt eivät kuitenkaan oksenna lainkaan, vaan estävät lihomista paastoamalla, liikkumalla paljon sekä käyttämällä laksatiiveja (Romano, 2005a). Tosin oksentamiseenkin voi yhdistyä näitä muita keinoja välttää lihomista. Ahmimishäiriötä sairastava henkilö ahmii yleensä aina yksin, koska ahminta koetaan erittäin nöyryyttäväksi asiaksi. Tämä asetelma johtaa helposti eristäytymiseen ja sosiaalisten suhteiden välttelyyn.

Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (2001) mukaan ahmiminen auttaa usein sairastunutta henkilöä pakenemaan epämiellyttäviä ja ahdistavia asioita elämässään. Voi olla, että ahmiminen saa henkilön kiinnittämään kaiken huomionsa syömiseen ja sitä seuraavaan pahaan oloon, jolloin ne täyttävät ajatukset eikä jää enää tilaa muille epämiellyttäville tunteille. Tällöin ahmiminen toimii henkilön, ehkä tiedostomattomakin, puolustusmekanismina ahdistavia ajatuksia vastaan.

1.1.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypilliset syömishäiriöt muistuttavat laihuus- ja ahmimishäiriöitä, mutta niistä puuttuu jokin keskeinen oire, ja niitä kutsutaankin usein epätyypillisiksi laihuus- tai ahmimishäiriöiksi (Suokas & Rissanen, 2007; Keski-Rahkonen ym., 2008; Polivy, Herman & Boivin, 2005). Murphy, Perkins ja Schmidt (2005) kritisoiivat kuitenkin tätä erottelua, sillä heidän havaintojensa mukaan epätyypillistä laihuushäiriötä ei voida selkeästi erottaa laihuushäiriöstä, koska niissä molemmissa on hyvin samankaltaisia piirteitä ja samankaltainen psykopatologia. Murphy, Perkins ja Schmidt pitävätkin epätyypillistä laihuushäiriötä ja laihuushäiriötä saman sairauden eri vaiheina. Sama koskee heidän mukaansa myös epätyypillisen ahmimishäiriön ja ahmimishäiriön erottelua.

Epätyypilliset syömishäiriöt ovat heterogeeninen ja laaja ryhmä, ja siksi on hieman harhaanjohtavaa puhua epätyypillisistä syömishäiriöistä, kun samalla arvioidaan, että suurin osa sairastuneista kuuluu tähän ryhmään (Murphy, Perkins & Schmidt, 2005). Epätyypillisten syömishäiriöiden heterogeenisyydestä huolimatta joitakin yhteisiä oireita löytyy kuitenkin kaikilta tähän häiriöön sairastuneilta henkilöiltä (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001). Näitä oireita ovat sairastuneen tietoisuus siitä, että hänen syömiskäyttäytymisensä on häiriintynyt, ja että hänen ajatuksensa ovat liikaa ruuassa sekä omassa painossa. Lisäksi sairastunut tiedostaa syömishäiriönsä häiritsevän arkipäivän elämää.

Ahmintahäiriö (BED) on tavallisin epätyypillisistä syömishäiriöistä, ja siihen liittyvää tyyppillistä oirehdintaa ovat toistuvat ahmintakohtaukset ja hallinnan menetys ahminnan aikana sekä voimakas ahdistus ahminnan jälkeen (Davison & Neale, 2001; Suokas & Rissanen, 2007). Ahmintahäiriö eroaa kuitenkin bulimiasta siinä, että tässä häiriössä ei esiinny tyhjentämisrituaaleja. Toinen huomattava ero bulimiaan on se, että ahmintahäiriössä ahmintaa ei useinkaan edellä tiukka dieetti, kuten bulimiassa usein on (Mitchell ym., 2008). Ahmintahäiriötä pidetäänkin selkeästi erillisenä taudinmäärityksenä, toisin kuin muita epätyypillisiä syömishäiriöitä (Dingemans, van Hanswijck de Jonge & van Furth, 2005; Keski-Rahkonen ym., 2008; Murphy, Perkins & Schmidt, 2005). Dingemans, van Hanswijck de Jonge & van Furth (2005) toteavat kuitenkin, että taudinmääritystä tulisi edelleen selkeyttää mm. lisäämällä kognitiivisia kriteereitä käyttäytymistä koskevien kriteereiden rinnalle ja poistamalla kriteereiden päällekkäisyyksiä.

Kristeri (2005) kutsuu ahmintahäiriötä pakonomaiseksi ylensyönniksi ja toteaa tämän olevan riippuvuus, jolle on tyyppillistä äärimmäisyyksiin menevä painontarkkailu. Hän jatkaa, että pakonomaisesta ylensyönnistä kärsivän henkilön elämän mielekkyys ja omanarvontunne riippuvat siitä, miten hyvin henkilö onnistuu säätelemään painoaan. Riippuvuuksilla kuten pakonomaisella syömisellä yritämme Kristerin mukaan hallita sisäistä kaaostamme, ja hän uskookin, että pakonomaisella ylensyömisellä henkilöt koettavat ratkaista ongelmiaan ja helpottaa ahdistustaan sekä pahaa oloaan. Fairburn (1995) kuitenkin huomauttaa, että vaikka ahmintahäiriöön kuuluu samankaltaisia oireita kuin riippuvuuksiinkin, niin silti ahmintahäiriössä on huomattavia eroja niihin verrattuna, minkä tähden hän ei luokittelisi ahmintahäiriötä riippuvuudeksi. Fairburnin mukaan liian usein keskitytään riippuvuuksien ja ahmintahäiriön samankaltaisuuteen ja unohdetaan eroavaisuudet, vaikka juuri eroavaisuudet ovat keskeisiä niiden ymmärtämiselle. Selkein ero hänen mielestään on siinä, että ahmintahäiriötä sairastava henkilö haluaa välttää ahmintaa ja pelkää näitä tilanteita, kun taas riippuvuudesta kärsivällä henkilöllä ei tällaista ilmiötä esiinny.

1.2. Mistä syömishäiriöt johtuvat

Harvoin vain yksi asia johtaa syömishäiriön kehittymiseen, vaan sen taustalla on yleensä monen tekijän yhteisvaikutus (Davison & Neale, 2001; Ghaderi, 2001; Suokas & Rissanen, 2007). Tarkastelen seuraavaksi joitakin niistä tekijöitä, joiden oletetaan tutkimusten perusteella olevan häiriintyneen syömiskäyttäytymisen taustalla. Oletukseni on, että nämä yleiset selitysmallit toimivat sisäisen tarinan sosiaalisena ja kulttuurisena tarinavarantona, sillä Hännisen (1999) mukaan sisäinen tarina muodostuu ihmisen soveltaessa kulttuurisesta tarinavarannosta ja omasta kokemushistoriastaan ammentuvia malleja omaan yksilölliseen tilanteeseensa, kokemukseensa ja toimintaansa. Narratiivinen lähestymistapa olettaa myös, että henkilöiden tarinat ovat aina sidoksissa kontekstiin, jolloin kulttuurinen tausta toimii henkilökohtaisten narratiivien rakennusaineena (Parker, 2004). Koen siis yleisten selitysmallien olevan osa tätä kulttuurista taustaa, ja siksi merkityksellisiä sijoitettaessa tutkittavien tarinoita läsnä olevaan kontekstiin.

1.2.1 Persoonallisuus

Tutkimukset ovat osoittaneet, että tietyillä persoonallisuuden piirteillä kuten perfektionismilla, neuroottisuudella, negatiivisella emotionaalisuudella, introversiolla, pakko-oireisuudella sekä alhaisella itseohjautuvuudella ja yhteistyökykyisyydellä on olennainen asema syömishäiriöissä (Abbate-Daga, Gramaglia, Malfi, Pierò & Fassino, 2007; Cassin & von Ranson, 2005; Tasca ym., 2009; Westen, Thompson-Brenner & Peart, 2006). Kausaalisuussuhteet syömishäiriöiden ja persoonallisuuden piirteiden välillä voivat kuitenkin kulkea molempiin suuntiin, sillä persoonallisuus voi vaikuttaa syömishäiriön kehittymiseen, syömishäiriö persoonallisuuteen tai ne voivat olla vuorovaikutuksessa keskenään (Westen ym., 2006). Onkin olemassa useita erilaisia malleja siitä, millä tavoin persoonallisuuden piirteet ovat yhteydessä syömishäiriöihin. Alttiusmallissa henkilön persoonallisuuden piirteet edeltävät ja lisäävät riskiä sairastua syömishäiriöön (Lilenfield, Wonderlich, Riso, Crosby ja Mitchell, 2006). Komplikaatiomallissa syömishäiriö saa aikaan muutoksia persoonallisuuden piirteissä ja siten selittää syömishäiriötä sairastavien henkilöiden samankaltaisia persoonallisuuden profiileja. Yleinen syy -mallissa persoonallisuuden piirteet/häiriöt ja syömishäiriöt ovat erillisiä asioita, jolloin ne eivät ole yhteydessä toisiinsa, vaan niihin molempiin vaikuttaa jokin taustalla oleva tekijä. Ne ovat siis saman psykopatologian eri ilmenemismuotoja. Edellä esitetyn perusteella voikin todeta, että

syömishäiriötä sairastavilta henkilöiltä löydetään tiettyjä persoonallisuuden piirteitä, mutta vielä ei tarkkaan tiedetä, millainen näiden piirteiden yhteys syömishäiriöihin on.

1.2.2 Perhetekijät

Academy for Eating Disorders (AED) on vahvasti sitä mieltä, että perhetekijöiden vaikutusta syömishäiriöiden taustalla ei saisi ylikorostaa, koska heidän mukaansa perhetekijät eivät ole ainut tai edes suurin syy sairastua syömishäiriöön, ja korostamalla perhetekijöiden merkitystä syyllistetään vain turhaan vanhempia (Le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2009). Tästä toteamuksesta huolimatta monet syömishäiriöön sairastuneet henkilöt kuitenkin kokevat perheen toimintahäiriöt huomattavaksi tekijäksi syömishäiriöidensä taustalla (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie & Bulik, 2003). Toimintahäiriöt sisältävät muun muassa vanhempien ylikontrollointia, heikot suhteet vanhempiin, jatkuvia riitoja sekä emotionaalista kaltoinkohtelua. Myös vanhempien korkeat odotukset ja menestymisen korostaminen sekä vähäinen huolenpito ja perheen vuorovaikutuksen puutteellisuus ovat tutkimuksissa osoittautuneet olevan vahvasti yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen (Laliberté, Bolandi & Leichner, 1999; Neumark-Sztainer, Story, Hannan, Beuhring, Resnick, 2000). Rahkonen ym. (2008) haluavat myös korostaa sitä, että syömishäiriö ei ole kenenkään vika, mutta he myös toteavat, että perhe-elämän ollessa kovin rikkinäistä esimerkiksi päihteiden väärinkäytön, väkivallan tai yleisen turvattomuuden vuoksi kasvaa todennäköisyys, että perheen lapset oireilevat psyykkisesti.

Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteyttä syömishäiriöihin on alettu tutkia yhä enemmän ja niiden onkin todettu olevan yhteydessä toisiinsa (Ward, Ramsay & Traesure, 2000). Wardin ym. (2000) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että kiintymysprosessit ovat syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä tavallisuudesta poikkeavia ja että he ovat yleensä olleet lapsena sekä ovat edelleen aikuisena turvattomasti kiintyneitä (ks. myös Broberg, Hjalms & Nevenon, 2001; Ringer & McKinsey Crittenden, 2007). Syömishäiriötä sairastavien henkilöiden kiintymyssuhteille aikuisena onkin tyypillistä pakonomaisen hoivan hakemisen ja pakonomaisen itseensä luottamisen vuorottelu (Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini & Treasure, 2000). Tällainen ambivalenttinen suhtautuminen läheisiin ihmisiin voi selittyä sillä, että lapsen tarpeet eivät ole tulleet tyydyttyiksi, vaan hoivaaja on esittänyt omat tulkintansa lapsen tarpeista ja vastannut niihin. Tällöin lapsi ei ole oppinut erottamaan omia tarpeitaan, vaan turvaa hoivaajansa mielipiteisiin, mistä seuraa vetäytymisen ja lähentymisen vuorottelu, henkilön toisaalta tarvitessa tarpeillensa tulkkia ja toisaalta tietäessä, ettei saa tarvitsemaansa apua. Sama on suhteessa syömiseen ja ruokaan, sillä

sairastuneet hakevat niistä apua ahdistukseensa, mutta samalla tietävät, etteivät ne voi sitä antaa. Ringerin ja McKinsey Crittendenin (2007) tutkimustulokset viittaavat myös siihen, että syömishäiriötä sairastavien henkilöiden kiintymystyyli on ristiriitainen, jolloin he uppoutuvat läheisiin ihmissuhteisiin, mutta samalla tuntevat negatiivisia tunteita niitä kohtaan. Chassler (1997) havaitsi omassa tutkimuksessaan, että syömishäiriötä sairastavat henkilöt kokivat muita vähemmän lapsuuden kiintymysobjektiansa olleen heidän tarpeitaan huomioivia, saatavilla olevia ja luotettavia. Sairastuneet kokivat myös olevansa ei-haluttuja, yksin ja avuttomia sekä tunsivat enemmän häpeää ja syyllisyyttä kuin muut tutkimukseen osallistuneet henkilöt. He myös tunsivat olevansa vastuussa vanhempiansa onnellisuudesta enemmän kuin muut henkilöt.

Ihmislouheen perusominaisuuksiin kuuluu siis jo syntymähetkestä lähtien taipumus luoda syviä emotionaalisia siteitä hoivaajiinsa eli muodostaa kiintymyssuhteita (Bowlby, 1988). Lapsi koettaa aina muodostaa vanhempiansa suhtautumisen pohjalta erilaisia kiintymyssuhdestrategioita, jotka vähentäisivät hänen kokemiaan uhkatekijöitä (Crittenden, 1999). Vanhempien ollessa vetäytyviä ja etäisiä, voi lapsen sopeutumiskeinona olla provokatorinen ja riskejä ottava tai pakonomaisesti hoivaava käyttäytyminen, joiden avulla lapsi koettaa herättää vanhempiansa huomion. Lapsi voi myös alkaa kiinnittää huomionsa saavutettavissa oleviin tavoitteisiin, kuten oman ulkonäkönsä muokkaamiseen kelvataksaan hoivaajilleen, jos kokee, ettei voi saavuttaa turvallista kiintymyssuhdetta hoivaajiinsa (Cole-Detke & Kobak, 1996). Eggert, Levendonsky ja Klump (2007) huomauttavat kuitenkin, että yhteys kiintymystyylin ja syömishäiriön välillä ei ole suoraviivaista, vaan persoonallisuuden piirteet toimisivat välittävänä tekijänä. Heidän tutkimuksensa mukaan ainoastaan välttelevä kiintymystyyli on yhteydessä syömishäiriöihin ja persoonallisuuden piirteistä neuroottisuus toimisi tässä välittävänä tekijänä. Eggertin ym. oletamus on, että kiintymystyyli muokkaa niitä neuroottisia persoonallisuuden piirteitä, jotka ovat yhteydessä syömisen patologiaan, ja tämä puolestaan vaikuttaa syömishäiriön kehittymiseen.

1.2.3 Traumaattiset tapahtumat ja traumamalli

Monet syömishäiriöön sairastuneet henkilöt ovat joutuneet kokemaan lapsuudessaan kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä, tai joutuneet niiden uhriksi myöhemmin elämässään (Briere & Scott, 2007). Erityisesti lapsuuden seksuaalisen hyväksikäytön on todettu olevan merkittävä riskitekijä ja yleisin traumaattinen tapahtuma syömishäiriön taustalla, ja siksi keskitynkään siihen yksityiskohtaisemmin myöhemmin tekstissäni (Brewerton, 2007; Briere & Scott, 2007).

Tutkimus on osoittanut, että mikä tahansa tapahtuma, joka voi saada aikaan posttraumaattisen stressihäiriön tai kliinisesti merkittävää ahdistusta, voi lisätä syömishäiriöön sairastumisen mahdollisuutta (Brewerton, 2007). Kaltoinkohtelun välittömiä vaikutuksia voivat olla alentunut itsetunto, häpeä ja negatiivinen minäkuva, jotka puolestaan johtavat tarpeeseen olla hyvä, laiha, täydellinen ja toisia miellyttävä (Briere & Scott, 2007). Nämä kaikki taas ovat yhteydessä syömisrajoittamiseen. Selviytymismekanismit, joita voidaan kutsua myös ahdistusta lievittäväksi käyttäytymiseksi, aktivoituvat, kun henkilön traumaan liittyvien tunteiden säätely sisäisten keinojen avulla käy ylivoimaiseksi, ja hänen pitää turvautua ulkoiseen toimintaan rauhoittuakseen. Buliminen oireilu voi olla yksi tällainen keino säädellä tunteita, sillä ahmiminen vie ajatukset muualle kipeistä tunteista ja ajatuksista sekä saa aikaan hyvänolon tunnetta vatsan täytyessä. Oksentaminen puolestaan vähentää ahmintaan liittyviä häpeän ja syyllisyyden tunteita sekä itsekritiikkiä ja antaa muuta ajateltavaa.

Traumaattisista tapahtumista erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen (Brewerton, 2007; Briere & Scott, 2007; Neumark-Sztainer ym., 2000). On myös huomattu, että erityisesti lapsena tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö on suuri riskitekijä sairastua syömishäiriöön (Preti, Incani, Camboni, Petretto & Masala, 2006; Wonderlich ym., 2001). Samalla pitää kuitenkin muistaa, että seksuaalisen hyväksikäytön ollessa äärimmäisen traumaattista, altistaa se myös muille psyykkisille häiriöille, eivätkä kaikki seksuaalisen hyväksikäytön uhrit sairastu syömishäiriöön (Brewerton, 2007; Preti ym., 2006). Tutkijat eivät uskokaan, että hyväksikäyttö olisi suoraan yhteydessä syömishäiriöön sairastumiseen, vaan että siinä välissä on välittäviä tekijöitä (van Gerko, Gughes, Hamill & Waller, 2005; Stice, 2002). Syömishäiriöihin liittyy tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan, ja tämä tyytymättömyys voisi olla yksi välittävä tekijä, sillä hyväksikäyttö saa aikaan häpeän tunteita omaa kehoa kohtaan, joita henkilö pyrkii lievittämään häiriintyneen syömiskäyttäytymisensä avulla, tavoitteenaan muokata omaa kehoaan toisenlaiseksi (Byram & Wagner, 1995; van Gerko ym., 2005; Preti, 2006). Lapsena hyväksikäytettyjen henkilöiden on myös todettu säätelevän syömistään ollessaan järkyttyneitä, tavoittelevan laihaa vartaloihannetta sekä turvautuvan tyhjentämiseen useammin kuin muut ihmiset (Wonderlich ym., 2000). Seksuaalinen hyväksikäyttö saa aikaan myös kokonaisvaltaista psykobiologisen säätelyn häiriintymistä, mikä lisää riskiä psykopatologian eri muodoille, kuten syömishäiriöille (ks. myös Brewerton, 1995).

Traumamallin mukaan lapsen kaltoinkohtelu saa aikaan traumaperäisen stressihäiriön, joka kroonistuessaan voi tuottaa persoonallisuushäiriöitä ja psyykkisiä sairauksia (Haapasalo 2007; Haapasalo 2008). Traumaperäiseen stressihäiriöön kuuluu kolme oirekokonaisuutta, joita ovat

uudelleenkokemis-, aktivaatio- ja välttämisoireet, ja niitä esiintyy ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen tasolla. Keskityn tässä välttämisoireisiin, koska niiden on todettu olevan yhteydessä syömishäiriöön. Ajatusten tasolla välttämisoireet ilmenevät traumaan liittyvien muistikuvien eristämisenä ja torjumisena tietoisuudesta, tunteiden tasolla välttämisoireet ovat tunteiden turruttamista. Käyttäytymisen tasolla välttämisoireet näkyvät tuskallisia ajatuksia ja tunteita herättävien ihmisten ja tilanteiden välttelemisenä. Syömishäiriö voidaan nähdä välttämistyyppisenä oireiluna, jos syömisellä tai syömättömyydellä voidaan välttää traumasta muistuttavien asioiden käsitlemistä. Traumaattiselle tapahtumalle on myös ominaista hallinnan tunteen menetys, ja syömishäiriö voi olla henkilölle yksi keino palauttaa tämä hallinnan tunne kontrolloimalla omaa kehoaan.

1.2.4 Sosiokulttuuriset tekijät ja sosiokulttuurinen malli

Kulttuuristamme on tullut erittäin ulkonäkökeskeinen, ja ruoka sekä syöminen ovat vahvasti latautuneita aiheita, oikean ravinnon ja liikunnan nivoutuessa terveyteen, jota kulttuurissamme arvostetaan huomattavan paljon (Keski-Rahkonen ym., 2008). Kauneus, terveys ja laihdutus ovat myös rahakas bisnes, ja siksi ne saavat runsaasti tilaa mediassa, mistä seuraa, että monille ihmisille tulee tunne siitä, että kelvataksaan ihmisenä pitäisi omalle keholleen tehdä jotakin. Median suuresta vaikutuksesta kertoo hyvin se, että ennen kuin televisio tuli Fidzi-saarille siellä suosittiin pyöreää vartaloa, mutta television tulo muutti kauneusihanteen täysin ja tilalle tuli laihduttaminen, ahmiminen ja tyhjentämiskäyttäytyminen (ks. myös Thompson & Heinberg, 1999). Eräässä tutkimuksessa on myös saatu mielenkiintoisia tuloksia siitä, miten lihaviiden ja laihojen vartaloiden näkeminen muuttaa henkilön käsityksiä normaalista ja ihannevartalosta siihen suuntaan kumpia näkee enemmän (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink & Grammer, 2009).

Kiusatuksi tuleminen oman ulkonäkönsä takia on myös tärkeä sosiokulttuurinen tekijä syömishäiriöiden taustalla, sillä kiusaaminen ja negatiivinen palaute koskien henkilön ulkonäköä ja painoa ovat voimakkaita motiiveja laihduttamiseen, minkä taas on todettu olevan altistava tekijä syömishäiriöihin sairastumisessa (Ghaderi, 2001; Keski-Rahkonen, 2008; Lunner ym., 2000; Muir, Wertheim & Paxton, 1999; Tozzi ym., 2003). Syömisrajoittamisen puolestaan on todettu saavan aikaan hermostuneisuutta sekä tunteiden herkistymistä, ja se johtaa helposti ahmimiseen, kun ruokaa on saatavilla, sekä ajatusten kiinnittymiseen syömiseen ja ruokaan (Polivy, 1996).

Hesse-Biber (1996) on tutkimuksissaan havainnut, että suurimmalle osalle naisista on muodostunut kulttuurin luoma ihannemalli naisen vartalosta, ja tämän ihannemallin hän on

todennut altistavan syömishäiriöille. Hesse-Biberin mukaan häiriintyneessä syömisessä ei olekaan aina kyse vakavasta psykopatologiasta, vaan sen voi nähdä normaalina keinona saavuttaa kulttuurin ihanne laihuudesta, sillä häiriintynyt syöminen ja pakkomielle ruokaan ovat yleisesti hyväksytyjä keinoja käsitellä painoon ja ihannevirtaloon liittyviä asioita. Hesse-Biber painottaa sitä, miten suuri merkitys perheen asenteilla on sille, miten henkilö suhtautuu kulttuurin luomiin ihanteisiin ulkonäöstä. Jotkut perheet voimistavat kulttuurista nousevia viestejä ja toiset muokkaavat niitä terveempään suuntaan. Vanhemmilla onkin keskeinen rooli murrettaessa tai vahvistettaessa kulttuurin normeja, sillä heidän asenteensa omaa kehoaan ja syömistään sekä lapsen ulkomuotoa kohtaan vaikuttavat paljon lapsen asenteisiin ja sitä kautta riskiin sairastua syömishäiriöön (ks. myös Agras, Bryson, Lawrence, Hammer & Kraemer, 2007; Laliberté ym., 1999). Perheen lisäksi tietysti myös koulu ja ystävät toimivat välittävänä tekijänä kulttuurin ihanteiden ja henkilön asenteiden välillä.

Sosiokulttuuristen tekijöiden on todettu luovan ja ylläpitävän uskomuksia, tunteita ja käyttäytymistä, jotka muodostavat jatkumon syömisongelmille ja syömishäiriöille (Levine & Smolak, 2006). Siten riskitekijät kuten negatiivinen kehonkuva, laihuuden ihannointi ja hallitsematon lihavuuden pelko sekä peräänantamaton laihduttaminen ovat huomattavissa määrin opittuja asioita. Sosiokulttuurinen malli kuvaa tätä kulttuurin ihanteiden sisäistämistä ja syömishäiriöiden kehittymistä asteittain (Glauert ym., 2009; Halliwell & Harvey, 2006; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Stormer & Thompson, 1996). Aluksi henkilö altistuu median, ystävien ja perheen kautta länsimaisen kulttuurin kauneusihanteelle, jonka mukaan laihat ihmiset ovat puoleensavetävämpiä ja menestyneempiä kuin muut, ja joka asettaa ihanteeksi sellaisen vartalon, jollaista suurimman osan ihmisistä on mahdoton saavuttaa. Henkilö kokee lisäksi usein median, ystävien ja perheen taholta painetta saavuttaa tämä ihanne, ja niin kulttuurin kauneusihanne sisäistyy henkilön omaksi ihanteeksi. Ihanteen sisäistämisestä seuraa vertailua oman kehon ja ihanteen välillä, ja koska suurimmalla osalla henkilöistä oma keho ei vastaa kulttuurin laihuusihannetta, syntyy tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan ja syömisrajoittamista. Joillakin henkilöillä syömisrajoittaminen saa aikaan ahmimista, mikä vahvistaa entisestään negatiivista kehonkuvaa ja saa sitä kautta aikaan oksentamista sekä entistä tiukempaa dieettiä. Keskeisintä koko prosessissa on sosiokulttuuristen asenteiden sisäistyminen henkilön omiksi asenteiksi, jolloin esim. median luomien mielikuvien hyväksyminen on vahingoittavampaa kuin vain pelkkä vallitsevien sosiaalisten asenteiden huomaaminen (ks. myös Thompson & Heinberg, 1999).

1.2.5 Psykodynaaminen näkökulma

Useimmat psykodynaamiset teorit keskittyvät naisten syömishäiriöiden tarkasteluun, ja siksi omassakin tarkastelussani painottuvat teorit naisten syömishäiriöiden syistä. Engblomin (1998) mukaan syömishäiriöön sairastuneella henkilöllä on varhaisessa vuorovaikutuksessa tapahtuneita käsittelemättä jääneitä muutos- ja erokokemuksia, joihin sisältyy tunnistamaton itse- ja objektikokemuksen tuhoutumisen uhka, jolloin henkilölle ei ole kehittynyt turvallista jatkuvuudentunnetta ja vakiintunutta sisäistä objektimaailmaa. Nämä varhaiset erokokemukset tekevät henkilön haavoittuvaksi uusille muutoksille ja vastoinkäymisille, jotka aktivoivat varhaisen hajoamisen ja objektin menettämisen pelon. Syömisoireet toimivatkin suojana turvattomuuden tunnetta vastaan, sillä ne suuntaavat huomion itsetuotettuun tyydytykseen ja tyyntyytykseen, joka on aina käytettävissä ja hallittavissa. Engblom toteaa myös, että syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä symbolisuuden kehitys on jäänyt ohueksi, jolloin ahdistavissa tilanteissa ruumiin kieli alkaa puhua symbolisuuden sijaan. Toisin sanoen sairastuneen symbolisaatio- ja integraatiokyky on riittämätön sitomaan hänen kokemaansa ahdistusta, mikä johtaa sisäisen hädän ulkoistamiseen ruokaan.

Äidin ja tyttären sisäkkäisyys ja sen purkaminen on keskeinen nuoren naisen kehitystehtävä, jolloin tyttö eriytyy äidistään, johon hän myös samanaikaisesti samaistuu (Siltala, 2006). Tytön tehtävänä onkin muuttaa samuuden tunne äidin kanssa omaksi subjektiiviseksi kokemuksekseen omasta naiseudestaan. Siltalan (2006) mukaan syömishäiriö ilmaisee tytön hätää hänen koettaessaan eriytyä omasta äidistään ja kamppaillessaan ruumiinsa muutoksissa. Ahmimis- ja oksenteluoireet peittävät alleen pahanolon, pelon ja ahdistuksen, ja itsensä kuihduttaminen turruttaa sietämättömät ahdistuksen tunteet. Siltala jatkaa, että ruoka ja äiti liittyvät mielikuvissa yhteen, jolloin syömishäiriön oireilu on tytön yritystä eriytyä äidistään, kun tämä eriytyminen ei ole ollut muuten mahdollista. Ahmiessaan tyttö kiinnittyy epätoivoisesti äitiinsä ja saa siten ahmimisesta turvallisuuden kokemuksen. Tytön kuitenkin tiedostaessaan tarpeensa eriytyä äidistään, tulee turvallisuuden tunteen tilalle pian ahdistus, ja oksentamalla tyttö koettaa päästä eroon sisäistetystä äidistään. Anoreksiassa taas oma ruumis edustaa tytölle äidin ruumista, joka hänen pitää kuolettaa, jotta voisi vapautua hallitsevasta ja omistavasta sisäisestä äidistään (Chasseguet-Smirgelin, 2005). Anorektinen oireilu voi johtua Siltalan (2006) mukaan myös siitä, että tyttö on joutunut elämään vanhempiansa varten ja jäänyt palvelemaan heidän pyrkimyksiään. Tällöin tytön kokemus omasta itsestään on jäänyt ohueksi, ja hän on joutunut rakentamaan suojakseen valheiminän, jota hallitsevat tarvitsevuuden kieltämisen ja kaikkivoipaisuuden mielikuvat.

1.2.6 Kognitiivis-behavioraalinen näkökulma

Williamsonin, Mullerin, Reasin ja Thawin (1999) mukaan syömishäiriöstä kärsivät henkilöt ovat muodostaneet vääristyneen sisäisen mallin koskien vartalonsa kokoa ja syömistä. Tämä vääristynyt malli sisältää stereotyyppistä, tunnepitoista ja yliarvostettua tietoa omasta painosta ja vartalon muodosta. Yliarvostettu tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että sisäisen mallin sisältämälle tiedolle annetaan keskeinen merkitys muiden tiedonlähteiden kustannuksella, toisin sanoen ympäristön tarjoamaa informaatiota arvioidaan sisäisen mallin pohjalta. Nämä kognitiiviset vääristymät esiintyvät tarkkaavaisuuden, arvioinnin ja muistin alueella sekä vaikuttavat niiden kautta syömiseen ja painonhallintaan (ks. myös Lee & Shafran, 2004). Tarkkaavaisuuden kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että koska syömishäiriötä sairastava henkilö pelkää lihomista, niin hän kiinnittää tarkkaavaisuutensa eniten rasvaa sisältäviin kohtiin kehossaan ja rasvaisiin ruokiin liittyviin asioihin, koska ne merkitsevät hänelle uhkaa. Arvioinnin vääristymään kuuluu se, että henkilö epäselvissä tilanteissa tulkitsee tilanteen informaatiota siten, että se on yhdenmukaista hänen huolenaiheidensa, kuten lihomisen kanssa. Williamsonin ym. (1999) mukaan huolestuttavia asioita, kuten lihavuutta ja lihomista, koskeva informaatio tallennetaan tehokkaimmin muistiin, ja se on myös helpompi palauttaa muistista. Tällainen vääristynyt tiedon prosessointi johtaa puolestaan syömisestä kontrollointiin, oksentamiseen, liikuntaan ja rituaalisiin syömistapoihin.

Keskeistä syömishäiriöön sairastumisessa on Fairburnin, Cooperin ja Shafranin (2003) mukaan se, että sairastunut arvioi omaa itsearvoaan häiriintyneellä tavalla. Kun useimmat ihmiset arvioivat omaa itsearvoaan sen mukaan, miten he onnistuvat useilla eri elämänsä alueilla, niin syömishäiriöön sairastuneet arvioivat omaa itsearvoaan sen mukaan, miten he onnistuvat hallitsemaan syömistään, painoaan ja vartalonmuotoaan. Tästä seuraa, että sairastuneiden elämä keskittyy ainoastaan syömiseen, liikunnan ja painon tarkkailuun. Erään kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaan tiukkaa dieettiä edeltää negatiivisten itseä koskevien uskomusten aktivoituminen, jonka saa aikaan jokin negatiivinen tapahtuma, kuten riita puolison kanssa, jonkun huomautus painosta tai epäonnistuminen tehtävässä (Cooper, Wells ja Todd, 2004; Fairburn, Cooper ja Shafran 2003). Itsearviointia hallitsevat automaattiset, negatiiviset uskomukset hyväksytyksi tulemisesta muiden ja omissa silmissä sekä ahdistuksen ja syyllisyyden tunteet. Syömishäiriöön sairastuneet henkilöt ovat oppineet käsittelemään tällaisia negatiivisia itseän kohdistuvia tunteita syömisestä (buliminen oireilu) ja syömättömyyden (anorektinen oireilu) avulla, sillä keskittyminen syömiskäyttäytymiseen saa ajatukset pois negatiivisista ajatuksista ja tunteista. Anorektisessa oireilussa tästä seuraa kuihtuminen, mutta bulimisessa oireilussa syömisestä seurauksiin liittyy positiivisten vaikutusten

ohella myös negatiivisia uskomuksia lihomisesta, jolloin henkilö joutuu konfliktiin positiivisten ja negatiivisten uskomusten välillä. Syöminen saa toisaalta ajatukset pois ahdistavista asioista, mutta aiheuttaa samalla lihomisen pelkoa. Henkilön on pakko ratkaista tämä konflikti jotenkin, ja niin hän turvautuu uskomukseen siitä, ettei voi hallita syömistään ja antaa siten itselleen luvan syödä paljon. Tästä seuraa kuitenkin negatiivisia tunteita ja negatiivista itsearviointia, joita henkilö koettaa oksentamisen ja muiden kompensoivien keinojen kautta lievittää. Syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä myös tunteiden säätely ja ilmaiseminen tapahtuu paljolti syömisen ja syömättömyyden avulla, sillä heillä on todettu usein olevan vaikeuksia tunteidensa tiedostamisessa, tunnistamisessa, nimeämisessä ja erottelemisessa toisistaan sekä niiden ilmaisemisessa muille (Sim & Zeman, 2004).

1.3 Tutkimuksen tieteenteoreettiset lähtökohdat

1.3.1 Hermeneuttinen ja ymmärtävä psykologia

Tutkimukseni ontologiset lähtökohdat sijoittuvat ymmärtävän ja hermeneuttisen psykologian perinteeseen. Ymmärtävä psykologia perustuu käsitykseen, että mieli merkityksenannoista ja merkityssuhteista rakentuvana symbolisena ja subjektiivisena kokemusmaailmana on olemukseltaan sellainen, että sitä voi tavoittaa vain rekonstruktiiivisilla menetelmillä (Latomaa, 2006). Ymmärtävä psykologia onkin luonteeltaan rekonstruktiiivista tiedettä, jolloin tutkimuskohteena on symbolisesti rakentuva merkitystodellisuus, toisin kuin empiirisanalyttisissä tieteissä, joissa kohteena on havaittava todellisuus. Latomaan mukaan tällaisia symbolisesti rakentuvia merkitystodellisuuksia voidaan lähestyä vain ymmärtämisestä käsin, sillä niitä ei voida observoida kuten havaittavaa todellisuutta.

Brunerin (1986) mukaan on olemassa kaksi tietämisen tapaa: paradigmaattinen ja narratiivinen, joista aiempi perustuu asioiden luokitteluun ja kategorisointiin, ja jälkimmäinen perustuu olettamukselle siitä, että selitämme asioita tarinoiden kautta. Ymmärtävä psykologia on luonteeltaan lähempänä narratiivista tietämistä, ja rekonstruktiiivisena tieteenä se pyrkii ymmärtämään subjektiivista merkityksenantoa ja tuomaan julki symbolisen ilmauksen merkityssisällön sekä tulkitsemaan sitä (Latomaa, 2006). Toisin sanoen ymmärtävä psykologia pyrkii rekonstruoimaan ilmauksen tuottaneen kokemuksen sellaisena kuin tutkittava on sen kokenut. Tutkija toimii ikään kuin tulkkina, kääntäen tutkittavien ilmauksia sellaiseen muotoon, joita lukijat voivat ymmärtää (Corbin & Strauss, 2008). Saarnivaara (2002) huomauttaa kuitenkin, että tutkijan ollessa

kykenemätön tavoittamaan suoraan elettyä kokemusta, joutuu hän luomaan sen kirjoittamassaan tekstissä omien havaintojensa pohjalta, ja nämä havainnot ovat jo tulkinnan kyllästämiä. Tutkija ei voi koskaan esittää maailmaa juuri sellaisena kuin se on, vaan ainoastaan omana tulkintanaan maailmasta.

Ymmärtävä psykologia jakaantuu Latomaan (2006) mukaan syvähermeneuttiseen ja hermeneuttiseen psykologiaan, joiden erona on se, että syvähermeneuttinen psykologia pyrkii tulkitsemaan ilmauksen syvällistä tasoa ja hermeneuttinen ilmauksen pintatasoa. Käytännössä tämä tarkoittaa, että toinen suuntaus rekonstruoi ilmauksen kätkeytyä, jopa tiedostamattomia kokemuksia ja toinen ilmauksen esiintuomia tiedostettuja kokemuksia. Oman tutkimukseni tieteenteoreettiset lähtökohdat olivat lähempänä hermeneuttista psykologiaa, sillä halusin tutkia syömishäiriötä sairastavien henkilöiden tiedostettuja kokemuksia liittyen sairastumiseensa.

Hermeneuttinen psykologia olettaa, että ilmauksien sisältämät merkitysisällöt ovat kokemusten rekonstruktioita, ja se pyrkii näiden kokemusten esille tuomiseen sellaisena kuin tutkittava on ne kokenut (Latomaa, 2006). McLeodin (2001) mukaan hermeneutiikassa on aina kyse tulkinnasta ja tietyn näkökulman ottamisesta suhteessa tutkittavaan asiaan. Hän toteaa, että tutkija ei voi olla koskaan täysin vapaa ennakkoluuloistaan ja esiyymmärryksestään, jotka nousevat kulttuurista, jonka jäsen tutkija on. Landau (2001) puolestaan toteaa hermeneutiikan käsittävän tekstit avoimiksi ja tulkintaa vaativiksi, jolloin niiden merkitys riippuu yhtä paljon lukijasta kuin tekstin tuottajastakin. Hermeneuttisen ymmärtävän psykologian perinteet ovat fenomenografinen, fenomenologinen ja eksistentiaalis-fenomenologinen psykologia (Latomaa, 2006). Oma tutkimukseni oli lähtökohdiltaan fenomenografista psykologiaa, sillä siinä ollaan kiinnostuneita siitä, miten yksilöt kokevat asioita, ei siitä, miten asiat ovat. Fenomenografinen psykologia eroaa muista hermeneuttisen psykologian perinteistä siinä, että se pyrkii tuomaan kokemuksen esille sellaisenaan, ristiriitoinen kaikkineen ja tavoitteena onkin kokemuksen moninaisuuden esiintuominen. Engeström (1986) viittaa tekstissään Martonin fenomenografisen tutkimuksen määrittelyyn, jonka mukaan fenomenografisessa tutkimuksessa pyritään liittämään yksilön omat käsitteet yhteiskunnan jaettuun mieleen. Tutkimuksessa keskitytään tutkittavien käsitteiden vaihtelevaan sisältöön eikä siihen, mistä tämä vaihtelu johtuu. Sisältö tai oikeastaan koettu sisältö ilmenee puolestaan tutkittavien käsitteiden käytön kautta. Latomaan (2006) mukaan fenomenografisessa psykologiassa ei kuitenkaan ole tarkkoja tulkintamenetelmiä, ja ne ovat vielä kovin kehittymättömiä. Käytinkin omassa tutkimuksessani Polkinghornin (1995) narratiivista analyysia ja holistista sisällön analyysia yhdistäen näihin hermeneuttisen psykologian periaatteita.

1.3.2 Epistemologiset lähtökohdat

Tutkimukseni epistemologiset lähtökohdat ovat narratiivisuudessa ja narratiivisessa psykologiassa. Narratiivisuudella voidaan Erkkilän (2006) mukaan viitata moniin eri asioihin, kuten tietämisen tapaan ja tiedon luonteeseen, jolloin ihmisen uskotaan jäsentävän kokemuksensa ja muistinsa narratiivisen ajattelun avulla (ks. myös Laitinen & Uusitalo, 2008). Tiedonmuodostus siis tapahtuu tarinoiden kautta ja tästä johtuen narratiivinen tietäminen soveltuu hyvin tutkijan välineeksi ihmisen ymmärtäessä omaa ja muiden elämää tarinoiden kautta. Lászlón (2008) mukaan narratiivinen tutkimus sopii erityisen hyvin psykologian tutkimusvälineeksi, koska tarina tai kieli on ihmisen luonnollinen tapa rakentaa ja ymmärtää todellisuutta, ja siten tarinallisuutta voidaan pitää pohjana psykologisen tutkimuksen tekemiselle (ks. myös Murray, 2003; Lieblich ym. 1998). Narratiivisuudella voidaan viitata tietämisen tavan ja tiedon luonteen lisäksi aineiston hankintaan ja sen analyysitapaan (Riessman, 1993). Narratiivisuus aineiston käsittelytapana voidaan jakaa narratiivien analyysiin ja narratiiviseen analyysiin (Polkinghorn, 1995). Narratiivien analyysissa analysoitava teksti on tarinan muodossa, ja analyysissa keskitytään aineiston luokitteluun teemojen, tapaustyyppien ja kategorioiden kautta. Narratiivisessa analyysissa pyritään luomaan uusi tarina, joka tuo esille aineiston kannalta keskeisiä teemoja.

McAdams, Josselsen ja Lieblich (2006) toteavat meidän ihmisten olevan tarinankertojia luonteeltaan ja samalla tarinoita, joita luomme (ks. myös Lieblich ym. 1998). Tässä lähestymistavassa ajatellaan, että tarinat jäljittelevät elämää ja tuovat esille mielensisäistä maailmaa sekä samalla luovat ja muokkaavat kertojan identiteettiä ja todellisuutta. Hinchman ja Hinchman (2001) kuvaavat tarinaa selkeästi eteneväksi diskurssiksi, joka liittää asiat toisiinsa merkityksellisellä tavalla ja joka on aina suunnattu tietylle yleisölle tarjoten siten yhden tavan ymmärtää maailmaa ja siinä eläviä ihmisiä (ks. myös Elliot, 2005). Hyvä tarina onkin aina selkeästi etenevä ja uskottava, ja näitä tarinan ominaisuuksia voidaan vahvistaa vakuuttavalla ja yhteneväisellä juonella (Savukoski, 2008). Juoni on se tarinan muoto, jonka kautta ihmiset ymmärtävät ja kuvaavat asioiden suhteita sekä omia valintojaan (Polkinghorn, 1995). Tapahtumien ja asioiden yhdistäminen toisiinsa juonellistamisen avulla onkin tarinan keskeisin ominaisuus (Czarniawska, 2004; Elliot, 2005; Lawler, 2002; Murray, 2003; Polkinghorn, 1995). Jokin teksti voi olla kertovassa muodossa ilman juonta, mutta tarina tarvitsee aina juonen. Juoni on tarinallisen ajattelun keskeinen väline, jolla ihmisten elämäkokemukset organisoidaan tarinalliseen muotoon. Juoni yhdistää tietyn ajanjakson tapahtumat toisiinsa ja luo siten tarinan alun sekä lopun, samalla mahdollistaen keskittymisen tarinan kannalta oleellisiin asioihin (Murray, 2003; Polkinghorn,

1995). Juonellistaminen tapahtuu yleensä hyödyntämällä jotakin klassista retorista kielikuvaa, kuten metaforaa ja ironiaa tai hyödyntämällä olemassa olevia tarinan muotoja, joita ovat romanssi, tragedia, satiiri ja komedia (Czarniawska, 2004). Kulttuuri ja siinä esiintyvät tarinat vaikuttavat paljon siihen, millaiset tarinat ovat hyväksyttäviä ja millaisia tarinoita pidetään tärkeinä (Lawler, 2002).

Narratiivinen psykologia käsittää Crossleyn (2009) mukaan todellisuuden ja erityisesti todellisuuden koetusta minuudesta rakentuvan kielen ja tarinoiden kautta. Olen Crossleyn kanssa samaa mieltä siitä, että on tärkeää erottaa toisistaan elämä ja tarina, sillä toisin kuin fiktiivisten tarinoiden kertojat, me emme voi täysin luoda niitä lähtökohtia, joista muodostumme (vrt. McAdams, Josselsen & Lieblich, 2006). Olemme tietysti määrin riippuvaisia niistä olosuhteista, lähtökohdista ja kyvyistä, joita meille on annettu. Emme voi myöskään hallita tarinamme alkua emmekä loppua, sillä tarinamme on aina kesken. Tarinoiden kautta voimme kuitenkin pyrkiä rakentamaan minuuttamme ja persoonaamme yhtenäisemmäksi, tekemällä tarinoista johdonmukaisia ja jatkuvia (Laitinen & Uusitalo, 2008). Narratiivinen psykologian edustajat uskovatkin, että elämme tarinoille rakentuvassa maailmassa ja että kertomiemme tarinoiden kautta muokkaamme sekä maailmaa että itseämme (Murray, 2003).

Narratiivisen tutkimuksen juuret ovat postmodernismissä, tulkitsevassa hermeneutiikassa ja fenomenologiassa, jolloin se pyrkii säilyttämään henkilöiden ja ilmiöiden moninaisuuden ja sijoittamaan ne tiettyyn kontekstiin, ollen kaikissa vaiheissaan tulkitsevaa tutkimusta (Josselson, 2007). Narratiivinen tutkimus on ennen kaikkea kokemuksen tulkitsemista, ja narratiivisessa tutkimuksessa olemme kosketuksissa tutkittavien kanssa, jotka ovat itsekkin keskellä oman itsensä tulkitsemisprosessia (Josselson & Lieblich, 1995). Narratiivinen tutkimus antaa tutkijalle mahdollisuuden todistaa yksilöiden moninaisuutta ja tunnustaa, että samalla kun jotkin ilmiöt voivat olla yhteisiä kaikille, niin jotkin ilmiöt pysyvät ainutlaatuisina ja yksilöllisinä (Josselson, 1995). Riessmanin (1993) mukaan narratiivisessa tutkimuksessa tutkittavan ohella myös tutkimuksen tekijät ja sen lukijat ovat keskeisessä roolissa tarinan luomisessa, sillä tarinan merkitys riippuu aina sen tulkitsijasta. Tarinan kertoja määrittää kuitenkin valitsemallaan kerrontatyyllillä sitä, miten haluaa tarinaansa tulkittavan. Tarinan kertomisen taustalla voi olla monia erilaisia motiiveja, kuten halu muistella asioita, väitellä, vakuuttaa toiset henkilöt jostain asiasta, viihdyttää ja jopa johtaa muita harhaan (Riessman, 2008; ks. Chase, 1995). Gergenin ja Gergenin (2001) mukaan tietyn tarinamuodon valitsemalla henkilö voi myös lisätä tai vähentää oman elämänsä jännitteitä.

Hänninen (2003) kuvaa sisäistä tarinaa mielen sisäiseksi prosessiksi, jossa ihminen tulkitsee omaa elämäänsä tarinallisten merkitysten kautta (ks. myös Gergen & Gergen, 2001). Sisäinen tarina on tarina itseä varten, ja aivan kuten sisäisen puheen senkin tarkoituksena on ohjata henkilön omia

psykykkisiä prosesseja ja toimintaa. Sisäinen tarina muodostuu sosiaalisen tarinavarannon ja henkilön yksilöllisen kokemushistorian aineksista, ja se on luova sekä muuttuva elämäntilanteen jäsenysprosessi, joka ankkuroituu henkilön motiiveihin sekä emootioihin (ks. myös Lawler, 2002). Sosiaalisella tarinavarannolla Hänninen (2003) tarkoittaa kaikkia niitä kulttuurisia kertomuksia, joita henkilölle tarjoutuu. Sosiaalinen tarinavaranto sisältää siten kaikki ne kertomukset, joita henkilö kohtaa sosiaalisessa vuorovaikutuksessaan tai median ja kirjoitetun tekstin kautta. Sisäisessä tarinassa onkin kyse prosessista, jossa henkilö tulkitsee omaa elämäänsä sosiaalisesta tarinavarannosta omaksumiensa mallien avulla, mukauttaen tarinaansa omiin motiiveihinsa ja emootioihinsa sopivaksi (ks. myös Lieblich ym. 1998). Ihmiset eivät ainoastaan tulkitse sosiaalista maailmaa ja sen tapahtumia sisäisen tarinan kautta, vaan sosiaalinen maailma itsessään rakentuu tarinoista (Lawler, 2002). Kerrotut tarinat tulevat osaksi sosiaalista tarinavarantoa ja siten luovat osaltaan sosiaalista maailmaa.

Sisäisellä tarinalla on Hännisen mukaan monia funktioita, mutta otan tässä esille vain joitakin, oman tutkimukseni kannalta keskeisiä funktioita. Ensinnäkin sisäinen tarina toimii kokemuksen jäsentäjänä ja seulanä, se poimii tapahtumien moninaisuudesta esille vain ne, jotka ovat sisäisen tarinan kannalta merkityksellisiä ja tulkitsee ne juuri tuon merkityksen kautta. Sisäinen tarina myös jäsentää syy-seuraussuhteita, jolloin erityisesti ne tapahtumat, jotka eivät ole odotettuja pyritään selittämään jostakin johtuviksi. Syiden hakemisen eräs tärkeimmistä funktioista on löytää syyllinen tapahtumille, jolloin keskeiseksi tulee kysymys siitä, onko tapahtunut asia henkilön omaa syytä vai muista johtuvaa, tällöin voidaan puhua myös henkilön tekemistä kausaaliattribuutioista.

Sisäistä tarinaa on verrattu narratiivisen psykologian tarinakäsitteisiin, sillä niissä molemmissa on paljon samoja piirteitä, kuten käsitys tarinan sosiaalisista ja kulttuurisista aineksista. Perttula (2009) vertaa sisäistä tarinaa McAdamsin näkemykseen elämäntarinasta, sillä ne molemmat ovat hänen mukaansa kuin persoonallisuutta koostavaa liimaa. Ne ylläpitävät oman eheyden ohella myös elämän merkitystä ja tarkoitusta. McAdams (2009) kuvaa elämäntarinaa sellaiseksi sisäistetyksi tarinaksi itsestä, joka yhdistää menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden ehyeksi kokonaisuudeksi, joka tuntuu merkitykselliseltä. Elämäntarina on hänen mukaansa ihmisen identiteetti, ja niinpä identiteetin muuttuessa tarinakin muuttuu. McAdams (1993) toteaa myös, että on tärkeää ymmärtää, että emme löydä itseämme vaan luomme itsemme tarinoiden kautta. Tämä herättää kuitenkin kysymyksen siitä, eikö ihminen ole olemassa, jollei hän luo itsestään tarinaa.

1.4 Tutkimukseni tavoitteet

Olen sitoutunut tutkimuksessani ymmärtävän psykologian perinteeseen, jolloin uskon ihmisen mielen rakentuvan subjektiivisista merkityksenannoista ja merkityssuhteista (Latomaa, 2006). Subjektiivisena merkitysmaailmana mieli on tutkijalle tavoittamattomissa, mistä seuraa, että mieltä tai kokemuksia voidaan tutkia ainoastaan, jos tutkittava kertoo tai muulla tavoin ilmaisee kokemuksiaan. Tästä syystä subjektiivisen kokemuksen tutkimusta on mielekästä lähestyä tieteenteoreettisesti rekonstruktivisena tieteenä, jollaista ymmärtävä psykologiakin on. Lähestymistavakseni valitsin narratiivisuuden, jolla viitataan sekä ihmisten tapaan jäsentää kokemuksiaan tarinan muotoon että tutkimusaineiston luonteeseen ja analyysiin (Riessman, 1993). Päädyin tähän lähestymistapaan, koska psykologian tavoitteena on ihmisen käyttäytymisen ennustamisen ja siihen vaikuttamisen ohella tutkia ja ymmärtää ihmisen mielensisäistä maailmaa, ja hänen tarinansa omasta elämästään sekä koetusta todellisuudestaan ovat yksi selkeimmistä väylistä oppia tuntemaan tätä maailmaa (Lieblich, Tuval-Maschiach & Zilber, 1998).

Oman tutkimukseni kautta halusin ymmärtää paremmin syömishäiriöstä kärsivien henkilöiden mielenmaailmoja tarkastelemalla tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden kokemuksia niistä tekijöistä, jotka ovat vaikuttaneet heidän syömishäiriöidensä kehittymiseen. Heidän kokemuksiaan pyrin tavoittamaan sisäisten tarinoiden kautta ja näitä sisäisiä tarinoita ilmensivät heidän tutkimustani varten kirjoittamansa lyhyet elämäntarinat, joissa he keskittyivät niihin asioihin, joiden kokivat olevan sairastumisensa taustalla. Tutkimukseni tavoitteena oli siis tuoda esille sairastuneiden omia kokemuksia ja näkemyksiä sairastumisestaan sekä etsiä vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Millaisia merkityssuhteita syömishäiriön taustalla olevien asioiden välillä on ja miten nämä asiat ovat yhdessä vaikuttaneet syömishäiriön kehittymiseen?

Millaisen merkityksen henkilöt ovat antaneet ennen syömishäiriöön sairastumistaan tapahtuneille asioille?

2. MENETELMÄT

2.1 Tutkimusaineisto ja tutkittavat

Elämäkertatutkimuksen kohteena ovat henkilö ja hänen kokemuksensa sekä tulkintansa elämänsä tapahtumista, ja erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat henkilön elämässä tapahtuneet käännekohdat (Creswell, 1998). Elämäkerrat ovat perinteisiä kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoja ja niitä voidaan kerätä joko haastattelemalla tai houkuttelemalla henkilö kirjoittamaan itse elämäntarinansa (Bornat, 2008; Eskola & Suoranta, 2008). Omassa tutkimuksessani valitsin jälkimmäisen tavan, sillä Eskola ja Suoranta (2008) toteavat, että elämäkertojen keskeisin anti on siinä, että niissä näkyy välittömästi se, miten ihmiset itse kuvaavat kokevansa elämänsä ilman haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutusta. Kirjoittaessaan ihminen on yksin omien ajatustensa ja kokemustensa kanssa, eikä toinen henkilö ohjaile ajatuksenjuoksua. Elämäkerroissa ihmiset siis itse päättävät, mistä haluavat kertoa, eikä tutkija voi tehdä tarkentavia kysymyksiä (Eskola & Suoranta, 2008; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1998).

Elämäkerrassaan henkilö rekonstruoi omaa elämäänsä tulkinnan kautta, ja siten hän ei ainoastaan muistele, mitä hänen elämässään on tapahtunut, vaan hän pyrkii myös ymmärtämään tapahtumia nykyisyydestä käsin (Given, 2008). Elämäkerrat ovat keskeisessä asemassa erityisesti narratiivisessa tutkimuksessa, sillä ne mahdollistavat henkilön kokemusten tarkastelun kokonaisuutena, eivätkä pyri vieraannuttamaan tutkittavaa omasta elämänsä tutkimuksen aikana. Mielestäni elämäkerrassa on kyse siitä, että tutkittava kirjoittaa omaa sisäistä tarinaansa julki. Kirjoittaessamme henkilöiden elämästä, tuomme heidän elämänsä omaan tekstiimme luoden samalla sellaista mielikuvaa, että tavoitamme aidosti henkilöiden kokemuksia (Denzin, 1989). On kuitenkin tärkeää muistaa, että elämäkertojen analyysissä on kyse tulkinnasta, ja että oikeastaan luomme ne henkilöt, joista kirjoitamme, aivan kuten hekin luovat minuuttaan kertoessaan tarinaansa.

Tutkimusaineistoni keruun aloitin helmikuun alussa, jolloin tutkimuspyyntöni lähetettiin syömishäiriötä sairastavien henkilöiden vertaisryhmien ohjaajille ja sitä kautta ryhmiin osallistujille. Tutkimuspyyntöni julkaistiin myös syömishäiriöliiton jäsenkirjeessä helmikuun aikana. Tutkimuspyynnössäni esitin toiveen saada muutaman sivun pituisia elämäkertoja, joissa painottuisivat ne asiat, joiden henkilöt kokevat olevan sairautensa taustalla. Tehtävänantoni oli tarkoituksella strukturoimaton, sillä halusin henkilöiden saavan ilmentää omaa tapaansa kertoa

asioista. Aineistonkeruun oli tarkoitus päättyä maaliskuun loppuun mennessä, mutta sitä jouduttiin jatkamaan kuukaudella, koska olin saanut vain yhden tekstin ennen maaliskuun loppua. Lopullisen aineistoni muodostivat neljä elämäkertaa, joiden pituudet vaihtelivat kahdesta sivusta neljään sivuun.

Tutkittavat antoivat itsellensä nimimerkit ja näitä nimimerkkejä käytin omassakin tekstissäni. Kuvaukset syömishäiriöiden ilmenemisestä olivat myös henkilöiden omia kokemuksia ja kuvauksia sairaudestaan. Heli oli 55-vuotias nainen, joka oli sairastanut syömishäiriötä suurimman osan elämästään. Hänellä syömishäiriö oireili lapsena ylensyöntinä, mutta murrosiän jälkeen alkoivat anoreksian oireet, jotka olivat jatkuneet elämäntarinan kirjoittamiseen asti, välillä pahempina ja välillä lievempinä. Tuija oli 46-vuotias nainen, jolla syömishäiriö oireilu alkoi ennen ylioppilaskirjoituksia. Hänellä oli nuorena ahmintaa, mutta hän ei koskaan oksentanut vaan urheili hallitakseen painoaan. Tuijalla olivat vuorotelleet laihtuminen ja lihominen. Jenni oli 16-vuotias tyttö, jolla ensimmäiset syömishäiriön oireet ilmenivät 12–13-vuotiaana. Hänellä oli ollut sekä bulimian että anoreksian piirteitä. Karoliina oli 24-vuotias nainen, jolla oireilu oli alkanut 7-vuotiaana. Alussa oireilu ilmeni ennen kaikkea syömisensä kontrollointina ja vasta myöhemmin mukaan tuli myös ahmintaa.

2.2 Narratiivinen analyysi ja tulkinta hermeneuttisesta psykologiasta käsin

Katso varovasti, arvostele hellästi. Lue rivien välistä ja alta. Matka ei ole koskaan niin puhdas kuin määränpää ja kertominen on vielä sitäkin hämmäntävämpää. (Smeltzer & Smeltzer, 2006, 271)

Tarkasteluni taustalla oli ajatus siitä, että tutkimukseeni osallistuneiden kirjoittamat lyhyet elämäntarinat ilmensivät laatijoidensa tulkintaa ja kokemuksia siitä, mitkä asiat olivat olleet viemässä heitä kohti sairastumista. Analyysini tarkoituksena ei ollut pohtia sitä, kuinka henkilöt olivat jostakin tietystä syystä sairastuneet, vaan sitä, mitkä asiat ja tapahtumat olivat kokonaisuutena olleet pakottamassa heitä selviytymispoluille, joilla syömishäiriö oli toiminut yhtenä ratkaisuna elämän ongelmiin.

Hermeneuttisen psykologian periaatteita sovellettaessa tukijan tulee pyrkiä irtautumaan luonnollisesta asenteestaan tutkittavaa asiaa kohtaan ja eläytymään tutkittavien kokemuksiin (Perttula, 1995). Luonnollinen asenne koostuu arkikokemuksista ja teoreettisesta tiedosta (Latomaa, 2006). Oman luonnollisen asenteen tunnistaminen on Latomaa (2006) mukaan tärkeää siksi, ettei

tutkija sekoita omaa tapaansa suhtautua asioihin siihen, miten tutkittava on asian kokenut. Toinen tärkeä asia sovellettaessa hermeneuttisen psykologian periaatteita analyysiin on reduktio, jossa epäolennainen laitetaan syrjään kokemuksen moninaisuuden paljastamiseksi. Reduktio tapahtuu luonnollisen asenteen tunnistamisen ja sen syrjään laittamisen kautta. Omassa tutkimuksessani pohdin ensin omia asenteitani ilmiötä kohtaan, ja laitoin ne sitten tietoisesti syrjään. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että olisin laittanut syrjään esiyymmärrykseni koskien mielen rakentumista narratiivisesti tai että olisin onnistunut reduktiossa täydellisesti. Koetin vain parhaani mukaan sulkea mielestäni pois ne asenteet ilmiötä kohtaan, jotka olisivat voineet sekoittaa tutkittavien kokemuksiin.

Narratiivisessa analyysissä pyritään tarkastelemaan tutkittavan tarinaa ja analysoimaan sitä, millaisille kulttuurisille ja kielellisille aineksille se rakentuu, ja miten se vakuuttaa lukijan sanomastaan (Riessman, 1993; ks. myös Chase, 1995). Narratiivinen analyysi on luonteeltaan ennen kaikkea tapaustutkimusta, mutta sen avulla voidaan myös haluttaessa luoda kategorioita tarkastelemalla tutkittavien tarinoissa ilmeneviä yhtäläisyyksiä (Riessman, 2008). Pitää myös muistaa, että tarina kerrotaan aina tietylle yleisölle, jolloin tarinan sisältö vaihtelee sen mukaan, kenelle tarina on suunnattu, kertojan halutessa antaa aina tietynlaisen kuvan itsestään (Riessman, 1993). Omaan tutkimukseeni osallistuneet henkilöt olisivatkin ehkä kertoneet hieman erilaisia tarinoita ystävilleen tai läheisilleen kuin minulle ja tutkimustani lukeville henkilöille. Crossley (2009) kirjoittaa osuvasti siitä, miten määrittelemme tarinoiden kautta sen keitä olemme, olimme ennen ja millaisiksi voimme tulevaisuudessa kehittyä.

On olemassa useita erilaisia tapoja toteuttaa narratiivista analyysia ja valitsin niistä omaan tutkimukseeni holistisen sisällön analyysin soveltaen siinä Polkinghornen narratiivista analyysia (Lieblich ym., 1998; Polkinghorne, 1995). Koin, että näillä metodeilla sain tavoitettua aineiston sisältöä mahdollisimman monipuolisesti, ja lisäksi Lieblichin ym. (1998) kehittämät holistiset ja kategoriset sisällön analyysit on heidän mukaansa kehitetty erityisesti elämäntarinoiden analysointiin. Holistisessa lähestymistavassa tekstin osia tulkitaan suhteessa kokonaisuuteen, ja siten se mukailee valitsemani hermeneuttisen lähestymistavan periaatteita, sillä hermeneutiikassa on ollut alusta lähtien kyse juuri siitä, että yksityiskohtia voi ymmärtää vain kokonaisuudesta käsin (Alvesson & Sköldberg, 2000). Pohdin kauan aikaa myös kategorista analyysia vaihtoehtona holistiselle analyysille, koska kategorista analyysia käytetään usein silloin, kun jokin asia on tutkittaville yhteinen (Lieblich ym., 1998). Päädyin kuitenkin holistiseen näkökulmaan edellä mainitsemistani syistä, ja koska halusin säilyttää tarinat ehyinä kokonaisuuksina, ja koska tutkimukseni tavoitteena oli ymmärtää tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden kokemuksia sairastumisestaan, ei luoda kategorioita syömishäiriön mahdollisista syistä. Lisäksi Polkinghorne

(1995) on todennut, että kategorinen analyysi on oikeastaan narratiivien analyysia, ei narratiivista analyysia, ja olen hänen kanssaan asiasta samaa mieltä (Polkinghorne, 1995). Nämä analyysin tuloksena syntyneet tarinat kuvasivat sitä matkaa, jonka alussa henkilöille oli kehittynyt päämääriä ja unelmia, ja jonka kuluessa he olivat tavoitelleet näitä päämääriään ja unelmiaan syömishäiriönsä avulla.

Holistisessa sisällön analyysissa tarina analysoidaan kokonaisuutena, ja tarinan eri osat tulkitaan suhteessa toisiinsa, ja analyysin kohteena ovat tarinan sisältö ja sen tapahtumat (Lieblich ym., 1998). Holistisen sisällön analyysin alussa aineisto luetaan useaan kertaan lävitse ja etsitään tarinan kokonaisuuden kannalta keskeisiä kohtia, jotka ovat tarinan yhteneväisyyden kannalta keskeisiä tai sitten tarinaan epäyhteneväisyyttä tuottavia kohtia. Aluksi luinkin tarinat useaan kertaan lävitse ja alleviivasin mielestäni olennaiset osat teksteistä. Tämän jälkeen holistisessa sisällön analyysissa valitaan muutamia tarinoista nousevia teemoja, joita analyysissa halutaan tarkastella lähemmin. Teemoihin liittyvät tekstikappaleet on hyvä merkitä eri väreillä ja lukea tekstejä lävitse uudelleen ja uudelleen samalla miettien, onko sijoittanut tekstikappaleet oikeiden teemojen alle. Jokaista teemaa tulee tarkastella myös yksittäin kiinnittämällä huomiota siihen, miten ne etenevät, mitä ne pitävät sisällään ja miten ne liittyvät tekstikokonaisuuteen. Omassa tutkimuksessani etsin tarinoista kohtia viiteen muodostamaani teemaan, joita olivat: Mikä oli henkilön kulkeman polun päämäärä tarinassa? Minkä tapahtumien seurauksena päämäärä muodostui ja milloin matka syömishäiriön kanssa kohti päämäärää alkoi? Mitkä asiat ja tapahtumat olivat johdattaneet henkilöä eteenpäin polulla syömishäiriön kanssa? Auttoiko ja miten syömishäiriö päämäärän saavuttamisessa? Millaisena henkilön syömishäiriö oireilu ilmeni? Teemojen löytäminen tarinoista ei ollut kovin helppoa, koska välillä oli vaikea erottaa teemoja toisistaan.

Polkinghornen (1995) mukaan narratiivisen analyysin tuloksena tulisi aina syntyä tarina, joka ei ainoastaan luettele tapahtumia aikajärjestyksessä vaan liittyy yksittäiset tapahtumat toisiinsa ja tuo esille näiden tapahtumien merkityksen lopputuloksen kannalta, tämä tapahtuu hänen mukaansa juonellistamisen avulla. Saatuaani siis lopulta jaettua tarinoiden keskeiset osat viiden muodostamani teeman alle tarinoittain, aloin etsiä teemojen yhteyksiä toisiinsa ja muodostaa niistä selviytymispolkuja juonellistamisen avulla. Näillä selviytymispoluilla oli selkeä alku ja loppu, ja ne etenivät kronologisesti tuoden esille asioiden syy-yhteyksiä. Juonellistamisessa halusin säilyttää elämäntarinoiden kirjoittajien oman äänen ja heidän kokemuksensa asioiden liittymisestä toisiinsa, yhdistäen siihen omaa tulkintaani asioiden yhteyksistä toisiinsa. Analyysin tuloksena syntyikin neljä selviytymispolkua, joissa yhdistyivät elämäkertojen kirjoittajien näkemykset ja omat tulkintani matkasta selviytymispolulla.

3. TUTKIMUSTULOKSET

3.1 Selviytymispolut

Syömishäiriö ei ole ollut tutkimukseeni osallistuneille henkilöille päämäärä vaan keino saavuttaa jokin muu tavoite. Tästä syystä olen nimennyt polut kohti tavoitetta selviytymispoluiksi enkä sairastumispoluiksi. Jokaisen tutkimukseeni osallistuneen henkilön polku kohti omia tavoitteitaan pitää sisällään syömishäiriön yhtenä keinona saavuttaa nämä tavoitteet. Polut ovat sisältäneet kipeitä kokemuksia, häpeän ja huonommuuden tunteita sekä tyytymättömyyttä omaan itseän. Polkuihin on sisältynyt rakkauden kaipuuta, hyväksynnän hakemista ja armottomuutta itseä kohtaan. Henkilöiden polut ovat kulkeneet murheen laaksoissa ja pettymyksen pelloilla. Polun alussa heillä ei ole ollut vielä matkaseuraa, mutta jossakin vaiheessa matkaa heille kaikille on tullut matkaseuraksi syömishäiriö, josta onkin tullut uskollinen matkakumppani.

3.1.1 Heli

Heli kasvoi suurperheessä, jossa äiti oli kotona ja isä työskenteli kodin ulkopuolella. Perheen sisäiset ihmissuhteet olivat etäisiä, sillä äiti oli psyykkisesti sairas ja halusi hallita perhettään huonontamalla lasten välejä toisiinsa sekä painamalla isää alaspäin halveksumalla ja pilkkaamalla. Isä oli luonteeltaan kiltti, ja reagoi äidin viestintään viettämällä paljon aikaansa työpaikallaan. Kotona ollessaan isä ei keskittynyt perheeseensä vaan oli yleensä omissa ajatuksissaan.

Meitä lapsia nostettiin äitini toimesta toisiamme vastaan, vallitsi ”hajoita ja hallitse... Äitini halveksui ja pilkkasi isää, kaikki oli väärin ja isästä ei ollut mihinkään hänen mielestään.

Äitini oli psyykkisesti sairas... Isä oli kiltti mutta omiin maailmoihinsa vetäytynyt, eli elämäänsä työpaikallaan ja kotona oli poissaoleva.

Heli ei saanut lapsuudessaan osoittaa positiivisia tunteitaan, vaan ne täytyi pitää sisällään, ja jos Helillä oli murheita, niin niihin ei saanut apua eikä niistä voinut edes puhua, vaan nekin täytyi vain pitää itsellään. Perheen piti olla ja näyttää paremmalta kuin muut perheet. Heli ei myöskään koskaan saanut kuulla seksuaalisuuteen tai naiseuteen liittyvistä asioista, sillä ne olivat äidin mielestä likaisia puheenaiheita.

Vielä muutama sana lapsuudenkodista: meillä ei saanut näyttää muita kuin negatiivisia tunteita. Naapureita ja muita ihmisiä ylipäättään pilkattiin, pidettiin ”hulluina”, me olemme ”parempia”. Itkeä ei saanut, apua ei saanut myöskään mihinkään murheisiin, ne piti visusti pitää omana tietonaan...Kaikki sukupuoliisuuteen, synnytykseen, rakkauteen, ihastumisiin ja seurusteluun liittyvä oli likaista ja niitä sanoja ei käytetty.

Tytöt eivät äidin mielestä kelvanneet mihinkään, vain perheen pojilta odotettiin paljon. Heli tunsikin jo pikkulapsena, ettei hän ansainnut mitään hyviä asioita osakseen. Hän koki olevansa suuri ja kömpelö, vaikka ei ylensyömisoireistaan huolimatta ollutkaan lihava.

Myöskään meistä tytöistä ei ollut mihinkään, olimme kelvottomia, vain pojat oli jotain ja heille asetettiin valtavia odotuksia.

Jo pikkulapsesta, 3-4-vuotiaasta tunsin itseni valtavan isoksi, rumaksi ja kömpelöksi. En koskaan ansainnut (enkä nytkään tunne ansaitsevani) mitään hyvää osakseni, en rakkautta tai hellyyttä, en kiitosta tai kehua.

Lapsuudessa sairaus oirehti ylensyöntinä, en kuitenkaan koskaan ollut varsinaisesti lihava.

Äidin psyykinen sairaus sai hänet käyttämään Heliä seksuaalisesti hyväkseen ehkä jo Helin ollessa pikkuvauva ja tätä jatkui aina 7-8-vuotiaaksi asti. Heli ei saanut keneltäkään apua hätäänsä isän ollessa täysin äidin vallan alla. Heli tunsikin olevansa täysin yksin ilman muiden tukea ja apua. Hän alkoi vihata itseään ja hänelle tuli halu tehdä itselleen pahaa.

Äitini oli psyykkisesti sairas, hän käytti minua ehkä jo pikkuvauvasta asti seksuaalisesti hyväksi. Sisarellani on muistikuvia tästä, siltä ajalta kun olin vaippaikäinen oma ensimmäinen muistikuvani on ajalta jolloin olin hyvin pieni, en tiedä ikää mutta makasin äitini jalkojen välissä sängyllä. Näitä asioita jatkui kunnes olin 7-8 ikäinen

Isältä ei saanut apua, hän oli täysin tossun alla.

Tunnen ja olen aina tuntenut olevani täysin hylätty ja yksin... Kärsin syvästä itsevihasta ja minulla on tarve vahingoittaa itseäni, polttaa, syövyttää yms.

Koska Heli ei saanut apua pahaan oloonsa muilta, joutui hän turvautumaan omiin keinoihinsa helpottaa pahaa oloaan. Helille syntyi valtava halu kontrolloida kaikkea, ja niin alkoivat myös anoreksian oireet. Syöminen alkoi tuntua ahdistavalta ja pelottavalta.

Minulla on valtava kontrollin tarve ja tunnen hajoavani palasiksi jos syön, tunnen syöksyväni loputtomaan mustaan kuljuun missä en saa kiinni mistään vaikka miten haron ympärilläni.

Helillä on valtava kaipaus kokea olevansa turvassa ja rakastettu, mutta hän ei pysty luottamaan siihen, että voisi kelvata jollekulle omana itsenään. Heli kokee, että hyväksyntä on aina ansaittava jollakin tavalla. Heli ei olekaan pystynyt kiintymään tai rakastumaan keneenkään, vaikka onkin ollut useamman kerran naimisissa. Hän inhoaa edelleen seksuaalisuuttaan ja omaa kehoaan, ja erityisesti raskaana olevan naisen vartalo saa Helin tuntemaan inhoa.

Minulla on valtava kaipuu turvalliseen syliin, mutta en koskaan voi luottaa kehenkään, en voi uskoa, en voi uskoa että kelpaisin mihinkään, vaan aina on ostettava hyväksyntää... Olen ollut kolme kertaa naimisissa, vaikka en pysty kiintymään saati sitten rakastamaan partneriani.

Inhoan syvästi seksuaalisuutta ja vartaloani, minua inhottaa raskaana olevan naisen vartalo.

Alettuaan käydä terapiassa Heli on vihdoin pystynyt kertomaan asioistaan toiselle ihmiselle. Heli iloitsee myös kahdesta lapsestaan ja he saavat Helin tuntemaan, että jokin kohta hänessä on vielä säilynyt särkymättömänä. Kuitenkin hän samalla miettii pystyykö koskaan tulemaan ehyemmäksi kuin nyt on.

Tällä hetkellä käyn terapiassa kunnallisella psykiatrian poliklinikalla psykologin luona kahden viikon välein. Hänelle olen lopulta pystynyt avautumaan mutta en tiedä pystynkö koskaan tulemaan tämän paremmaksi kuin nyt olen.

Minulla on kuitenkin kaksi ihanaa lasta, tyttö 19 vuotta ja poika 33, he ovat minulle kaikki enkä koskaan voisi kuvitella kohtelevani heitä pahoin. Ehkä minussakin sitten vielä joku kohta on pysynyt ehjänä?

3.1.2 Tuija

Tuijan lapsuudenkodissa äiti oli jatkuvasti laihdutuskuurilla ja ulkonäöstä puhuttiin paljon. Pukeutumiseen kiinnitettiin myös paljon huomiota, sillä äiti oli ompelija ja isä muuten vain kiinnostunut vaatteista sekä itsensä laittamisesta. Tuija alkoi kuitenkin omien sanojensa mukaan kiinnittää huomiota omaan ulkonäköönsä vasta 16-vuotiaana, kun kesätyöaika Ruotsissa oli kerryttänyt hänelle muutamia kiloja lisää. Aluksi hän ei välittänyt painonsa noususta, sillä muut ihmiset antoivat hänelle positiivista palautetta muuttuneesta ulkomuodosta. Painonnousu jatkui kuitenkin myös kotona, ja tulevat ylioppilaskirjoitukset sekä etelänmatka ja isän kommentti kertyneistä kiloista saivat Tuijan aloittamaan lenkkeilyn ja punttisalilla käymisen. Tästä kaikesta alkoi Tuijan elämässä näihin päiviin asti jatkunut painon ja ulkonäön kontrollointi ja tarkkailu.

Tulin tietoiseksi ruumiistani 16-vuotiaana, kun palasin kotiin kesätöistä Etelä-Ruotsista... Aluksi en huolestunut kiloistani, koska olen pitkä ja sain positiivisia kommentteja pyörityneistä poskista jne. Herkuttelu ilmeisesti jatkui kotona, koska ennen ylioppilaskirjoituksia aloitin aktiivisen lenkkeilyn ja punttisalilla käymisen kilojen karistamiseksi. Tähtäimessä oli myös elämäni ensimmäinen etelänmatka ja sen takia piti olla ”timmi” kunnossa...Isäni kommentoi esimerkiksi yo-kirjoitusten aikaista lihomistani: ”nuori ihminen ja päästää itsensä tuohon kuntoon”.

Edellä kuvatusta episodista alkoi kuitenkin näihin päiviin jatkunut laihtumisen ja lihomisen vuorottelu, jota itse pidän syömishäiriönä, koska ulkonäkö ja paino ovat alituisen tarkkailuni kohteena.

Pian kuvioon tuli mukaan myös ahmiminen, jota Tuija koetti kompensoida liikkumalla entistä enemmän. Tuijan tavoitteeksi muodostuikin hallita omaa elämäänsä urheilun avulla, sillä painonhallinta antoi Tuijalle tunteen, että hallitsee edes hieman omaa elämäänsä.

Nuoruusvuosina kärsin ahmimisesta; en voinut tavata ihmisiä silloin, kun ahmiminen hallitsi elämäni... Urheilin kuitenkin jatkuvasti hallitakseni elämäni ja olemistani, edes painontarkkailun verran.

Tuijan lapsuudenkodin painonhallinta- ja ulkonäkökeskeisyys vaikuttivat varmasti siihen, miksi hän koki juuri painonhallinnan tuovan tunnetta elämänhallinnasta. Äidin jatkuva laihduttaminen on ollut merkittävä malli Tuijalle siitä, millaisena itsensä hyväksyy ja Tuija kokeekin suureksi ongelmakseen sen, että ei ole koskaan tyytyväinen itseensä, vaikka juuri sitä hän tavoittelee. Laihtumisen kautta Tuija hakee tyytyväisyyttä itseensä ja ollessaan omasta mielestään liian lihava ei hän halua ostaa edes uusia vaatteita vaan palkitsee itseään niillä vasta laihduttuaan.

Ongelmani kulminoituikin juuri tähän: vaikka vaaka näyttäisi mitä, en ole koskaan tyytyväinen itseeni.

Itsetuntoani hivelä, kun kuulin kommentteja laihtumisestani. Peilistä katsoessa näytin kuitenkin ihan samalta kuin aina ennenkin.

Näissä kiloissa en kuitenkaan koskaan osta uusia vaatteita, muuten kuin kirpparilta. Sitten kun taas joku päivä laihdun, palkitsen itseni ”oikeaan ” vaatekauppaan menemisellä.

Lasten saannin ja iän mukanaan tuoman impulsiivisuuden vähenemisen myötä ahminen on jäänyt Tuijalta kokonaan pois, ja syöminen pysyy paremmin hallinnassa kuin ennen. Vaikka Tuija onkin tällä hetkellä melko tyytyväinen elämäänsä, haluaa hän silti edelleen saavuttaa hallinnan tunnetta omassa elämässään painonhallinnan avulla. Liikunta on Tuijalle keino parantaa mieltä ja itsetuntoa, ja liikunnanjälkeisinä hetkinä Tuijasta tuntuukin, että kaikki on elämässä mahdollista.

Lasten saannin myötä myös ahmiminen on jäänyt kokonaan pois, mutta edelleen minulla on vaikeuksia pitää painoni sellaisissa lukemissa, joihin olisin tyytyväinen... Ehkä olen rauhoittunut iän myötä sillä tavalla, että kaikki impulsiivinen käyttäytyminen (ahmiminen mukaan lukien) on jäänyt vähemmälle.

Ehkä olen siinä mielessä perfektionisti, että haluaisin hallita elämäni syömällä, juomalla ja liikkumalla ”oikein”. Välillä kun elämä on muuten aika kaaosmaista opiskelun, työn ja perhe-elämän yhteensovittamisessa.

Juoksulenkki tai kuntosalilla käynti on hyvää lääkettä alakuloon ja huonoon itsetuntoon. Lenkiltä tai salilta tullessa tuntuu aina, kuin kaikki olisi mahdollista eikä mitään rajoituksia itsensä toteuttamiselle ole.

3.1.3 Karoliina

Karoliinan ollessa seitsemän vanha hänen isomummonsä kuoli. Isomummo oli ollut Karoliinalle todella tärkeä henkilö, ja Karoliina traumatisoitui tapahtuman johdosta. Hän alkoi uskoa, että hänen toiminnallaan, erityisesti epäonnistumisilla on erittäin suuri merkitys. Karoliina ajatteli, että hänen tehdessään väärin joku toinenkin henkilö kuolee, niinpä Karoliina rakensi itselleen systeemin, jossa hän oli turvassa. Tässä systeemissä Karoliina pyrki kontrolloimaan kaikkea, sillä systeemiin kuului, että jos Karoliina hallitsisi kaikkea, niin mitään kamalaa ei tapahtuisi.

Vanhamummo oli elämässäni hyvin tärkeässä osassa, enemmän ystävä kuin vanhempi, turvallinen tuki. Traumatisoiduin voimakkaasti. Pelkäsin, että jos teen jotain väärin, niin toinenkin ihminen kuolee. Aloin uskoa, että toiminnallani – erityisesti epäonnistumisilla – on erittäin vahvat vaikutukset... Aloin kontrolloida kaikkea mahdollista ja mahdotonta. Rakensin systeemin, jossa olin turvassa. Systeemin mukaan, mitään kamalaa ei tapahtuisi, jos olisin koko ajan perillä kaikesta ja kaikista.

Karoliinan kotona ruualla oli tärkeä osa, sen ääressä vaihdettiin kuulumiset, itkettiin, mökötettiin sekä naurettiin. Ruoka toimi palkintona sekä lohtuna ja sitä oli aina joka paikassa. Kuitenkin äiti oli aina jollakin dieetillä ja mummo puhui ruuan terveellisyydestä sekä kommentoi Karoliinan painoa, milloin kehottaen syömään enemmän, milloin vähemmän. Ruoka ja syöminen olivatkin Karoliinan perheessä keinoja käsitellä tunteita ja osoittaa välittämistä sekä huolenpitoa.

Olen kasvanut perheessä ja suvussa, jossa ruualla on ollut tärkeä rooli. Se on ollut lähes yksi perheenjäsenistä... Ruualla palkittiin, ruualla juhlittiin. Ruokaa syötiin jos oli paha mieli tai jos nauratti. Ruoka oli aina ja kaikkialla.

Meidän perheessä oli myös ikuiset laihduttajat – äiti ja mummo. Kun olin pieni, äiti paastosi ystävänsä kanssa. Oli mehupaastoa, palmusiirappipaastoa, kaalisoppapaastoa, paastoa paaston perään. Kaikista pahin oli kuitenkin mummo... Murrosiässä paino heittelee, kenen tahansa naisen paino heittelee kuukautiskierron mukaan. Kun mummo kuitenkin näki minua lähes viikoittain, niin sain kuulla yhtenäin painostani. Toisella viikolla piti laihduttaa, seuraavalla olisi pitänyt syödä enemmän. Jatkuva oravanpyörä.

Karoliinan ollessa ala-asteella terveydenhoitaja antoi ymmärtää, että Karoliinan tulisi laihtua, vaikka hän ei ollut edes lihava, ainoastaan kehityksessään edellä muita tyttöjä. Terveydenhoitajan kehottaessa Karoliinaa tarkkailemaan syömistään, olisi Karoliina kaivannut saada kuulla olevansa hyvän kokoinen ja kelpaavansa sellaisenaan. Hän olisi halunnut kuulla, että jotkut kehittyvät nopeammin kuin toiset, ja että se on ihan normaalia. Karoliinan jäädessä vaille tietoa omasta kehityksestään ei hän vielä ylä-asteellakaan voinut ymmärtää sitä, miksi hänellä oli muotoja ja joillakin toisilla tytöillä ei. Karoliina koki itsensä erilaiseksi ja hänelle syntyi valtava halu olla kaunis, että kukaan ei joutuisi häpeämään häntä.

Olin kuitenkin koko ala-asteajan painokäyrien ylälaidassa. En ollut mitenkään lihava, hieman pyöreä. Joka vuotuisessa terveystarkastuksessa terveydenhoitaja osoitti kuulakärkikynällä painokäyrää, sitä kohtaa missä minä olin ja sitä, missä olisi pitänyt olla... Ei 10-vuotiaalle pienelle tytölle anneta laihdutusneuvoja, ei osoitella käyriä. Sen sijaan kerrotaan, että sinä olet tämän kokoinen ja hyvä niin, älä välitä muista, olet hyvä näin... En tiedä, miten paljon olisin säästynyt, jos olisin ymmärtänyt, että naisellistuin ensimmäisten joukossa ja että se oli okei ja hyvä.

Halusin olla kaunis ja upea. Halusin, ettei kenenkään tarvitsisi hävetä minua missään suhteessa.

Karoliinan aloittaessa lukiota hän voi psyykkisesti huonosti, mutta ei oikein osannut vielä nimetä pahaa oloaan. Hän turvautui jälleen kontrollointiin keinona hallita ahdistustaan. Tällä kertaa Karoliina alkoi kontrolloida syömistään ja liikkua todella paljon. Lukion alku oli Karoliinalle, täydellisyys tavoittelijalle liikaa. Hän ahdistui ja masentui entistä enemmän sekä alkoi saada paniikkikohtauksia, ja joutui lopulta nuorisopsykiatriselle osastolle hoitojaksolle. Hoitojakson

loputtua Karoliina muutti ensimmäiseen omaan kotiinsa, jossa syöminen alkoi riistäytyä käsistä ja valtava kontrollointi vaihtui ahmimiseen. Ahmiminen ei kuitenkaan vielä tällöin ollut suunnitelmallista.

Oli yhdeksännen ja lukion välinen kesä. Olin masentunut ja erittäin ahdistunut, mutta millään ei ollut vielä nimeä. Kaikki meni tälläkin kertaa muutoksen piikkiin. Minä aloin kontrolloida syömisää... Tämän lisäksi aloitin liikkumisen. Ajoin pyörällä kuin hullu, joka ikinen päivä oli päästävä.

Tuli syksy, alkoi lukio. Minä, vaativa persoonallisuus, hajosin jo toisena koulupäivänä siihen vaatimusten määrään... Olin erittäin ahdistunut sekä masentunut. Lisäksi aloin saada paniikkikohtauksia.

Puolen vuoden osastojakson jälkeen muutin ensimmäiseen omaan kotiini. Siellä syöminen alkoi todella mennä metsään... Kun kaikki muut keinot ahdistuksen selättämiseksi oli käytetty, otin käyttöön petollisen syömisen.

Karoliina haki apua ahmimiseensa ravitsemusterapeutilta, terapeutti ei ymmärtänyt Karoliinan hätää ja sitä, että syöminen ei enää ollut Karoliinan hallinnassa vaan syöminen hallitsi Karoliinaa. 18-vuotissyntymäpäivänään Karoliina muutti entistä kauemmas kotoa, ja ahdistus sekä epävakainen olo jatkuivat edelleen. Tällöin Karoliinan ahminta muuttui suunnitelluksi. Ensimmäisten suupalojen ajan Karoliina tunsu olevansa onnellinen, mutta heti sen jälkeen hyvinolontunne vaihtui syyllisyyteen. Karoliina tiesi, ettei syöminen tulisi tekemään häntä onnelliseksi.

Pyysin apua, pyysin aikaa ravintoterapeutille. Sain ajan ja kerroin siellä näistä pakonomaisista syömiskohtauksista. Ohjeeksi sain lähteä lenkille ja lauseen ”eihän se leipä nyt niin epäterveellistä ole”. En tullut kuulluksi sen suhteen, että koin, ettei syöminen ollut enää minun käsissäni.

18-vuotissyntymäpäiväni jälkeen muutin 300 kilometrin päähän, Helsinkiin. Olin kaukana kotoa, olin ahdistunut ja erittäin epävakaa. Tässä vaiheessa näyttämölle astui suunniteltu ahmiminen.

Muistan sen huumaavan onnen tunteen, minkä sipsipussin aukaisu tuo. Se tuoksu, ne kaksi ensimmäistä lastua. Sen hetken olin onnellinen. Välittömästi tämän jälkeen hiipi syyllisyys. Tiesin, ettei syöminen tule auttamaan. Tiesin, ettei siitä seuraa mitään hyvää. Silti tein sitä.

Karoliina reagoi nykyäänkin syömisellään ahdistuksen tunteisiin ja pahaan oloonsa, koska ei tiedä, miten muutenkaan voisi toimia. Hän ei ole oppinut muuta keinoa käsitellä tunteitaan. Karoliina toivoo, että asiat voisivat vielä joskus muuttua, että hänellä vielä joskus voisi olla terve suhde ruokaan, eikä se olisi enää hänelle kuin jotakin päihdyttävää ainetta.

Temppuilen syömisten kanssa satunnaisesti. Edelleen siksi, koska en tiedä, miten muutenkaan reagoisin... En kuitenkaan tiedä, pystynkö muuttamaan asioita... Enkä usko, että saan ikinä tervettä suhdetta ruokaa. Ruoka tulee aina olemaan huume, jotakin kiellettyä ja jotakin koukuttavaa.

3.1.4 Jenni

Jennin ollessa kaksivuotias hän muutti perheensä kanssa ulkomaille asumaan kolmeksi vuodeksi. Kotiinpaluu oli Jennille suuri muutos, sillä perheen ollessa ulkomailla äiti oli ollut kotona, mutta perheen palatessa Suomeen meni äiti työhön ja Jenni esikouluun. Kolmannella luokalla Jenni alkoi lihoa ja hyvin pian häntä alettiin kiusata lihavuudestaan. Jenni alkoi muuttua jokapäiväisen haukkumisen ja solvaamisen takia eläväisestä tytöstä hiljaiseksi ja mahdollisimman huomaamattomaksi tytöksi. Kiusaaminen sai Jennin näkemään itsensä epämiellyttävänä, lihavana ja toisille kelpaamattomana. Jenni koetti kyllä kertoa asiasta opettajille ja vanhemmille, mutta häntä ei kuultu eikä asiaa otettu vakavasti. Jennin väsyttyä kiusaamiseen ja huomattuaan, ettei hän saanut muilta apua alkoi hän uskoa, että vain laihtumalla hän voisi kelvata muille. Tällöin alkoivat ensimmäiset syömishäiriön oireet tulla esiin.

Joka tapauksessa minua alettiin koulukiusaamaan lihavuuteni takia, joka paheni entisestään 4-luokalla (olin silloin 10-v.). Minua haukuttiin ja väheksyttiin joka ikinen päivä. Sosiaalisesta ja aktiivisesta tytöstä tuli pikku hiljaa hiljainen tyttö, joka toivoi olevansa näkymätön.

Aluksi kerroin kiusaamisesta opettajille, vanhemmille, yms., mutta ajan mittaan huomasin, ettei siitä ollut mitään hyötyä, se vain pahensi asioita. Lopulta jätin siis kertomatta, että minua kiusattiin.

Minua kiusattiin niin usein ja paljon, että näin itseni rumana, läskinä, jättiläisenä, porsaana, arvottomana... Aloin saada tarpeekseni kiusaamisesta ja uskoin, että vain laihtumalla, minut hyväksyttäisiin. Aloin tosissani miettiä laihduttamista ja silloin tulivat ensimmäiset syömishäiriön piirteet esiin. En kuitenkaan radikaalisti aloittanut laihduttamaan.

Kiusaamisen lisäksi Jenniä motivoi laihduttamaan eräs poika, Pekka (nimi muutettu), johon Jenni oli ihastunut. Jenni ajatteli, että jos vain olisi samanlainen kuin kaverinsa, johon Pekka oli ihastunut, niin hän voisi saada Pekan ihastumaan itseensä. Jennin tavoitteeksi tulikin olla yhtä laiha kuin hänen kaverinsa ja tällöin Jenni alkoi kiinnittää yhä enemmän huomiota syömiseensä. Aluksi Jenni jätti vain herkut pois, mutta saadessaan positiivista huomiota laihtumisestaan ja kiusaamisen loppuessa laihtumisen seurauksena kokonaan alkoi hän syödä yhä vähemmän. Jenni oli harrastanut urheilua lapsesta asti, mutta nyt urheilusta tuli hänelle pakonomaista. Rankan laihdutuskuurin kuluessa ihastuskin unohtui ja laihtuminen tuli elämän pääsisällöksi.

Kiusaaminen, ja poika, johon olin ihastunut, antoivat minulle motivaatiota laihtumiseen. Silloin aloin kiinnittämään huomiota syömisiini. Halusin, että poika pitäisi minusta, joten tavoitteekseni tuli: ”Minusta tulee yhtä laiha ja sosiaalinen kuin kaveristani. Silloin Pekka voisi ihastua minuun.”

Jätin aluksi kaikki herkut pois ja aloin syömään ns. terveellisemmin. Kun huomasin laihtuneeni ja muiden myös huomattessa sen, aloin syömään entistä vähemmän... Muiden kehu, myös sukulaisten, ja kiusaamisen loppuminen vasta saivatkin minut innostumaan laihduttamisesta... (urheilusta ylipäättään) tuli pakkomielle minulle ja aloin syömään erittäin vähän.

Laihduttaessani Pekka kuitenkin hieman ”unohtui”, sillä olin niin keskittynyt laihduttamiseen.

Laihdutus kuitenkin loppui Pekan muuttaessa toiselle paikkakunnalle, sillä Jennillä ei ollut enää syytä laihduttaa. Jennin paino palautui normaaliksi ja elämä oli hetken aikaa ihanaa kavereiden sekä urheilun parissa. Jenni koki olevansa tyytyväinen itseensä ja nauttivansa elämästään, kun ei ollut enää kiusattu. Pian kaikki taas kuitenkin muuttui Jennin alkaessa seurustelemaan Petrin (nimi muutettu) kanssa. Aluksi kaikki sujui hyvin, ja Jenni kykeni olemaan oma itsensä, vaikka hänellä olikin epäilyksiä omasta riittävydestään. Tässä vaiheessa Jenni alkoi kiinnittää taas hieman enemmän huomiota omaan ulkonäköönsä ja hän tajusi lihoneensa. Painon nousu ei kuitenkaan vielä vaivannut Jenniä, koska Petri sanoi rakastavansa häntä. Seurustelusuhde kuitenkin katkesi ikävällä

tavalla, minkä seurauksena Jenni alkoi etsiä itsestään vikoja ja ratkaisuksi ongelmaan tuli jälleen laihduttaminen.

Tuntui, ettei minulla ollut enää mitään syytä laihduttaa; minulla kun ei ollut muuton takia enää mitään mahdollisuuksia saada Pekkaa 'omakseni'.

Puoli vuotta Pekan muutosta, minulla meni ihan hyvin. Olin ihan tyytyväinen itseeni ja rakastin harrastustani kilpauintia, jota oli 6-7 kertaa viikossa. Pidin koulusta, kavereistani, harrastuksestani ja sen mukanaan tuomista kisoista... Nautin pitkästä aikaan elämästä, sillä minua ei kiusattukaan. Elämäni oli ihanaa.

Seurustelusuhteen aikana pystyin olemaan täysin oma itseni, mutta silti epäilykseni siitä, että riittäisinkö omana itsenäni, alkoi mietityttää... Petri jätti minut ja kaiken lisäksi vielä tekstarilla. Olin äärimmäisen surullinen ja aloin tietenkin etsimään itsestäni vikoja. Silloin aloin taas kiinnittämään enemmän huomiota syömiisiini. Aloin taas laihduttamaan, ja laihduinkin.

Jenni päätti ensimmäistä kertaa kertoa pahasta olostaan ystävälleen, joka puolestaan kertoi Jennin valmentajalle tilanteesta. Valmentaja lupasi olla Jenniin yhteydessä, mutta hänestä ei kuulunut mitään pitkään aikaan. Jälleen Jenni oli jäänyt ilman tarvitsemaansa apua, vaikka hän oli yrittänyt sitä hakea. Lopulta valmentaja otti yhteyttä Jennin vanhempiin, mutta äidin itkeminen, vahtiminen ja kyseleminen tuntuivat vain pahentavan Jennin oloa, vaikka hän tiesikin vanhempiensa olevan vain huolissaan. Jenni pääsi kuitenkin aloittamaan terapian pian asian selvittyä hänen vanhemmilleen. Jenni haluaisi olla oma onnellinen itsensä, mutta hän ei kykene vielä hyväksymään itseään normaalipainoisena vaan kokee olevansa sitä arvokkaampi, mitä laihempi on. Siksi hän taistelee edelleen apua vastaan ja haluaa anoreksiavaiheensa takaisin. Jotta voisi kokea olevansa arvokas ja hyväksytty.

Tuntuu siltä, etten riitä muille tällaisena kuin olen, etten riitä edes itselleni. Tuntuu, että mitä laihempi olen, niin sitä arvokkaampi olen. En halua hyväksyä itseäni normaalipainoisena ja siksi taistelen apua vastaan. Haluan takaisin anoreksia vaiheeni myös ulkoisesti.

Kuitenkin taistelen joka päivä ja ehkä joku päivä tulen taas olemaan onnellinen oma itseni..

4. POHDINTA

4.1 Syömishäiriö matkakumppanina selviytymispolulla

Syömishäiriöt ovat yleisyydestään huolimatta edelleen arvoituksia sekä ammattilaisille että sairastuneille itselleen (Claude-Pierre, 2000). Erityisesti syömishäiriöön sairastumisen syiden ymmärtäminen sairastuneiden näkökulmasta on haaste, johon halusin omassa tutkimuksessani vastata. Tutkimukseni tavoitteena olikin tuoda esille sairastuneiden omia kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miksi he olivat sairastuneet syömishäiriöön. En halunnut luoda yleisiä selitysmalleja syömishäiriöiden taustalla vaikuttavista syistä vaan tuoda esille joitakin polkuja ja niiden kautta lisätä ymmärrystä syömishäiriöiden monitahoisista syistä. Toiseksi halusin omassa tutkimuksessani tarkastella sitä, millaisen merkityksen tutkittavat olivat antaneet ennen sairastumistaan tapahtuneille asioille ja millaisia merkityssuhteita näiden asioiden välillä ilmeni.

Kaikki tutkittavat kokivat sosiaalisista verkostoistaan tulevat negatiiviset kommentit ja huomautukset omasta ulkonäöstä sekä kelpaavuudesta merkityksellisiksi asioiksi syömishäiriöidensä taustalla. Negatiiviset kommentit ja huomautukset saivat tutkittavat ajattelemaan, että vain laihduttamalla he kelpaavat muille ja ovat arvokkaita. Melkein kaikille tutkittaville oli myös yhteistä perheympäristön huomattava merkitys syömishäiriön taustalla. Tutkittaville merkityksellisiä sairastumisen taustatekijöitä perheympäristössä olivat erityisesti perheen suhtautuminen ulkonäköön ja ruokaan sekä tutkittavan kokemus arvottomuudesta omassa perheessä. Vanhempien kyvyttömyys luoda turvallisia kiintymyssuhteita oli myös eräs tutkimuksessa esiin tullut asia. Kahdessa kertomuksessa yhteistä oli lapsuudessa koetut traumaattiset asiat, joilla oli ollut huomattava merkitys syömishäiriöiden kehittämisessä.

Heli joutui jo varhain lapsuudessaan lähtemään selviytymispolulle lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön takia. Helin äiti käytti Heliä seksuaalisesti hyväkseen tämän ollessa lapsi, mikä sai Helin vihaamaan itseään ja erityisesti vartaloaan sekä seksuaalisuuttaan. Tällaisen lapsuudessa tapahtuneen seksuaalisen hyväksikäytön on todettu olevan riskitekijä syömishäiriöön sairastumisessa, ja välittäväksi tekijäksi on arveltu tyytymättömyyttä omaa kehoa kohtaan (Byram & Wagner, 1995; van Gerko ym., 2005; Preti ym., 2006). Seksuaalinen hyväksikäyttö oli saanut Helinkin häpeämään omaa kehoaan, ja tätä häpeää hän koetti vähentää muokkaamalla omaa kehoaan toisenlaiseksi. Traumaattiset tapahtumat, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, saavat aikaan myös hallinnan tunteen menetyksen, ja Helillä olikin omien sanojensa mukaan valtava kontrollin tarve. Traumamallissa syömishäiriö nähdään pyrkimyksenä palauttaa tämä hallinnan tunne kontrolloimalla omaa kehoaan, ja tästä Helinkin kohdalla oli luultavasti osaltaan kysymys (vrt.

Haapasalo, 2007; 2008). Helin turvattomat kiintymyssuhteet omiin vanhempiinsa olivat myös mahdollisesti olleet vaikuttamassa syömishäiriön puhkeamiseen, sillä Heli ei ollut saanut lohdutusta ja turvaa lapsena ollessaan sen tarpeessa. Helin kiintymyssuhteet olivat edelleen aikuisenakin turvattomia, ja hänellä oli ristiriitainen kiintymyssuhde kumppaneihinsa, mikä tarkoittaa sitä, että hän toisaalta kaipasi valtavasti hellyyttä ja rakkautta, mutta toisaalta ei kyennyt luottamaan kumppaneihinsa. Tällaiset ristiriitaiset kiintymystyyliä ovat yleisiä syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä heidän opittuaan jo varhain, ettei muihin ihmisiin voi luottaa, mutta samalla kaivaten toisen ihmisen huolenpitoa (Ward ym., 2000; Ringer & McKinsey Crittenden, 2007).

Tuija tavoitteli elämässään tyytyväisyyttä itseensä, ja hän oli koettanut syömishäiriönsä avulla saavuttaa tyytyväisyyden omaan ulkomuotoonsa siinä kuitenkaan onnistumatta. Hesse-Biber (1996) toteaaakin kirjassaan, että syömishäiriössä ei ole aina kyse vakavasta psykopatologiasta vaan yrityksestä saavuttaa kulttuurin luomia kauneusihanteita. Tuijan lapsuudenkodissa ulkonäköön ja itsensä laittamiseen kiinnitettiin paljon huomiota ja siihen panostettiin, joten Tuija oppi jo nuorena ulkonäön merkityksen tyytyväisyyden lähteenä. Hesse-Biberin (1996) mukaan vanhemmilla on suuri merkitys siinä, vahvistavatko he kulttuurin luomia kauneusihanteita vai eivät, sillä heidän asenteensa omaa ja lapsen ulkonäköä kohtaan vaikuttavat paljon siihen, millaisia kauneusihanteita lapsi sisäistää itselleen. Tuijan kohdalla äidin jatkuvat laihdutuskuurit ja isän kommentit kertyneistä kiloista loivat Tuijalle mielikuvaa siitä, että kelvataksaan muille pitää olla laiha. Sosiokulttuurinen malli sopiikin hyvin kuvaamaan Tuijan tilannetta, sillä mallissa henkilö altistuu perheen, ystävien ja median kautta kauneusihanteelle, jonka mukaan laihat ihmiset ovat parempia kuin muut ihmiset (Glauert ym., 2009; Halliwell & Harvey, 2006; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Storer & Thompson, 1996). Tuijan kohdalla altistuminen oli tapahtunut oman perheen kautta, ja Tuija oli kokenut myös perheen taholta painetta saavuttaa tämä kauneusihanne, jolloin se oli sisäistynyt hänen omaksi ihanteekseen. Tämä kauneusihanteen sisäistyminen on keskeisintä sosiokulttuurisessa mallissa, sillä pelkkä altistuminen ei vielä saa aikaan häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä (Thompson & Heinberg, 1999). Tuija tavoitteli elämässään itsetyytyväisyyden ohella elämänhallintaa, ja elämän ollessa muuten kaaosmaista voi Tuija hallita edes omaa syömistään ja liikkumistaan, jolloin painonhallinta edusti hänelle elämänhallintaa. Tällä tavoin syömishäiriö oli Tuijalle myös keino kokea hallitsevansa elämänsä.

Karoliinan ollessa lapsi hänen isomummonsä kuoli, ja tämä oli Karoliinalle erittäin traumaattinen tapahtuma, sillä sen jälkeen hän alkoi pelätä muidenkin ja itsensä kuolevan. Karoliina alkoi kontrolloida kaikkea mahdollista tavoitteenaan saada turvallisuuden tunteensa takaisin, ja syömishäiriöstä muodostuikin hänelle keino päästä pakoon ahdistusta ja pahaa oloaan. Brieren ja Scottin (2007) mukaan häiriintynyt syömiskäyttäytyminen, kuten ahmiminen, voi toimia

selviytymismekanismiina, kun traumaan liittyvien tunteiden säätely sisäisten keinojen avulla käy ylivoimaiseksi. Ahminen vie ajatukset pois ahdistusta tuottavista ajatuksista ja saa huomion kiinnittymään sisäisten tuntemusten sijaan ulkoiseen käyttäytymiseen. Isomummon kuolema oli Karoliinalle myös varhaisessa vuorovaikutuksessa tapahtunut käsittelemättä jäänyt erokokemus, johon psykodynaamisen näkökulman mukaan sisältyy itse- ja objektikokemuksen tuhoutumisen uhka (Engblom, 1998). Karoliina alkoikin pelätä omaa ja muiden ihmisten kuolemaa. Uudet kokemukset, kuten lukion aloittaminen ja muutto omaan kotiin aktivoivat varhaisen hajoamisen ja objektin menettämisen pelon. Karoliinalla syöminen toimi suojana turvattomuuden tunnetta vastaan, sillä kuten psykodynaamisessa näkökulmassa ajatellaan, se suuntaa huomion itsetuotettuun tyyntyytykseen, joka on aina saatavilla (Engblom, 1998). Karoliinalla syömishäiriö toimi myös tunteiden ilmaisijana, sillä hänen kotonaan syöminen ja tunteet oli aina liitetty yhteen, ja näin Karoliina oppi jo lapsena reagoimaan tunteisiinsa ja ilmaisemaan tunteitaan syömällä. Kognitiivis-behavioraalisisessa näkökulmassa todetaankin, että syömishäiriötä sairastavilla henkilöillä on usein vaikeuksia ilmaista ja säädellä tunteitaan, jolloin tunteiden ilmaisu ja säätely tapahtuvat syömiskäyttäytymisen avulla (Sim & Zeman, 2004). Karoliina sai vaikutteita syömishäiriöönsä myös sosiaalisista verkostoistaan mummon ja äidin ollessa jatkuvasti laihdutuskuurilla, ja mummon sekä terveydenhoitajan kommentoimissa Karoliinan painoa. Syömishäiriöiden sosiokulttuurisessa mallissa keskeistä on kauneusihanteiden sisäistäminen omiksi ihanteiksi (Thompson & Heinberg, 1999). Karoliina sisäistikin läheistensä kauneusihanteen omaksi kauneusihanteekseen, ja vertailu oman kehon ja tämän ihanteen välillä tuotti Karoliinalle halun olla laiha, jotta hän olisi kaunis ja upea, ja ettei kenenkään tarvitsisi hävetä häntä.

Jennin selviytymispolulla syömishäiriö tuli keinoksi saavuttaa hyväksyntää ja rakkautta. Jenniä kiusattiin ankarasti koulussa hänen pyöreytensä takia, ja koska hän ei saanut apua muualta, joutui hän turvautumaan syömishäiriöön ongelmanratkaisukeinona. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kiusatuksi joutuminen ulkonäön ja painon tähden on voimakas motiivi laihduttamiseen ja sitä kautta riskitekijä syömishäiriöön sairastumisessa (Keski-Rahkonen ym., 2008; Lunner ym., 2000; Tozzi ym., 2003). Kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaan ankaraan laihduttamiseen voisi johtaa jokin negatiivinen tapahtuma, joka aktivoisi henkilön itseä koskevat automaattiset, negatiiviset uskomukset hyväksytyksi tulemisesta (Cooper ym., 2004; Fairburn ym., 2003). Jennin kohdalla näin tapahtui poikaystävän jättäessä hänet tekstiviestillä, jolloin poikaystävän hylkääminen sai Jennin etsimään vikoja itsestään, mikä puolestaan johti laihduttamiseen. Jenni arvioi myös omaa itsearvoaan häiriintyneellä tavalla, sillä hän määritteli oman arvokkuutensa sen mukaan, miten laiha hän on. Tähän oli varmasti vaikuttanut kiusaamisen lisäksi se, että Jennin laihtuessa hän alkoi saada positiivista huomiota ja kiusaaminen loppui. Laihuus siis yhdistyi hyväksynnän saamiseen muiden

taholta. Kognitiivis-behavioraalisisessa mallissa syömishäiriöön sairastuneet arvioivat usein itsearvoaan juuri tällaisella häiriintyneellä tavalla, jolloin he määrittelevät arvonsa sen mukaan, miten he onnistuvat hallitsemaan syömistään ja painoaan eivätkä sen mukaan, miten he onnistuvat elämänsä useilla eri alueilla (Fairburn ym., 2003).

4.2 Tutkimusmenetelmien ja tutkimuksen arviointia

Narratiivisen tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa nousee esille tiedonmuodostuksen tapojen jaottelu paradigmaattiseen ja narratiiviseen tietämiseen (Bruner, 1986). Paradigmaattiselle tiedonmuodostukselle on ominaista etsiä syy-yhteyksiä ja pyrkiä yleistämään asioita. Narratiivisessa tiedonmuodostuksessa puolestaan ei pyritä selittämään asioita vaan ymmärtämään niitä. Tällöin narratiivinen tutkimus voi parhaimmillaan johtaa koskettavaan ja uskottavaan yksittäisen kertomuksen syntymiseen, jolla ei haluta tuottaa yleistyksiä. Saarnivaara (2002) huomauttaa kuitenkin, että tutkijan ollessa kykenemätön tavoittamaan suoraan elettyä kokemusta, joutuu hän luomaan sen kirjoittamassaan tekstissä omien havaintojensa pohjalta, ja nämä havainnot ovat jo tulkinnan kyllästämiä. Tutkija ei voikaan koskaan esittää maailmaa sellaisena kuin se on, vaan ainoastaan omana tulkintanaan maailmasta. Omassa tutkimuksessani en uskokaan onnistuneeni esittämään syömishäiriötä sairastavien henkilöiden kokemuksia sellaisina kuin ne olivat, vaan sellaisina kuin tulkitsin niiden olevan, koettaen kuitenkin tavoittaa mahdollisimman paljon tutkittavien omia tulkintoja.

McLeodin (2001) mukaan tutkija lähestyy tekstiä aina tietystä näkökulmasta ja omasta esiymmärryksestään käsin. En lukenut syömishäiriöiden syistä kertovia tekstejä ennen aineistoni analysointia, jotta en olisi etsinyt tiettyjä asioita teksteistä, vaan olisin mahdollisimman avoin tutkittavien kerronnalle. Silti tiedostan sen tosiasian, että minullakin oli oma esiymmärrykseni ja näkökulmani aineistoon jo ennen sen lukemista. Psykologian opiskeluni ja elämäkokemukseni loivat esiymmärrystä siitä, mihin tekstissä tartuin ja mitä tulkitsin. Corbin ja Strauss (2008) huomauttavatkin, että laadullisessa tutkimuksessa ei ole kyse siitä, käytetäänkö aikaisempaa tietoa tekstin tulkinnassa, vaan siitä, miten sitä käytetään. Heidän mukaansa ei voi tehdä analyysia, ellei ole jotakin esiymmärrystä siitä, mitä tekstistä etsii, sillä taustatieto mahdollistaa merkitysten löytämisen. Tutkijan ammatin, kulttuurin tai omien elämäkokemusten kautta saatu tieto ei siis ole haittatekijä, vaan se mahdollistaa analyysin teon. Mitä enemmän tutkija tiedostaa oman subjektiivisuutensa analyysia tehdessään, sitä paremmin hän näkee, miten oma aikaisempi tieto vaikuttaa tulkintaan (Corbin & Strauss, 2008; Elliot, 2005). Tärkeää on kuitenkin muistaa, että

tietoa tutkittavasta asiasta tulee aina verrata aineistoon, sillä aineisto on ensisijainen tulkinnan lähde. Omassa tutkimuksessani pyrinkin lukemaan elämäntarinoita lävitse uudestaan ja uudestaan, jotta tulkintani todella pohjautuivat tutkittavien kirjoittamiin tarinoihin, eivätkä omiin ennakkokäsityksiini aiheesta. Tutkijalla voi myös olla hyvin erilaisia rooleja tutkimusta tehdessään, riippuen tutkimuksen luonteesta. Omassa tutkimuksessani koin olevani ennen kaikkea tarinoiden kokoaja ja tulkitsija (Elliot, 2005; McLeod, 2001).

Laadullista tutkimusta tehtäessä ei ole olemassa yhtä selkeitä sääntöjä ja menetelmiä siitä, miten analyysit tulee suorittaa ja miten tuloksia tulee arvioida, kuin määrällisessä tutkimuksessa (McLeod, 2001; Rasmussen, Ostergaard & Beckmann, 2006). Laadullisessa tutkimuksessa ei siis voida samalla tavalla mitata reliabiliteettia ja validiteettia kuin määrällisessä tutkimuksessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voitaisi arvioida, se vain tapahtuu hieman eri tavoin kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija toimii tutkimuksensa keskeisimpänä työvälineenä (Eskola & Suoranta, 2008). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse, ja siten luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Laadullisen tutkimuksen toteuttamisessa keskeistä onkin läpinäkyvyys, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija kuvailee analyysiprosessia riittävästi ja lainaa runsaasti alkuperäistä tekstiä raporttiinsa (Rasmussen ym., 2006). Tällöin tutkimusta lukevat henkilöt voivat tarkistaa tutkijan tekemien tulkintojen luotettavuutta ja paikkansapitävyyttä. Omassa tutkimuksessani halusin lainata omaan tekstiini mahdollisimman paljon alkuperäistä tekstiä, jotta muut voivat arvioida tekemiäni tulkintoja ja päätelmiä. Itseni lisäksi ohjaajani sekä syömishäiriöliiton edustaja lukivat alkuperäiset tekstit ja arvioivat tulkintojeni totuudellisuutta ja aineistoon pohjautumista. Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää arvioida menetelmien sopivuutta tutkittavaan aiheeseen sekä sitä, että tutkija on todella käyttänyt kuvailemiaan menetelmiä (Rasmussen ym., 2006).

Hyvän narratiivisen analyysin tunnistaa Riessmanin (2008) mukaan siitä, että se saa lukijan ajattelemaan ja pohtimaan tarinan esille tuomia ajatuksia, ja se haastaa lukijan miettimään omaa näkökulmaansa tarinan esille tuomaan asiaan. Se, miten hyvin tässä onnistuin jää lukijoiden päätettäväksi. Riessmanin (1993) mukaan narratiivista tutkimusta arvioitaessa on tärkeää tarkastella myös sen vakuuttavuutta eli sitä, ovatko syntyneet tarinat järkeviä ja vakuuttavia. Jotta tarinat olisivat vakuuttavia, pitää niiden perustua vahvasti aineistoon, kuten oman analyysini tuloksena syntyneet selviytymispolut perustuivatkin. Hyvän narratiivisen analyysin tuloksena syntyneet tarinat ovat yhtenäisiä, jolloin tutkija on luonut alkuperäisistä, useimmiten ei-tarinamuotoisista, teksteistä uusia johdonmukaisesti eteneviä tarinoita.

Keskeisiä eettisiä periaatteita tutkimusta toteutettaessa ovat luottamuksellisuus, osallistujien informoiminen, tutkimuksen seuraukset osallistujille ja tutkijan rooli (Brinkmann & Kvale, 2008). Tutkimuksen luottamuksellisuus tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät ole tunnistettavissa, eli heidän nimettömyytensä säilyy. Mikäli elämäkertoja analysoidaan temaattisesti, hajaantuvat ne eri teemojen alle, ja näin tutkimukseen osallistuneiden tunnistaminen vaikeutuu. Omassa tutkimuksessani kuitenkin säilytin tarinat ehyinä, jolloin henkilöllisyyden salaamiseen tuli kiinnittää erityistä huomiota. Kaikki tutkimukseeni osallistuneet saivat antaa itselleen nimimerkin, ja näitä nimimerkkejä käytin myös omassa tekstissäni. Lisäksi muutin tarinoissa esiintyneiden henkilöiden nimet sekä jätin joitakin yksityiskohtia mainitsematta. Tutkimukseeni osallistuneet henkilöt olivat kotoisin eri puolilta Suomea, mikä vielä vaikeuttaa tunnistettavuutta. Moni lukija kuitenkin varmasti löytää näistä tarinoista tuttuja piirteitä, sillä vaikka ne ovat yksilöllisiä, on niissä silti aineksia sosiaalisesta tarinavarannosta eli jaetuista kulttuurisista kertomuksista (Hänninen, 2003). Henkilöiden tunnistaminen tämän tutkimuksen pohjalta voikin olla näennäistä ja perustua siihen oletukseen, että tutkimuksessa esiin tulleet asiat olisivat poikkeuksellisia.

Osallistujien informoimisella tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistujille kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, että osallistuminen on vapaaehtoista (Brinkmann & Kvale, 2008). Tutkimuspyynnössäni syömishäiriöliitolle kuvailin tutkimuksen tarkoitusta ja sitä, miten tulen elämäntarinoita tutkimuksessani hyödyntämään. Lisäksi kerroin sen, ketkä tulevat lukemaan tarinat ja mitä niille tutkimuksen jälkeen tehdään. Pohdin myös paljon sitä, mitä psyykkisiä seurauksia tutkimukseen osallistumisesta oli osallistujille. Uskoin kuitenkin, että he osasivat arvioida omaa tilannettaan ja voimavarojaan, eivätkä kertoneet enempää kuin tunsivat olevansa valmiita kertomaan. Toivoin myös, että heillä on lähellään ihmisiä, joiden kanssa he voivat käydä asioita lävitse, jos tutkimukseen osallistuminen nosti esiin vanhoja asioita ja niihin liittyviä tunteita. Tutkimusta tehdessäni en ollut terapeutin vaan tutkijan roolissa, jolloin en kyennyt auttamaan tutkimukseeni osallistuneita henkilöitä keskustelemalla heidän kanssaan, vaan saatoin olla vain kokemusten vastaanottajana. Tämä tuntui välillä hankalalta, sillä usein olisi tehnyt mieli keskustella henkilöiden kanssa ja koettaa helpottaa heidän pahaa oloaan.

Tärkein eettinen kysymys, jota tutkimusta tehdessäni pohdin usein oli se, millä oikeudella tunkeuduin tutkimukseni kanssa toisten ihmisten elämään tarkastelemaan erittäin vaikeita ja kipeitä asioita, ja saivatko he todella äänensä kuuluville. Tekstejä lukiessani minulle tuli erittäin nöyrä olo, sillä tutkittavat halusivat jakaa elämänsä vaikeimpia asioita kanssani ja luottivat minuun niin paljon, että uskalsivat paljastaa sisimpäänsä. Tutkimukseni aineisto onkin erittäin henkilökohtaista, mutta tutkimukseni kautta siitä tulee julkista. Pyrin tulkinnoissani kunnioittamaan osallistujien omia

tulkintoja mahdollisimman hyvin, mutta silti pohdin myös sitä, saivatko osallistujat oman äänensä kuuluville vai onko tutkimuksessa enemmänkin kyse minun tulkinnoistani kuin heidän.

4.3 Tulosten merkittävyys

Tutkimukseni tuo esiin uudenlaista lähestymistapaa syömishäiriöiden syiden tarkasteluun, sillä Suomessa ei ole aikaisemmin lähestytty syömishäiriöiden syitä narratiivisesta näkökulmasta. Savukoski (2009) tosin sivuaa anoreksian syitä narratiivisesta näkökulmasta omassa väitöskirjassaan, mutta hänenkin tutkimuksensa varsinaisena aiheena on anoreksiasta paraneminen, eikä hän keskity muihin syömishäiriön muotoihin. Narratiivinen tutkimus antaa tilaa tutkittavien omalle kerronnalle, jota syömishäiriötä sairastavat henkilöt eivät mielestäni ole saaneet tarpeeksi esille. Tutkimuksessani keskeisellä sijalla olivat olleet syömishäiriöiden psykologiset selitysmallit kuten psykodynaaminen ja kognitiivis-behavioraalinen näkökulma, traumamalli sekä kiintymyssuhdeteoria, joista erityisesti psykodynaaminen näkökulma jää usein tutkimuksissa huomioimatta.

Toivon, että syömishäiriötä sairastavat henkilöt ja erityisesti tutkittavani voisivat tutkimukseni kautta ymmärtää paremmin omaa sairastumistaan ja käyttäytymistään. Uskon tutkimukseni tarjoavan myös samaistumisen kohteita syömishäiriötä sairastaville henkilöille, sillä huolimatta siitä, että jokaisen sairastuneen elämänhistoria on erilainen, löytyy elämäntarinoista varmasti jaettuja tapahtumia ja kokemuksia, kuten kiusatuksi tulemista ulkonäön tähden. Tutkimukseni rohkaisee sairastuneita näkemään syömishäiriönsä tarkoituksenmukaisena toimintana ja selviytymiskeinona. Ja toivon tämän saavan heidät pohtimaan omia tavoitteitaan, joita he syömishäiriönsä avulla tavoittelevat, ja että he ymmärtävät tarvitsevansa joitakin muita keinoja häiriintyneen syömiskäyttäytymisensä tilalle saavuttaakseen tavoitteitaan. Toivon syömishäiriöön sairastuneiden myös ymmärtävän, että syömishäiriö on usein oire jostakin muusta ongelmasta, joka tulisi koettaa selvittää ja ratkaista esimerkiksi terapian avulla.

Tulokset osoittivat selkeästi, miten paljon vanhempien ja muiden läheisten aikuisten negatiivisilla kommentailla lapsen/nuoren ulkonäöstä on merkitystä. Ulkonäkökeskeisyys oli myös selkeästi sairastumista edistävä asia tutkittavieni mielestä. Tärkeää mielestäni olisikin, että vanhemmat ja lasten/nuorten kanssa työskentelevät eivät kommentoisi kenenkään ulkonäköä negatiivisesti tai keskittyisi siihen muutenkaan paljoa. Lihavampien lasten ja nuorten kanssa pitäisi kotona ja koulussa keskustella avoimesti mahdollisesta kiusatuksi joutumisesta ja kertoa heille, että he ovat juuri sellaisia kuin ovat arvokkaita ja hyviä. Tutkimukseni tulosten pohjalta voi sanoa, että

syömishäiriöiden hoidossa perhekeskeisyys on tärkeää, koska syömishäiriö on sairaus, joka koskettaa koko perhettä, ja siihen liittyy usein perheen toiminnan ongelmia. Hoitoon tulisi ottaa mukaan myös muut sosiaaliset verkostot, jos syömishäiriöiden taustatekijät löytyvät näistä verkostoista, kuten koulusta. Hoitoprosessien tulisi myös olla riittävän pitkiä ja syvällisiä, sillä ongelmien juuret ovat monilla sairastuneilla syvällä, jolloin asioiden läpikäyminen ja eheytyminen vievät aikaa. Syömishäiriöiden hoidossa on tärkeää tunnistaa mahdolliset muut häiriöt, joita usein esiintyy, sillä ne vaikuttavat hoidon suunnitteluun ja tuloksellisuuteen.

4.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksessani kävi selkeästi ilmi, että syömishäiriöt eivät olleet jotakin, mitä sairastuneet olisivat tavoitelleet, vaan tavoitteet olivat olleet jotakin muuta, ja syömishäiriöt olivat toimineet yhtenä keinona saavuttaa nämä tavoitteet. Nimesinkin tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden elämäntarinat selviytymispoluiksi enkä sairastumispoluiksi, kuten olin aikaisemmin ajatellut, sillä heidän elämäntarinansa eivät olleet polkua kohti sairastumista vaan kohti selviytymistä. Jokaisella tutkittavalla oli elämänhistoriassaan tapahtumia, jotka olivat muokanneet hänen päämääriänsä ja saaneet aikaan sen, että syömishäiriöstä muodostui keino saavuttaa näitä tavoitteita. Tutkimukseni osoitti myös selkeästi sen, miten kasvuympäristöllä oli ollut merkittävä rooli tutkimukseeni osallistuneiden henkilöiden syömishäiriöiden taustalla, kun taas median vaikutus ei tullut tutkimuksessani esille ollenkaan. En halua tällä toteamuksella syyllistää perheitä, vaan tuoda tarkasteltavaksi sen tosiasian, että syömishäiriöissä on kyse jostakin paljon syvemmästä kuin vain median luomien kauneusihanteiden tavoittelusta. Kaikki tutkimukseeni osallistuneet tavoittelivat hyväksytyksi tulemistä laihooden kautta, ja tämä sai minut pohtimaan, miten he voisivat määrittellä arvokkuutensa muulta pohjalta kuin laihoodesta käsin.

Syömishäiriöstä ymmärretään vasta hyvin vähän, ja jatkotutkimustarpeita onkin varmasti paljon. Oman tutkimukseni pohjalta ajattelen, että olisi tärkeää tutkia persoonallisuuden ja kasvuympäristön yhteisvaikutusta syömishäiriöiden taustalla, eli altistavatko tietyt persoonallisuuden piirteet yhdistyneinä tiettyihin vanhemmuustyyleihin syömishäiriöiden kehittymiselle. Mielenkiintoista olisi myös tarkastella omaisten kertomia tarinoita syömishäiriöiden syistä ja kehittymisestä, sillä liian usein tutkimuksissa unohdetaan omaisten näkökulma ja kokemukset läheisen sairastuessa psyykkisesti ja keskitytään vain sairastuneen tilanteeseen. Omaisten kokemusten ymmärtäminen auttaisi kuitenkin hahmottamaan entistä paremmin sitä, millaista apua perheet kaipaavat kamppaillessaan syömishäiriön kanssa, sillä se on melkein aina

koko perhettä koskettava sairaus. Itseäni eniten kiinnostavaksi jatkotutkimusaiheeksi kehittyi se, millaista identiteettiä sairastuneet itselleen rakentavat itseään koskevien tarinoiden kautta. Tätä kautta haluaisin ymmärtää niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat henkilön omaa itseä koskevan tarinan rakentumiseen, ja sitä kautta henkilön identiteetin rakentumiseen. Tällöin voitaisiin ajoissa puuttua negatiivisiin identiteetin rakennusaineisiin, ja sitä kautta ennaltaehkäistä syömishäiriöön sairastumista.

LÄHTEET

- Abbate-Daga, G., Gramaglia, C., Malfi, G., Pierò, A. & Fassino, S. (2007). Eating problems and personality traits. An Italian pilot study among 992 high school students. *European Eating Disorders Review* 15, 471-478.
- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (2001). *Eating disorders: the facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Agras, W. S., Bryson, S., Hammer, L. D. & Kraemer, H. C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, 171-178.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. (2000). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research*. London: Sage.
- Bornat, J. (2008). Biographical methods. Teoksessa P. Alasuutari, L. Bickman & J. Brannen (toim.), *The SAGE handbook of social research methods* (s. 344-356). London: Sage.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Brewerton, T. D. (1995). Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology* 20, 561-590.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PTSD. *Eating Disorders* 15, 285-304.
- Briere, J. & Scott, C. (2007). Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations. *Eating Disorders* 15, 347-358.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2008). Ethics in qualitative psychological research. Teoksessa C. Willig & W. Stainton-Rogers (toim.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (s. 263-279). London: Sage.

- Broberg, A. G., Hjalms, I. & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review* 9, 381-396.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Byram, V., Wagner, H. L. & Waller, G. (1995). Sexual abuse and body image distortion. *Child Abuse and Neglect* 19, 507-510.
- Cassin, S. E. & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade review. *Clinical Psychology Review* 25, 895-916.
- Chase, S. E. (1995). Taking narrative seriously: consequences for method and theory in interview studies. Teoksessa R. Josselson & A. Lieblich (toim.), *Interpreting experience: the narrative study of lives (s. 1-26)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal* 25, 407-423.
- Chasseguet-Smirgel, J. (2005). *The body as mirror of the world*. London: Free Association Books.
- Claude-Pierre, P. (2000). *Syömishäiriöiden salattu kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa*. Jyväskylä: Gummerus.
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 282-290.
- Cooper, M. J., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* 43, 1-16.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd edition. Los Angeles: Sage.

- Costin, C. (2007). *The eating disorders sourcebook. Comprehensive guide to the causes, treatments, and prevention of eating disorders*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill.
- Creswell, J. W. (1998). *Quality inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage.
- Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. Teoksessa J.I. Vondra & D. Barnett (toim.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (s.145-171). Oxford: Blackwell.
- Crossley, M. L. (2009). *Introduction to narrative psychology. Self, trauma and construction of meaning*. Berkshire: Open University Press.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: Sage.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (2001). *Abnormal psychology*. 8th edition. New York: Wiley.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive biography*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dingemans, A.E., van Hanswijck de Jonge, P. & van Furth, E. F. (2005). Teoksessa C. Norring & B. Palmer (toim.), *EDNOS, eating disorders not otherwise specified: scientific and clinical perspectives on the other eating disorders* (s.63-82). New York: Routledge.
- Eggert, J., Levendosky, A. & Klump, K. (2007). Relationship among attachment styles, personality characteristics, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders* 40, 149-155.
- Ekeroth, K., Broberg, A. G. & Nevonen, L. (2004). Eating disorders and general psychopathology: A comparison between young adult patients and normal controls with and without self-reported eating problems. *European Eating Disorders Review* 12, 208-216.
- Elliot, J. (2005). *Using narrative in social research*. London: Sage.

- Engblom, P. (1998). *Naisen itsekokemus, identiteetti ja psykodynaaminen psykoterapia syömishäiriöissä*. Helsinki: YTHS.
- Engeström, Y. (1986) The concept of content in phenomenography and dialectics. Teoksessa P. D. Ashworth, A. Giorgi & A. J. J.de Koning (toim.), *Qualitative research in psychology. Proceedings of the international association for qualitative research* (s. 79-116). Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- Erkkilä, R. (2006). Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu aika, paikka ja tarina. Teoksessa J. Perttula ja T. Latomaa (toim.), *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen* (s.195–227). Helsinki: Dialogia.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos*. Jyväskylä: Gummerus.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Sahfran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behavior Research and Therapy* 41, 509-528.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet* 361, 407-416.
- Fichter, M. M. (2003). Getting the essence of eating disorders. Teoksessa M. Maj, K. Halmi, J.J López-Ibor & N. Sartorius (toim.), *Eating Disorders* (s.44-46). West Sussex: Wiley.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. M. (2001). Narratives of the self. Teoksessa L.P Hinchman & S.K. Hinchman (toim.), *Memory, Identity and community. The idea of narrative in the human sciences* (s.161-184). Albany, NY: State University of New York Press.
- van Gerko, K., Hughes, M. L., Hamill, M. & Waller, G. (2005). Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviours. *Child Abuse and Neglect* 29, 375-382.

- Ghaderi, A. (2001). *Eating disorders. Prevalence, incidence, and prospective risk factors for eating disorders among young adult women in general population*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Given, L. M. (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods. Vol.1*. London: Sage.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders* 42, 443–452.
- Gordon, R. A. (2000). *Eating disorders: anatomy of a social epidemic*. 2nd edition. Oxford: Blackwell.
- le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2009). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43, 1-5.
- Haapasalo, J. (2007). Aiheuttavatko lapsuuden traumakokemukset psyykkisiä häiriöitä? *Psykologia* 42, 84–100.
- Haapasalo, J. (2008). *Kriminaalipsykologia*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hakala, L. (2000). *Siskonmakkarat – Miltä syömishäiriö tuntuu*. Helsinki: Tammi.
- Halliwell, E. & Harvey, M. (2006). Examination of sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology* 11, 235-248.
- Hinchman, L. P. & Hinchman, S. K. (2001). Introduction. Toward a definition of narrative. Teoksessa L.P Hinchman & S.K. Hinchman (toim.), *Memory, identity and community. The idea of narrative in the human sciences* (s.xiii-xxxii). Albany, NY: State University of New York Press.

- Hesse-Biber, S. (1996). *Am I thin enough yet? The cult of thinness and the commercialization of identity*. New York: Oxford University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1998). *Tutki ja kirjoita. 4. painos*. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, V. (2003). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos..* Tampere: Acta Universitatis Tamperensis.
- Johansson, A. (2001). *Norsu nailoneissa – naiseudesta, ruumiista ja nälästä*. Helsinki: Kääntöpiiri.
- Josselson, R. (1995). Imagining the real: empathy, narrative and the dialogic self. Teoksessa R. Josselson & A. Lieblich (toim.), *Interpreting experience: the narrative study of lives* (s. 27-44). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Josselson, R. & Lieblich, A. (1995). Introduction. Teoksessa R. Josselson & A. Lieblich (toim.), *Interpreting experience: the narrative study of lives* (s. ix-xiii). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Josselson, R. (2007). Narrative research and the challenge of accumulating knowledge. Teoksessa M. G. W. Bamberg (toim.), *Narrative – State of the art* (s.7-16). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (2008). *Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö*. Helsinki: Duodecim.
- Kristeri, I. (2005). *Tunteet ja syöminen*. Helsinki: Kirjapaja.
- Laitinen, M. & Uusitalo, T. (2008). Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. Teoksessa R. Kaasila, R. Rajala ja K. E. Nurmi (toim.), *Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä* (s.106–151). Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.
- Laliberté, M., Boland, F. J. & Leichner, P. (1999). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology* 55, 1021–1040.

- Landau, M. (2001). Human evolution as narrative. Teoksessa L.P Hinchman & S.K. Hinchman (toim.), *Memory, Identity and community. The idea of narrative in the human sciences* (s.104-124). Albany, NY: State University of New York Press.
- Latomaa, T. (2006) Ymmärtävä psykologia: psykologia rekonstruktivisena tieteenä. Teoksessa J. Perttula ja T. Latomaa (toim.), *Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen* (s.17–85). Helsinki: Dialogia.
- László, J. (2008). *The science of stories. An introduction to narrative psychology*. New York: Routledge.
- Lawler, S. (2002). Narrative in social research. Teoksessa T. May (toim.), *Qualitative research in action* (s.242-258). London: Sage.
- Lee, M. & Shafran, R. (2004). Information processing biases in eating disorders. *Clinical Psychology Review* 24, 215-238.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and disorders: theory, research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lewinson, P. M., Striegel-Moore, R. H. & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39, 1284-1292.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Lilenfield, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review* 26, 299-320.
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F. & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and

eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International Journal of Eating Disorders* 28, 430-435.

McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by. Personal myths and the making of the self*. NY: Guilford.

McAdams, D., Josselson, R. & Lieblich, A. (2006). Identity and story: Introduction. Teoksessa D. P. McAdams, R. Josselson ja A. Lieblich (toim.), *Identity and story – creating self in narrative*, (s.3-12). Washigton DC: APA.

McAdams, D. (2009). *The person. An introduction to the science of personality psychology*. 5th edition. Hoboken, NJ: Wiley.

McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counseling and psychotherapy*. London: Sage.

Mitchell, J. E., Devlin, M. J., de Zwaan, M., Crow, S. J. & Peterson, C. B. (2008). *Binge-eating disorder. Clinical foundations and treatment*. New York: Guilford.

Muir, S. L., Wertheim, E. H. & Paxton, S. J. (1999). Adolescent girls' first diets: triggers and the role of multiple dimensions self-concept. *Eating Disorders* 7, 259-270.

Murphy, R., Perkins, S. & Schmidt, U. (2005). The empirical status of atypical eating disorders and the present EDNOS diagnosis. Teoksessa C. Norring & B. Palmer (toim.), *EDNOS, eating disorders not otherwise specified: scientific and clinical perspectives on the other eating disorders* (s.41–62). New York: Routledge.

Murray, M. (2003). Narrative psychology and narrative analysis. Teoksessa P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (toim.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design* (s. 95 –112). Washington, DC: APA.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuhring, T. & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders* 28, 249-258.

- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating: from healthy to disordered behaviour*. Oxford: Blackwell.
- Parker, I. (2004). *Qualitative psychology*. Berkshire: McGrawHill Education.
- Perttula, J. (1995). *Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan*. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti.
- Perttula, J. (2009). Persoonallisuus ihmiseksi tulemisena. Teoksessa R-L. Metsäpelto & T. Feldt (toim.), *Meitä on moneksi: persoonallisuuden psykologiset perusteet* (s.195- 212). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association* 96, 589-592.
- Polivy, J., Herman, C. P. & Boivin, M. (2005). Eating disorders. Teoksessa J. E. Maddux & B. A. Winstead (toim.), *Psychopathology: foundations for a contemporary understanding* (s.229-254). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Polkinghorn, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. Teoksessa J. A. Hatch & R. Wisniewski (toim.), *Life history and narrative. Qualitative studies series 1*, (s. 5-24). London: Falmer Press.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R. & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry* 47, 475–481.
- Puuronen, A. (2004). *Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.
- Romano, S. J. (2005) Bulimia nervosa. Teoksessa D. J. Goldstein (toim.), *The management of eating disorders and obesity* (s. 3-60). Totowa, NJ: Humana Press.

- Romano, S. J. (2005) Anorexia nervosa. Teoksessa D. J. Goldstein (toim.), *The management of eating disorders and obesity* (s. 61-104). Totowa, NJ: Humana Press
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis. Qualitative research methods series 30*. Newbury Park, CA: Sage.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ringer, F. & McKinsey Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 15, 119-130.
- Saarnivaara, M. (2002). Tekstin synty ja metodologinen avaus – lähtökohtana eletty kokemus. Teoksessa L. Lestinen & M. Saarnivaara (toim.), *Kohtaamisia ja ylityksiä. Pedagogisia haasteita yliopisto-opetukselle* (s.115–174). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, koulutuksen tutkimuslaitos.
- Savukoski, M. (2008). *Vapaaksi anoreksian kahleista – narratiivinen tutkimus selviytymispoluista*. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Siltala, P. (2006). *Nainen ja masennus*. Helsinki: Kirjapaino.
- Sim, L. & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33, 760-771.
- Smeltzer, D. & Smeltzer, A. L. (2006). *Andrea`s voice... silenced by bulimia. Her story and her mother`s journey trough grief toward understanding*. Carlsband: Gürze.
- Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 13, 1-11.
- Stormer, S. M. & Thompson, J. K. (1996). Explanation of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypothesis. *International Journal of Eating Disorders* 19, 193-202.

- Striegel-Moore, R. H. & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist* 62, 181-198.
- Suokas, J. & Rissanen, A. (2007). Syömishäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 355–374). Helsinki: Duodecim.
- Tasca, G. A., Dedimenko, N., Krysanki, V., Bissada, H., Illing, V., Gick, M., Weekes, K. Balfour, L. (2009). Personality dimensions among women with an eating disorder: toward reconceptualizing DSM. *European Eating Disorders Review* 17, 281-289.
- Thompson, J. K. & Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders; we've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues* 55, 339-353.
- Toivio, T. & Nordling, E. (2009) *Mielenterveyden psykologia*. Helsinki: Edita.
- 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.
- Viljanen, T., Mikkola, S., Santala, S. & Rekilä, P. (2009). *Syömishäiriöt – mistä on kyse? Ensitietoparas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille*. Jyväskylä: Syömishäiriöliitto.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M. & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *International Journal of Eating Disorders* 28, 370-376.
- Ward, A., Ramsay, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology* 73, 35-51.

- Westen, D., Thompson-Brenner, H. & Peart, J. (2006). Personality and eating disorders. Teoksessa S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan ja H. Steiger (toim.), *Annual Review of Eating Disorders* (2) (s. 97-112). Oxon: Radcliffe.
- Williamson D. A., Muller S.L., Reas D.L. & Thaw J.M. (1999) Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behaviour Modification* 23, 556–577.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMuth, G. & Thompson, K. M. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39, 1277-1283.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J. & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders* 30, 401-412.
- Zaider, T.I., Johnson, J. G. & Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders* 28, 58-67.