

**PÄIVÄOSASTOHOITO OSANA PARANEMISPROSESSIA:  
SYÖMISHÄIRIÖPOTILAIEN KUVAUKSET ITSESTÄÄN,  
ONGELMASTAAN, MASENTUNEISUUDESTAAN JA  
AHDISTUNEISUUDESTAAN SEKÄ SOSIAALISISTA  
SUHTEISTAAN**

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Psykologian laitos  
PL 35  
40351 Jyväskylä**

**Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Psykologian laitos  
Toukokuu 2000  
Pauliina Juntunen  
Ohjaaja: Yliassistentti Jaakko Seik-  
kula**

## TIIVISTELMÄ

Tämän tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten päiväosastohoito vaikuttaa syömishäiriöpotilaiden kokemuksiin itsestään, ongelmastaan, ystävyssuhteistaan sekä masentuneisuudestaan ja ahdistuneisuudestaan. Tutkimukseen osallistui viisi päiväosastohoidon syksyllä 1998 aloittanutta potilasta. Heistä neljällä oli anorexia nervosa, yhdellä bulimia nervosa. Tutkimushenkilöt olivat 19-26-vuotiaita naisia. Hoitoaika päiväosastolla oli 8-20 viikkoa, seuranta-aika 12-22 viikkoa. Hoitomalli perustui kognitiivis-behavioraaliseen teoriaan. Tutkimushenkilöt haastateltiin puolistrukturoidun haastattelun avulla päiväosastohoidon alussa sekä hoidon päättymisen jälkeen. Lisäksi tutkittavat täyttivät neljä kyselylomaketta: Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) ja Social Adjustment Scale - Self Report (SAS-SR).

Tutkimushenkilöt edistyivät päiväosastohoidon aikana kaikilla tutkituilla teema-alueilla. Näyttää kuitenkin siltä, että mitä pidempään sairaus on kestänyt, ja mitä vakavampia oireet ovat alun perin olleet, sitä vaikeampaa paraneminen on. Myös sosiaalisilla ja perheessä olevilla ongelmilla tuntuu olevan vaikutusta paranemisennusteeseen. Oireet, varsinkin sekundaariset oireet, muuttuvat vakavammiksi sairauden kestäessä pitkään. Sosiaaliset ongelmat ja muut psyykkiset ongelmat, kuten masentuneisuus, erityisesti itsetuhoisuus, ahdistuneisuus ja päihdeongelmat lisääntyvät ja pahenevat. Käsitys itsestä muuttuu negatiivisemmaksi, ja sairastunut kokee itsensä jopa täysin epäonnistuneeksi ja arvottomaksi. Identiteetti katoaa. Päiväosastohoito on hyvä jatkohoitomuoto tarpeeksi pitkän ja hyvin strukturoidun sairaalahoidon jälkeen sekä psykoterapeuttiseen hoitoon yhdistettynä. Hoidon sisältöä tulisi kuitenkin kehittää ottamaan paremmin huomioon potilaiden ja heidän oireidensa yksilöllisyys. Psyykkiset tekijät, ennen kaikkea identiteetin rakentaminen, olisi otettava myös päiväosastohoidossa paremmin huomioon. Tämä voisi helpottaa myös hoitoon kohdistuvia pelkoja identiteetin katoamisesta. Lisäksi olisi harkittava, mitkä hoitomenetelmät todella edistävät normaalia syömiskäyttäytymistä, ja mitkä jopa tukevat häiriintynyttä käyttäytymistä.

Avainsanat: syömishäiriö, päiväosastohoito, tapaustutkimus.

## **KIITOKSET**

Haluaisin esittää lämpimät kiitokseni kaikille niille, jotka ovat olleet avuksi tämän tutkielman valmistumisessa. Haluan kiittää erityisesti ohjaajaani yliassistentti Jaakko Seikkulaa erinomaisesta ohjauksesta sekä kannustavasta ja kärsivällisestä suhtautumisesta. Lisäksi haluan kiittää Lapinlahden sairaalan henkilökuntaa, erityisesti apulaisopettaja Kristian Wahlbeckiä sekä erikoissairaanhoidaja Sirpa Sivosta avusta ja yhteistyöstä. Lopuksi haluan kiittää tutkimushenkilöitäni, joiden positiivinen suhtautuminen ja avoimuus mahdollistivat tämän tutkimuksen toteuttamisen.

## JOHDANTO

Syömishäiriöt, anorexia nervosa ja bulimia nervosa lisääntyvät jatkuvasti. Aihe on tällä hetkellä erittäin ajankohtainen. Anorexia nervosan tunnusmerkkejä ovat American Psychiatric Associationin (1994) ja Morrisonin (1995) mukaan painon yleensä nopea ja raju putoaminen sekä huoli ja pelko painon nousemisesta. Painon hallinta tapahtuu ruokavalion, liikunnan ja/tai erilaisten vaarallisten laihdutusmenetelmien, kuten oksentamisen avulla. Käsitukset vartalon muodoista ja koosta ovat vääristyneitä. Bulimia nervosaa sairastavilla on toistuvia ahmimiskohtauksia, joiden aikana he eivät pysty kontrolloimaan syömistään. Sairastuneet estävät painon nousemisen tavallisimmin oksentamalla. Heidän painonsa pysyy yleensä normaalin rajoissa.

Syömishäiriöt ovat vakavia psyykkisiä häiriöitä, ja niiden hoito on erittäin vaikeaa. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja tarvitaan jatkuvasti lisää. Toistaiseksi ennuste ei ole kovin hyvä. Kolmasosa syömishäiriöpotilaista ei parane hoitoyrityksistä huolimatta (Rissanen, 1999) ja jopa 15 % potilaista kuolee (Ratnasuriya, Eisler, Szmukler & Russell, 1991) joko fysiologisten häiriötilojen tai itsemurhayrityksen seurauksena (Rissanen). Paranemisennusteeseen vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaan ikä sairastuessa ja sairauden kesto, painon alhaisuus, vaarallisten laihdutusmenetelmien käyttö, psyykinen komorbiditeetti (samanaikaisesti syömishäiriön kanssa esiintyvät psyykkiset oireet tai häiriöt), sosiaalinen aktiivisuus, perheessä olevat ongelmat sekä hoitomotiivatio (Crisp, 1995; Casper & Jabine, 1996; Rissanen). Sairauden tai oireiden uusiutuminen on tavallista varsinkin stressitilanteissa (Abraham & Llewellyn-Jones, 1994). Claude-Pierre (1997) toteaa, että paranemisennuste riippuu muun muassa potilaan rohkeudesta ja luottamuksesta. Syömishäiriöstä voi parantua täydellisesti ja lopullisesti.

Syömishäiriöstä paranemisen jälkeenkin monilla on Ratnasuriyan ym. (1991) ja Herpertz-Dahlmannin, Wewetzerin, Hennighausenin ja Remschmidtin (1996) mukaan syömiseen sekä painon ja vartalon hyväksymiseen liittyviä ongelmia. Bulimiaoireiden kehittyminen ja syömishäiriön muuttuminen määrittelemättömän syömishäiriön suuntaan on tavallista. Sosiaalinen eristäytyminen, seksuaalisuhteiden puuttuminen ja epätäydellinen itsenäistyminen lapsuudenperheestä on myös tavallista. Sosiaaliset ongelmat ovat erityisen tavallisia kroonistuneilla potilailla. Monilla on muita psyykkisiä häiriöitä, ennen kaikkea

ahdistuneisuushäiriöitä, masentuneisuutta ja päihdeongelmia (Casper & Jabine, 1996). Nämä oireet ovat samoin erityisen tavallisia kroonistuneilla potilailla sekä jo parantuneilla bulimiapotilailla (American Psychiatric Association, 1994).

Syömishäiriöön sairastumisen taustalla voi olla monenlaisia kulttuurisia, perheeseen liittyviä ja yksilöllisiä, jopa biologisia tekijöitä (Lenko, 1990). Kulttuurisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa yhteiskunnan ja sukupuoliroolien muutokset, perheiden irrallisuus sekä asketismin ja laihuuden ihannointi (Penninkilampi, 1990; Gordon, 1991; Crisp, 1995). Varsinkin tiedotusvälineiden kautta ihmisten tietoisuuteen tuleva laihuuden ihannointi voi ainakin ylläpitää syömisongelmia (Hamilton & Waller, 1993; Ahonen, 1998). Laihuuden ihannointi voi myös toimia syömishäiriöitä laukaisevana tekijänä (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein, 1994; Claude-Pierre, 1997).

Perhehierarkian vääristyminen voi Selvini Palazzolin (1981) mukaan olla syömishäiriöiden taustalla. Nuoren itsenäistyminen on vaikeaa. Ongelmien taustalla on vuorovaikutuksen häiriöitä. Syömishäiriöön sairastuneen voi olla vaikeaa tunnistaa tunteitaan (Bruch, 1973) sekä hyväksyä, ilmaista ja käsitellä niitä (Buckroyd, 1997). Humphreyn (1986 & 1989) mukaan syömishäiriöpotilaiden vanhemmat ovat välinpitämättömiä ja sairastuneet alistuvia tai vihamielisesti vanhemmistaan riippuvaisia. Vaikeat lapsuudenkokemukset, muun muassa avuttomuuden tunne yhdistettynä heikkoihin coping-mekanismeihin, voivat altistaa syömishäiriön puhkeamiselle (Troop & Treasure, 1997). Usein traumaattiset tai stressaavat elämäntapahtumat toimivat laukaisevina tekijöinä (Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews & Treasure, 1997), mutta syömishäiriön puhkeamiseen vaikuttavat lisäksi persoonallisuuteen liittyvät tekijät (Claude-Pierre, 1997). Myös vanhempien psyykkiset ongelmat, korostunut terveystietoisuus ja häiriintynyt syömiskäyttäytyminen sekä lapsen syömisongelmat voivat altistaa syömishäiriöille (Marchi & Cohen, 1990; Hsu, 1997; Saarilehto, Lapinleimu & Keskinen, 1998).

Syömishäiriöiden taustalla olevista yksilöllisistä ja persoonallisuuteen liittyvistä tekijöistä mainitaan tavallisimmin kognitiiviset puutteet tai vääristymät. Sairastuneilla on minäkuvan häiriöitä ja häiriöitä tavassa, jolla kokemuksia tunnistetaan ja käsitteellistetään (Bruch, 1988). Vandereyckenin ja Meermannin (1988), Crispin (1995) sekä Lehto-Salon ja Aalbergin (1996) mukaan kyseessä on vääränlainen ongelmanratkaisumenetelmä. Nuori pyrkii välttämään autonomian saavuttamiseen ja identiteetin muodostamiseen liittyvät

ongelmat palaamalla puberteettia edeltäneeseen fysiologiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen. Claude-Pierren (1997) mukaan syömishäiriön taustalla on vahvistunut negatiivisuuden tila (confirmed negativity condition, CNC), jonka kehittymiseen vaikuttavat sekä perheeseen että yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Epäonnistumisen kokemukset johtavat subjektiiviseen ajatteluun sekä lopulta täydelliseen arvottomuuden kokemukseen. Sairastunut ei koe ansaitsevansa mitään hyvää, ei edes ruokaa, joka antaisi hänelle mahdollisuuden elää. Myös biologiset ja perinnölliset tekijät voivat altistaa syömishäiriöille (Treasure, Collier & Campbell, 1997; Rissanen, 1999).

Bruch (1988), Riihonen (1990), Slade, Newton, Butler ja Murphy (1991), Crisp (1995), Lehto-Salo ja Aalberg (1996), Claude-Pierre (1997), Charpentier (1999) ja Rissanen (1999) toteavat, että syömishäiriöpotilaat, erityisesti anorektikot, ovat usein jo ennen sairastumistaan olleet kunnianhimoisia ja täydellisyyteen pyrkiviä lapsia ja nuoria. Suoriutumisen tarve voi liittyä perheen sisäiseen patologiaan ja sairastuneen yritykseen olla ajattelematta ruokaa (Crisp). Sairastuneet saattavat kokea velvollisuudekseen tehdä palveluksia yhteiskunnalle, tai he voivat yrittää peittää täydellisyyteen pyrkimällä puutteellista minäkäsitystään ja riittämättömyyden tunnettaan (Bruch). He saattavat myös yrittää olla parhaita todistaakseen arvonsa muille (Claude-Pierre). Sairastuneilla on huono itsetunto, ja itsetunto on riippuvainen painosta ja vartalon muodoista (mm. Strauman, Vookles, Berenstein, Chaiken & Higgins, 1991; American Psychiatric Association, 1994; Morrison, 1995). Sairastuneilta saattaa puuttua jopa kokonaan kokemus identiteetistä, joka puolestaan on itsetunnon perusta (Claude-Pierre). Tällöin kokemus itsestä on riippuvainen muiden odotusten täyttämisestä. Syömishäiriöön sairastuneet hyväksyvät helposti ympäristön arvot ja ovat miellyttämishaluisia. He ovat vastuuntuntoisia, vaikka emotionaalinen kehitys on pysähtynyt lapsen asteelle. Ahdistuneisuushäiriöt, erityisesti obsessiivis-kompulsiiviset oireet ovat usein edeltäneet syömishäiriöön sairastumista (Råstam, 1992).

Anoreksiaan sairastuneiden painon putoaminen alkaa yleensä laihduttamisen seurauksena, joskus myös huomaamattomasti (Crisp, 1995). Joka tapauksessa he jättävät Buckroydin (1997) mukaan ensin pois kaikki lihottaviksi arvioimansa ruoat, ja päätyvät vähitellen elämään ruokavaliolla, jonka ravintoarvo on hyvin alhainen. He ovat jatkuvasti nälkäisiä, mutta torjuvat tämän tunteen (Selvini Palazzoli, 1981). Ajatukset pyörivät ruoan

ja syömisen ympärillä. Sairastuneet tietävät paljon ravitsemuksesta (Abraham & Llewellyn-Jones, 1994) ja ovat innokkaita valmistamaan ruokaa, mutta kieltäytyvät itse syömästä. He keksivät erilaisia tekosyitä ja temppuja välttääkseen syömisen ja käyttävät vaarallisiakin keinoja (mm. oksentaminen ja laksatiivien väärinkäyttö) tyhjentääkseen itsensä syömästään ruoasta (mm. Claude-Pierre, 1997). Syömisestä tulee salaa tapahtuva rituaali, ja siitä poikkeaminen aiheuttaa voimakkaita syyllisyydentunteita. Syöminen, varsinkin kiellettyjen ruokien syöminen, aiheuttaa voimakasta ahdistusta, ennen kaikkea lihomisen pelkoa (mm. Hetherington & Rolls, 1991) sekä negatiivisia painoon ja vartalon muotoihin liittyviä ajatuksia (Cooper & Fairburn, 1992). Rezek ja Leary (1991) totesivat yhteyden syömisen rajoittamisen ja tilanteen hallinnan tunteen välillä.

Bulimikot syövät yleensä muuten normaalisti, mutta ahmivat salaisten ahmimiskoh- tausten aikana melkein mitä tahansa käsiinsä saavat (Buckroyd, 1997). Sairastuneet tietävät, että heidän syömiskäyttäytymisensä on kontrolloimatonta (American Psychiatric Association, 1994; Morrison, 1995). Ahmiminen on Cattanachin, Malley'n ja Rodinin (1988) sekä Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (1994) mukaan tapa purkaa jännitystä, ahdistusta sekä sosiaalisista konfliktitilanteista seurannutta stressiä. Sen aiheuttama fyysinen epämukavuuden tunne, syyllisyys ja lihomisen pelko saavat sairastuneen oksen- tamaan tai käyttämään muita vaarallisia laihdutusmenetelmiä. Tämä voi puolestaan jälleen herättää syyllisyyttä ja ahdistusta, mitä sairastunut yrittää helpottaa ahmimalla. Varsinkin punnitseminen tai peilistä katsominen herättävät bulimikoissa negatiivisia painoon ja vartalon muotoihin liittyviä ajatuksia (Cooper & Fairburn, 1992).

Kontrolli ulottuu myös muihin asioihin kuin syömiseen. Syömishäiriöpotilaat yrittävät Buckroydin (1997) mukaan tukahduttaa kaikki tarpeensa. Anorektikot tuntuvat suoras- taan rankaisevan itseään tarpeistaan. Ulkoisten asioiden ollessa järjestyksessä pysyy myös sisäisesti paremmin koossa (Jäminki, 1990). Varsinkin pakonomainen liikunta on syömishäiriöpotilailla tavallista. Usein sairastuneen kontrollin tarve ja temppuilu saa lähellä olevat ihmiset sekä huolestumaan että raivostumaan. Sairastunut puolestaan tuntee olonsa voitonriemuseksi ja vahvaksi. Painon putoaminen nähdään merkittävänä saavutuksena ja merkkinä itsekurista, kun taas painon nouseminen koetaan itsekurin pettämisenä (American Psychiatric Association, 1994; Morrison, 1995). Käyttäytymisellään anorektikko yrittää puolustaa suojamuuriaan (Crisp, 1995) tai realistista, tervettä mieltään

negatiivista mieltä, eli sairautta vastaan, sekä luoda järjestystä omaan kaoottiseen maailmaansa ja myös muiden elämään (Claude-Pierre, 1997). Bulimiapotilailla kontrollin ajoittainen pettäminen näkyy impulsiivisuutena (Buckroyd).

Syömishäiriöpotilaiden on todettu yliarvioivan kehonsa mittasuhteita (mm. Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1998). Vandereycken ja Meermann (1988) totesivat kuitenkin, että tämä taipumus ei ole ominaista yksinomaan syömishäiriöpotilaille. Jokainen yliarvioi "tärkeimpien" kehonosiensa kokoa. Lisäksi anorektikot ymmärtävät yleensä olevansa laihoja, mutta he kieltävät alhaisen painon vaarallisuuden (American Psychiatric Association, 1994; Morrison, 1995). Probst, Vandereycken, Van Coppenolle ja Pieters (1998) totesivat, että vain pieni osa anoreksiapotilaista yliarvioi kehonsa mittasuhteet. Ruumiinkuvan häiriöaste voi ennustaa syömishäiriön kulkua, ja se on yhteydessä häiriön vakavuuteen (Vandereycken & Meermann). Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (1994) mukaan yliarvioinnit liittyvät siihen, että syömishäiriöpotilaat tarkastelevat peilistä vain kehonsa osia, jotka he kokevat kokonaisuutta lihavammiksi. Crispin (1995) mukaan potilaat näkevät itsensä sellaisina kuin heistä voisi nopeasti tulla. Claude-Pierre (1997) puolestaan toteaa itsensä näkemisen lihavana antavan negatiiviselle mielelle (sairaudelle) mahdollisuuden vaatia sairastunutta laihtumaan lisää.

Psykinen komorbiditeetti on syömishäiriöpotilailla hyvin tavallista. Herzog, Keller, Sacks, Yeh ja Lavori (1992) totesivat, että peräti 93 %:lla syömishäiriöpotilaista on ainakin yksi psykiatrinen diagnoosi syömishäiriön lisäksi. Tunne-elämän häiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja päihdeongelma ovat tavallisimpia diagnooseja (Braun, Sunday & Halmi, 1994). Persoonallisuushäiriöt ovat myös tavallisia, joskin arviot niiden esiintymisestä vaihtelevat huomattavasti eri tutkimuksissa. Herzogin ym ja Braunin ym. tutkimuksissa epävakaa ja välttelevä persoonallisuushäiriö olivat tavallisimpia diagnooseja. Bulimiapotilailla psykinen komorbiditeetti on anoreksiapotilaita tavallisempaa (American Psychiatric Association, 1994). Swain, Shisslak ja Crago (1991) totesivat skitsofreniatyyppiset oireet tavallisiksi syömishäiriöpotilailla. Psykoottiset oireet saattavat johtua heikosta ravitsemustilasta (Bruch, 1973). Claude-Pierre (1997) kuitenkin toteaa, että hetkittäisiä transseja lukuun ottamatta syömishäiriöpotilaat eivät ole psykoottisia. Heidän käyttäytymisensä voi näyttää irrationaalilta, koska he joutuvat noudattamaan negatiivisen mielen käskyjä. Myös Crisp (1995) on sitä mieltä, että sairastuneiden epätarkat



kognitiiviset prosessit ja ajattelun järjestäytymättömyys saavat heidän ajattelunsa ja käyttäytymisensä vaikuttamaan psykoottiselta.

Råstam (1992) totesi, että ainoastaan 6 % syömishäiriöpotilaista ei ole koskaan kärsinyt vakavasta masentuneisuudesta. Smith ja Steiner (1992) totesivat, että masentuneisuus huonontaa anoreksiapotilaiden paranemisennustetta, joten lääkähoidosta voisi tällaisten potilaiden kohdalla olla hyötyä. He myös totesivat, että monet egon toiminnan puutteet eivät ole ominaisia yksinomaan anoreksialle, vaan myös masentuneisuudelle. Fava, Abraham, Clancy-Colecchi, Pava, Matthews ja Rosenbaum (1997) totesivat, että -masennuslääkkeiden positiivinen vaikutus syömishäiriöoireisiin saattaa johtua masentuneisuuden vähenemisestä. Schlesier-Carter, Hamilton, O'Neil, Lydiard ja Malcolm (1989) puolestaan totesivat, että bulimia nervosa on erillinen, tunne-elämän häiriöstä erotettavissa oleva sairaus. Ahdistuneisuushäiriöt ovat Råstamin mukaan myös yleisiä. Anoreksiapotilailla obsessiivis-kompulsiiviset oireet ovat tavallisia. Bulimiapotilailla puolestaan sosiaalinen fobia on tavallisin ahdistuneisuushäiriö (Braun ym., 1994).

Ei ole varmaa, onko syömishäiriö tapa tuoda esiin vaikeita tunteita (mm. Buckroyd, 1997), vai onko masentuneisuus syömishäiriön, joko siihen liittyvien psyykkisten tekijöiden tai aliravitsemustilan seuraus (Abraham & Llewellyn-Jones, 1994; Claude-Pierre, 1997). Braun ym. (1994) totesivat masentuneisuuden edeltävän ainakin bulimiaan sairastumista. Selvini Palazzolin (1981) mukaan pahan kehon ja hyvän minän välinen jako johtaa masentuneisuuden häviämiseen syömishäiriöoireen tullessa esiin. Yleensä masentuneisuutta pidetään kuitenkin syömishäiriön seurauksena, aliravitsemustilasta johtuvana oireena (American Psychiatric Association, 1994). Råstam (1992) totesi masentuneisuuden seuraavan syömishäiriöön sairastumista, mutta ahdistuneisuusoireiden edeltävän syömishäiriön puhkeamista. Bulik, Sullivan, Fear ja Joyce (1997) totesivat paniikkihäiriön kuitenkin puhkeavan syömishäiriöön sairastumisen jälkeen.

Selvini Palazzoli (1981) toteaa, että syömishäiriöpotilaat ovat usein välinpitämättömiä kohtalostaan, mutta eivät toisaalta yritä nopeuttaa loppuaan tai edes toivo kuolevansa. Kuoleman toiveet, jopa itsemurha-ajatukset ovat Riihosen (1990) mukaan kuitenkin tavallisia. Herzogin ym. (1992) mukaan 10-24 % syömishäiriöpotilaista yrittää ainakin kerran itsemurhaa. Itsemurhayritykset liittyvät Crispin (1995) ja Claude-Pierren (1997) mukaan yleensä potilaan kokemaan epätoivon tai väsymyksen tunteeseen. Itsetuhoisen

käyttäytymisen (mm. viiltelyn) tarkoituksena on puolestaan saada kontakti omaan kehoon (Crisp) ja Claude-Pierren mukaan siirtää syyllisyyden tunteet ja muu psyykkinen kipu fyysiseksi kivuksi, rangaistukseksi, jonka potilas kokee ansaitsevansa. Sairastunut ei halua kuolla, mutta ei uskalla elää.

Syömishäiriökäyttäytyminen ei Buckroydin (1997) mukaan jätä juurikaan tilaa sosiaaliselle elämälle. Aliravitsemustila aiheuttaa omaan itseensä käpertymistä, koska nälkäisenä kenen tahansa ajatukset alkavat keskittyä ruokaan (Crisp, 1995). Lisäksi sosiaalinen elämä rakentuu usein syömisen ympärille, mikä eristää sairastunutta ystävistään. Sairastunut myös tuntee helposti, ettei kukaan ymmärrä häntä (Kiuttu, 1990), ja häpeän tunne edesauttaa eristäytymistä (Lehto-Salo & Aalberg, 1996). Täydellisyyden tavoittelu opinnoissa tai työssä voi toimia keinona välttää sosiaalisia kontakteja (Claude-Pierre, 1997). Anorektikon sosiaalinen kehitys on juuttunut sille tasolle, jolla se oli, kun hän sairastui. Hän jää vaille sitä aikaa, jolloin opetellaan sosiaalista vuorovaikutusta, ja totutellaan aikanaan seksuaalisiksi muuttuviin kahdenkeskisiin ihmissuhteisiin sekä etsitään persoonallista identiteettiä.

Claude-Pierre (1997) toteaa, että monet syömishäiriöpotilaat kommunikoivat ihmisten kanssa näennäisen hyvin, mutta tosiasiassa heistä on vain tullut loistavia näyttelijöitä. He saattavat tuntea olevansa huomaavaisia toisia kohtaan eristäytyessään. He uskovat, ettei kukaan kuitenkaan viihtyisi heidän seurassaan, tai että työntämällä ihmiset pois, he säästävät läheisiään tuskalta. He eivät koe edes ansaitsevansa ystäviä. He eivät pysty luottamaan ihmisiin, koska negatiivinen mieli ei salli sitä. Läheinen ihmissuhde, eli ulkopuolinen apu, voisi olla sen toiminnan kannalta kohtalokasta. Irrationaalinen käyttäytyminen saattaa myös eristää potilaan ystävistään, mikä on tällaisen käyttäytymisen tarkoituksenakin. Sairastunut testaa omaa arvottomuuden tunnettaan. Jos syömishäiriöpotilaalla on ystäviä, he ovat yleensä toisia syömishäiriöstä kärsiviä, joiden kanssa vuorovaikutus keskittyy sairauden ympärille.

Anoreksia tukahduttaa Buckroydin (1997) mukaan seksuaaliset tunteet. Vaikka syömishäiriöpotilas eläisikin parisuhteessa, seksi ei yleensä ole tyydyttävää, tai se jätetään yhteisestä sopimuksesta kokonaan pois. Crisp (1995) toteaa, että miehestä tulee usein vähitellen tyytymätön. Konfliktit ja hylätyksi tulemisen pelko saattavat saada anorektikon hakeutumaan hoitoon. Toisaalta anoreksian varaan rakentunut suhde on vaarassa, kun

sairastunut hakee apua tai paranee. Abraham ja Llewellyn-Jones (1994) ovat tutkineet tarkemmin syömishäiriöiden ja seksuaalisuuden välistä yhteyttä sekä jakaneet seksuaalisen käyttäytymisen kiellettyyn seksuaalisuuteen, seksuaalisesti epävarmoihin, seksuaalisesti passiivisiin ja seksuaalisesti aktiivisiin. Mitä vähemmän syömishäiriöön liittyy bulimiaoireita, sen kielteisemmin sairastunut suhtautuu seksuaalisuuteen. Claude-Pierre (1997) toteaa, että seksuaalisuuteen liittyvät vaikeudet johtuvat siitä, että negatiivinen mieli ei salli sairastuneelle minkäänlaista mielihyvää tai nautintoa. Lisäksi sairastuneet tuntevat inhoa omaa kehoaan kohtaan. Toisaalta seksuaalinen kypsyys tarkoittaa myös normaaliutta. Sairastuneilla ei ole mielestään oikeutta siihen, koska he ovat jo kokeilleet aikuisuutta ja epäonnistuneet. Sairastuneista tulee aseksuaalisia paitsi psykologisista myös fysiologisista syistä. Sama biokemiallinen epätasapaino, joka pysäyttää kuukautiskierron, vaikuttaa seksuaaliviettiin.

Evans ja Wertheim (1998) totesivat, että syömishäiriöoireista kärsivät ihmiset kokevat seksuaalisuuden hyväksikäytönomaisena. Lisäksi tutkijat totesivat syömisiongelmaisilla olevan muutenkin enemmän vaikeuksia läheisissä ihmissuhteissa kuin terveillä kontrollihenkilöillä. He ovat läheisyyttä vältteleviä, eivätkä he luota toisiin ihmisiin, mutta pelkäävät tulevansa hylätyiksi. Samaan tulokseen päätyivät Casper, Hedeker ja McClough (1992). Masentuneisuus ja sosiaalinen ahdistuneisuus toimivat välittävinä tekijöinä syömisiongelmiin ja ihmissuhdevaikeuksien välillä. Ihmissuhdevaikeuksien vakavuus on yhteydessä syömishäiriöoireiden vakavuuteen.

Syömishäiriöpotilaiden motivoiminen hoitoon on vaikeaa, koska he eivät usein koe itsessään olevan mitään vikaa (mm. Riihonen, 1990). Heidän on Claude-Pierren (1997) mukaan äärimmäisen vaikeaa pyytää apua. He eivät halua aiheuttaa muille harmia, eivätkä mielestään ansaitse hoitoa, ja lisäksi he pelkäävät negatiivisen mielen rankaisevan hoidosta. Hoito vie potilasta kohti muuttumista, jota hän eniten vastustaa (Kiuttu, 1990). Myös perhe voi kieltää ongelman olemassaolon (Lehto-Salo & Aalberg, 1996), ja hoitoon hakeudutaan usein siinä vaiheessa, kun oireet ovat jo kestäneet pitkään (Penninkilampi, 1990), tai kun fysiologinen tila romahtaa (Crisp, 1995).

Oma motivaatio ja vastuu on hoidon kannalta keskeistä (Crisp, 1995; Lehto-Salo & Aalberg, 1996). Painon nostaminen sekä syömiskäyttäytymisen ja sen keholle aiheuttamien vaurioiden korjaaminen ovat Vandereyckenin ja Meermannin (1988) sekä Crispin mukaan

hoidon keskeisiä tavoitteita. Myös psykososiaalinen tervehtyminen on tärkeää (Suokas, 1996). Näiden tavoitteiden toteutuminen onnistuu yleensä avohoidossa. Brambilla, Draisci, Peirone ja Brunetta (1995a, b & c) tutkivat kognitiivis-behavioraalisen hoidon, masennuslääkehoidon ja ravitsemusterapian vaikutusta neljän kuukauden avohoitojakson aikana anoreksia- ja bulimiapotilailla. Anoreksiapotilailla paino nousi, ja EDI- sekä masentuneisuus- ja ahdistuneisuuspistemäärät laskivat. Painon nouseminen oli suhteessa erityisesti EDI-lomakkeen interpersonal distrust -osion pistemäärään. Bulimiapotilailla bulimiaoireet ja niiden vakavuus vähenivät.

Vaikka pakkohoitoa pyritään välttämään, voi se Tillerin, Schmidtin ja Treasuren (1993) mukaan olla vaikeissa tilanteissa ainoa oikea ratkaisu. Vastuun tilapäinen siirtäminen ammattilaisille voi olla helpottavaa. Sairaalahoidon tulee Vandereyckenin ja Meermannin (1988) mukaan olla joustavaa ja yksilöllisiä tarpeita vastaavaa. Crispin (1995) kehittämän hoito-ohjelman mukaan painon nostaminen tapahtuu 8-12 viikkoa kestävässä hoito-jakson aikana. Hoidon edetessä ja painon noustessa potilas saa enemmän vapauksia nousta ylös vuoteesta ja liikkua. Potilas alkaa myös vähitellen ottaa itse vastuuta omasta syömisestään.

Syömishäiriöiden hoidon ongelmana voidaan pitää sitä, että potilas kokee intimitettiinä tunkeutumisen hallinnan menettämisenä (Kiuttu, 1990). Crisp (1995) toteaa, että potilaat joutuvat alistumaan sellaisten ihmisten kontrolloitaviksi, joihin he eivät luota. Painon nostaminen onkin hyödytöntä, jopa vahingollista ilman samanaikaista psykoterapeuttista, kognitiivista hoitoa. Tähän kuuluu Vandereyckenin ja Meermannin (1988), Lehto-Salon ja Aalbergin (1996) sekä Charpentierin (1999) mukaan muun muassa ruumiinkuvan hahmottamisen parantamista, ravitsemustietoa, tiedon lisäämistä sairaudesta ja sen seurauksista sekä naisena olemisen pohtimista. Itsearvostusta ja itsetuntemusta pyritään lisäämään ja suhdetta vanhempiin parantamaan. Taideterapia voi auttaa tunteiden ilmaisemisessa ja toimintaterapia normaalin syömiskäyttäytymisen opettelussa (Crisp).

Crispin (1995) mukaan psykoterapia on syömishäiriöiden hoidossa keskeistä, ja se aloitetaan usein jo sairaalahoidon aikana, mutta vasta fyysisen kunnon kohentumisen jälkeen. Anorektinen käyttäytyminen on välttelevää käyttäytymistä. Keskittyminen on myös vaikeaa silloin, kun potilas on hyvin alipainoinen (Claude-Pierre, 1997). Terapia toteutetaan yksilö- perhe- ja/tai ryhmäterapiana, ja se perustuu muun hoidon tavoin yleensä kognitiivis-behavioraaliseen ja/tai interpersoonalliseen teoriaan (Charpentier, 1999). Sen

tavoitteena on Crispin mukaan itsetuntemuksen lisääminen, fyysinen ja psykologinen kypsyminen sekä ihmissuhteiden mahdollistaminen. Ryhmäterapiassa vaarana on, että se vahvistaa potilaiden negatiivista mieltä ja syömishäiriökäyttäytymistä (Vandereycken & Meermann, 1988; Claude-Pierre). Hyvän psykoterapeuttisen suhteen luominen ei ole helppoa, koska sairastunut on ainakin aluksi sulkeutunut ja varautunut (Kiuttu, 1990). Koska potilas on vielä epävarma tulevaisuudestaan, tilan huononemisen vaara on Crispin mukaan suuri kotihoitoon siirryttäessä. Mielen sisältöjen muuttuminen aiheuttaa jännittyneisyyttä ja ahdistuneisuutta, riippuvaisuus ja aggressiivisuus lisääntyvät, ja hoidon keskeyttämisen vaara on suuri (Lehto-Salo & Aalberg, 1996). Psykoterapiassa lisäksi jatkohoitoon kuuluu fysiologisen tilan ja painon seuranta.

Claude-Pierren (1997) näkemys syömishäiriöiden hoidosta painottaa humanismia ja psykoterapeuttista lähestymistapaa sekä ongelman lähtökohtien selvittämistä käyttäytymisen, eli oireen muokkaamisen sijasta. Hoito perustuu sairaalahoitoon, jonka aikana pyritään lisäämään ennen kaikkea potilaan objektiivisuutta sekä rakentamaan identiteettiä. Tämä tapahtuu muun muassa ryhmäkeskustelujen kautta. Kaikenlaisia negatiivista mieltä tukevia toimenpiteitä pyritään välttämään. Näitä ovat muun muassa potilaan rankaiseminen, tavoitepainon ja aikarajojen asettaminen sekä punnitseminen siten, että potilas voi nähdä oman painonsa. Turvallisuuden, pysyvyyden ja järjestyksen tunteen luominen on varsinkin hoidon alkuvaiheessa tärkeää. Potilaille on osoitettava ehdotonta rakkautta.

Paraneminen tapahtuu Claude-Pierren (1997) mukaan viiden tason kautta. Hoidon edistyessä potilaasta tulee rohkeampi, aktiivisempi ja avoimempi. Sairaalahoitoon aikana hoitavia henkilöitä vaihdetaan, jotta voimakasta riippuvaisuutta ei pääsisi syntymään. Hoidon neljännessä vaiheessa aikuinen potilas siirtyy avohoitoon, asumaan yhdessä muiden samassa vaiheessa olevien potilaiden kanssa lähellä klinikkaa olevaan asuntolaan. Lasten vanhempien kanssa tehdään yhteistyötä erityisesti tässä vaiheessa. Viidennessä vaiheessa potilas palaa takaisin kotiympäristöön, mutta käy klinikalla arvioitavana kolme tai neljä kertaa ensimmäisen vuoden aikana. Ympäristön vakaus ja tuki ovat tänä aikana tärkeitä paranemisen onnistumista ajatellen. Paranemisprosessia voidaan verrata ihmisen normaaliin kehitykseen pikkulapsen avuttomuudesta aikuisen itseluottamukseen ja autonomiaan. Epätäydellisyys on kuitenkin hyväksyttävä myös parantumisen osalta.

Lääkehoidosta on Claude-Pierren (1997) mukaan hyötyä avohoidossa tai erittäin impulsiivisten ja itsetuhoisten potilaiden hoidossa. Samoin jos oireet eivät häviä ravitsemustilanteen ja psyykkisen tilan korjaantumisen jälkeenkään, voi lääkehoito olla aiheellista. Lääkitys voi kuitenkin häiritä psykoterapian tehokkuutta, koska se voi peittää tai muuttaa potilaan oireita. Joskus potilaalla saattaa kuitenkin olla jokin muu sairaus, joka vaikuttaa syömishäiriökäyttäytymiseen, ja johon tarvitaan lääkehoitoa. Myös Vandereycken ja Meermann (1988) toteavat, että lääkehoidosta on korkeintaan hetkellistä hyötyä painon nostamisessa tai ahmimisen vähentämisessä, mutta ongelman lähtökohtiin sillä ei ole vaikutusta. Samanlaisia tai parempia tuloksia saadaan muun muassa käyttäytymisterapian avulla. Crisp (1995) toteaa, että keinotekoisesti aikaansaatu ruokahalun lisääntyminen voi johtaa vaarallisten laihdutusmenetelmien käyttöön.

Parhaat syömishäiriöiden hoito-ohjelmat ottavat syömiskäyttäytymistä muuttavan ja kognitiivisen hoidon lisäksi huomioon potilaan emotionaalisen historian, tunteiden ilmaisun ja hänen kehittymisensä yksilönä (Buckroyd, 1997). Charpentierin (1999) mukaan syömishäiriöiden hoidossa tarvitaan ennen kaikkea luovuutta, positiivista asennetta sekä kykyä muuttaa tehottomaksi osoittautunutta hoitomenetelmää. Claude-Pierre (1997) toteaa, että parannuttuaan sairastunut osaa olla ottamatta asioita henkilökohtaisesti ja vastustaa asioita, jotka tuntuvat vahingoittavan häntä. Hän huomaa voivansa valita, mitä hän itse tarvitsee, ja kuinka hän haluaa vastata toisten tarpeisiin. Lisäksi hänellä on enemmän energiaa vastata näihin tarpeisiin, koska hän voi fyysisesti paremmin, on emotionaalisesti tasapainoinen ja hänellä on pysyvä ja turvallinen käsitys omasta itsestään. Kun ihminen löytää identiteettinsä, joka ei ole riippuvainen toisten tarpeiden tyydyttämisestä, hänelle on luonnollista rakastaa ja iloita elämästä.

Crispin (1995) kehittämää hoitoideologiaa sekä Ruotsin Embla-klinikan ja Englannissa Leedsissa ja Leicesterissa toimivien yksiköiden hoitomalleja kokeiltiin Suomessa ensimmäisen kerran päiväosastotyyppisenä hoitomuotona Lapinlahden sairaalassa, Helsingissä lokakuusta 1998 helmikuuhun 1999. Osasto oli kuusipaikkainen ryhmämuotoisesti toimiva yksikkö, ja se oli tarkoitettu yli 15-vuotiaille syömishäiriöpotilaille, joiden painoindeksi oli vähintään 14.5. Hoito oli tarkoitettu jatkohoidoksi tai sillaksi osasto- ja avohoidon välille. Hoidon tavoitteena oli häiriintyneen syömiskäyttäytymisen korjaaminen ja painon nostaminen. Potilaan omaa vastuuta ja motivaatiota korostettiin.

Jokaiselle potilaalle laadittiin päiväosastolla yksilölliset tarpeet huomioon ottava hoitosuunnitelma, joka tarkistettiin viikoittain. Lisäksi potilaille laadittiin kokonaishoitosuunnitelma, joka tarkistettiin hoidon puolivälissä ja lopussa. Jokaisella potilaalla oli päiväosastohoidon aikana avohoidossa hoitovastuussa oleva lääkäri, ja tavoitteena oli, että potilaat kävisivät yksilöterapiassa koko hoitajakson ajan ja myös sen jälkeen. Päiväosastolla vastuu hoidosta oli psykiatrisella sairaanhoitajalla. Hänen lisäksi osastolla työskenteli osa-aikaisesti lääkäri ja toimintaterapeutti. Lisäksi yksi Lapinlahden sairaalan fysioterapeuteista oli potilaiden käytettävissä.

Osaston viikko-ohjelmaan kuului erilaista ryhmätoimintaa, joka toteutettiin yhdessä Lapinlahden sairaalan muiden osastojen kanssa tai pelkästään päiväosaston puitteissa. Yhteisössä ja ryhmissä toimimisen kautta pyrittiin lisäämään ymmärrystä siitä, mitkä tekijät myötävaikuttavat syömishäiriökäyttäytymiseen, ja kuinka ajankohtaiset stressitekijät pitävät yllä syömishäiriötä. Ryhmissä keskusteltiin tunteista, ihmissuhteista sekä anorektisista ajatuksista. Keskustelujen tarkoituksena oli kehittää potilaiden vuorovaikutustaitoja ja itseluottamusta sekä saada kokemuksia tunteiden ilmaisemisesta. Yhteisöllisyyttä luotiin yhteisillä aterioilla ja lepohetkillä, jotka mahdollistivat ajankohtaisten ahdistavien tunteiden ja ajatusten jakamisen. Yhteisö suunnitteli ja toteutti myös tutustumiskäyntejä erilaisiin jatkohoitopaikkoihin, teki retkiä sekä piti pikkujoulun. Yksilökeskusteluja järjestettiin tarpeen mukaan erityisesti hoidon loppuvaiheessa. Myös yksilöllistä terapiaa (mm. taideterapia) oli jonkin verran tarjolla. Perhetapaamisia järjestettiin myös tarpeen mukaan. Perheille ja potilaille järjestettiin lisäksi tiedotustilaisuuksia syömishäiriöistä ja niiden hoidosta.

Potilaille tarjottiin päiväosastolla kolme ateriaa päivässä: aamiainen, lounas ja välipala. Hoitosuunnitelman teon yhteydessä jokaiselle potilaalle määriteltiin painotavoitetta tukeva ravintomäärä, ja hoitohenkilökunta tuki potilasta keskustelujen avulla tämän määrän syömisessä. Palaute annettiin välittömästi ruokailutilanteessa. Ravitsemusterapeutin kanssa suunniteltiin myös iltaisin nautittavat ateriat. Annostelu koettiin vaativaksi, joten hoidon loppuvaiheessa potilaiden ruoka-annokset laadittiin ja punnittiin annostelu- ja kaloritaulukoiden mukaisesti painotavoitetta tukevan ravintomäärän varmistamiseksi. Potilaita tuettiin myös lisäämään ruokavalionsa "kiellettyjä" ruoka-aineita. Punnitus tapahtui kerran viikossa. Aluksi potilas sai astua vaa'alle selkään edellä, mutta tavoitteena oli

harjoitella hoidon kuluessa hyväksymään oma paino ja suhtautumaan painon nousemiseen rauhallisesti. Päiväosastohoidon tarkempi kuvaus löytyy projektin väli- ja loppuraporteista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten syömishäiriöpotilaat kuvaavat itseään, ongelmaansa ja elämäänsä yleensä päiväosastohoidon alussa sekä hoidon jälkeen. Erityistä huomiota kiinnitettiin muutoksiin oman itsen kokemisessa, syömiskäyttäytymisessä, masentuneisuudessa ja ahdistuneisuudessa sekä sosiaalisissa suhteissa. Tutkimusmateriaali suhteutettiin taustalla oleviin teoreettisiin olettamuksiin syömishäiriöiden luonteesta. Tässä on kyseessä analyttinen yleistäminen, jonka avulla pyritään parantamaan tutkimuksen ulkoista validiteettia (Yin, 1994). Teemat valikoituivat syömishäiriöihin liitetystä, tutkimuksissa todetuista tyypillisistä ilmiöistä. Teemat olivat olennaisia päiväosastohoidon onnistumisen arvioinnin kannalta. Tavoitteena oli myös tutkia teemoja, joita ei ole kovin paljon tutkittu, sekä teemoja, jotka kiinnostivat päiväosaston henkilökuntaa. Tutkittavat teemat täsmentyivät ja valikoituivat vielä tutkimusprosessinkin aikana, mikä takasi tutkimuksen joustavuuden (Pandit, 1996).

Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä kirjoittaja käytti Yinin (1994) kuvaamaa useamman tapauksen tapaustutkimusta. Analyttisenä tekniikkana kirjoittaja käytti ohjelmalogiikkamallia, jossa riippumattomana muuttujana oli päiväosastohoito ja riippuvina muuttujina syömishäiriöoireet. Tarkoituksena oli myös laatia selityksiä tutkimustuloksille. Analyttisten tekniikoiden avulla pyritään lisäämään tutkimuksen sisäistä ja ulkoista validiteettia. Jokaisessa teemassa käsitellään kahta tapausta, jotka edustavat päiväosastohoidon aikana tapahtuneen muutoksen ääripäitä, eli eniten ja vähiten edistyneitä tapauksia. Kyseessä on teoreettinen toistaminen, jonka avulla pyritään parantamaan tutkimuksen ulkoista validiteettia. Tapaukset on analysoitu sekä tilastollisilla asteikoilla että puolistrukturoitujen haastattelujen avulla, eli kuvauksissa verrataan kyselylomakkeista saatua tietoa ja haastattelumateriaalia. Triangulaation, eli usean tietolähteen käytön sekä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen materiaalin yhdistämisen avulla pyritään lisäämään tutkimuksen rakennevaliditeettia ja luotettavuutta (Pandit, 1996).



## TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusaineisto muodostui Lapinlahden sairaalan anoreksiapäiväosastolla syksyllä 1998 hoidon aloittaneista potilaista. Kirjoittaja päätyi rajaamaan tutkittavat henkilöt potilaisiin, jotka tulivat osastolle marraskuun loppuun mennessä. Kaikki kuusi potilasta suostuivat osallistumaan tutkimukseen. He olivat naisia ja iältään 19-26-vuotiaita. Kaikki kuusi potilasta osallistuivat alkuhaastatteluun, mutta yksi heistä ei aloittanut hoitoa päiväosastolla. Tutkimukseen osallistui siis viisi henkilöä, jotka kaikki suostuivat myös seuranta-haastatteluun. Heistä neljällä oli anorexia nervosa, yhdellä bulimia nervosa. Tutkittavien perustiedot sekä hoitohistoria ovat liitteessä 1, s. 52. Tutkittavien hoitoaika päiväosastolla vaihteli 8 ja 20 viikon välillä sekä seuranta-aika 12 ja 22 viikon välillä. Tutkittavat haastateltiin viikon sisällä hoidon aloittamisesta sekä yhdestä viiteen viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen. Haastattelujen järjestämistä vaikeutti ajoittain ongelmat tiedon kulussa päiväosastolta kirjoittajalle.

Tutkimusmenetelminä olivat potilaiden alku- ja seuranta-haastattelut, neljä kyselylomaketta sekä henkilökunnan tekemät GAS-arvioinnit. Puolistrukturoitujen haastatteluiden (kts. liitteet 2 ja 3, s. 56) tarkoituksena oli tutkimusongelman mukaisesti kartoittaa syömishäiriöpotilaiden ajatuksia ja kokemuksia syömisongelmastaan, omasta itsestään, masentuneisuudestaan ja ahdistuneisuudestaan sekä sosiaalisista suhteistaan päiväosastohoidon alussa ja hoidon jälkeen. Kaikki haastattelut nauhoitettiin tutkittavien luvalla. Ennen potilaiden haastattelemista kirjoittaja teki kaksi pilottihaastattelua terveille koehenkilöille, ja muokkasi haastattelurunkoa näiden haastatteluiden perusteella. Varsinaisissa haastattelutilanteissa haastattelun laajuus ja ajan vähäisyys osoittautuivat usein ongelmaksi. Haastattelujen lisäksi tutkittavat vastasivat EDI (Eating Disorder Inventory), BDI (Beck Depression Inventory), BAI (Beck Anxiety Inventory) ja SAS-SR (The Social Adjustment Scale - Self Report) -lomakkeisiin sekä alku- että seuranta-haastattelun yhteydessä osastolla tai kotonaan.

Syömiskäyttäytymisen muutoksia sekä tutkittavien käsityksiä itsestään kartoitettiin haastatteluiden lisäksi EDI (Eating Disorder Inventory) -lomakkeen avulla. Se koostuu Garnerin (1990) mukaan 64 väittämästä, jotka muodostavat kahdeksan osiota: laihuuden

tavoittelu (drive for thinness), bulimia, tyytymättömyys omaa vartaloa kohtaan (body dissatisfaction), tehottomuus (ineffectiveness), täydellisyyden tavoittelu (perfectionism), epäluottamus ihmissuhteissa (interpersonal distrust), tietoisuus omista tunteista ja muista sisäisistä tiloista (interoceptive awareness) ja kypsymisen tai aikuiseksi kasvamisen pelko (maturity fears). Jokaisen osion pistemäärä lasketaan erikseen. Myös osioiden yhteispistemäärä voidaan laskea, mutta se ei kerro tutkittavasta kovinkaan paljon, koska jokainen osio mittaa erillistä, muista osioista riippumatonta piirrettä.

EDI-lomaketta voidaan Garnerin (1990) mukaan käyttää potilaan tilan sekä muutoksen arvioinnissa sekä syömishäiriön puhkeamisen ennustamisessa. Lisäksi tarvitaan kuitenkin muuta tietoa, kuten haastattelumateriaalia. Tulkinnassa on otettava huomioon, että jotkut EDI-lomakkeen mittaamat piirteet ovat aiheuttaneet tai ylläpitävät syömishäiriötä, kun taas jotkut ovat syömishäiriön aiheuttamia.

Sosiaalisia suhteita ja sopeutuneisuutta kartoitettiin haastatteluiden lisäksi SAS-SR (The Social Adjustment Scale - Self Report) -lomakkeen avulla. SAS-SR:n taustalla oleva sosiaalisen sopeutuneisuuden käsite määritellään Weissmanin (1975) mukaan ihmisen ja tämän sosiaalisen ympäristön väliseksi vuorovaikutukseksi. Sosiaalinen sopeutuneisuus liittyy lisäksi tyytyväisyyteen sekä suoriutumiseen rooleista, joita muokkaavat persoonallisuus ja ikä sekä kulttuuriset ja perheen taholta tulevat odotukset. Joskus myös psykopatologia voi vaikuttaa rooleihin. SAS-SR -lomake sisältää Weissmanin ja Bothwellin (1976) mukaan 42 kysymystä erilaisissa rooleissa toimimisesta. Näitä ovat: opiskelu ja/tai työskentely kotona ja/tai työpaikalla, sosiaalisuus ja vapaa-ajan vietto, suhteet sukulaisiin sekä aviopuolison, vanhemman ja perheenjäsenen roolit. Viimeksi mainittuun kuuluu myös kysymys tutkittavan taloudellisesta tilanteesta. Kysymykset liittyvät vastaajan suoriutumiseen odotetuista tehtävistä, ihmissuhteiden laatuun ja omiin tyytyväisyyden tunteisiin. Tutkittavia pyydetään arvioimaan tilannettaan muutaman tutkimushetkeä edeltäneen viikon aikana. Jokaisesta osiosta sekä koko lomakkeesta lasketaan keskiarvopistemäärä. Lomakkeen suomennetun version pisteytys poikkeaa jonkin verran alkuperäisestä.

Weissman, Prusoff, Thompson, Harding ja Myers (1978) totesivat SAS-SR -lomakkeen hyväksi arviointimenetelmäksi ja muutosta mittaavaksi menetelmäksi. He kuitenkin totesivat, että kroonisten psykiatristen potilaiden kohdalla kokonaispistemäärä

ei anna oikeaa kuvaa sosiaalisesta sopeutuneisuudesta, koska potilaat eivät toimi kaikissa rooleissa. Hoidon tuloksena tapahtunut roolien muutos voi myös saada aikaan kokonaispistemäärän laskun, vaikka potilaan tilanne olisikin muuttunut myönteiseen suuntaan. SAS-SR -lomaketta tulkitaan usein pelkästään kvalitatiivisesti. Tässä tutkimuksessa pistemäärät olivat suuntaa antavia tapauksia valittaessa.

Masennusoireita arvioitiin haastattelun lisäksi BDI (Beck Depression Inventory) -lomakkeen avulla. Lomakkeessa on Beckin, Wardin, Mendelsonin, Mockin ja Erbaughin (1961) sekä Beckin, Rushin, Shawn ja Emeryn (1979) mukaan 21 kysymystä, jotka mittaavat tutkimushetkeä edeltävän viikon ajalta masentuneisuuden käyttäytymiseen (oireisiin ja asenteisiin) liittyviä piirteitä. Masentuneisuuden eri asteet määritellään kyselylomakkeen kokonaispistemäärän perusteella seuraavasti: 0-9 pistettä: normaali (ei masentuneisuutta tai hyvin vähän masentuneisuutta), 10-18 pistettä: lievä tai keskinkertainen masentuneisuus, 19-29 pistettä: kohtalainen tai vaikea masentuneisuus ja 30-63 pistettä: vakava masentuneisuus (Beck, Steer & Garbin, 1988).

Beckin ym. (1961) mukaan BDI on todettu reliabeliksi ja validiksi mittariksi, jota voidaan käyttää eri asteisen masentuneisuuden tunnistamisessa ja muutoksen arvioinnissa. Sitä on Beckin ym. (1988) mukaan kuitenkin myös kritisoitu muun muassa siitä, ettei se sisällä kaikkia masentuneisuuden kuuluvia ilmiöitä, kuten lisääntyneitä psykomotorista aktiivisuutta. Pulosin (1996) mukaan BDI mittaa hyvin masentuneisuutta syömishäiriöpotilailla. Ruokahalun muutokseen ja painon laskemiseen liittyvät oireet kuuluvat samalla tavalla masentuneisuuden syömishäiriö- ja masennuspotilailla sekä psykiatrisilla potilailla yleensä.

Ahdistuneisuutta arvioitiin haastattelun lisäksi BAI (Beck Anxiety Inventory) -lomakkeen avulla. Beckin, Brownin, Epsteinin ja Steerin (1988) mukaan lomake mittaa ahdistuneisuutta 21 oireen luettelon avulla, joiden vakavuutta tutkimushetkeä edeltäneen viikon aikana tutkittava arvioi. BAI-lomakkeen reliabiliteetti ja validiteetti on todettu korkeiksi. BAI-lomaketta voidaan käyttää potilaiden tilan arvioinnissa ja muutosten mittaamisessa. Steerin ja Beckin (1996) mukaan BAI erottelee erityisen hyvin toisistaan paniikkihäiriöstä ja muista ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät potilaat.

## TULOKSET

### Teema 1. Syömishäiriöoireet

Taulukossa 1 on tutkimushenkilöiden EDI-lomakkeen kolmesta ensimmäisestä osiosta alku- ja seuranta haastattelussa saamat pistemäärät. Näissä osioissa tapahtuneet muutokset ovat tarkastelun kohteena arvioitaessa syömishäiriöoireissa päiväosastohoidon aikana tapahtuneita muutoksia. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat päiväosaston henkilökunnan tekemissä GAS-arvioissa tapahtuneet muutokset sekä painoindekseissä tapahtuneet muutokset (kts. taulukko 2, s. 18). EDI-lomakkeen perusteella arvioituna Paula edistyi päiväosastohoidon aikana eniten, kun taas Sadun tilanne selvästi huononi.

TAULUKKO 1. Tutkimushenkilöiden EDI-pistemäärät alku- ja seuranta haastattelun yhteydessä. Riikan suluissa oleva pistemäärä on suuntaa antava. Tutkittava antoi ainoastaan sanallisen vastauksen, eikä ympäröinyt mitään vaihtoehtoa.

	<b>Paula</b> alkutilan- ne/5 kk seuranta	<b>Riikka</b> alkutilan- ne/5 kk seuranta	<b>Satu</b> alkutilan- ne/3 kk seuranta	<b>Kristiina</b> alkutilan- ne/3 kk seuranta	<b>Hanna</b> alkutilan- ne/3 kk seuranta
Drive for thinness (max 21)	<b>16/12</b>	12/13	<b>13/19</b>	14/15	13/10
Bulimia (max 21)	<b>1/0</b>	(2)/0	<b>16/20</b>	4/5	1/0
Body dissatisfaction (max 27)	<b>25/22</b>	17/14	<b>16/17</b>	19/16	19/18
Total (max 69)	<b>42/34</b>	(31)/27	<b>45/56</b>	37/36	33/28

TAULUKKO 2. Tutkimushenkilöiden GAS-arviot sekä painoindeksit päiväosastohoidon alussa ja lopussa.

	<b>Paula</b> alkutilanne/5 kk seuranta	<b>Riikka</b> alkutilanne/5 kk seuranta	<b>Satu</b> alkutilanne/ 3 kk seuranta	<b>Kristiina</b> alkutilanne/3 kk seuranta	<b>Hanna</b> alkutilanne/ 3 kk seuranta
<b>GAS</b>	<b>50/50</b>	<b>75/78</b>	<b>70/75</b>	<b>65/73</b>	<b>50/60</b>
<b>Painoindeksi</b>	<b>16.8/16.1</b>	<b>16.6/17.4</b>	<b>14.1/14.9</b>	<b>17.3/17.5</b>	<b>15.4/16.8</b>

### Paula

Paulan edistyminen päiväosastohoidon aikana oli vaihtelevaa. Paino nousi 43.6 kilosta (painoindeksi 16.8) 45 kiloon, mikä oli asetettu hoidon vähimmäistavoitteeksi, mutta putosi hoidon loppuvaiheessa niin, että se oli hoidon päättyessä alhaisempi kuin hoidon alkaessa, 41.7 kiloa (painoindeksi 16.1). Paula totesikin, että hän olisi tarvinnut ympärivuorokautista apua ja tiukempaa suhtautumista tilanteeseensa. Paula punnittiin aluksi niin, ettei hän itse nähnyt painoaan. Painon nostaminen on Paulan mielestä helpompaa, jos hän ei tiedä painoaan. Päiväosastolla Paula söi ravintosuunnitelman mukaisesti, välttämällä kuitenkin rasvaa. Kotona hän ei noudata suunnitelmia. Hänen on vaikeaa hyväksyä mitään valmiiksi suunniteltua. Hän syö monipuolisesti silloin kun syö. Kaloreita hän ei enää laske, koska osaa taulukot jo ulkoa, eivätkä kalorimäärät ole hänelle enää kovin tärkeitä.

Paulan käsitys itselleen sopivasta painosta muuttui päiväosastohoidon aikana vähän realistisemmaksi. Seurantahaastattelussa Paula koki itsensä, varsinkin alavartalonsa edelleen lihavaksi, mutta sanoi yrittävänsä elää mahdollisimman normaalia elämää ajattelematta jatkuvasti ulkonäköään tai ruokaa ja syömistä. Hän totesi tottuneensa elämäntapaansa. Painon nouseminen pelotti häntä yhä, koska siihen liittyy muutos omassa ja muiden suhtautumisessa häntä kohtaan. Lisäksi hän pelkää näyttävänsä ulospäin terveeltä, vaikka ajatukset eivät vielä olisikaan terveitä. Hän ei uskalla antaa itselleen lupaa parantua.

Pakkoliikunta oli lisääntynyt selvästi päiväosastohoidon aikana. Paula totesi, että jos

hän liikkuu paljon, hän myös syö paremmin, koska liikkuminen on keino vähentää ahdistusta. Myös oksentaminen vähentää ahdistusta. Oksentaminen väheni päiväosastohoidon aikana jonkin verran. Paula totesi, että syömishäiriökäyttäytyminen on muuttunut tunteiden ilmaisemisesta elämäntavaksi ja keinoksi purkaa ahdistusta. Sen tarkoituksena ei ensisijaisesti ole enää laihduttaminen.

Paula totesi, että päiväosastohoidosta oli apua, koska se tuki normaalimpaa syömiskäyttäytymistä ja päivärytmiä. Jatkuva keskustelu rasvan käytöstä raivostutti Paulaa, koska se häiritsi sairautta, joka kieltää häntä käyttämästä rasvaa. Ravitsemusryhmästä ei Paulan mielestä ollut mitään hyötyä, koska hän tiesi kaikki asiat jo entuudestaan. Keittiöryhmässä oli mukavaa sen jälkeen, kun sen toiminta organisoitiin paremmin. Aluksi potilailla oli tapana "sooloilla" ja vältellä joidenkin ruoka-aineiden käyttöä. Annosten punnitseminen päiväosastohoidon loppuvaiheessa oli Paulan mielestä hyvä asia, koska silmämääräisesti on vaikeaa sanoa, mikä on sopiva määrä. Syöminen päiväosastolla oli helppoa, koska potilaat eivät vahtineet toistensa syömistä.

Tuntuu siltä, että Paulan EDI-lomakkeen perusteella arvioituna tapahtunut edistyminen on lähinnä näennäistä, luovuttamista tai alistumista ajatukseen, että hän tulee elämään oireidensa kanssa lopun elämänsä. Hän ei enää halunnut ajatella syömishäiriötään. Tässä mielessä GAS-arvio antaa oikean suuntaisen kuvan siitä, mitä tapahtui, joskin arvio on alhainen oireisiin sekä toisaalta esimerkiksi Sadun GAS-arvioon verrattuna. Tuntuu siltä, että Paula olisi tarvinnut systemaattista ympärivuorokautista tukea, kuten hän itsekin arveli. Paulan paino alkoi laskea sen jälkeen, kun hän tiesi painonsa. Samoihin aikoihin ruokamääriä alettiin punnita, joten on mahdollista, että sekin oli Paulalle haitallista, koska se tuki sairautta. Ruokamäärien punnitseminen tuskin on normaalia syömiskäyttäytymistä. Se myös tukee ajatusta, että vain tietyn määrän syöminen on sallittua.

### Satu

Sadun tilanne oli selvästi huonontunut alku- ja seurantahaastatteluiden välisenä aikana. Hän oli tutkimushetkellä ollut kotona reilun kuukauden päiväosastohoidon lopettamisen jälkeen. Ahmiminen sekä ennen kaikkea oksentaminen ja laksatiivien väärinkäyttö lisääntyivät kuitenkin taas päiväosastohoidon aikana ja erityisesti hoidon lopettamisen

jälkeen. Päiväosastohoito keskeytettiin Sadun liiallisen alkoholinkäytön vuoksi.

Alkuhaastattelussa Satu totesi, ettei hän haluaisi lihoa yhtään. Hän haluaisi olla kaikin puolin pieni. Hän voisi painaa korkeintaan 55 kiloa (painoindeksi 18) inhoamatta itseään. Hän painoi hoitoon tullessaan 43.1 kiloa (painoindeksi 14.1) ja hoidosta lähtiessään 45.5 kiloa (painoindeksi 14.9). Seurantahaastattelun yhteydessä Satu totesi painavansa 49.5 kiloa (painoindeksi 16.2). Painon hallitsemattomaan nousemiseen liittyvä pelko lievittyi alku- ja seurantahaastattelujen välisenä aikana. Satu oli suhteellisen tyytyväinen nykyiseen painoonsa, ja totesi, että ahmimisesta seuraava turvonnut olo tuntuu paljon inhottavammalta kuin paino sinänsä. Hän oli kuitenkin alkanut punnita itseään säännöllisesti.

Sadun mielestä päiväosaston säännöllisestä päivärytmistä oli hänelle eniten hyötyä. Hyödyllisiä olivat varsinkin viikon suunnittelu- ja arviointiryhmät sekä yksilökeskustelut. Ryhmätoiminnassa Satu koki ongelmaksi sen, ettei pystynyt samastamaan itseään muihin potilaisiin, koska hänen oireensa olivat erilaiset kuin muiden potilaiden oireet.

Sadun kohdalla EDI-lomakkeen antama käsitys syömishäiriöoireiden huomattavasta pahenemisesta ei vastaa todellisuutta. Vaikka syömishäiriökäyttäytyminen paheni hoidon aikana, kuten bulimia-osiosta voi päätellä, eivät syömishäiriöajatukset kuitenkaan voimistuneet. Tuntuu siltä, että Satu muuttui jossain määrin välinpitämättömäksi sille, mitä hänelle tapahtuu. GAS-arvio on ristiriidassa Sadun todellisen tilanteen kanssa. Vaikka halukkuus saada alkoholiongelma hallintaan lisääntyi, ja muitakin tulevaisuudensuunnitelmia esiintyi seurantahaastattelun yhteydessä, syömishäiriökäyttäytymisen paheneminen oli niin huomattavaa, että GAS-arviossa tapahtunut muutos tuntuu liian optimistiselta. Lisäksi arvio tuntuu liian korkealta, kun ottaa huomioon sen, että Sadun oireet olivat huomattavasti vakavampia kuin Paulan, ja syömishäiriökäyttäytyminen vei lähes kaiken hänen aikansa ja energiansa. Tuntuu siltä, että hoitohenkilökunta on arvioinneissaan ottanut huomioon lähinnä Sadun halukkuuden päästä ongelmistaan eroon ja suunnitella tulevaisuutta sekä toisaalta painon nousemisen, ei niinkään sitä, mitä muutoksia syömishäiriökäyttäytymisessä todella tapahtui. Näyttää siltä, että Sadulla päiväosastohoitoon siirtyminen tapahtui liian nopeasti.

## Teema 2. Masentuneisuus ja ahdistuneisuus

Taulukossa 3 on tutkimushenkilöiden BDI ja BAI -pistemäärät alku- ja seurantahaastattelun yhteydessä. Taulukon 3 perusteella voi päätellä, että Riikan tilanne oli parantunut eniten päiväosastohoidon aikana ja Sadun puolestaan huonontunut.

TAULUKKO 3. Tutkimushenkilöiden BDI ja BAI -pistemäärät (max 63) alku- ja seurantahaastattelun yhteydessä.

	Paula alkutilanne/5 kk seuranta	Riikka alkutilanne/ 5 kk seuranta	Satu alkutilanne/3 kk seuranta	Kristiina alkutilanne/3 kk seuranta	Hanna alkutilanne/ 3 kk seuranta
BDI	14/5	<b>32/19</b>	<b>33/38</b>	28/27	37/30
BAI	4/0	<b>17/8</b>	<b>21/32</b>	30/35	27/19

### Riikka

Riikka sanoi miettineensä jo ennen anoreksiaan sairastumistaan, mitä järkeä elämässä on. Sairastumisen myötä nämä ajatukset voimistuivat. Riikan ahdistuneisuus, joka ilmeni tyhjiyden tunteena, tuntui kasvaneen päiväosastohoidon aikana. Alkuhaastattelussa hän kertoi tuntevansa ahdistusta siitä, mitä hän sitten on, kun hänellä ei ole anoreksiaa. Hänestä tuntui, ettei hän tiedä mistään mitään, ei osaa päättää mitään, ei jaksa tehdä mitään tai ettei mistään tule mitään. Hän totesi näyttävänsä pahan olonsa ja masentuneisuutensa sillä, että laihtuu.

Seurantahaastattelussa korostui Riikan kokemana paniikki ja ahdistuneisuus painon nousemista ja lihomisesta, sekä pelko siitä, ettei lihominen ikinä lopu. Toisaalta häntä ahdisti myös hoitomotivaation puute. Hän totesi, että mieliala edelleenkin vaikuttaa syömiseen. Hän voi kostaa sen, ettei saa ilmaista tunteitaan kieltäytymällä syömisestä. Masentunut hän ei silti kokenut enää olevansa. Masentuneisuus oli vähentynyt päiväosastohoidon aikana. Hän ei osannut sanoa, oliko masennuslääkityksestä ollut apua.



Ahdistuneisuus oli hänenkin mielestään sen sijaan kasvanut, osittain psykoterapiasta johtuen. Syöminen, painon nouseminen, ylioppilaskirjoitukset ja tulevaisuus ahdistivat häntä. Ahdistuneisuus ilmeni hänen mielestään sekoamisena tai pimahtamisena (esim. Riikka puhui mielestään typeriä haastattelun aikana), syömättömyytenä, murehtimisena, stressinä, painajaisunina ja päänsärkinä. Ahdistuneisuus näkyi haastattelutilanteessa levottomuutena, hermostuneisuutena, aggressiivisuutena ja hysteerisenä nauramisena, jota Riikka ei itsekään osannut selittää. Hän totesi, ettei hänen tilanteessaan ollut mitään, mille voisi nauraa.

Riikka totesi alkuhaastattelussa, ettei hän ikinä tekisi tai uskaltaisi tehdä itsemurhaa, mutta välillä hänestä tuntuu siltä, että olisi helpompaa kuolla kuin elää. Seurantahaastattelussa hän lisäsi, että hän haluaisi elää stressittömämmin, tehdä elämästään erilaista, mutta ei kuitenkaan pysty siihen. Hän myös totesi olevansa joskus kateellinen itsemurhaa yrittäneille siitä huomiosta, jonka he saavat. Hän oli kerran osastohoidossa ollessaan ajatellut vahingoittaa itseään, jotta häneen olisi kiinnitetty huomiota. Hänestä oli tuntunut, ettei kukaan huomannut häntä tai välittänyt hänestä, kun omahoitajakin oli lomalla. Tuntuu siltä, että Riikka kokee turvattomuutta ja pelkää elämään liittyviä haasteita, mutta haluaisi elää, kunhan elämä ei olisi liian vaikeaa. Kyse ei siis ole kuoleman halusta vaan elämän pelosta.

Riikka totesi, että päiväosastolla oli ollut helppoa puhua ahdistavista asioista, kuten painon nousemiseen liittyvästä pelosta. Varsinkin yksilökeskusteluista oli ollut apua. Myös ryhmässä oli ollut helppoa puhua asioista ja ilmaista tunteitaan. Samoin rentoutumisharjoituksista (jooga ja rentoutumisryhmä) oli ollut apua rentoutumiskyvyn paranemisessa, vaikka Riikka olikin epäillyt, onko jooga hänelle sopivaa sen vuoksi, että se liittyy uskontoon. Päiväosastohoidon lisäksi terapeutista oli ollut apua ahdistuksen ja masennuksen käsittelyssä. Riikka totesi, ettei hän pärjäisi ilman terapeuttiaan ja parasta ystäväänsä.

Alkuhaastattelun yhteydessä täytetyssä BDI-lomakkeessa korostuivat (3p) epäonnistumisen tunteet, tyytymättömyys ulkonäköä kohtaan (mikä oli ristiriidassa haastattelun kanssa) ja ruokahaluttomuus. Epäonnistumisen tunteet näkyivät myös EDI-lomakkeen ineffectiveness -osiossa (kts. taulukko 6, s. 32). Nukkumisvaikeuksia tai rangaistuksi tulemisen kokemuksia Riikalla ei ollut lainkaan. Ahdistusoireista (BAI) korostui ennen

kaikkea (3p) kyvyttömyys rentoutua, sekä myös (2p) pelko tulevaisuudesta (“pelkään pahinta”) ja itsensä hallitsemisen menettämisestä, huimaus tai tokkuraisuus, hermostuneisuus sekä vatsa- ja suolistovaivat. Haastattelussa Riikka ei maininnut somaattisia ahdistusoireita.

Seurantahaastattelun yhteydessä täytettyjen lomakkeiden perusteella arvioituna Riikka oli edelleen jonkin verran masentunut, mutta masentuneisuus oli selvästi lievittynyt. Nyt merkittävimpiä oireita BDI-lomakkeessa olivat (2p) syyllisyydentunteet, itseinho, itsekritiikki, vaikeus tehdä päätöksiä ja ennen kaikkea (3p) tyytymättömyys ulkonäköön. Riikka ei enää pitänyt itseään surullisena. Epäonnistumisen tunteita ei myöskään ollut nyt lainkaan. Riikka koki olevansa kiinnostunut muista ihmisistä. Myös työkyky oli palautunut normaaliksi. Riikka ei enää ollut huolissaan terveydestään, ja ruokahalukin oli parantunut. Ainoastaan syyllisyydentunteet olivat lisääntyneet. Saattaa olla, että tämä oli yhteydessä painon nousemiseen. Ahdistusoireista (BAI) korostuivat (2p) kyvyttömyys rentoutua ja hermostuneisuus. Vatsa- ja suolistovaivat olivat hävinneet. Ahdistusoireet olivat lievittyneet, mutta ehkä toisaalta muuttuneet sellaisiksi, joita BAI-lomake ei tunnista.

### Satu

Sadun masentuneisuus ja ahdistuneisuus lisääntyivät alku- ja seurantahaastattelujen välisenä aikana. Tähän liittyivät syömishäiriökäyttäytymisen paheneminen sekä alkoholinkäytön lisääntyminen. Lisäksi Satu alkoi käyttää väärin hänelle määrättyjä lääkkeitä. Sadulla on ollut jo pitkään säännöllinen masennus-, ahdistus- ja unilääkitys. Alkuhaastattelun yhteydessä Satu totesi lääkkeiden käytön inhottavan häntä. Häntä mietitytti, miten lääkitys vaikuttaa ajatuksiin. Lääkityksestä huolimatta hänellä on paha olla, joten hän mietti, olisiko olo pahempi, jos hän ei söisi lääkkeitä. Toisaalta hän totesi, ettei hän voisi olla ilman lääkkeitä.

Seurantahaastattelussa Satu totesi, että jos hän itse saisi valita, hän haluaisi niin voimakkaita ja turruttavia lääkkeitä kuin mahdollista. Lääkäri kieltäytyi päiväosastohoidon aikana tapahtuneen lääkkeiden väärinkäytön vuoksi uusimasta Sadun reseptejä. Päiväosastohoidon päättymisen jälkeen Satu meni masentuneisuutensa vuoksi päivystävän lääkärin vastaanotolle ja sai uudestaan lääkkeitä. Tämän jälkeen A-klinikka on uusinnut

reseptit. Päiväosastohoidon loppumisen jälkeen jatkuneen lääkkeiden väärinkäytön vuoksi Sadun äiti alkoi huolehtia lääkityksestä. Satu sanoi halunneensa humalassa ollessaan tajun pois. Jälkeenpäin tilanteet hävettivät Satua, tuntuivat naurettavilta. Vanhemmat olivat vihaisia ja surullisia. Vastaavanlainen lääkkeiden yliannostus tapahtui kerran myös kolme vuotta aikaisemmin. Satu halusi silloin herättää huomiota. Itsemurha-ajatuksia Sadulla on ollut parin vuoden ajan, ei kuitenkaan alkuhaastattelun yhteydessä, mutta taas päiväosastohoidon aikana ja seurantahaastattelun yhteydessä. Ne eivät tosin ole koskaan olleet vakavia, paremminkin itsemurha-ajatuksella leikkimistä. Hän totesi alkuhaastattelussa olevansa pelkuri. Hän ei uskaltaisi tehdä itsemurhaa, vaikka haluaisikin.

Alkuhaastattelussa Satu kuvasi ahdistuneisuutta levottomuutena, hermostuneisuutena, haluna hyppiä seinille sekä tunteena, että jotakin pitäisi tehdä, mutta ei tiedä, mitä. Hän sanoi tarvitsevansa kaljan pystyäkseen yhtään rentoutumaan. Masentuneisuus ei ollut Sadun mielestä yhtä vahva tunne kuin ahdistuneisuus. Se oli tuntunut aikaisemmin väsymyksenä ja tyhjänä olona. Hän oli nukkunut jatkuvasti. Lääkityksen vaihtamisen ja lisäämisen jälkeen olo oli muuttunut hermostuneeksi. Satu oli edelleen väsynyt, mutta tunsi, ettei voi olla paikoillaan. Hänen pitäisi koko ajan tehdä jotakin voidakseen olla ajattelematta asioita. Koskaan hänellä ei ole hyvä olo.

Seurantahaastattelussa Satu kuvasi masentuneisuutta tunteena, ettei hänellä ole mitään päämäärää elämässä, mitään ajatusta siitä, mitä tekisi illalla, miksi heräisi huomenna, mitä tekisi loppuelämänsä. Ahdistusta hän kuvasi kuten ensimmäiselläkin kerralla hermostuneisuutena, tunteena, ettei saa happea ja tukehtuu, haluna olla humalassa niin, että nukahtaisi, sammuisi pois. Varsinaisia paniikkikohtauksia hänellä ei kuitenkaan ole ollut.

Päiväosastohoito auttoi Sadun mielestä syömiskäyttäytymisen normalisoitumisen lisäksi myös masennukseen ja ahdistukseen, kun puoli päivää oli joten kuten hallinnassa. Sadulla oli elämässään jotakin, minkä vuoksi nousta aamulla ylös ja jotakin, mihin lähteä. Keskustelut toisten potilaiden sekä erityisesti henkilökunnan kanssa olivat hyödyllisiä. Rentoutumisharjoituksiin Satu ei osallistunut, koska rentoutuminen oli hänen mielestään liian vaikeaa. Satu piti erityisesti ratsastusterapiasta, jossa hän kävi koko päiväosastohoidon ajan, ja myös vähän aikaa sen loppumisen jälkeen. Hän unohti itsensä ja ongelmansa terapian aikana. Myös A-klinikalla päiväosastohoidon jälkeen aloitetuista yksilökeskusteluista on Sadun mielestä apua.

Masentuneisuus näkyi Sadusta molemmilla haastattelukerroilla myös haastattelutilanteessa. Hän oli väsyneen oloinen ja vastasi kysymyksiin lyhyesti ja hitaasti. Tunnelma oli suorastaan pysähtynyt. BDI ja BAI -lomakkeiden perusteella arvioituna Satu oli sekä alku- että seurantahaastattelussa vakavasti masentunut. Ahdistuneisuus lisääntyi tutkimuskertojen välillä masentuneisuutta selvemmin, ja oli seurantahaastattelussa vakavaa. Alkuhaastattelun yhteydessä BDI-lomakkeessa korostuivat (3p) toivottomuus, epäonnistumisen tunteet, kyvyttömyys ilmaista tunteita (itkeä), kyvyttömyys tehdä mitään ja kiinnostuksen katoaminen seksiin. Rangaistuksi tulemisen tunteita, itsekritiikkiä tai tavanomaisesta poikkeavaa väsymistä ei esiintynyt. Seurantahaastattelun yhteydessä BDI:ssä korostuivat (3p) surullisuus, toivottomuus, epäonnistumisen tunteet, itseinho, kyvyttömyys tehdä mitään ja huoli ruumiin vaivoista. Itsekritiikki lisääntyi selvästi. Toisaalta Satu pystyi paremmin ilmaisemaan tunteitaan (itkemään). Väsymisen tunne oli lisääntynyt ja ruokahalu huonontunut.

Ahdistusoireista (BAI) korostuivat (3p) ensimmäisellä tutkimuskerralla kyvyttömyys rentoutua, hermostuneisuus sekä vatsa- ja suolistovaivat. Haastattelussa Satu ei maininnut somaattisia ahdistusoireita. Toisella tutkimuskerralla ahdistusoireita oli selvästi enemmän, ja ne olivat pahentuneet. Vaikeimpia oireita (3p) olivat lämmöntunne, kyvyttömyys rentoutua, hermostuneisuus, tukehtumisen tunne, hengenahdistus, vatsa- ja suolistovaivat sekä kasvojen punoitus. Tulevaisuuden pelko oli hävinnyt, mutta hengenahdistus, heikotus ja kasvojen punoitus olivat lisääntyneet.

Vaikka Satu totesikin seurantahaastattelussa itkevänsä enemmän kuin aikaisemmin, hän totesi samalla, että on kyllästynyt puhumaan asioistaan. Hän ei halua enää ajatellakaan mitään. Sadun lisääntynyt haluttomuus puhua asioistaan näkyy myös EDI-lomakkeen interpersonal distrust -osiossa (kts. taulukko 5, s. 27). Satu tuntui luovuttaneen, alistuneen. Hän ei joistakin tulevaisuuden suunnitelmistaan huolimatta pystynyt näkemään tulevaisuudessaan paljonkaan odottamisen arvoista. Hän totesi toivovansa, että vanhemmat jättäisivät hänet rauhaan ja antaisivat hänen kuolla. Hän koki itsensä väsyneeksi, toivottomaksi ja epäonnistuneeksi.

### Teema 3. Sosiaaliset suhteet

Sosiaalisissa suhteissa tapahtuneita muutoksia arvioitiin paitsi haastattelun, myös SAS-SR -lomakkeen perusteella. Koska SAS-SR -lomakkeen perusteella arvioituna vapaa-aika tuntui ongelmalliselta alueelta lähes kaikille tutkittaville, kirjoittaja päätyi rajaamaan tutkimuskohteen tutkittavien ystävyys- ja seurustelusuhteisiin, eli vapaa-aika -osioon (kts. taulukko 4). Lisäksi tarkastelun kohteena oli EDI-lomakkeen interpersonal distrust -osiossa tapahtuneet muutokset (kts. taulukko 5, s. 27). SAS-SR -lomakkeen sekä haastatteluiden perusteella arvioituna Paulan sosiaalinen elämä oli kaventunut päiväosastohoidon aikana. Suurin muutos oli pitkäaikaisen seurustelusuhteen päättyminen. Muutosta positiiviseen suuntaan oli tapahtunut ennen kaikkea Riikalla. Sekä Sadun että Hannan sosiaalinen elämä oli erittäin rajoittunutta sekä alku- että seuranta-haastattelun yhteydessä. Hannan sosiaaliset kontaktit olivat olleet erittäin vähäisiä jo pitkään, jo ennen hänen anoreksiaan sairastumistaan. Tätä tukee Hannan korkea pistemäärä EDI- lomakkeen interpersonal distrust -osiossa. Sadun sosiaalisten kontaktien vähenemiseen oli vaikuttanut hänen sairastumisensa syömishäiriöön sekä alkoholiongelma. Kristiinan sosiaalinen elämä oli ollut suhteellisen vilkasta ennen hänen anoreksiaan sairastumistaan, mutta ongelmallista sairastumisen jälkeen. Lomakkeen tiedot on yhdistetty haastattelumateriaaliin.

TAULUKKO 4. Tutkittavien SAS-SR -lomakkeen vapaa-aika -osion pistemäärät alku- ja seuranta-haastattelun yhteydessä (max 6).

	<b>Paula</b> alkutilanne/ 5 kk seuranta	<b>Riikka</b> alkutilanne/ 5 kk seuranta	Satu alkutilanne/ 3 kk seuranta	Kristiina alkutilanne/ 3 kk seuranta	Hanna alkutilanne/ 3 kk seuranta
SAS-SR, vapaa- aika	1.3/1.4	2.5/2.1	4/3.9	3.2/3	3.6/3.6

TAULUKKO 5. EDI-lomakkeen interpersonal distrust -osion pistemäärät alku- ja seurantahaastattelun yhteydessä (max 21). Riikan suluissa oleva pistemäärä on suuntaa antava. Tutkittava antoi kahteen kysymykseen ainoastaan sanallisen vastauksen.

	<b>Paula</b> alkutilanne/ 5 kk seuranta	<b>Riikka</b> alkutilanne/ 5 kk seuranta	Satu alkutilanne/3 kk seuranta	Kristiina alkutilanne/3 kk seuranta	Hanna alkutilanne/3 kk seuranta
Interpersonal distrust	0/1	(6)/3	4/9	5/5	18/15

### Riikka

Alkuhaastattelussa Riikka kertoi tutustuvansa mielellään uusiin ihmisiin, mutta juttelevansa ihmisten kanssa mieluiten kahden kesken. SAS-SR -lomakkeessa Riikka totesi tuntevansa olonsa yleensä epämukavaksi ihmisten seurassa. Riikka kertoi haastattelussa olevansa tyytyväinen sosiaaliseen elämäänsä, vaikka hän SAS-SR -lomakkeessa totesi tunteneensa olonsa viime aikoina usein yksinäiseksi ja lähes aina ikävystyneeksi. Tähän ristiriitaan saattoi vaikuttaa se, että Riikka oli ollut ennen päiväosastohoidon aloittamista sairaalahoidossa, koska seurantatutkimuksessa hän totesi tuntevansa itsensä yksinäiseksi ja ikävystyneeksi vain harvoin. Riikalla on melko paljon ystäviä, vaikka liikuntaharrastuksen lopettamisen jälkeen ystäväpiiri pieneni. Kaikki hyvät ystävät ovat suhtautuneet Riikan sairastumiseen ymmärtäväisesti. He välttelevät kuitenkin sairaudesta puhumista ja ovat vaivautuneen näköisiä, jos Riikka ottaa asian puheeksi. Parhaaseen ystäväänsä Riikka tutustui vasta sairastumisensa jälkeen. Riikka totesi, ettei ole koskaan seurustellut, mutta haluaisi poikaystävän.

Seurantahaastattelussa Riikka totesi, että hän tapasi ystäviään päiväosastohoidon aikana enemmän kuin kokopäiväosastolla ollessaan (ennen päiväosastohoidon aloittamista). Riikka tutustui parhaan ystävänsä muihin ystäviin, kun he aloittivat musiikkiharrastuksen. Riikka tuntui siis alkaneen viihtyä paremmin myös tilanteissa, joissa on paljon ihmisiä. Myös SAS-SR -lomakkeessa Riikka totesi tuntevansa itsensä vapautuneeksi hetken kuluttua, vaikka tuntisikin ensin olonsa epämukavaksi. Toisaalta Riikka koki olevansa

välillä huono tutustumaan uusiin ihmisiin. Asia alkoi ehkä huolestuttaa Riikkaa enemmän sen jälkeen, kun hän pääsi pois sairaalahoidosta. Joskus Riikkaa ärsyttää se, että hänen paras ystävänsä on aina menossa. Toisaalta paras ystävä kyllä ymmärtää, että Riikalla on paineita. Riikka haluaisi kuitenkin viettää enemmän aikaa ystäviensä kanssa.

Alkuhaastattelussa Riikka totesi, että hänen sairautensa hävettää häntä, eikä hän siksi yleensä kerro siitä kenellekään. Hän ei muutenkaan ilmaise tunteitaan tai ajatuksiaan avoimesti kenellekään terapeuttiaan lukuun ottamatta. Riikka peittää varsinkin surulliset tunteensa. Jos hän kertoo vaikeista asioista, hän yleensä lisää niihin huumoria. Hän ei halua vaivata ihmisiä ongelmillaan eikä halua muiden pitävän häntä omituisena. SAS-SR-lomakkeessa Riikka kuitenkin totesi pystyneensä yleensä puhumaan tunteistaan ystäviensä kanssa. Seurantahaastattelussa Riikka totesi, että muiden uskovien kanssa on helppoa keskustella syvällisistä asioista, vaikkei tuntisikaan heitä hyvin. Eniten hän puhuu ja ilmaisee tunteitaan kuitenkin parhaalle ystävänsä, mutta uskaltaa itkeä vain terapeuttinsa nähden. Paha olo ei ole riittävä syy itkemiselle. Iman terapeuttiaan ja parasta ystävänsä Riikka kuolisi (henkisesti).

Alkuhaastattelussa Riikka totesi, että riitatilanteet jäävät usein elämään hänen mieleensä. Hän ei osaa mielestään pitää puoliaan ihmissuhteissa, paitsi joskus kotiväen kanssa. Hän ei myöskään uskalla puuttua muiden riitoihin. Seurantahaastattelussa Riikka totesi, että riitatilanteet ahdistavat häntä. Tärkeille ihmisille on vaikeaa olla vihainen. Riikka yrittää miellyttää heitä, koska pelkää, etteivät he muuten pitäisi hänestä ja jättäisivät hänet. Ystävänsä ja vanhempien kanssa voi kuitenkin olla eri mieltä asioista, koska he eivät hylkää. Riitatilanteissa Riikka yrittää ensin selvittää, mistä on kysymys ja ottaa sitten asiaan kantaa. Hän ei halua myöntää olevansa väärässä eikä halua muutenkaan antaa periksi. Jos ystävänsä kanssa tulee riitaa, Riikka yrittää mahdollisimman nopeasti sopia asian.

Riikalle tuntui olevan erityisen tärkeää se, mitä muut hänestä ajattelevat. Pelko hylätyksi tulemisesta aiheutti tarpeen miellyttää ja välttää tunteiden ilmaisua tai tietyistä asioista puhumista. Näyttää siltä, että Riikka alkoi puhua enemmän ja avoimemmin asioistaan ystäviensä kanssa, varsinkin parhaan ystävänsä kanssa päiväosastohoidon aikana. Positiivista muutosta oli havaittavissa myös EDI-lomakkeessa, vaikka Riikalla ei alunperinkään tuntunut olevan suuria ongelmia interpersonal distrust -osiossa, toisin kuin ehkä haastattelun perusteella olisi voinut päätellä. Myös Riikan kyky ilmaista ajatuksiaan

ja tunteitaan ristiriitatilanteissa parani päiväosastohoidon aikana. Koska kyky ilmaista tunteita parani, voi olettaa myös turvattomuuden tunteen lievittyneen.

### Paula

Alkuhaastattelussa sekä SAS-SR -lomakkeessa Paula totesi, että hänestä on mukavaa olla ihmisten kanssa. Hän tuntee harvoin olonsa yksinäiseksi tai ikävystyneeksi. Hänellä on paljon ystäviä, joihin hän pitää säännöllisesti yhteyttä. Hän pystyy yleensä puhumaan avoimesti asioistaan ja ilmaisemaan tunteitaan ystävilleen, varsinkin kahdelle parhaalle ystävälleen. Hän totesi voivansa yleensä puhua asioistaan ja ilmaista tunteitaan avoimesti myös avomiehelleen. Yleensä Paula kuitenkin purkaa pahaa oloaan syömishäiriökäyttämisen avulla. Hän häpeää vaikeita tunteita, erityisesti masentuneisuutta, eikä halua rasittaa niillä muita ihmisiä, joten hän pyrkii kaunistelemaan asioita. Päiväosastollakin Paulan yritys miellyttää ja peittää vaikeita tunteita näkyi selvästi.

Seurantahaastattelussa Paula totesi olevansa tyytyväinen siihen, että jaksaa taas olla kiinnostunut ihmisistä. Paula ystäväystyi muiden potilaiden kanssa päiväosastolla, ja pitää moniin heistä säännöllisesti yhteyttä. Hän tapasi ystäviään useammin päiväosastohoidon aikana kuin aikaisemmin. Osittain tämä johtui siitä, että Paulan avoliitto päättyi hoidon aikana, joten ystävät, varsinkin kaksi läheisintä ystävää ovat hänelle erityisen tärkeitä. SAS-SR -lomakkeen mukaan Paula oli vähemmän yhteydessä ystäviinsä päiväosastohoidon loppupuolella kuin ennen päiväosastohoidon aloittamista. Hän ei kuitenkaan tuntenut oloaan lainkaan yksinäiseksi tai ikävystyneeksi. Ristiriita haastattelun ja SAS-SR:n välillä saattaa johtua siitä, että Paula oli kuitenkin ollut yhteydessä moneen ystäväänsä, joten ei ole todennäköistä, että sosiaalinen elämä olisi tosiasiassa merkittävästi kaventunut. Paula oli myös kiinnostunut seurustelusta päiväosastohoidon aikana, ja kävi ulkona vastakkaista sukupuolta olevan henkilön kanssa kaksi kertaa.

Paula totesi seurantahaastattelussa puhuvansa asioistaan ja ilmaisevansa tunteitaan eri tavalla eri ihmisille. Usein hän puhuu asioistaan vasta sen jälkeen, kun on käsitellyt niitä itsekseen. Jotkut asiat hän pitää myös täysin ominaan. Paula totesi, että isosisko on hänen läheisin ystävänsä. Hän ymmärtää Paulan ajatukset ja tunteet selittämättä. Paulan isän naisystävä on myös Paulan hyvä ystävä. Hänelle Paula voi kertoa tunteistaan, koska hän ei



ole niin läheinen ihminen, että häntä pitäisi varjella. Hän tarjoaa erilaisia näkökulmia asioihin sekä toimii puskurina Paulan ja hänen isänsä välisissä ristiriitatilanteissa. Tuntuu siltä, että Paulan sosiaalinen elämä vilkastui päiväosastohoidon aikana. Suhde siskoon tuli läheisemmäksi, mutta toisaalta suhteet ystäviin ehkä jonkin verran etäisemmiksi. Vaikeus puhua asioista ja ilmaista tunteita tuli selvästi esiin molemmilla tutkimuskerroilla, joten on yllättävää, ettei se näy EDI-lomakkeen interoceptive awareness -osiossa.

Paulan kahdeksan vuotta kestänyt avoliitto päättyi päiväosastohoidon aikana. Paulan syömishäiriöllä oli vaikutusta avoliiton päättymiseen. Paula ei muun muassa tuntenut olevansa tasavertainen avomiehensä kanssa sairautensa vuoksi, koska joutui turvautumaan paljon hänen apuunsa. Tämä riippuvaisuus tuli esiin myös SAS-SR -lomakkeessa. Kihlaus purettiin jo vähän ennen kuin Paula aloitti päiväosastohoidon. Kihlauksen purkamisen jälkeen Paula yritti itsemurhaa. Hän koki olonsa turvattomaksi, koska hänen isänsä sairastui samoihin aikoihin vakavasti ja tapaamiset omahoitajan kanssa lopuivat. Suhde entisen kihlatun kanssa kuitenkin jatkui, ja aluksi he pitivät enemmän yhteyttä ja riitelivät vähemmän kuin pitkään aikaan, mutta vähitellen he alkoivat tavata toisiaan harvemmin, ja lopulta he päättivät lopettaa suhteen. Paula toivoo pystyvänsä käsittelemään eron niin kuin aikuinen ihminen, eikä niin, että joutuu takaisin sairaalaan painon laskemisen vuoksi. Hän pelkää kuitenkin, ettei koe pärjäävänsä ilman avomiestään. Oma perhe on Paulalle edelleen kaukainen haave, tosin ajatus hiipui avoliiton päättymisen jälkeen. Paula totesi haluavansa ensin oppia arvostamaan itseään ja saada muutenkin omat asiansa kuntoon.

Paula korosti molemmilla haastattelukerroilla, ettei halua loukata ketään, joten hän antaa ristiriitatilanteissa usein periksi, vaikka hänen tekisikin mieli sanoa jotakin. Hän yrittää miellyttää kaikkia ja sovitella riitoja. Pikkuasioista voi Paulan mielestä turvallisesti kinastella, koska niillä ei ole niin paljon merkitystä. Avomiehelleen Paula uskaltaa kiukutella, mikä osoittaa luottamusta häntä kohtaan. SAS-SR -lomakkeessa tuli esiin se haastattelussakin ilmennyt asia, että Paula vaatii usein, että asiat tehdään hänen haluamallaan tavalla. Myös ystäviensä kanssa Paula kokee voivansa riidellä. Varsinkin nuorempana hän riiteli usein parhaan ystävänsä kanssa. Paula totesi, että hän on mielestään oppinut puolustamaan itseään ja sanomaan vastaan, varsinkin jos joku puhuu toisista pahaa.

Seurantahaastattelussa Paula lisäsi, että hänen on vaikeaa ilmaista vaikeita tunteita,

erityisesti suuttumusta tai vihaa, koska on mielestään oppinut aurinkoisen ja miellyttämään pyrkivän käyttäytymisen mallin. Suuttumisessa on vaikeaa myös se, että Paula pelkää, ettei hänestä sen jälkeen pidetä eikä häntä arvosteta. Silloin hän ei myöskään ole tärkeä tai tarvittu, ja hänet voidaan siis hylätä. Hän osaa kyllä suuttua ja loukata. Hän myös menee mukaan riitoihin ja aiheuttaakin niitä. Hänen täytyy kuitenkin hyvittää käyttäytymistään jälkeen- päin. Paula kertoi, että riitelemine on helpoin tapa käydä läpi kipeitä asioita avomiehen kanssa.

Tuntuu siltä, että Paula haluaa ensisijaisesti puolustaa muita, ja yrittää olla aiheuttamatta muille pahaa mieltä itsestään tai omista tunteistaan välittämättä. Kyky ilmaista mielipiteitä ja tunteita tuntui kuitenkin parantuneen päiväosastohoidon aikana, jopa siinä määrin, että toisen loukkaaminenkin oli mahdollista. Tuntuu siltä, että Paula hakee paikkaansa ihmissuhteissa, ja yrittää määritellä, millaisena hänet hyväksytään. Taustalla voi olla turvattomuuden kokemuksia sekä pelko hylätyksi tulemisesta, joihin Paula itsekin viittasi haastatteluissa. Paula on saattanut kokea turvattomuutta vanhempiensa avioeroproessin aikana sekä toisaalta eron jälkeen, jolloin äiti muutti ulkomaille ja Paula joutui muuttamaan yksin asumaan, koska suhde isään ei ollut silloin hyvä. Paula ei ole ristiriitojen vuoksi enää lainkaan tekemisissä äitinsä kanssa.

#### **Teema 4. Kokemus omasta itsestä**

Tutkimushenkilöiden kokemusta omasta itsestään ja siinä tapahtuneita muutoksia arvioitiin sekä neljän EDI-lomakkeen osion (ineffectiveness, perfectionism, interoceptive awareness ja maturity fears; kts. taulukko 6, s. 32) että haastattelujen perusteella. Interoceptive awareness -osio ei suoranaisesti mittaa kokemusta omasta itsestä, vaan tutkittavan käsitystä tai ymmärrystä siitä, mitä hänen sisällään tapahtuu, esimerkiksi erilaisten tunteiden erottelukykyä. Se kuitenkin liittyi varsinkin haastatteluissa luontevasti kokemukseen omasta itsestä, joten sitä arvioidaan tämän teeman yhteydessä. Myöskään maturity fears -osio ei varsinaisesti liity kokemukseen omasta itsestä, mutta haastatteluissa teema tuli esille tässä yhteydessä ja liittyi usein kokemukseen omasta itsestä. Taulukon 6 perusteella voi päätellä, että Hannan kokemuksessa tapahtui eniten muutosta positiiviseen suuntaan, kun taas Sadun kokemus itsestä muuttui negatiiviseen suuntaan.

TAULUKKO 6: Tutkimushenkilöiden neljän EDI-lomakkeen osion pistemäärät alku- ja seuranta haastattelun yhteydessä. Riikan suluissa oleva pistemäärä on suuntaa antava. Tutkittava antoi kahteen kysymykseen ainoastaan suullisen vastauksen. Tutkittava oli epävarma siitä, vaativatko hänen vanhempansa häneltä hyvää suoriutumista, vai kuvitteleeko hän vain niin.

	Paula alkutilanne/5 kk seuranta	Riikka alkutilanne/5 kk seuranta	Satu alkutilanne/3 kk seuranta	Kristiina alkutilanne/ 3 kk seuranta	Hanna alkutilanne/3 kk seuranta
Ineffectiveness (max 30)	5/6	15/12	<b>15/28</b>	7/10	<b>21/16</b>
Perfectionism (max 18)	12/14	(14)/7	<b>0/0</b>	3/4	<b>3/1</b>
Interoceptive awareness (max 30)	4/3	4/3	<b>13/22</b>	12/4	<b>22/17</b>
Maturity fears (max 24)	5/1	11/15	<b>19/18</b>	2/2	<b>15/17</b>
Total (max 102)	26/24	44/37	<b>47/68</b>	24/20	<b>61/51</b>

### Hanna

Alkuhaastattelussa Hanna kuvasi itseään kärsivälliseksi ja araksi. Hän ei ole tyytyväinen itseensä, koska ei saa mielestään asioita tehdyksi. Hän toivoisi myös pystyvänsä puhumaan asioistaan avoimemmin. Hän haluaa salata asioita varsinkin silloin, kun hänellä menee huonommin, ettei vaikeuttaisi muiden elämää. Hänen on vaikeaa ilmaista varsinkin vihaa. Riitatilanteet tuntuvat hänestä vaarallisilta, koska hän pelkää, etteivät hyvät välit enää palaa. Hanna toivoisi, että hänellä olisi ystäviä, joiden kanssa voisi puhua asioistaan. Seuranta haastattelussa Hanna sanoi pitävänsä itseään saamattomana, tehottomana, väsyneenä ja huolestuneena. Hän haluaisi olla iloisempi ja rohkeampi. Hän haluaisi pystyä tekemään enemmän töitä kuin mihin hän sairasloman aikana pystyi.

Hannan vaikeus puhua asioistaan saattaa johtua hylätyksi tulemisen pelosta. Hannan vanhemmat erosivat, kun hän oli noin 10-vuotias. Suhde isään oli katkennut pian avioeron jälkeen kokonaan. Hannan kuvauksessa esiin tuleva vaikeus ilmaista ajatuksia ja tunteita näkyy myös EDI-lomakkeen interpersonal distrust -osiossa (kts. taulukko 5, s. 27). Hanna

pystyi kuitenkin puhumaan erikoissairaanhoidajan kanssa melko avoimesti myös vaikeista tunteistaan, kuten huolestuneisuudesta päiväosastohoidon aikana. Arkuus näkyi varsinkin päiväosastohoidon alkuvaiheessa vaikeutena osallistua ryhmätoimintaan. Hanna koki monet ryhmistä epämiellyttäväksi.

Hannan käsitys itsestään muuttui negatiivisemmaksi päiväosastohoidon aikana. Erityisesti seurantahaastattelussa korostuivat saamattomuuden ja väsymyksen tunteet, joten EDI-lomakkeen ineffectiveness -osiossa tapahtuneet muutokset ovat ristiriidassa haastattelujen kanssa. Toisaalta on muistettava, että Hanna oli päiväosastohoidon ajan sairaslomalla, joten voi olla, että haastattelussa esiin tulemia kokemuksia väritti Hannan pelko siitä, miten hän pääsee taas kiinni opiskeluun, kun taas EDI-lomakkeessa näkyi muutos positiiviseen suuntaan voimavarojen palaututtua syömiskäyttäytymisen korjaantumisen ja painon nousemisen seurauksena.

Alkuhaastattelussa Hanna totesi yrittävänsä tehdä asiat hyvin, jos vain pystyy. Onnistumisen kokemukset lisäävät itseluottamusta ja rohkaisevat häntä jatkamaan, mutta epäonnistumisen kokemukset saavat hänet pelkäämään muitakin tehtäviä ja tilanteita niin, ettei hän halua enää edes yrittää. Seurantahaastattelussa Hanna lisäsi, että epäonnistumiset vaivaavat häntä pitkään. Seurantahaastattelussa Hanna totesi olevansa vaativa itseään kohtaan, ainakin opiskelunsa suhteen. Sairauden kautta hän saa mielestään jotakin aikaan ja onnistuu siinä. Hannan sisaret ovat menestyneet hyvin, joten Hannasta tuntuu, että hänenkin täytyy suoriutua hyvin. Hän arvelee, että vanhemmat olisivat pettyneitä, jos hän ei menestyisi hyvin. On yllättävää, ettei EDI-lomakkeen perfectionism-osio anna enemmän viitteitä Hannan itseään kohtaan asettamista vaatimuksista. On mahdollista, että Hanna kokee, että hän on epäonnistunut, ja tämä näkyy myös perfectionism-osiossa. Hän saa mielestään jotakin aikaan vain laihtumalla, joten hän saattoi kokea hoitoon hakeutumisen ja painon nousemisen epäonnistumisena.

Alkuhaastattelussa Hanna kertoi tulevansa iloiseksi, kun hän vaikkapa lähtee ystäviensä kanssa elokuviin. Iloisena hän puhuu ja hymyilee enemmän. Mitkään tietyt tapahtumat eivät tee häntä surulliseksi; hän vain on surullinen silloin tällöin. Surullisena hän itkee, mieluiten yksinään. Väsyminen tekee hänet vihaiseksi. Silloin hän haluaa olla yksin ja hiljaa. Seurantahaastattelussa Hanna totesi, että hänen kissansa tekee hänet iloiseksi. Hanna on surullinen sisarensa vakavan psyykkisen sairauden ja oman yksinäisyytensä

vuoksi, ja myös sen vuoksi, ettei pysty hoitamaan koulutöitään kunnolla. Hanna tulee vihaiseksi ajatellessaan omaa tai sisarensa sairautta. Surullisena tai vihaisena Hanna itkee kotona yksinään tai joskus myös äidin luona ollessaan. Iloisena hän leikkii kissansa kanssa.

Hannan ilon aiheista voi päätellä, että hän eristäytyi päiväosastohoidon aikana ystäviensä. Sairaslomalla oli tosin varmasti vaikutusta asiaan. Hän osasi määritellä surun tunteen tarkemmin, mutta toisaalta sen ilmaisu sekoittui vihan tunteen kanssa. EDI-lomakkeen interoceptive awareness -osion perusteellakin arvioituna Hanna oppi tunnistamaan tunteita entistä paremmin. Hän alkoi ilmaista enemmän tunteitaan äidilleen ja entiselle omahoitajalleen, mutta toisaalta vähemmän sisarelleen, koska hän oli vakavasti sairas.

Alkuhaastattelussa Hanna totesi, ettei tiedä, miksi sairastui anoreksiaan. Nuorempana hän halusi hidastaa aikuistumisprosessia, muttei ole sen jälkeen miettinyt asiaa. Seurantahaastattelussa Hanna totesi sairastuneensa, koska ei uskaltanut olla aikuinen. Tämä pelko näkyy myös EDI-lomakkeen maturity fears -osiossa. Toisaalta hän ei voinut muulla tavalla osoittaa pahaa oloaan. Sairauden kautta hän myös saa mielestään jotakin aikaa ja onnistuu siinä. Psykoterapian avulla Hanna toivoo voivansa käsitellä perheensä ongelmat niin, ettei reagoisi niihin laihtumalla.

On mielenkiintoista, että Hanna oli selvästi pohtinut sairautensa syitä sekä aikuistumiseen liittyviä asioita ennen seuranta-haastattelua. Ajatuksia herättää myös se, että Hanna tuntee saavansa vain laihtumalla jotakin aikaa ja onnistuvansa siinä. Hannan laihtuminen alkoi samoihin aikoihin kuin hänen sisarensa sairastui, ja nyt hän toivoo, ettei (enää) reagoisi samalla tavalla perheensä ongelmiin. Koska Hanna ei pystynyt auttamaan sisartaan, hän alkoi laihtua osoittaakseen epäonnistumisensa ja arvottomuutensa. Tämäkin osoittaa sen, että Hanna huolehtii muista niin paljon, ettei välitä omista tarpeistaan.

### Satu

Alkuhaastattelussa Satu totesi sairastumisensa syyksi sen, ettei hän hyväksynyt itseään. Tämä tunne oli puolestaan alkanut siitä, kun hän oli alkanut verrata itseään sisarensa. Satu totesi, että hän ei pysty hallitsemaan elämäänsä, ja elämänhalu puuttuu. Hän tuntee ajalehtivansa ilman minkäänlaisia suunnitelmia. Hän ei ole todella kiinnostunut mistään. Toisaalta sairaus tekee keskittymisen vaikeaksi ja on vienyt kaiken energian, ajan ja halun

suunnitella tai tehdä mitään. Satu toivoikin saavansa päiväosastohoidon aikana päivä- ja viikkorytmin avulla elämänsä normalisoiduksi sekä alkavansa suunnitella tulevaisuuttaan. Hän haluaisi oppia hyväksymään itsensä ja itsenäistyä.

Seurantahaastattelussa Satu kertoi päättäneensä pyrkiä opiskelemaan. Hän ei kuitenkaan vielä tiennyt, mikä ala häntä eniten kiinnostaisi. Suunnitelma motivoi häntä pääsemään ongelmistaan eroon. Hän oli myös päättänyt aloittaa uuden harrastuksen, ratsastamisen. Ratsastusterapia opetti vastuun ottamista, mutta aikuisuuden vaatimukset pelottivat häntä yhä. Vanhemmat toivovat, että Satu muuttaisi pois kotoa, mutta Satu pelkää syövänsä ja juovansa itsensä hengiltä ilman vanhempien tukea. Vastuun ja aikuisuuden pelko näkyy myös EDI-lomakkeen maturity fears -osiossa.

Satu oli masentunut siitä, että päiväosastohoito epäonnistui. Hän ei mielestään halua tarpeeksi parantua. Hän haluaisi kuitenkin oppia hallitsemaan ongelmiaan. Hän haluaisi rytmin elämälleen ja tehdä asioita eikä vain suunnitella niitä. Hän toivoi, ettei hänellä olisi aikaa eikä voimia tuhota itseään.

Näyttää siltä, että Satu alkoi päiväosastohoidon aikana suunnitella tulevaisuuttaan, vaikka suhtautuikin varovaisesti, ehkä vähän pessimistisestikin, paranemismahdollisuuksiinsa. Ongelmana tuntui kuitenkin edelleen olevan suunnitelmien toteuttaminen ja toisaalta vastuun ottamiseen liittyvä pelko. Hoidon epäonnistuminen ehkä lisäsi tätä pelkoa. Pidempi kokopäiväosastohoito olisi ollut Sadulle parempi hoitomuoto sen vuoksi, ettei hänen olisi tarvinnut ottaa vastuuta elämästään ennen kuin olisi ollut valmis siihen.

Alkuhaastattelussa Satu kuvasi itseään Pikku Myyksi, tasapainottomaksi, ailahtelevaiseksi, neuroottiseksi ja pahantuuliseksi. Hän pitää itseään peruslaiskana ihmisenä. Hän ei osannut sanoa, millainen haluaisi olla. Satu totesi olevansa jääräpäinen ihminen. Kaiken tekemisen täytyy lähteä hänestä itsestään käsin. Häntä ei saa käskeä. Hän pitää jääräpäisesti puoliaan myös ristiriitatilanteissa.

Seurantahaastattelussa Satu totesi olevansa väsynyt ja toivoton ja tuntevansa itsensä epäonnistuneeksi. Hän haluaisi olla tasapainoisempi ja kunnianhimoisempi, löytää elämälleen tarkoituksen ja sisällön sekä oppia nauttimaan elämästä. Hän haluaisi saada mielihyvää muustakin kuin syömisestä tai juomisesta. Hän sanoi alkaneensa vältellä riitoja pakenemalla paikalta. Hän ei jaksanut puolustautua ja reagoi loukkauksiinkin vain itkemällä.

Alkuhaastattelussa Satu totesi, ettei salli itselleen hyvän olon tunteita. Toisaalta näitä

tunteita on myös vaikeaa tunnistaa. Onnistumisen kokemuksista syntyvä tyytyväisyyden tunne herättää vain tunteen siitä, että jotakin on pielessä. Hän alkaa odottaa pahan olon palaamista. Epäonnistuessaan tai pettyessään Satu ahmii tai juo tai tekee molempia. Humalassa on toisaalta helpompaa puhua asioista kuin selvin päin. Seurantahaastattelussa Satu totesi olevansa onnistuessaan iloinen, mutta yleensä hänellä on koko ajan epäonnistunut olo.

Näyttää siltä, että Sadun käsitys omasta itsestään selkiytyi jonkin verran päiväosastohoidon aikana, ainakin sen osalta, millainen hän haluaisi olla. Käsitys itsestä muuttui kuitenkin negatiivisemmaksi. Epäonnistumisen tunne oli voimakas. Muutos negatiiviseen suuntaan näkyy myös EDI-lomakkeen ineffectiveness-osiossa. Sadun kyky tai halukkuus ilmaista tunteitaan ristiriitatilanteissa väheni.

Alkuhaastattelussa Satu totesi, että paha olo, oma käyttäytyminen (syöminen tai syömättä jättäminen) ja omat ajatukset tekevät hänet vihaiseksi. Vihaisena hän juo kaljaa eikä puhu mitään. Hän voi myös sanoa olevansa pahantuulinen, ja se näkyy myös naamasta. Satu on usein surullinen tietämättä syytä siihen. Se on perustunne sisimmässä, eikä hän pysty ilmaisemaan sitä. Hän esimerkiksi itkee harvoin. Hän tulee surulliseksi, jos huomaa vaipuvansa itsesääliin. Satu totesi, ettei mikään saa häntä enää aidosti iloiseksi. Iloisuus tuntuu hänestä teeskentelyltä. Molemmissa haastatteluissa Satu korosti sitä, että häntä hävettää se, että on aiheuttanut paljon surua ja huolta vanhemmilleen. Hän ei niinkään välitä siitä, mitä hän tekee itselleen. Seurantahaastattelussa Satu totesi, että oma käyttäytyminen, saamattomuus ja se, etteivät vanhemmat jätä häntä rauhaan ja anna hänen kuolla tekevät hänet vihaiseksi. Vihaisena hän tiuskii tai on vain hiljaa. Oman itsensä tai elämäntilanteensa ajattelemisen sekä harmaa ilma saavat hänet surulliseksi. Surullisena hän saattaa itkeä hysteerisesti tuntikausia tai vain olla hiljaa ja juoda olutta. Ratsastusterapia ja oma koira tekevät hänet iloiseksi.

Surun ja vihan tunteet näyttävät Sadulla menevän osittain päällekkäin, vaikka hän oppikin päiväosastohoidon aikana erottelemaan paremmin näitä tunteita aiheuttavia asioita. Hän alkoi myös ilmaista enemmän tunteitaan. EDI-lomakkeen interoceptive awareness -osion mukaan Sadun kyky tunnistaa ja erotella tunteitaan huononi selvästi päiväosastohoidon aikana. Satu totesi, ettei hän halua ajatella enää yhtään mitään, ja että hän on myös täysin kyllästynyt asioista puhumiseen, joten on mahdollista, että hän vastasi

kysymyksiin ajattelematta asioita kovinkaan syvällisesti. Satu alkoi päiväosastohoidon aikana löytää elämästään iloa tuottavia asioita. Toivottomuutta tuli kuitenkin esiin siinä, että hän haluaisi vanhempiensa jättävän hänet rauhaan ja antavan kuolla. Hän koki olevansa taakka, jossa ei ole edes mitään säälimisen arvoista. Hän huolehtii vanhemmistaan, mutta ei välitä itsestään.



## POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia päiväosastohoidon vaikutuksia syömishäiriöpotilaiden kuvauksiin itsestään, ongelmastaan, masentuneisuudestaan ja ahdistuneisuudestaan sekä sosiaalisista suhteistaan. Tutkimusongelmaa lähestyttiin tapaustutkimuksen avulla. Tutkimukseen osallistui viisi henkilöä, joista yhtä ei käsitelty minkään teeman yhteydessä. Kristiina edistyi hoidon aikana jonkin verran kaikilla teema-alueilla, ja hänen ennusteensa näytti hyvältä. Teemoissa käsitellyistä tapauksista Riikan syömishäiriöoireet sekä masentuneisuus ja ahdistuneisuus lievittyivät eniten, joten hänenkin ennusteensa näytti hyvältä. Sadun tilanne puolestaan näytti huolestuttavimmalta, vaikka hänen halunsa saada alkoholinkäyttönsä hallituksi osoitti myönteistä kehitystä. Hänen ongelmansa olivat vakavia ja pitkäkestoisia, ja sairauden oireet pahenivat päiväosastohoidon aikana. Kokopäiväosastolla hän oli edistynyt hyvin. On tosin mahdollista, että ilman päiväosastohoitoa hänen tilanteensa olisi huonontunut vieläkin enemmän. Näinhän juuri kävi hoidon keskeyttämisen jälkeen. Paula tuntui alistuneen ajatukseen, että hän eläisi syömishäiriönsä kanssa lopun elämänsä. Näytti siltä, että ajatus tuntui hänestä enemmän helpottavalta kuin masentavalta. Hannan tilannetta vaikeuttaa voimakas ahdistuneisuus erityisesti sosiaalisissa tilanteissa.

Syömishäiriöajatusten normalisoitumisen ja painon nousemisen välillä ei näyttänyt olevan selvää yhteyttä. Paulan oireet lievittyivät eniten, mutta paino kuitenkin laski. Tämä saattoi tosin johtua siitä, että Paula oli päättänyt olla ajattelematta syömishäiriötään, mikä ei ole sama asia kuin se, että syömishäiriöajatukset lievittyisivät. Toisaalta monella tutkituista syömiskäyttäytyminen normalisoitui ja paino nousi, vaikka ajatukset eivät normalisoituneetkaan. Käyttäytymisen muokkaus ilman psykoterapeuttista hoitoa ei kuitenkaan johda pysyviin tuloksiin. Parhaiten päiväosastohoidon aikana toipuneet kävivät samanaikaisesti psykoterapiassa. Tulokset tukevat mm. Vandereyckenin ja Meermannin (1988), Crispin (1995), Lehto-Salon ja Aalbergin (1996) sekä Charpentierin (1999) näkemyksiä syömishäiriöiden hoidosta. Ravitsemustiedon lisääminen ei kuitenkaan tuntunut hyödylliseltä varsinkaan jo pitkään sairastaneiden kohdalla. Monet syömishäiriöpotilaat tietävät ravitsemuksesta hyvinkin paljon (Abraham & Llewellyn-

Jones, 1994).

Syömisestä herättämä syyllisyys ja ahdistuneisuus oli tutkituilla huomattavaa (mm. Hetherington & Rolls, 1991; Buckroyd, 1997) ja johti usein hyvittelykäyttäytymiseen, kuten oksentamiseen tai pakonomaiseen liikuntaan. Oksentamisen ja liikunnan tarkoituksena saattoi kuitenkin olla myös yleisemmän ahdistuneisuuden purkaminen. Sadulle ahmimiskohtaukset olivat tapa purkaa ahdistusta, ja ahmimisesta seuraava itseinho, syyllisyys ja lihomisen pelko saivat hänet oksentamaan tai käyttämään laksatiiveja. Tämä tukee Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (1994) ajatuksia bulimiasta. Tutkitut näkivät laihtumisen usein merkittävänä saavutuksena ja painon nousemisen itsekurin menetyksenä (American Psychiatric Association, 1994), mutta myös identiteetin menetyksenä. Bulimiaan liittyvä kontrollin ajoittainen pettäminen (Buckroyd) näkyi impulsiivisuutena Sadun elämässä.

Kehon mittasuhteiden yliarviointi oli tutkimushenkilöillä tavallista (Smeets, Smit, Panhuysen & Ingleby, 1998), mutta kaikki tuntuivat myös ymmärtävän sen, että he ovat oikeasti laihoja. He vain halusivat kieltää alhaisen painon vaarallisuuden (American Psychiatric Association, 1994), tai mahdollisilla vaaroilla ei ollut heille merkitystä. Yliarvioinnit tuntuivat liittyvän kehojen osien tarkasteluun (Abraham & Llewellyn-Jones, 1994), lihomisen pelkoon (Crisp, 1995) tai vaatimukseen laihtua lisää (Claude-Pierre, 1997).

Tutkituista ainoastaan Paula ei ollut mielestään merkittävästi masentunut tai ahdistunut, mutta ottaen huomioon hänen itsemurhayrityksensä sekä vaikeutensa tunnistaa ja ilmaista tunteitaan, on mahdollista, että hän oli yhtä masentunut kuin muutkin. Tutkitut olivat erityisesti ahdistuneita. Kaikki olivat olleet ainakin jossain määrin ahdistuneita tai tunteneet olonsa turvattomaksi jo ennen sairastumistaan (Råstam, 1992). Anoreksiapotilaille tyypillisiä obsessiivis-kompulsiivisia oireita (Råstam) oli kahdella tutkituista. Kristiinalle puhkesi paniikkihäiriö päiväosastohoidon aikana, tukien Bulikin, Sullivanin, Fearin ja Joycen (1997) tutkimustulosta paniikkihäiriön sekundaarisesta luonteesta. Masentuneisuus tuntui puolestaan olevan lähinnä syömishäiriön seuraus (mm. Smith & Steiner, 1992; American Psychiatric Association, 1994).

Kolmella tutkituista oli itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä. Itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia oli jokaisella tutkituista. Tämä tuntui kirjoittajasta yllättävältä, vaikka

muun muassa Riihonen (1990) on todennut itsemurha-ajatukset tavallisiksi. Itsemurha-ajatukset tai -yritykset tuntuivat liittyvän usein turvattomuuden kokemukseen, esimerkiksi hoitosuhteen päättymiseen. Lisäksi ne liittyivät epätoivon ja väsymyksen tunteeseen (Crisp, 1995; Claude-Pierre, 1997). Kyse tuntui kuitenkin paremminkin olevan elämän pelosta kuin kuoleman halusta (Claude-Pierre). Masennusoireet, niistä erityisesti itsetuhoisuus, näyttävät olevan vakavimpia sellaisilla potilailla, jotka ovat sairastaneet pitkään, ja joiden syömishäiriöoireetkin ovat vakavia.

Kaikilla tutkituista tuntui olevan vaikeuksia ystävyysuhteissaan. Epämukavuuden ja yksinäisyyden tunteet, vaikeus olla oma itsensä, ystävien vaivautuneisuus ja häpeä sekä elämän keskittyminen sairastamiseen olivat tavallisia ongelmia (mm. Lehto-Salo & Aalberg, 1996; Buckroyd, 1997; Claude-Pierre, 1997). Kolmella oli kuitenkin läheisiä ystäviä, ja päiväosastohoidolla oli myönteinen vaikutus heidän sosiaalisiin suhteisiinsa. Hanna ja Satu olivat kuitenkin tekemisissä lähinnä vain kotiväen kanssa. Syömishäiriöpotilaat ovat Evansin ja Wertheimin (1998) mukaan läheisyyttä välttäviä. He eivät luota ihmisiin, mutta pelkäävät tulevansa hylätyiksi. Tämä näkyi myös tutkittujen kohdalla ja selittää miellyttämistarvetta. Painon nouseminen saattaa olla yhteydessä ihmissuhdevaikeuksiin, erityisesti luottamuksen puutteeseen (Brambilla, Draisci, Peirone & Brunetta, 1995a, b & c). Tämä ajatus sai jonkin verran tukea myös tästä tutkimuksesta. Kun identiteetti on vakaa, voi luottaa ulkomaailmaan sekä omaan sisäiseen hallintakykyyn. Niin kauan kuin identiteettiä ei ole, ihminen on riippuvainen toisista ihmisistä sen määrittelijöinä. Tämä aiheuttaa miellyttämisen tarvetta ja turvattomuutta. Nämä ajatukset vastaavat Claude-Pierren ajatuksia syömishäiriön liittymisestä identiteettiongelmiin. Masentuneisuus ja sosiaalinen ahdistuneisuus sekä syömishäiriöoireiden vakavuus näyttävät olevan yhteydessä ihmissuhdevaikeuksiin (Evans & Wertheim). Lisäksi sairauden pitkällä kestolla näyttää olevan negatiivinen vaikutus ihmissuhteiden määrään ja laatuun. Syy siihen, miksi läheisyyteen liittyvät ongelmat eivät näy EDI-lomakkeessa saattaa olla se, että tutkittavat pitävät sosiaalista käyttäytymistään normaalina. He eivät halua vaivata ihmisiä ongelmillaan, ja pitävät tätä täysin normaalina.

Paulalla ei avoliiton aikana ollut Buckroydin (1997) ja Claude-Pierren (1997) esille tuomia seksuaalisuuteen liittyviä vaikeuksia, vaikka sairaudella selvästi olikin vaikutusta suhteeseen ja sen päättymiseen (Crisp, 1995). Yhdellä tutkituista oli ollut vaikeuksia

aikuistumisprosessissaan jo ennen syömishäiriöön sairastumistaan (Crisp). Toisaalta kolme tutkituista totesi, että syömishäiriö on aiheuttanut sen, että seksuaalisuus tai perheen perustaminen ei kiinnosta heitä. Tämä saattoi liittyä yleisemmin aikuistumiseen liittyvien vaatimusten ja vastuun pelkoon, joka on epäonnistumisen tunteiden seuraus (Claude-Pierre). Abrahamin ja Llewellyn-Jonesin (1994) käsitys siitä, että syömishäiriöoireilla olisi vaikutusta seksuaalisuuteen suhtautumiseen sai tutkimuksesta tukea.

Kokemus omasta itsestä oli tutkituille vaikea teema. Suhtautuminen omaan itseen oli varsin negatiivista, osoittaen huonoa itsetuntoa (mm. American Psychiatric Association, 1994). Tosin myönteistäkin suhtautumista löytyi varsinkin Paulalta, Riikalta ja Kristiinalla. Negatiivinen käsitys itsestä ei muuttunut hoidon aikana positiivisemmaksi, vaan entistäkin negatiivisemmaksi. Hyvä olo ja ilon tunne saattoivat olla sairastuneilta suorastaan kiellettyjä. He eivät ikään kuin ansaitse myönteisiä tunteita. Käsitys itsestä oli usein epävarma ja vaihteleva, ja tunteet olivat sekavia, osoittaen ongelmia identiteetissä (Claude-Pierre, 1997). Sairauden kestolla näyttää olevan vaikutusta sekä minäkuvan positiivisuuteen että sen monipuolisuuteen ja pysyvyyteen. Pitkään sairastaneilla negatiivinen suhtautuminen ja epävarmuus ovat tavallisempia ja voimakkaampia kuin vähän aikaa sairastaneilla. Oman itsen kuvaaminen on myös paljon vaikeampaa. Sairauden kestolla tuntui olevan suurempi vaikutus käsityksiin itsestä kuin hoidolla, esimerkiksi sillä, kävikö potilas psykoterapiassa. Suoriutumisen tarve oli voimakas kaikilla Satua lukuun ottamatta. Se tuntui olevan keino pitää itsensä kasassa, peittää puutteellista minäkäsitystä ja riittämättömyyden tunnetta (mm. Bruch, 1988). Sairastuneet myös yrittävät todistaa arvonsa muille (Claude-Pierre, 1997). Suoriutumisen tarve tuntui olevan enemmän itsestä lähtöisin kuin vanhempien taholta tulevaa. Epäonnistumiset pelottivat ja aiheuttivat pelkoa yrittää mitään. Vastuuntuntoisuus ja huoli muista oli silmiinpistävää siitä huolimatta, että emotionaalisesti moni teki ikäistään selvästi nuoremman vaikutelman. Itsekritiikki oli kova. Tehottomuuden tunne oli yleinen, ja usein vailla perusteita. Epäonnistumisen tunteet ja arvottomuuden kokemukset lisääntyivät sairauden kestäessä pitkään. Itsensä arvostaminen olisi kuitenkin edellytys terveen aikuisen elämälle. Tuntuu siltä, että tutkitut suorastaan etsivät itsestään ja ympäristöstään negatiivisuutta ja muistavat negatiiviset asiat paremmin kuin positiiviset. Nämä havainnot tukevat etenkin Claude-Pierren ajatuksia.

Sairastumisen syistä tutkitut mainitsivat usein tyytymättömyyden itseä kohtaan, identiteettiongelmat sekä myös aikuiseksi kasvamisen ja vastuun ottamisen pelon. Laihuuden ihannointi (mm. Gordon, 1991) ei tullut kovin voimakkaasti esiin, eikä se ollut kenenkään mielestä ainakaan keskeisin syömishäiriöön johtanut syy. Tunteiden ilmaiseminen tuotti vaikeuksia monelle tutkituista (mm. Buckroyd, 1997). Tunne, jonka ilmaisemisen sairastunut koki vaikeaksi vaihteli. Jollekin tämä tunne oli viha, jollekin suru, jollekin masentuneisuus. Yhteistä oli halu miellyttää, yritys olla aiheuttamatta muille pahaa mieltä ja pelko hylätyksi tulemisesta. Vaikeita tunteita puretaan syömishäiriökäyttäytymisen kautta. Toisten puolustaminen on tärkeämpää kuin omat tunteet tai tarpeet. Ei ole lainkaan selvää, johtuuko vaikeus perheestä vai sairastuneesta itsestään. Yksi tutkituista totesi, että voi kostaa syömättömyydellä sen, jos ei saa ilmaista tunteitaan, mutta ongelma tuntui hänenkin kohdallaan olevan enemmän omasta itsestä lähtevä haluttomuus ilmaista vaikeita tunteita. Stressaavat elämäntapahtumat toimivat kahdella tutkituista laukaisevina tekijöinä (Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews & Treasure, 1997), mutta tuntuu epätodennäköiseltä, että ne yksin olisivat aiheuttaneet syömishäiriön. Lisäksi sairastumiseen vaikuttavat monet persoonallisuuteen liittyvät tekijät (Claude-Pierre, 1997). Vanhempien psyykkisiä ongelmia tai korostunutta terveystietoutta tai sairastuneen varhaisia (lapsuuden) syömisongelmia ilmeni kahdella tutkimushenkilöllä (Marchi & Cohen, 1990; Hsu, 1997; Saarilehto, Lapinleimu & Keskinen, 1998).

Pelko muuttumista kohtaan, mitä sitten on, kun ei ole anoreksiaa, oli tavallinen (Kiuttu, 1990). Tämä tukee myös käsitystä siitä, että sairaudessa on kyse identiteetistä, ei pelkästään itsetunnosta (Claude-Pierre, 1997). Sairastuneet pelkäävät lakkaavansa olemasta, jos he hakeutuvat hoitoon ja paino nousee. Sairaudesta, laihtumisesta, suoriutumisesta, miellyttämisestä, kaikesta ulkoisesta tulee ikään kuin identiteetin korvike (Jäminki, 1990), jolla yritetään luoda järjestystä kaoottiseksi koettuun maailmaan (Claude-Pierre). Ilman identiteettiä on vaikeaa suunnitella tulevaisuutta, tietää, mistä olisi kiinnostunut. Tämä näkyi selvästi kaikkien tutkittujen kohdalla. Yhden tutkitun ajatus, että terveeltä näyttäminen pelottaa, jos ajatukset eivät ole vielä terveitä, painottaa Claude-Pierren mukaisesti psykoterapeuttisen hoidon tärkeyttä. Paranemisessa tärkeintä on ajatusten, ei käyttäytymisen muuttuminen.

Syömishäiriöoireet näyttävät uusiutuvan helposti stressitilanteessa (Abraham &

Llewellyn-Jones, 1994), mikä herättää kysymyksiä hoidon tehokkuudesta. Crispin (1995) ja Claude-Pierren (1997) ajatusten mukainen hoidon suunnittelu ja toteuttaminen sai tukea tästä tutkimuksesta. Hoitoon pääseminen nopeasti olisi ensiarvoisen tärkeää, ja hoidon pitäisi aluksi olla hyvin strukturoitua, turvallisuudentunnetta luovaa. Tämän totesivat myös tutkitut itse. Pitkä sairaalahoitajakso olisi mahdollisesti paras hoitomuoto ainakin sellaisille potilaille, joiden oireet ovat vakavat, ja toisaalta sellaisille, joiden oireet ovat kestäneet pitkään. Tuntui siltä, että joillekin tutkituista päiväosastohoito ei ollut riittävän strukturoitu hoitomuoto. Siihen siirryttiin joko liian nopeasti tai se ei muuten ollut riittävä hoitomuoto sellaisille potilaille, joiden oireet olivat vakavat. Taideterapiasta, varsinkin yksilöllisestä taideterapiasta voisi olla hyötyä helpottamassa tunteiden ilmaisua (Crsip). - Tutkitut pitivät yksilökeskusteluja erityisen tärkeinä ja hyödyllisinä, joten niiden järjestämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Lääkehoidosta tuntui olevan joillekin hyötyä, vaikka siihen yleisesti suhtaudutaan kielteisesti (mm. Claude-Pierre). Päiväosastolla siihen suhtauduttiin ehkä liiankin myönteisesti. Tuntuu kuitenkin siltä, että kärsimyksen lievittämättä jättäminen olisi epäinhimillistä. Hoidon päättymisen saattaa aiheuttaa tilan huononemisen (Crisp). Näin kävi monelle myös kirjoittajan tutkimista potilaista. Paino laski joillakin hyvin rajusti, ja masentuneisuus ja ahdistuneisuus lisääntyivät. Tämä saattoi johtua turvattomuuden tunteesta. Hoidon riittävän pitkä kesto todennäköisesti vähentäisi näitä ongelmia.

Olisi tärkeää, että myös potilaiden sekundaarisia oireita, kuten päihderiippuvuutta, voitaisiin hoitaa samanaikaisesti syömishäiriön kanssa, koska oireiden lähtökohdat ovat samat (Claude-Pierre, 1997). Hoidon hajaantuminen usealle taholle voi lisätä potilaan kokemaa kaaosta, epäonnistumisen, hylätyksi tulemisen ja arvottomuuden kokemuksia sekä turvattomuutta. Oireita yritetään hoitaa, usein turhaan ilman, että ongelmien lähtökohdat otetaan huomioon. Sadun kohdalla tulos oli erittäin huono. Identiteetin rakentaminen tulisi olla keskeinen hoidon tavoite myös sairaalahoidossa (Claude-Pierre), jopa tärkeämpi tavoite kuin syömiskäyttäytymisen muokkaus. Myös punnitukset, mittaamiset, aikarajat ja painotavoitteet voivat Claude-Pierren mukaan olla haitallisia. Tämä sai vahvistusta myös tästä tutkimuksesta. Ryhmätilanteet saattavat vahvistaa syömishäiriökäyttäytymistä. Näin kävi päiväosastolla myös potilaiden itsensä mielestä. Lisäksi jotkut ryhmistä koettiin epämiel-lyttäväksi, joten tulisikin kiinnittää huomiota

potilaiden yksilöllisyyteen (Claude-Pierre).

Tutkimustulokset sekä tukivat että laajensivat olemassa olevia käsityksiä syömishäiriöiden ja niiden hoidon luonteesta. Analyytinen yleistäminen sekä teoreettinen toistaminen toteutuivat lisäten tutkimuksen ulkoista validiteettia. Tapaustutkimuksen avulla aiheeseen oli mahdollista perehtyä syvällisemmin kuin muiden asetelmien avulla. Toisaalta yleistäminen ei ole mahdollista. Tulokset auttavat kuitenkin hoidon kehittämisessä edelleen, koska hoidon olisi aina pystyttävä ottamaan kunkin potilaan yksilöllisyys. Jatkossa laajempi päiväosastohoidon vaikutuksiin paneutuva tutkimus olisi aiheellinen. Lisäksi syömishäiriöpotilaiden arvottomuuden tunteita kannattaisi tutkia tarkemmin. Tutkimuksessa olisi voinut haastatella potilaiden lisäksi hoitohenkilökuntaa. Eri näkökulmat olisivat lisänneet tietoa ja päätelmien luotettavuutta. Haastattelujen ja tilastollisten menetelmien yhdistäminen, eli tutkimusmenetelmien triangulaatio lisäsi tutkimuksen rakennevaliditeettia ja reliabiliteettia. Eri menetelmät tukivat pääasiassa hyvin toisiaan.

Haastattelut olivat laajoja, ja antoivat monipuolista tietoa tutkituista, mutta toisaalta laajuus osoittautui myös ongelmaksi. Haastattelut kestivät joskus kohtuuttoman kauan, ja lisäksi laajuus rajoitti kunkin teeman käsittelemiseen käytettyä aikaa. Rajoittamalla teemoja tarkemmin jo ennen tutkimuksen aloittamista olisi tutkittuihin teemoihin voinut perehtyä syvällisemmin. Haastattelujen suorittamista haittasi tiedon kulkemisen ongelmat päiväosaston ja kirjoittajan välillä. Kirjoittaja sai tietää uusien potilaiden saapumisesta tai hoidon päättymisestä usein vasta suhteellisen pitkän ajan kuluttua. Alkuhaastattelujen tekeminen viikon sisällä hoitoon tulemisesta kuitenkin onnistui.

Tutkimuslomakkeet olivat osittain hoitohenkilökunnan valitsemia. Tämä suuntasi myös tutkittavien teemojen valintaa. Monet tutkituista olivat täyttäneet samat lomakkeet jo moneen kertaan aikaisemminkin, mikä saattoi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Monia kyllästytti samojen lomakkeiden täyttäminen, ja lisäksi ne täytettiin aikapulan takia usein kiireesti. Ahdistuneisuutta mittaava BAI-lomake ei ehkä ollut paras mahdollinen vaihtoehto, koska se mittaa tutkitusti luotettavimmin paniikkihäiriön oireita. Käytettävissä olevan ajan niukkuus teki myös SAS-SR -lomakkeen käytön hankalaksi, koska siihen annetuista vastauksista olisi ollut hyödyllistä keskustella. Lomakkeen ja haastattelujen antamat tiedot olivat joskus ristiriidassa keskenään. Ajan vähäisyys johtui haastattelujen

laajuuden lisäksi potilaiden tiiviistä viikko-ohjelmasta. Aikaa ei tuntunut riittävän tutkimuksen tekemiseen. BDI ja EDI-lomakkeet tuntuivat sen sijaan tarjoavan erinomaista täydentävää tietoa haastattelumateriaaliin. Varsinkin EDI-lomake oli hyödyllinen. Ongelmana EDI-lomakkeessa oli se, että yksi tutkituista antoi osittain kirjallisia vastauksia kysymyksiin.

Tutkitut edistyivät päiväosastohoidon aikana kaikilla tutkituilla teema-alueilla. Mitä pidempään sairaus on kestänyt, ja mitä vakavampia oireet ovat alun perin olleet, sitä vaikeampaa paraneminen kuitenkin on. Myös sosiaalisilla ja perheessä olevilla ongelmilla tuntuu olevan vaikutusta paranemisennusteeseen. Nämä havainnot tukevat Crispin, 1995, Casperin ja Jabinen, 1996 sekä Rissasen, 1999 ajatuksia. Oireet, varsinkin sekundaariset oireet muuttuvat vakavammiksi sairauden kestäessä pitkään. Sosiaaliset ongelmat ja muut psyykkiset ongelmat, kuten masentuneisuus, erityisesti itsetuhoisuus, ahdistuneisuus ja päihdeongelmat lisääntyvät ja pahenevat (Ratnasuriya, Eisler, Szmukler & Russell, 1991; Casper & Jabine, 1996). Käsitys itsestä muuttuu negatiivisemmaksi, ja sairastunut tuntee itsensä jopa täysin epäonnistuneeksi ja arvottomaksi (Claude-Pierre). Identiteetti katoaa. Päiväosastohoito on hyvä jatkohoitomuoto tarpeeksi pitkän ja hyvin strukturoidun sairaalahoiton jälkeen sekä psykoterapeuttiseen hoitoon yhdistettynä. Hoidon sisältöä tulisi kuitenkin kehittää ottamalla paremmin huomioon potilaiden ja heidän oireidensa yksilöllisyys. Psykkiset tekijät, ennen kaikkea identiteetin rakentaminen, olisi otettava myös päiväosastohoidossa paremmin huomioon. Tämä voisi helpottaa myös hoitoon kohdistuvia pelkoja identiteetin katoamisesta. Lisäksi olisi harkittava, mitkä hoitomenetelmät todella edistävät normaalia syömiskäyttäytymistä, ja mitkä jopa tukevat häiriintynyttä käyttäytymistä.



## LÄHTEET

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito. Suom. T. Vesa. Art House Oy.
- Ahonen, M.-L. 1998. Kun suupala suistaa raiteiltaan. *Keskisuomalainen* 6.9.1998, *Sunnuntaisuomalainen*, 18.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. painos. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. & Streer, R. A. 1988. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. 1988. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Brambilla, F., Draisci, A., Peirone, A. & Brunetta, M. 1995a. Combined Cognitive-Behavioral, Psychopharmacological and Nutritional Therapy in Eating Disorders. 1. Anorexia nervosa - Restricted Type. *Neuropsychobiology* 32, 59-63.
- Brambilla, F., Draisci, A., Peirone, A. & Brunetta, M. 1995b. Combined Cognitive-Behavioral, Psychopharmacological and Nutritional Therapy in Eating Disorders. 2. Anorexia nervosa - Binge-Eating/Purging Type. *Neuropsychobiology* 32, 64-67.
- Brambilla, F., Draisci, A., Peirone, A. & Brunetta, M. 1995c. Combined Cognitive-Behavioral, Psychopharmacological and Nutritional Therapy in Bulimia nervosa. *Neuropsychobiology* 32, 68-71.
- Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. 1994. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine* 24, 859-867.
- Bruch, H. 1973. *Eating Disorders*. USA: Basic Books.

- Bruch, H. 1988. *Conversations with Anorexics*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Buckroyd, J. 1997. *Anoreksia & bulimia*. Suom. K. Drews & K. Kattelus. Juva: WSOY.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L. & Joyce, P. R. 1997. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 101-107.
- Casper, R. C., Hedeker, D. & McClough, J. F. 1992. Personality Dimensions in Eating Disorders and Their Relevance for Subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 830-840.
- Casper, R. C. & Jabine, L. N. 1996. An Eight-Year Follow-Up: Outcome from Adolescent Compared to Adult Onset Anorexia Nervosa. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 4, 499-517.
- Cattanach, L., Malley, R. & Rodin, J. 1988. Psychologic and Physiologic Reactivity to Stressors in Eating Disordered Individuals. *Psychosomatic Medicine* 50, 591-599.
- Charpentier, P. 1999. Syömishäiriö - nuoren naisen hätähuuto. *Psykologi* 3, 11-13.
- Claude-Pierre, P. 1997. *The Secret Language of Eating Disorders*. New York: Random House, Inc.
- Cooper, M. J. & Fairburn, C. G. 1992. Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 30, 501-511.
- Crisp, A. H. 1979/1995. *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Evans, L. & Wertheim, E. H. 1998. Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research* 44, 355-365.
- Fava, M., Abraham, M., Clancy-Colecchi, K., Pava, J. A., Matthews, J. & Rosenbaum, J. F. 1997. Eating Disorder Symptomatology in Major Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 140-144.
- Garner D. M. 1990. *Eating Disorder Inventory 2, Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Gordon, R. A. 1990/1991. *Anorexia and Bulimia*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Hamilton, K. & Waller, G. 1993. Media Influences on Body Size Estimation in Anorexia and Bulimia. *British Journal of Psychiatry* 162, 837-840.

- Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Hennighausen, K. & Remschmidt, H. 1996. Outcome, Psychosocial Functioning, and Prognostic Factors in Adolescent Anorexia Nervosa as Determined by Prospective Follow-Up Assessment. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 455-471.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. 1992. Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 810-818.
- Hetherington, M. M. & Rolls, B. J. 1991. Eating Behavior in Eating Disorders: Response to Preloads. *Physiology & Behavior* 50, 101-108.
- Hsu, L. K. G. 1997. Can dieting cause an eating disorder? *Psychological Medicine* 27, 509-513.
- Humphrey, L. L. 1986. Structural Analysis of Parent-Child Relationships in Eating Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 395-402.
- Humphrey, L. L. 1989. Observed Family Interactions Among Subtypes of Eating Disorders Using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 206-214.
- Jäminki, M.-T. 1990. Anorektikko käpertyy itseensä. Teoksessa E. Riihonen *Syömishäiriöitä*. Helsinki: Kirjapaja.
- Kiuttu, M. 1990. Anorektikon sisällä elää pakko. Teoksessa E. Riihonen *Syömishäiriöitä*. Helsinki: Kirjapaja.
- Lehto-Salo, P. & Aalberg, V. 1996. Anorexia nervosaan sairastuneen nuoren avohoito. *Duodecim* 112, 685-692.
- Lenko, H.-L. 1990. Miten anorektikko paranee. Teoksessa E. Riihonen *Syömishäiriöitä*. Helsinki: Kirjapaja.
- Marchi, M. & Cohen, P. 1990. Early Childhood Eating Behaviors and Adolescent Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 112-117.
- Morrison, J. 1995. *DSM-IV Made Easy*. New York: The Guilford Press.
- Pandit, N. R. 1996. The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method. *The Qualitative Report* 2, 4, 1-13.
- Penninkilampi, M. 1990. Anoreksia pysäyttää perheen menon. Teoksessa E. Riihonen

- Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja.
- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H. & Pieters, G. 1998. Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research* 44, 451-456.
- Pulos, S. 1996. Validity of the Beck Depression Inventory with eating disorder patients. *Educational and Psychological Measurement* 56, 139-141.
- Ratnasuriya, R. H., Eisler, I., Szmukler, G. I. & Russell, G. F. M. 1991. Anorexia Nervosa: Outcome and Prognostic Factors after 20 Years. *British Journal of Psychiatry* 158, 495-502.
- Rezek, P. J. & Leary, M. R. 1991. Perceived Control, Drive for Thinness, and Food Consumption: Anorexic Tendencies as Displaced Reactance. *Journal of Personality* 59, 129-142.
- Riihonen, E. 1990. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja.
- Rissanen, A. 1999. Tiedotustilaisuus syömishäiriöpotilaiden omaisille, ystäville ja tukihenkilöille. Lapinlahden sairaala, Helsinki 28.1.1999.
- Råstam, M. 1992. Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid Problems and Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 819-829.
- Saarilehto, S., Lapinleimu, H. & Keskinen, S. 1998. Syömisongelmat ja -häiriöt - sukupolvien välinen yhteys? *Suomen Lääkärilehti* 53, 683-685.
- Schlesier-Carter, B., Hamilton, S. A., O'Neil, P. M., Lydiard, R. B. & Malcolm, R. 1989. Depression and Bulimia: The Link Between Depression and Bulimic Cognitions. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 322-325.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B. & Treasure, J. 1997. Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine* 27, 523-530.
- Selvini Palazzoli, M. 1981. Self-Starvation. Teoksessa M. Selvini (toim.) *The work of Mara Selvini Palazzoli*. 1988. Käänt. A. J. Pomerans. Northvale: Jason Aronson Inc. Alkuperäisjulkaisu 1988.
- Slade, P. D., Newton, T., Butler, N. M. & Murphy, P. 1991. An experimental analysis of Perfectionism and Dissatisfaction. *British Journal of Clinical Psychology* 30, 169-176.
- Smeets, M. A. M., Smit, F., Panhuysen, G. E. M. & Ingleby J. D. 1998. Body perception

- index: benefits, pitfalls, ideas. *Journal of Psychosomatic Research* 44, 457-464.
- Smith, C. & Steiner, H. 1992. Psychopathology in Anorexia Nervosa and Depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 841-843.
- Steer, R. A. & Beck, A. T. 1996. Generalized anxiety and panic disorders: response to Cox, Cohen, Drenfeld, and Swinson (1996). *Behaviour Research and Therapy* 34, 955-957.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E. & Stein, R. I. 1994. Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology* 103, 836-840.
- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S. & Higgins, E. T. 1991. Self-Discrepancies and Vulnerability to Body Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 946-956.
- Suokas, J. 1996. Anorektikon hoito - keppiä vai porkkanaa? *Duodecim* 112, 655-657.
- Swain, B., Shisslak, C. M. & Crago, M. 1991. Clinical features of eating disorders and individual psychological functioning. *Journal of Clinical Psychology* 47, 702-708.
- Tiller, J., Schmidt, U. & Treasure, J. 1993. Compulsory Treatment for Anorexia Nervosa: Compassion or Coercion? *British Journal of Psychiatry* 162, 679-680.
- Treasure, J., Collier, D. & Campbell, I. C. 1997. Ill fitting genes: the biology of weight and shape control in relation to body composition and eating disorders. *Psychological Medicine* 27, 505-508.
- Troop, N. & Treasure, J. 1997. Setting the scene for eating disorders, II. Childhood helplessness and mastery. *Psychological Medicine* 27, 531-538.
- Vandereycken, W. & Meermann, R. 1988. Anorexia nervosa. Suom. K. Julma, R. Moisala, V. Paulasto & B. Salminen. Juva: WSOY.
- Weissman, M. M. 1975. The Assessment of Social Adjustment. *Archives of General Psychiatry* 32, 357-365.
- Weissman, M. M. & Bothwell, S. 1976. Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report. *Archives of General Psychiatry* 33, 1111-1115.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S. & Myers, J. K. 1978. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 166, 317-326.

Yin, R. K. 1994. *Case Study Research. 2. painos.* Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

## LIITE 1. Tutkimushenkilöt

### Paula

Paula on syntynyt vuonna 1975. Hän sairastui anorexia nervosaan 19-vuotiaana. Jo lukioaikana hän alkoi harrastaa paljon liikuntaa. Hän oli mielestään lihava. Paulan vanhemmat erosivat hänen ollessaan 15-vuotias. Äiti muutti ulkomaille, ja Paula muutti yksin asumaan ollessaan 16-vuotias. Hän alkoi tuntea olonsa turvattomaksi. Lukion jälkeen tunne voimistui. Paula alkoi harrastaa liikuntaa lähes ympärivuorokautisesti ja vähentää syömistään pudottaakseen painoaan. Syksyllä -95 Paulaa hoidettiin anoreksian vuoksi hänen kotikaupungissaan, ja tammikuussa -96 hän tuli hoitoon Lapinlahden sairaalaan, jossa hänellä on ollut kaksi hoitajaksoa. Ensimmäiselle hoitajaksole hän hakeutui ollakseen muille mieliksi. Osastohoidon jälkeen Paula jatkoi viikoittaisia keskusteluja omahoitajansa ja terapeutin kanssa. Keskustelut keskeytyivät noin kuukausi ennen päiväosastolle tuloa. Osastohoidosta Paulalla oli positiivisia kokemuksia, mutta hän oli toisaalta sitä mieltä, että vaihtoehtoisia hoitomuotoja pitäisi olla enemmän tarjolla, jotta syömishäiriöpotilaiden yksilöllisyys voitaisiin paremmin ottaa huomioon. Hän pohti myös sitä, lähtikö hän osastolta pois liian aikaisin.

Paula haluaisi päästä opiskelemaan, mutta hän ei ole jaksanut valmistautua pääsykokeisiin huonon kuntonsa vuoksi. Hänellä on ollut monia tilapäisiä työpaikkoja. Syksyllä -98 Paula pyrki kotikaupunkinsa terveydenhuolto-oppilaitokseen, mutta ei saanut opiskelupaikkaa. Keväällä -99 Paula suunnitteli pyrkivänsä yliopistoon sekä uudestaan terveydenhuolto-oppilaitokseen. Paula lukee ja harrastaa paljon liikuntaa, mutta yrittää rajoittaa liikuntaharrastuksiaan anoreksian vuoksi. Paula asuu yksin Helsingissä, mutta on säännöllisesti tekemisissä vanhemman sisarensa kanssa. Kotipaikkakunnallaan hän asui avomiehensä kanssa siihen asti, kunnes suhde päättyi päiväosastohoidon aikana. Paula aloitti yksilöterapian sekä kuvaryhmän ja toimintaterapian mielenterveystoimistossa päiväosastohoidon aikana.

## Riikka

Riikka on syntynyt vuonna 1979. Hän sairastui anorexia nervosaan syksyllä -97. Hän harrasti silloin liikuntaa ja yritti valmentajan kehotuksesta syödä terveellisesti sekä pitää painonsa alhaisena. Hän lopetti harrastuksensa, kun elämä alkoi pyöriä liikaa syömisen ja painon ympärillä. Kun harrastusta ei enää ollut, Riikka halusi olla hyvä jossakin muussa asiassa, laihduttamisessa. Tammikuussa -98 Riikka hakeutui avohoitoon anoreksian vuoksi, mutta koska paino ei noussut, hän suostui aloittamaan hoidon Lapinlahden sairaalassa maaliskuussa -98. Osastohoidon päätyttyä kesäkuun alussa Riikalle suunniteltiin terapiakäyntejä psykiatrian poliklinikalla. Terapia aloitettiin syyskuussa. Koska Riikan paino kuitenkin putosi kesäloman aikana, hän palasi osastolle elokuussa. Riikan kokemukset osastohoidosta olivat myönteisiä. Osastolta hän siirtyi jatkamaan hoitoa päiväosastolla.

Riikka asuu kotona vanhempiensa ja kahden veljensä kanssa. Hän ei ole koskaan seurustellut, mutta toivoisi saavansa poikaystävän. Riikka kirjoitti ylioppilaaksi keväällä -99. Sen jälkeen hän kertoi haluavansa lähteä ulkomaille opiskelemaan ja valmistua sairaanhoitajaksi tai psykologiksi. Hän haluaa työskennellä lasten kanssa. Riikka tapaa mielellään ystäviään. Hän myös lukee paljon ja harrastaa liikuntaa. Päiväosastohoidon aikana hän aloitti musiikkiharrastuksen.

## Satu

Satu on syntynyt vuonna 1972. Hän sairastui anorexia nervosaan 20-vuotiaana. Hän oli ollut töissä ulkomailta, ja laihduttaminen alkoi sen jälkeen, kun hän palasi kotiin. Hän oli lihonut roskaruoan syömisen ja runsaan alkoholinkäytön vuoksi. Vähitellen anoreksia muuttui bulimiaksi. Satu on kärsinyt syömishäiriön lisäksi vakavasta masentuneisuudesta ja hänellä on myös alkoholiongelma. Sadun ongelmia on hoidettu monella tavalla. Hän on kuitenkin keskeyttänyt kaikki hoidot, koska ei ole kokenut niistä olevan mitään hyötyä. Hän on hakeutunut hoitoon ainoastaan ollakseen mieliksi äidilleen. Kesäkuun lopussa -98 Satu aloitti hoidon Lapinlahden sairaalassa myöskin äitinsä kehotuksesta. Tämän hoitajakson Satu koki myönteisenä, vaikka hoitoon kuuluvat säännöt ärsyttivät häntä. Hoitoa



jatkettiin pienen motivointiloman jälkeen päiväosastolla. Hoito kuitenkin keskeytyi Sadun alkoholinkäytön vuoksi. Tämän jälkeen hän aloitti hoidon A-klinikalla, ja jatkoi ratsastusterapiaa Lapinlahdessa.

Satu on tällä hetkellä työttömänä. Hän on yrittänyt opiskella ja käydä töissä, mutta opinnot ovat jääneet kesken ja työpaikat ovat olleet lyhytaikaisia. Harrastuksetkin ovat jääneet sairauden vuoksi. Hän haluaisi kuitenkin päästä taas töihin tai opiskelemaan ja aloittaa myös ratsastustunnit. Tammikuussa -99 Satu aikoi hakea opiskelupaikkaa yhteishaun kautta. Satu on seurustellut monta kertaa, mutta suhteet ovat olleet lyhytkestoisia. Tällä hetkellä seurusteleminen ei kiinnosta häntä. Hän asuu kotona vanhempiansa kanssa, ja hänen vanhempi sisarensa asuu miehineen lähellä.

### Kristiina

Kristiina on syntynyt vuonna 1975. Hän sairastui anorexia nervosaan syksyllä -97. Hän oli ollut töissä ulkomailla koko kesän, ja hänen painonsa oli pudonnut kuusi kiloa. Kotiin tultuaan hän ei halunnut sen enää nousevan. Paino laski, ja tammikuussa -98 Kristiina hakeutui YTHS:n kautta hoitoon. Hänellä todettiin anoreksian lisäksi masentuneisuushäiriö. Hänen painonsa putosi rajusti pian tämän jälkeen. Hoito siirtyi HYKS:n psykiatrian poliklinikalle maaliskuussa. Koska paino alkoi hitaasti nousta, osastohoitoa ei katsottu tarpeelliseksi. Elokuussa paino alkoi kuitenkin uudestaan laskea, ja Kristiina aloitti hoidon päiväosastolla lokakuussa -98. Terapiassa Kristiina on käynyt syyskuusta lähtien. Kristiinalla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia saamastaan hoidosta. Päiväosastohoitoon siirtymistä edeltävän pakollisen osastohoitojakson hän koki hankalana mutta toisaalta opettavaisena. Osastohoidon teki hankalaksi syömisen ulkopuolinen kontrolloiminen, ja Kristiina totesikin ottaneensa osastohoidon aikana askeleen taaksepäin paranemisessaan. Eniten Kristiina koki hyötyneensä keskusteluistaan ravitsemusterapeutin sekä tätinsä kanssa ollessaan ulkomaanmatkalla helmikuussa -98. Paraneminen alkoi tämän matkan jälkeen.

Kristiina opiskelee teknillistä alaa. Syksyllä -98 hän ei anoreksian vuoksi pystynyt kunnolla keskittymään opintoihinsa. Kaikki energia kului syömiseen. Valmistumisen jälkeen hän haluaisi lähteä töihin ulkomaille. Kristiina käy opiskelun lisäksi silloin tällöin

töissä. Kristiina urheilee päivittäin ja lukee paljon. Hän myös harrastaa jonkin verran musiikkia. Anoreksian vuoksi harrastukset ovat osittain jääneet, koska syöminen ja sen ajattelemisen vievät kaiken ajan. Kristiina myös pelkää tuhoavansa kehonsa liiallisella liikunnalla, ja harrastuksien aiheuttavan liikaa stressiä. Kristiina asuu enimmäkseen vanhempiensa luona, vaikka hänellä on ollut oma asunto jo pitkään. Huijaaminen syömisessä olisi helpompaa, jos hän asuisi yksin. Kristiinalla on kaksi nuorempaa veljeä. Hän ei ole koskaan seurustellut eikä haluaisikaan seurustella. Hän on mielestään vielä liian nuori ajattelemaan perheen perustamista, ja hänen mielestään omassa elämässäänkin on vielä liikaa ajattelemista.

### Hanna

Hanna on syntynyt vuonna 1975. Hän sairastui anorexia nervosaan syksyllä -94, samana vuonna, kun hän kirjoitti ylioppilaaksi. Vuonna -96 hän oli hoidossa Lapinlahden sairaalassa kymmenen kuukautta. Osastohoidon hän koki myönteisenä, vaikka se olikin aluksi pelottavaa, koska ei voinut itse vaikuttaa syömiseensä. Osastohoidon aikana Hanna tuli rohkeammaksi ja alkoi tiedostaa, mitä hän haluaa elämässään tehdä. Osastohoidon jälkeen Hanna kävi yksilöterapiassa kevääseen -98 asti. Terapia toi hänelle lisää rohkeutta. Osastohoidon jälkeen Hanna voi hyvin kevääseen -98 asti, jolloin paino alkoi uudelleen laskea. Päiväosastohoidon Hanna aloitti marraskuussa -98. Päiväosastohoidon aikana hän kävi taideterapiassa, mutta ei viihtynyt ryhmässä, koska siinä oli hankalaa puhua asioistaan. Päiväosastohoidon loppupuolella Hanna aloitti uudelleen yksilöterapian saman terapeutin luona, mutta yksityisesti.

Hanna muutti pois kotoa jo 16-vuotiaana. Hänen vanhempansa erosivat Hannan ollessa noin 10-vuotias. Hänellä on kaksi vanhempaa sisarta. Hanna ei ole koskaan seurustellut eikä haluaisikaan seurustella. Lukion jälkeen Hanna opiskeli kansanopistossa ja kävi töissä. Hän pääsi opiskelemaan haluamalleen alalle syksyllä -97. Opiskelu vie melkein kaiken Hannan ajan. Hanna käy myös töissä yhtenä päivänä viikossa. Anoreksian vuoksi opintoihin liittyviä harjoitustöitä on jäänyt tekemättä, eikä Hanna ole aina jaksanut olla koulussa. Päiväosastohoidon aikana hän oli sairaalomalla.

## LIITE 2. Alkuhaastattelu

Haastattelupvm:

Tutkittavan nimi:

Syntymävuosi:

Pituus:

Paino:

Paino alhaisimmillaan:

Milloin:

1. Millainen perhe tutkittavalla on/on ollut? Asuuko tutkittava tällä hetkellä vanhempiensa luona, yksin vai avo/avioliitossa? Seurusteleeko hän, onko hän joskus seurustellut tai haluaisiko hän seurustella? Onko tutkittavalla lapsia?
2. Onko tutkittava opiskelija, käykö hän töissä vai onko hän sairauslomalla? Mitä hän opiskelee/on opiskellut ja millaista työtä hän tekee/on tehnyt?
3. Mitä tutkittava harrastaa tai on harrastanut?
4. Miten tutkittava kuvaa sitä, mikä häntä vaivaa; mikä on hänen kokemuksensa ongelmastaan?
5. Miten ja milloin tutkittavan syömishäiriö alkoi? Mitä tutkittava ajattelee sairastumisensa syistä?
6. Mitä hoitoa tutkittava on saanut ongelmaansa ennen päiväosastohoitoa? Kuinka pitkään? Hakeutuiko hän silloin itse hoitoon? Miten hän koki kyseisen hoidon?
7. Onko tutkittava ollut psykiatrisessa hoidossa jostakin muusta syystä kuin syömishäiriön vuoksi? Jos on, mistä syystä ja milloin? Mitä hoito sisälsi ja kuinka kauan hoito kesti? Miten tutkittava koki kyseisen hoidon?

jatkuu

8. Kokeeko tutkittava tällä hetkellä tarvitsevansa apua/hoitoa? Millaisia ajatuksia päiväosastohoitoon osallistuminen hänessä herättää?

9. Millaista tutkittavan syömiskäyttäytyminen on? Punnitseeko hän itseään usein, laskeeko hän kaloreita, miten hän kontrolloi painon nousemista jne.?

10. Kokeeko tutkittava itsensä lihavaksi ja pelkääkö hän painon nousemista? Mikä olisi tutkittavan mielestä hänelle sopiva paino? Onko tutkittava muuten tyytyväinen ulkonäkönsä?

11. Millaisia ajatuksia aikuiseksi ja naiseksi kasvaminen herättää/on herättänyt tutkittavassa?

12. Miten tutkittava kuvailee itseään ihmisenä? Mitkä luonteenpiirteet ovat hyödyllisiä, mitkä tuottavat hankaluuksia? Arvostaako hän itseään? Millainen hän haluaisi olla?

13. Miten tutkittava suhtautuu epäonnistumisen ja onnistumisen kokemuksiin? Nauttiiko hän onnistumisista, ja miten hän käsittelee pettymyksiä? Onko hänellä taipumus mennä siitä, mistä aita on matalin vai vaatiiko hän itseltään paljon?

14. Millaisiksi tutkittava kokee suhteensa perheenjäseniin (ja muihin sukulaisiin)? Onko sairastumisella ollut vaikutusta niihin?

15. Jos tutkittava seurustelee tai on avo/avioliitossa, miten tutkittava rakastui ja miltä se tuntui? Millaiseksi hän kokee tällä hetkellä suhteensa kumppaniinsa? Onko sairastumisella ollut vaikutusta siihen? Jos tutkittavalla on lapsia, millaisiksi hän kokee suhteensa heihin? Onko sairastumisella ollut vaikutusta niihin?

16. Onko tutkittavalla ystäviä? Miten hän kuvaa ystävyysuhteitaan? Onko sairastuminen vaikuttanut niihin? Onko tutkittavalla ystäviä, joilla on myös syömisongelmia?

17. Miten tutkittava toimii ristiriitatilanteissa? Onko hän sovitteleva vai meneekö hän mukaan riitoihin (esim. kotona ja ystävien kanssa)? Miltä tällaiset tilanteet tutkittavasta tuntuvat?

18. Millaiset asiat saavat tutkittavan iloiseksi/surulliseksi/vihaiseksi? Miten tutkittava reagoi, jos joku loukkaa häntä?

19. Miten tutkittava käsittelee ja ilmaisee tunteita, esim. iloa, surua ja vihaa (sekä kotona että ystävien jne. kanssa ollessaan)?

20. Pystyykö tutkittava puhumaan henkilökohtaisista asioistaan ja ilmaisemaan ajatuksiaan, mielipiteitään ja tunteitaan vapaasti ainakin jonkun ihmisen seurassa? Kenen? Kuka on tutkittavan elämän tärkein henkilö tällä hetkellä?

21. Tutustuuko tutkittava mielellään/helposti uusiin ihmisiin vai onko hän vetäytyvä/arka? Miten hän tulee ihmisten kanssa toimeen?

22. Millaisia ajatuksia opiskelu/työnteko/sairasloma tutkittavassa herättää? Onko sairastuminen tutkittavan mielestä vaikuttanut opiskeluun/työntekoon ym. suunnitelmiin?

23. Nauttiiko tutkittava harrastuksistaan? Onko sairastumisella ollut vaikutusta niihin?

24. Onko tutkittava ollut ennen syömishäiriöön sairastumistaan mielestään masentunut ja/tai ahdistunut? Onko hän tällä hetkellä masentunut ja/tai ahdistunut? Jos on, millä tavalla hän kuvaa näitä tuntemuksia? Onko tutkittavalla ollut tai onko hänellä tällä hetkellä itsemurha-ajatuksia? Onko tutkittava yrittänyt itsemurhaa?

## Liite 2 jatkuu

25. Miten tutkittava kokee tämänhetkisen elämäntilanteensa? Mihin hän on tyytyväinen ja mihin hän toivoisi muutosta?
26. Mitä tulevaisuudensuunnitelmia tai -haaveita tutkittavalla on? Uskooko hän paranevansa syömishäiriöstään?
27. Onko tutkittavalla mielessä asioita, joista en ole kysynyt, mutta jotka hänen mielestään ovat tärkeitä?
28. Haastattelijan huomioita tutkittavasta haastattelun aikana.

**LIITE 3. Seurantahaastattelu****Haastattelupvm:****Tutkittavan nimi:****Paino tällä hetkellä:**

- 
1. Miten tutkittava voi tällä hetkellä? Millaista hänen syömiskäyttäytymisensä on tällä hetkellä? Laskeeko hän kaloreita, ja punnitseeko hän itseään? Miten hän kontrolloi painon nousemista? Onko paino noussut päiväosastohoidon aikana? Onko hoidon tavoite toteutunut?
  2. Kokeeko tutkittava itsensä tällä hetkellä lihavaksi? Pelkääkö hän painon nousemista? Mikä olisi tutkittavan mielestä hänelle sopiva paino?
  3. Mikä on tutkittavan opiskelu/työtilanne tällä hetkellä? Miten hän sen kokee?
  4. Mitä tutkittava harrastaa tällä hetkellä? Miten hän kokee harrastuksensa?
  5. Miten tutkittava asuu: vanhempiensa luona, yksin vai avoliitossa? Onko hän seurustellut hoidon aikana? Jos ei, haluaisiko hän seurustella?
  6. Millaiset suhteet tutkittavalla on vanhempiinsa ja sisaruksiinsa tällä hetkellä? Onko päiväosastohoidolla ollut vaikutusta niihin?
  7. Millainen suhde tutkittavalla on avopuolisoonsa (koskee vain yhtä tutkittavaa)? Onko päiväosastohoidolla ollut vaikutusta siihen?

jatkuu

8. Millaiset suhteet tutkittavalla on ystäviinsä? Onko sosiaalisessa elämässä tapahtunut muutoksia päiväosastohoidon aikana? Miten tutkittava tulee mielestään toimeen ihmisten kanssa?
9. Millaiset asiat saavat tutkittavan iloiseksi/surulliseksi/vihaiseksi? Miten hän käsittelee tunteita ja ilmaisee niitä vanhemmilleen/sisaruksilleen/avomiehelleen/ ystävilleen? Miten hän reagoi, jos joku loukkaa häntä?
10. Miten tutkittava toimii ristiriitatilanteissa kotona/avomiehen/ystävien kanssa? Miltä tällaiset tilanteet tutkittavasta tuntuvat?
11. Kokeeko tutkittava voivansa puhua asioistaan ja tunteistaan avoimesti (ainakin joillekin) ihmisille? Kuka on tutkittavan elämän tärkein henkilö tällä hetkellä?
12. Mitä ajatuksia aikuisuus ja naiseus tutkittavassa herättävät?
13. Mitä tutkittava ajattelee nyt sairastumisensa syistä?
14. Miten tutkittava on kokenut päiväosastohoidon? Missä ryhmissä hän on ollut mukana? Miten hän on ne kokenut?
15. Kokeeko tutkittava tarvitsevansa vielä apua/hoitoa? Jos kyllä, millaista? Mitä tutkittava ajattelee elämästään päiväosastohoidon jälkeen (lähinnä syömishäiriöön liittyen)? Uskooko hän paranevansa syömishäiriöstään?
16. Miten tutkittava kuvailee itseään ihmisenä? Arvostaako hän itseään? Millainen hän haluaisi olla?



## Liite 3 jatkuu

17. Miten tutkittava reagoi epäonnistumisen ja onnistumisen kokemuksiin? Nauttiiko hän onnistumisista, ja miten hän käsittelee pettymyksiä? Onko hänellä taipumus mennä siitä, mistä aita on matalin vai vaatiiko hän itseltään paljon?

18. Onko tutkittava tällä hetkellä mielestään masentunut ja/tai ahdistunut? Jos on, miten hän kuvailee näitä tuntemuksia? Onko hänellä ollut tai onko hänellä tällä hetkellä itsemurha-ajatuksia? Onko eri hoitomuodoista (yksilökeskustelut, ryhmät, lääkehoito jne.) ollut apua?

19. Miten tutkittava kokee tämänhetkisen elämäntilanteensa? Mihin hän on tyytyväinen ja mihin hän toivoisi muutosta?

20. Mitä tulevaisuudensuunnitelmia tai -haaveita tutkittavalla on?

21. Onko tutkittavalla mielessä asioita, joista en ole kysynyt, mutta jotka hänen mielestään ovat tärkeitä? Onko hänellä kysymyksiä haastattelijalle? Miltä tutkimus on tuntunut?

22. Haastattelijan huomioita tutkittavasta haastattelun aikana.