

**TAPAUSTUTKIMUS NUORTEN NAISTEN SYÖMISHÄIRIÖ- JA
LIKUNTAKOKEMUKSISTA**

Jaana Pekkarinen

Liikuntapedagogiikan

pro gradu -tutkielma

Syksy 2007

Liikuntatieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Pekkarinen, Jaana. 2007. Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakokemuksista. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. 88 s.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia tutkimukseen osallistuvilla nuorilla naisilla oli syömishäiriöistä ja liikunnasta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten nuoret naiset kokivat liikunnan sairauden aikana, oliko liikunnalla ollut positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia sairaudesta toipumiseen ja miten he olivat kokeneet koululiikunnan. Lisäksi haluttiin selvittää, millaisia kokemuksia liikunnanopettajalla ja kouluterveydenhoitajalla oli syömishäiriöistä koulussa. Tutkimuksen aineisto kerättiin neljältä syömishäiriötä sairastaneelta naiselta teemahaastattelujen ja ainekirjoitusten avulla. Liikunnanopettajan ja kouluterveydenhuoltajan haastatteluja käytettiin täydentävänä aineistona. Teemahaastatteluun osallistuneet kaksi naista olivat haastatteluhetkellä 24 ja 30-vuotiaita yliopisto-opiskelijoita. Ainekirjoituksen avulla aineistoa tuottaneet naiset olivat iältään 21–24-vuotiaita, joista toinen opiskeli yliopistossa ja toinen oli suorittanut lukion. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Naisten kokemukset kilpaurheilusta olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Kielteisiä kokemuksia aiheuttivat oman kehon koko suhteessa harrastettavaan lajiin ja vaativa valmentaja. Positiivisina kokemuksina mainittiin itse urheileminen ja sen kautta saadut ystävyys-suhteet. Ulkonäköön tai kehoon kohdistuvat negatiiviset kokemukset kohdistuivat kaikilla naisilla liian suureen kehonkoko suhteessa tavoitteena olevaan asiaan. Kehosta saadut myönteiset palautteet liittyivät poikkeuksetta laihtumiseen. Jokainen tutkimukseeni osallistunut nainen koki syömishäiriönsä aika pakonomaista liikkumisen tarvetta. Liikunnan avulla säännösteltiin syömistä ja nälän tunnetta sekä pyrittiin edistämään laihtumista. Positiiviset liikuntakokemukset kolmella tutkimuksen naisella liittyivät tanssimiseen. Se edesauttoi syömistä lisääntymistä, arjesta ja syömishäiriöistä irrottautumista sekä omaan kehoon tutustumista. Kokemukset koululiikunnasta vaihtelivat luokka-asteesta riippuen positiivisesta tai harmittomasta negatiiviseen. Kaikki naiset toivat kokemuksissaan jollain tavalla esiin oman suhteensa liikunnanopettajaan, enemmän kielteisessä kuin myönteisessä mielessä, mutta myös hiukan ristiriitaisesti. Liikunnanopettajan ja kouluterveydenhoitajan mukaan liikunnanopettaja huomaa yleensä helpoimmin alkavan syömishäiriön nuorella, ja on yleisin yhteistyökumppani terveydenhoitajalle nuoren hoitoonohjauksessa. Molempien mielestä syömishäiriöiden ennaltaehkäisy kannalta tärkeää on jakaa kohtuullista ei-provosoivaa tietoa oppilaille, opettajille ja vanhemmille ruoasta, liikunnasta, nuoren kasvusta ja kehityksestä sekä syömishäiriöistä. Tutkimustulosten perusteella tärkeää niin kilpaurheilussa kuin koululiikunnassa on valmentajan tai opettajan myönteinen ja kannustava asennoituminen valmennettaviin ja oppilaisiin. Kehon kokoon ja ulkomuotoon ei tulisi kiinnittää liiaksi huomiota, samoin suorituskeskeisyyttä olisi hyvä vähentää. Syömishäiriötä sairastava nuori tulisi ohjata mahdollisimman pian hoitoon esimerkiksi kouluterveydenhuollon kautta. Nopea puuttuminen syömishäiriöihin onnistuu vain jos nuorten kanssa työskentelevillä on tarpeeksi tietoa sairaudesta ja sen oireista.

Avainsanat: tapaustutkimus, syömishäiriöt, anoreksia, bulimia, liikunta, nuoret naiset

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE.....	8
2.1 Tutkimuksen henkilökohtaiset lähtökohdat.....	8
2.2 Tutkimuksen asemointi.....	10
3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN SYNTYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	12
4 ANOREKSIA (anorexia nervosa)	16
4.1 Anoreksian yleisyys	16
4.2 Anoreksian kehittyminen	18
4.3 Anoreksian oireet ja syömiskäyttäytyminen	20
4.4 Anoreksian riskitekijöitä	22
4.5 Anoreksiaa sairastavan ihmissuhteet	25
4.6 Syömisen ja elämän rajoittamisen seuraukset	25
5 BULIMIA (bulimia nervosa)	28
5.1 Bulimian oireet	28
5.2 Erilaisia bulimiamuotoja	29
5.3 Ahmimisen pakko, oksentamisen välttämättömyys	30
5.4 Bulimia elämäntapana	32
5.5 Bulimian seurauksia	33
6 MUUT SYÖMISHÄIRIÖT	34
6.1 Epätyypilliset syömishäiriöt	34
6.2 Liiallinen terveystoilu (ortoreksia nervosa)	35
6.3 Ahmimishäiriö (binge-eating disorder, BED).....	37
7 KUINKA SELVITÄ SYÖMISHÄIRIÖISTÄ.....	38
7.1 Läheisten piina	38
7.2 Syömishäiriöiden hoito	39
7.2.1 Anoreksian hoito	40
7.2.2 Bulimian hoito	41
7.3 Mitä koulussa voidaan tehdä syömishäiriöiden hoidossa ja niiden ehkäisemisessä	42
8 LIIKUNTA, URHEILU JA SYÖMISHÄIRIÖT	44
8.1 Aiheuttaako urheilu syömishäiriöitä?.....	44
8.2 Urheilun ja liikunnan syömishäiriöitä estävä vaikutus	45
8.3 Pakonomainen liikunta osana syömishäiriöitä	46

8.4 Urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisy	47
9 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA AINEISTON HANKINTA	49
9.1 Tutkimustehtävät	49
9.2 Aineiston hankinta	49
10 AINEISTON ANALYYSI	52
10.1 Aineiston analyysin muotoutuminen	52
10.2 Tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa	53
11 TUTKIMUKSEN TULOKSET	55
11.1 Henkilöhistoria ja sairastumisen alku	55
11.2 Koulu yhteisö	57
11.2.1 Koululiikunta	57
11.2.2 Opettajan rooli	59
11.2.3 Muut kouluun liittyvät suhteet	62
11.2.3.1 Terveystoimittaja	62
11.2.3.2 Koulukaverit	63
11.3 Kilpaurheilu	64
11.3.1 Baletti	66
11.3.2 Taitoluistelu	67
11.3.3 Ulkonäkö, keho	68
11.3.4 Pakkoliikunta ja syömishäiriöt	71
11.4 Liikuntakokemukset toipumisessa	73
12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	76
13 POHDINTA	78
LÄHTEET	
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämä tutkimus on sukellus syömishäiriöiden, erityisesti anoreksian ja bulimian maailmaan, ja tarkoituksena on tarkastella myös liikunnan suhdetta kyseisiin sairauksiin. Pyrkimykseni on tuoda esiin syömishäiriöitä sairastaneiden nuorten naisten kokemuksia sairaudestaan ja toipumisprosessistaan. Erityisen mielenkiinnon kohteena ovat tutkimukseen osallistuvien kokemukset liikunnasta ja urheilusta.

Innostukseni perehtyä tarkemmin syömishäiriöiden maailmaan lähti jo liikunnanohjaajaksi ammattikorkeakoulussa opiskellessa, jolloin päätin tehdä opinnäytetyöni syömishäiriöistä kouluun liittyen. Minulla ei ole omakohtaista kokemusta syömishäiriöistä, mutta muistan jo pienenä joskus katsoneen äitini kanssa dokumentin syömishäiriöitä sairastavasta nuoresta, jolloin alkukiinnostus tuohon mystiseltä vaikuttavaan syömättömyyttä ja pakkoliikuntaa sisältävään sairauteen heräsi. Opinnäytetyön tutkimuskohdetta miettiessäni sain lisäksi lisäkipinää syömishäiriöihin perehtymiseen tiedotusvälineiden kautta. Mikään muu aihealue ei tuntunut mielestäni tarpeeksi haastavalta ja kiinnostavalta.

Liikuntapedagogiikan opinnot aloitettuani tuttu tutkimusaihe on seurannut luontevasti yliopistoon. Tulevana liikunnanopettajana koen aiheen tutkimisen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi, sillä todennäköisesti tulen kohtaamaan työurani aikana syömisen ja pakkoliikunnan kanssa kamppailevia nuoria. Haluan pystyä osaltani toimimaan syömishäiriöistä kärsivien nuorten elämän helpottamiseksi ja syömishäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi. Terveystiedon aineopettajana pääsen välittämään nuorille tietoa terveellisistä elämäntavoista, ruokailusta, liikunnasta ja myös terveyden uhkista, kuten syömishäiriöistä.

Painon pudottamisesta ja laihduttamisesta on tullut yksi nykyaikaisen länsimaisen kulttuurimme perustavanlaatuisimmista asioista. Naisen elämään kuuluu itsestään selvänä osana oma keho, sen koko, muoto ja ulkonäkö, jonka muokkausta varten markkinoilla on materiaalia aina lehtien laihdutusohjeista ja kaupan kevyttuotteista internetin kevennysfoorumeihin. Puurosen (2005, 103) mukaan itsestään ja kehostaan huolta pitämätön ihminen ei saa synninpäästöä, ellei edes osoita yrittävänsä hoikistua.

Myös syömishäiriöt ovat nousseet yhä enemmän tietoisuuteen niin lehtiartikkeleissa kuin tutkimuksen kohteina. Internet on eräs väylä, jonka kautta syömishäiriötä sairastava perheineen voi löytää tietoa, tukiryhmiä ja apukeinoja, mutta tällä yleisellä tietoportilla on myös toinen, pimeämpi puolensa. Keski-suomalaisessa oli 23.4.2007 artikkeli ProAna ja ProMia -internetsivustoista, jotka ovat syömishäiriötä sairastavien tai niitä ihannoivien erilainen tukifoorumi, joka on tehnyt anoreksiasta ja bulimiasta varteenotettavan ja ihailtavan elämäntavan. Sivustojen motto on ”thinspiration”, vapaasti suomennettuna kapenemisenostus, ja sivuilta voi löytää mm. anorektisen laihdutusruokavalion vinkit, julkisuuden ihmisten (mm. näyttelijöiden ja mallien) painoindeksitaulukon sekä laihduttamista inspiroivia motivaatiokuvia langanlaihoista malleista tai urheilijoista. Vaikuttaa siltä, että kaikki syömishäiriöiden kanssa elävät eivät välttämättä halua palata tavanomaisen syömiskulttuurin piiriin.

Vaikka syömishäiriötä on tutkittu eri näkökulmista, liittyy niihin vieläkin monia ratkaisemattomia kysymyksiä. Kyseisiä sairauksia esiintyy pääasiassa länsimaisissa hyvinvointivaltioissa, joissa kuitenkin keskimäärin eletään yltäkylläisyydessä. Meillä hoikkuus, kauneus, laihuus, onnellisuus ja menestyminen liitetään herkästi yhteen, millaista kuvaa muun muassa media välittää. (Berger, Bargman & Weinberg 2007, 305–306.) Naiseksi kasvamisen tuntuu olevan vaikeaa länsimaisessa ympäristössämme, mikä herättää kysymyksen, onko anoreksia ainoa tapa naisena saada äänensä kuuluviin. Toisaalta syömishäiriöihin sairastuu yhä enemmän myös poikia. Sairaalloisen lihavuuden pelon takana voi olla huono itsetunto tai voimakas häpeän tunne, joka patistaa syömishäiriötä sairastavan niukkaakin niukempaan syömiseen ja pakonomaiseen liikkumiseen tavoitteena entistä kapeampi olemus. Naisruumiin nykyihanne vaatii miltei jokaista naista tarkkailemaan kehoaan ja syömistään, ja osa hyvin nuoristakin tytöistä on lähtenyt tähän laihdutusvimmaan mukaan. Useimmat pystyvät hallitsemaan laihduttamisensa, mutta on myös niitä, joilla parin kilon kiinteytys johtaa vakavaan syömishäiriökierteeseen. Varsinkin vanhempien voi olla vaikeaa tunnistaa normaalin ja epänormaalin laihtumisen ero. Syömishäiriöt ovat valitettavastikin tuntuneet juurtuvan nykyiseen yhteiskuntaan niin lujasti, ettei niitä voi noin vain sivuuttaa. Yksi suurimmista kysymyksistä lieneekin se, mitä syömishäiriöille voi ja pitää tehdä - miten niitä voi ehkäistä ja estää.

Tiedon lisääntyessä syömishäiriöiden määritelmät täsmentyvät, jonka lisäksi määritellään myös kokonaan uusia syömishäiriön muotoja. Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin tarkemmin kahden tällä hetkellä yleisimmän syömishäiriömuodon, anoreksian (liiallinen laihduttaminen) ja bulimian (ahmimis- ja oksentelukierre) oireisiin, taudinkuvaan ja hoitomuotoihin. Lisäksi kuvattiin liiallista terveystoimilua (ortoreksia nervosa), lihavuuteen liittyvää ahmimishäiriötä (binge-eating disorder) ja epätyypillisiä syömishäiriöitä, joihin liittyy vain joitakin piirteitä anoreksiasta ja bulimiasta. Kirjallisuuskatsaus käsitteli myös liikunnan ja urheilun osuutta syömishäiriöissä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia tutkimukseen osallistuvilla nuorilla naisilla oli syömishäiriöistä ja liikunnasta, miten he kokivat liikunnan sairauden aikana, oliko liikunnalla ollut positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia sairaudesta toipumiseen sekä miten tutkimukseen osallistuvat olivat kokeneet koululiikunnan. Tutkimuksen aineisto kerättiin syömishäiriöitä sairastaneilta nuorilta naisilta teemallisten haastattelujen ja ainekirjoitusten avulla. Tutkimustulosten analysoinnin apuna taustalla oli fenomenologisen ja narratiivisen kokemuksen tutkimisen lähestymisnäkökulma, mutta varsinaisena analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Pääasiallisen tutkimuskohteen eli syömishäiriöitä sairastaneiden naisten kokemusten lisäksi haluttiin selvittää, millaisia kokemuksia liikunnanopettajalla ja kouluterveydenhoitajalla oli syömishäiriöistä koulussa. Liikunnanopettajaa ja terveydenhoitajaa haastateltiin strukturoidumpaa haastattelurunkoa käyttäen.

2 LÄHTÖKOHDAT TUTKIMUKSELLE

2.1 Tutkimuksen henkilökohtaiset lähtökohdat

Koska syömishäiriöt ovat monisyinen ongelma tai sairaus, niitä ei pystytä yhden tieteenalan näkökulmasta tyhjentävästi selittämään. Siksi omassa lähestymisnäkökulmasani ja suhtautumisessani syömishäiriöihin löytyy sekä lääketieteellisiä, psykologisia, kulttuurisia ja yhteiskunnallisia piirteitä, mikä tulee esiin teoriaosan monimuotoisuudesta. Tutkimuksen tekemisen aikana koin erityistä mielenkiintoa selvittää syömishäiriöitä sairastaneiden ihmisten henkilökohtaisia kokemuksia sairaudestaan. Halusin perehtyä myös tutkimukseen osallistuneiden naisten liikuntakokemuksiin, mm. erilaisiin urheiluharrastuksiin ja erityisesti usein juuri anoreksiaan ja bulimiaan liittyvään pakonomaiseen liikuntaan. Mielenkiintoni kokemuksen tutkimiseen heräsi erityisesti Puurosen (2004) väitöskirjaa lukiessani, jossa hän tutki sekä anorektisuutta koettuna ja oman elämän kannalta merkityksellisenä tilana että anoreksiaa yhteiskuntasuhteena rasvan käsitteen avulla tarkasteltuna.

Olen huomannut niin lähdekirjallisuutta lukiessani kuin tuttavieni kokemuksia kuunnellessani, että syömishäiriöitä sairastaneet kokevat sairauden moniulotteisesti ja kokonaisvaltaisesti elämäänsä kuuluvana osa-alueena, eivät monestikaan varsinaisena sairautena. Osa pitää syömisen rajoittamista oman elämän hallinnan ja kontrollin välineenä, osa jopa erillisenä ”henkilönä” kehonsa sisällä. Claude-Pierren (2000, 36, 58) mukaan syömishäiriöisten ajatusten taustalla olisi kielteisyyttä, joka on ottanut vallan syömishäiriötä sairastavan ajatus- ja kokemusmaailmasta. Syömishäiriötä sairastava on ikään kuin keskellä sisällissotaa, jossa kielteinen mieli pyrkii tukahduttamaan terveen ihmismielen täysin. Tällaista kokonaisvaltaista syömisongelmaisena olemisen otetta minun on vaikeaa liittää omaan käsitysmaailmaani, koska oma kokemukseni syömisestä, josta käytän sanaa syömiskulttuuri, on mielestäni keskivertoisen normaali.

Maarit Ylösen (1999, 128, 130–131) tutkimusartikkelia lukiessani silmiini osui kaksi käsitettä, marginaalisuus ja toiseus, jotka osuvasti voivat kuvata omaa tilannettani tutkijana suhteessa tutkimusaiheeseeni. Ylösen tutkimuksen kohteena oli nicaragualainen tanssillinen perinnetraditio, ja hän pohti artikkelissaan omaa suhdettaan tutkittavaan yhteisöön, ihmisiin ja kulttuuriin. Vaikka Ylönen käyttääkin marginaalisuuden ja toi-

seuden termejä erilaisten kulttuurien kohtaamisen ja pienen kansanosan kuvaamisen yhteydessä, mielestäni ne ovat havainnollisia käsitteitä itseni asemoimisessa tutkijana suhteessa syömishäiriöihin ja niiden kanssa kamppaileviin ihmisiin. Syömishäiriöitä sairastavat ovat aika pieni, eli osuvasti sanoen marginaalinen ryhmä, koska esimerkiksi erään suomalaistutkimuksen mukaan anoreksian vallitsevuus on noin 2 % 15–19-vuotiaista naisista (Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori, Bulik, Kaprio & Rissanen 2007, 1259). Tähän marginaaliseen ryhmään kuulumattomana ja henkilökohtaisen syömishäiriökokemuksen puuttuessa koin tutkimusta tehdessäni voimakasta toiseuden tunnetta suhteessa sekä syömishäiriökirjallisuuteen että etenkin tutkimusaineistoni naisiin. Koen, että minun on vaikeaa ymmärtää kokonaisvaltaisesti, syvällisesti ja empaattisesti tutkimaan marginaalista ilmiötä ja sen kokemuspäiriin sisällä olevia ihmisiä, johtuen tavanomaisesta syömiskulttuuristani. En voi käsittää, miksi joku ei voi sallia itselleen tervettä nautintoa ruoasta ja syömisestä, ja että kuinka joku, joka muistuttaa lähinnä hammastikkua, voi väittää itsensä olevan ylipainoinen. Siksi en voi myöskään olla varma, osaanko käsitellä, tulkita ja ilmaista oikein aineistoni naisten kokemuksia tutkimuksessani.

Liikuntanäkökulmasta katsottuna voin ymmärtää syömishäiriöisten pakonomaisen liikunnan, sillä kyllähän urheilemiseen saattaa tulla eri syistä himo. Mutta haastateltavien kokemusten kautta olen huomannut, että syömishäiriöitä sairastavilla liikkumisen motiivina on epätoivoinen kamppailu kalorien kertymistä vastaan ja jopa oman kehon kurtittaminen äärimmilleen saakka lihashuollon laiminlyömistä myöten. Ihmetystäni lisää vielä se, että keho on kuitenkin ikään kuin anorektikkojen ja bulimikkojen ”jumala”, kaiken keskipiste, mutta silti sitä jumaloinnin kohdetta on rangaistava jatkuvalla liikunnalla, nälällä, oksentamisella, diureeteilla, laksatiiveilla jne.

Syömishäiriöitä sairauksina miettiessäni vertaan niitä riippuvuuteen, tosin alkoholin tai pelihimon sijaan kyseessä on omaan kehoon ja ruokaan liittyvä pakonomainen juttu, joka antaa tunteen elämän hallinnasta. Tällainen kokonaisvaltaisuus hämmentää minua ja asettaa minut suuren haasteen eteen tutkimuksen teossa. Erityisesti haastattelujen tekeminen ja saatujen ainekirjoitusten lukeminen toi minut konkreettisemmin kasvotusten syömishäiriöiden todellisuuden kanssa, kun sain kohdata aitoja ihmisiä ja heidän kertomia kokemuksiaan kirjatiedon sijaan.

Tutkimusta tehdessäni ajatukseni omasta tutkijan asemastani on ollut Merleau-Pontyn fenomenologista filosofiaa mukaileva, johon liittyy mm. ymmärrys siitä, ettei tieteen tekijä voi koskaan löytää täysin objektiivisia, valmiita ja täydellisiä vastauksia omasta henkilöhistoriastaan irrottautuen. Tiede on siis aina jollain tavalla kontekstisidonnaista, ei pysyvää. (Rouhiainen 1999, 104.) Tämä filosofinen ajatusmaailma kohtaa myös itseleni merkitykselliseksi muodostuneen näkemyksen konstruktivistisesta oppimiskäsityksestä. Siinä tieto ei ole siirrettävää tavaraa, vaan ihminen itse on aktiivinen tiedon konstruoija: hän tulkitsee, valikoi ja jäsentää informaatioita aiemman tietonsa pohjalta ja siihen nivoutuen. (Patrikainen 1999, 56.)

2.2 Tutkimuksen asemointi

Syömishäiriöt tutkimuksen kohteena ovat lisääntyneet viime aikoina. Liikunnan osalta etenkin urheilijoiden syömishäiriöisestä käyttäytymisestä löytyy useampia tutkimuksia, mm. naisurheilijan oireyhtymästä (the female athlete triad) ja sen esiintyvyydestä (esim. Nichols, Rauh, Lawson, Ji & Barkai 2006) ja vertailututkimuksia syömishäiriöiden ilmenemisestä urheilevien ja ei-urheilevien opiskelijanaisten välillä (esim. DiBartolo & Carey 2002).

Kokemukset ja syömishäiriöt yhdistäviä tutkimuksia on tehty muutamia, mutta niissä missään ei ole yhdistetty liikuntakokemuksia syömishäiriöiden tutkimisen yhteydessä. Newton, Boblin, Brown ja Ciliska (2006) tutkivat anoreksiaa sairastavien naisten läheisyyden tunteen kokemuksia fenomenologista lähestymistapaa apuna käyttäen. Broussardin (2005) tutkimus perehtyi bulimiaa sairastavien naisten omiin kokemuksiinsa sairaudestaan. Dayn (2004) tutkimuksen kohteena olivat bulimiaa sairastavien naisten lapsuudenkokemukset, joilla voisi olla merkitystä bulimian kehittämisessä.

Suomalaisia tutkimuksia syömishäiriöiden kokemukselliseen puoleen liittyen ei ole vielä kovin paljoa. Puurosen (2004) etnografinen väitöskirjatutkimus käsitteli anorektista kokemustietoa kulttuurisesta jäsentymisestä käsin. Engblomin (1998) lisensiaatintutkimuksessa tarkasteltiin naisen itsekokemusta, identiteettiä ja psykodynaamista psykoterapiaa syömishäiriöissä. Pro gradu-tutkielmien tutkimuskohteina ovat olleet mm. vanhempien kokemukset lapsensa syömishäiriöistä (mm. Kojama ja Lautanen 2006; Hum-

melin 2004), syömiskäyttäytyminen ja kekokemukset 8-luokkalaisilla tytöillä (Alppinen 2003) sekä bulimian merkitykset ja paranemisprosessi (Tanitó 2001).

Oman tutkimukseni tarkoituksena oli perehtyä syömishäiriöitä sairastaneiden nuorten naisten kokemuksiin syömishäiriöstään ja liikunnasta. Vastaavanlaisia syömishäiriö- ja liikuntakokemukset yhdistäviä kvalitatiivisia tutkimuksia ei ole aiemmin tehty. Syömishäiriöt ovat nykyisestä julkisuudesta ja tutkimuskohteena olemisestaan huolimatta edelleen sairauksia, joita ei ole kokemuksena helppo ymmärtää – edes sairastavan itsenkään. Siksi koen tämän tutkimuksen olevan tärkeässä asemassa muiden tutkimusten joukossa, tuoden neljän nuoren naisen henkilökohtaiset syömishäiriö- ja liikuntakokemukset esiin.

3 SYÖMISHÄIRIÖIDEN SYNTYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Syömishäiriöt ovat jatkuvasti uusia oirekuvia ja muotoja löytävä häiriöryhmä. Syömishäiriöitä on viime vuosina käsitelty runsaasti tiedotusvälineissä. Siksi useimmat luultavasti ovat ainakin kuulleet niistä ja tietävät, että esimerkiksi anorektikot ovat niitä, jotka nälkiinnyttävät itseään, kun taas bulimikot ahmivat ylettömästi ja oksentavat sen jälkeen. Anoreksia ja bulimia liittyvät muuhunkin kuin vain syömiseen, sillä syömishäiriö on osa sairastuneen emotionaalista järjestelmää ja vaikuttaa kaikkiin elämän osa-alueisiin. Usein luullaan, että syömishäiriöitä sairastava pystyisi luopumaan sairaudestaan, jos vain viitsisi yrittää. Mutta totuus on toisenlainen. Anoreksian ja bulimian ote voi olla todella tiukka monien vuosien ajan, ja tarve nälkiintyä, ahmia ja oksentaa voi usein muodostua pakonomaiseksi, itsestä riippumattomaksi käyttäytymiseksi. (Buckroyd 1997, 9; Rantanen 2004, 324–326.)

Kulttuurisesti syömishäiriöiden yleistymisen katsotaan johtuvan naisen aseman ja naisihanteen muuttumisesta. Aikaisemmin syömishäiriöitä esiintyi vain länsimaisilla, yläluokkaan kuuluvilla tytöillä. Nykyään se on levinnyt yhteiskuntaluokista ja etnisistä ryhmistä riippumatta kaikkialle, mistä vain löytyy sosiaalisesti ylöspäin liikkuvia, yritteliäitä ja kunnianhimoisia perheitä. (Hautala 2001, 8.) Monet tutkijat ovat sitä mieltä, että anoreksian ja bulimian puhkeamiseen liittyy altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä, ja näiden sairauksien kehittymiseen vaikuttavat sekä yksilön henkilökohtainen historia ja perhetausta että ne kulttuuriset ja sosiaaliset paineet, joiden keskellä teollistuneiden länsimaiden naiset elävät. Bulimia ja anoreksia määräytyvät siis yksilön oman elämäntilanteen mukaan, mutta laajemmat kulttuuriset vaikutukset vahvistavat niitä. (Buckroyd 1997, 10; Rantanen 2004, 327.)

Naisihanteemme on nuori, opiskelun ja uran kautta elämänsä sankaritarinaa luova nainen, joka muun tekemisen ohella hoitaa lapset, pitää kodin kunnossa, tukee miehensä urakehitystä ja tekee kolmannen työvuoron samalla kun hoitaa itseään pysyäkseen kauniina ja seksuaalisesti haluttavana. Kotiäitiys ei ole muodissa, vaan nainen yrittää toteuttaa elämänsä suorituksilla ja miehisellä pätemisellä. (Hautala 2001, 9.) Tiedotusvälineiden kautta viestitetään, miten tärkeää naisen on olla nuori ja hoikka, tai ainakin tulla sellaiseksi (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 9–11).

Laihduttaminen voi olla yritystä saada elämä hallintaan. Syömishäiriöt liittyvät naisten käsitykseen omasta itsestään ja ovat reaktio tiettyihin olosuhteisiin. Tämänkaltaisten sairauksien yleistyminen on erittäin huolestuttavaa. Sen voi katsoa heijastavan naisten kasvavaa ahdistusta niitä odotuksia kohtaan, joita heidän elämälleen asetetaan. Bulik, Sullivan, Fear & Joyce (1997, 101) tutkivat ahdistushäiriöiden merkitystä anoreksian ja bulimian synnyn kannalta ja tulivat siihen tulokseen, että juuri ahdistushäiriöillä, kuten sosiaalisella pelolla ja yliahdistuneisuudella on selvä, mutta epäspesifi yhteys syömishäiriöiden myöhempään syntyyn. Pitkän aikavälin ratkaisut näihin sairauksiin vaativat syvällisiä yhteiskunnan muutoksia - lyhyen aikavälin ratkaisujen täytyy lievittää yksilön omaa ahdistusta. (Buckroyd 1997, 10.)

Cooperin & Fairburnin (1992, 501) tutkimuksessa vertailtiin anoreksiaa ja bulimiaa sairastavien negatiivista ajatusmallia suhteessa ruokaan, painoon ja ulkonäköön. Verrokkiryhmänä toimivat kaksi ryhmää, jotka koostuivat tavallisista laihduttajista. Tutkimuksen tuloksissa näkyi selkeästi se, että anoreksiaa sairastavilla on paljon negatiivisemmat ajatusmallit juuri suhteessa ruokaan, kun taas bulimikoilla negatiivisimmat ajatukset kohdistuvat painoon ja ulkonäköön. Se, ovatko väärentyneet ajatusmallit syy vai seuraus syömishäiriöistä, ei käynyt tutkimuksessa ilmi.

Hamiltonin ja Wallerin (1993, 837) tutkimus osoittaa, että anoreksiaa tai bulimiaa sairastavat naiset yliarvioivat selkeästi enemmän omaa kehonkokoaan verrattuna verrokkiryhmään. Molemmille ryhmille näytettiin naistenlehdistä otettuja ideaalisia naisvartalo-kuvia. Kuvat eivät vaikuttaneet verrokkiryhmään mitenkään, mutta syömishäiriöitä sairastavien keskuudessa ne lisäsivät oman kehonkoon yliarvioimista voimakkaasti. Niistä tekijöistä, jotka aiheuttavat tämän yliarvioimisen, ei kuitenkaan ole vielä tutkittua tietoa.

Syöminen kehittyy vähitellen äidin toteuttamasta ruokkimisesta lapsen omatoimiseksi tapahtumaksi. Ruokailu on ravinnon saannin lisäksi merkittävä vuorovaikutuksellinen tapahtuma, jonka tavallisesti pitäisi olla yhteisen mielihyvän sävyttämää. Syömisiongelmat ovat jo lapsilla hyvin tavallisia, ja ne liittyvät usein äidin tarpeeseen kontrolloida lasta. Lapsuudessa ne ovat kuitenkin vähemmän kiteytyneitä oirekokonaisuuksia, joiden hoitoennuste on parempi kuin nuorten syömishäiriöissä. Tosin jo pienet lapsetkin voivat sairastua vakaviin laihuus- tai ahmimishäiriöihin. Usein lapsen psyykkiseksi perinnöksi on tullut samastuminen vanhempien vaatimaan ja suorituskeskeiseen arvomaailmaan,

vaikka sitä ei tietoisesti lapselta ole vaadittu. (Hautala 2001, 9–10; Ebeling & Moilanen 2004, 319–320.)

Osan syömishäiriöiden syntyisistä katsotaan liittyvän varhaislapsuusaikoihin. Ellei ympäristö pysty vastaamaan vauvan tarpeisiin ja turvaamaan hänelle jatkuvuuden kokemusta, egon kehitys vääristyy ja mahdollistaa myöhemmän sairauden. Syömishäiriöisten varhaislapsuudesta onkin todettu, että jatkuvuuden kokemukset ovat häiriytyneet äidin fyysisen ja/tai psyykkisen poissaolon vuoksi. Äidin psyykkinen tavoittamattomuus on liittynyt usein masennukseen ja ristiriitoihin suhteessa lapsen isään. Vuorovaikutus oman isän kanssa on lapselle kehityksellisesti tärkeää. Lapsen suhteelle isäänsä vaikuttaa oleellisesti se, minkä arvon äiti mielessään ja käyttäytymisellään antaa lapsensa isälle. (Hautala 2001, 27–28, 32.) Sairastuneella voi myös olla heikentynyt kyky tunnistaa omia sisäisiä ärsyksiä, mikä juontaa juurensa vauvaikään. Lapsen puutteellinen kasvatusta äidin taholta, mikä voi ilmetä esimerkiksi välinpitämättömyytenä, ylihuolehtimisena, liiallisena sallimisena tai rajoittamisena, johtaa siihen, että lapsi ei opi reagoimaan asianmukaisesti sisäisiin ärsyksiin, esimerkiksi nälkään ja kylläisyyden tunteeseen. (Vandereycken & Meermann 1988, 37–38.)

Mikä sitten saa aikaiseksi sen, että nuori sairastuu juuri syömishäiriöön? Kaikki eivät siihen sairastu, vaikka laihduttaisivatkin elämänsä jossain vaiheessa. Syömishäiriöihin sairastuneilla on ollut syystä tai toisesta jo jonkin aikaa alttius kyseisenkaltaiseen oireiluun. Claude-Pierre (2000) nimeää kirjassaan syömishäiriöiden pohjalla olevan tekijän kielteiseksi mieleksi. Ne asiat, jotka sitten laukaisevat syömishäiriön jo sille alttiissa kielteisen mielen omaavassa henkilössä ovat usein normaaliin elämään liittyviä tapahtumia, jotka aiheuttavat psyykkistä stressiä. Tällaisia ovat muun muassa kotoa muutto, uuden seurustelusuhteen aloittaminen tai päättymisen, avioliiton solmiminen, loppututkinnon suorittaminen sekä läheisten ihmisten kuolema tai vakava sairastuminen. (Charpentier 1997, 15.)

Vakavista syömishäiriöistä kärsivät pystyvät harvoin luomaan emotionaalista tilaa tunnistukseen halunsa ruokaan. Tämä liittyy myös heidän kyvyttömyyteensä luoda mielikuvia mistä tahansa mielihyvää tai pätevyyden tunnetta tuottavasta asiasta, kuten työnteko, oppiminen, seksuaalinen halu, yhdessä muiden ihmisten kanssa oleminen tai tahto olla yksin. Syömishäiriötä sairastavalla on tiedostamaton pelko siitä, että hän ei tiedä

mitä haluaa. Tämän pelon synnyttämää paniikkia hän pyrkii väistämään tukeutumalla ajatukseen, että se on ruoka, mitä hän haluaa tai on haluamatta. Hän voi syödä rituaalimaisesti ja pakonomaisesti, mutta hän ei tunne oloaan koskaan kylläiseksi, koska ruoka ei kuitenkaan ollut sitä, mitä hän tahtoi. Ruoka on siis ikään kuin välikappale, jonka avulla sairastunut voi välttää tiedostamattomia sisäisiä tai ulkoisia psykologisia ristiriitoja. Todellinen ongelma syömishäiriöisellä on se, ettei hän tiedä, mitä merkitsee tuntea omaa tahtoa. Tähän johtavat muun muassa varhaisen vuorovaikutuksen puutteet. (Hautala 2001, 39.)

4 ANOREKSIA (anorexia nervosa)

Anoreksia eli laihuushäiriö ei ole yksinkertainen, helposti ymmärrettävä sairaus. Riihonen (1998, 13–14) kuvailee kirjassaan anoreksiaa sairaudeksi, joka saa ihmisen katsomaan itseään suurentavien silmälasien läpi. Sairaus vääristää kuvan omasta itsestä niin, että luurangonlihakin pitää itseään pulleana, jopa ylilihavana. Se pakottaa laihduttamaan, välttämään kaikkea lihottavaa, liikkumaan pakonomaisesti ja vääristelemään tosiasioita jopa itselleen. Latinankielisessä nimessä anorexia viittaa ruokahaluttomuuteen, nervosa hermoihin.

Anoreksia on käsitteenä laaja ja varsin epämääräinen. Fyysiset anoreksian kriteerit eivät kerro sairauteen liittyvistä psyykkisistä tekijöistä. Anoreksia määritelläänkin psykosomaattiseksi häiriöksi. (Vandereycken & Meermann 1988, 31.) On olemassa monenlaisia anorektikkoja. Oireet voivat olla ulospäin samat, mutta niiden taustalla olevat psyykkiset syyt ja niiden perusteella tehtävä hoidon ennuste vaihtelee suuresti. Näkyvä sysäys anoreksian puhkeamiseen voi vaikuttaa varsin pieneltä, esimerkiksi sukulaisen huomautus lapsen pyöristymisestä. Kuitenkin kuvaukset anoreksiasta kertovat, että itsensä nälkään näännyttäminen on vain viimeinen askel pitkäaikaisessa kehityshäiriössä. (Hautala 2001, 11.)

4.1 Anoreksian yleisyys

Anoreksia on tunnettu sairautena jo pitkään, jopa tuhansien vuosien ajan. Richard Morton kuvasi anoreksia nervosan jo runsaat 300 vuotta sitten (Vandereycken & Meermann 1988, 5). Tällöin taudin tärkeimpänä piirteenä pidettiin painon rajua putoamista ja syömättömyydestä johtuvaa riutumista. Lääkärit alkoivat 1800-luvun lopulla etsiä anoreksialle muitakin määritelmiä. Anoreksiaa pidettiin alusta lähtien vaikeana diagnoosina. Tutkijat arvioivat vaihtelevasti sen kuuluvan keuhkotaudin, hysterian, pakkoneuroosin, vakavan depression tai skitsofrenian muotoihin. Elimellisiä syitä on suljettu vähitellen pois ja anoreksiaa on alettu pitää puhtaasti psyykkisenä sairautena, jota eivät aiheuta elimelliset, aineenvaihdunnalliset eivätkä geneettiset syyt. (Hautala 2001, 11; Buckroyd 1997, 16; Riihonen 1998, 14; Charpentier 1997, 7.)

On vaikea arvioida, kuinka moni sairastuu anoreksiaan. Monet etenkin lievemmistä tapauksista jäävät huomaamatta. Erään suomalaistutkimuksen mukaan anoreksian vallitsevuus on noin 2 % 15–19 -vuotiaista naisista (Keski-Rahkonen ym. 2007, 1259). Miesten osuus anoreksiaan sairastuneista on pienempi, noin promille (Hautala 2001, 11–12). Malleilla ja tanssijoilla esiintyvyys on muita suurempaa, ja on arvioitu, että jopa 25 % tanssijoista täyttää anoreksian tai bulimian kriteerit (Glance 2004, 19). Määrä on noussut teollisuusmaissa toisen maailmansodan jälkeen tasaisesti ja tuntuu yhä nousevan, myös miesten keskuudessa. Anoreksia puhkeaa yleensä murrosiässä tai hieman sen päätyttyä. Osa potilaista sairastuu kuitenkin jo 9–12-vuotiaana tai jopa nuorempana. Poikia on näistä nuorista sairastuneista noin puolet. Yleensä alle murrosiässä sairastuneiden tyttöjen hoitoennuste on paljon huonompi sekä fyysisesti että psyykkisesti kuin vanhempana sairastuneiden. Syömishäiriöitä voi esiintyä myös vanhemmilla, yli 40-vuotiaillakin naisilla. Tällöin sairaushistoria on usein pitkä ja syömishäiriöiden lisäksi henkilö kärsii myös muista psyykkisistä ongelmista. (Hautala 2001, 11–12; Buckroyd 1997, 18–19; Charpentier 1997, 9.)

Syömishäiriöistä kärsivät nuoret häpeävät tavallisesti voimakkaasti sairauttaan, ja sen vuoksi he pyrkivät salaamaan sen mahdollisimman pitkään läheisiltään (Vandereycken & Meermann 1988, 15). Niinpä edes sairastuneen perhe ei useinkaan tiedä jäsenensä sairaudesta. Anoreksia onkin usein edennyt jo pitkälle ennen kuin vanhemmat huomavat lapsensa sairastavan (Hautala 2001, 14). Usein perheen ulkopuolinen, esimerkiksi terveydenhoitaja, valmentaja tai liikunnanopettaja, kiinnittää siihen ensimmäisenä huomiota (Charpentier 1997, 5, 19).

Sairauden kulku on niin miehillä kuin naisillakin varsin vaihteleva. Osa sairastuneista paranee ensimmäisen oire- ja hoitajakson jälkeen. Kahdelle kolmasosalle jää lievempiä tai vaikeampia oireita vuosiksi. Keski-Rahkosen (2007) tutkimuksen mukaan noin 70 % sairaalahoitoa saaneista anoreksiaa sairastavista naisista paranee viiden vuoden sisällä. Osalla tauti muuttuu krooniseksi, ja 5–20 % sairastuneista kuolee. Anoreksia voidaan katsoa vaikeimmaksi psyykkiseksi häiriöksi, jos kuolleisuutta pidetään kriteerinä. (Hautala 2001, 12; Aalberg & Siimes 1999, 217.)

4.2 Anoreksian kehittyminen

Anoreksia kehittyy yleensä vähitellen kuukausien tai jopa vuosien saatossa. Nainen tai mies muuttaa ruokailutottumuksiaan terveellisemmäksi tai aloittaa laihdutuskuurin, joka venyy ja venyy. Laihdutuskuurissa itsessään ei ole mitään erilaista, mutta mahdolliselle anoreksiaan sairastuvalle laihduttaminen on poikkeuksellisen helppoa. Hän alkaa nauttia näläntunteesta, ja hänen itsekurinsa on harvinaisen hyvä - laihtuminen on hänelle ikään kuin piilevä kyky. Niinpä mahdollinen anorektikko jatkaa laihduttamista, vaikka olisi jo saavuttanutkin asetetun painotavoitteen (Buckroyd 1997, 19–20). Nuorella laihtuminen ei tarkoita välttämättä painon laskua, vaan pituuden lisääntyessä painon suhteellista vähenemistä (Rantanen 2004, 327).

Anoreksia voi saada myös toisenlaisen alun. Siinä henkilö jättää vähitellen pois kaiken lihottavaksi kokemansa ruoan. Hän voi esimerkiksi aluksi kieltäytyä syömästä voita, öljyä tai yleensäkin mitään rasvaa missään muodossa. Ensin jää pois kaikki näkyvä rasva, sitten kielletylle listalle tulevat myös kaikki paistettu ja kermalla viimeistelty ruoka, kakut, keksit ja muut leivonnaiset. Lopulta henkilö saattaa pelätä muiden tekemiä ruokia, koska niissä voi olla rasvaa. Vähitellen sairastunut alkaa vältellä myös muita ruoka-aineita, esimerkiksi sokeria tai maitoa. Hän päätyy elämään ruokavaliolla, jonka ravintoarvo on hyvin alhainen. Monet anoreksiaan sairastuneet ovatkin päätyneet kasvissyöjiksi tai vegaaneiksi, mutta toteuttavat näitä ruokavaliota vielä normaalia tiukemmin syömällä esimerkiksi pelkkiä vihanneksia. Elimistö jää täysin vaille tarvitsemaansa rasvaa, hiilihydraatteja ja proteiineja. (Buckroyd 1997, 20.)

Olipa taudinkulku mikä tahansa, jossain vaiheessa anoreksiaa sairastava päätyy syömään niin vähän, ettei hän enää pysy normaalipainossa. Syömisen rajoittaminen on muuttunut itsensä nälkiinnyttämiseksi, jota ei ole helppoa pysäyttää. Itsehillintä on riistytynyt täysin käsitä. Kaikki tämä tapahtuu laihtumisen nimissä, vaikka siinä vaiheessa ulkopuolisen mielestä sairastunut on kaikkea muuta kuin lihava. Anorektisella ihmisellä on pakonomainen tarve nälkiintyä, ja nälkä on hänelle lähinnä pelottava houkutus eikä kehon lempeä muistutus syömisen välttämättömyydestä. Oman kehon viesti on niin tehokkaasti muutettu ja vaimennettu, että potilas vilpittömästi uskoo, ettei ole nälkäinen. (Buckroyd 1997, 20–21.)

Päivikki Engblomin (1998, 11–13) syömishäiriötutkimuksen mukaan sairaus puhkeaa useimmiten nuoruusikään liittyvissä uusissa elämäntilanteissa. Varhaisen, riittävän turvallisesti kehittyneen jatkuvuudentunteen ja vakiintuneen sisäisen objektimaailman sijaan syömishäiriöön sairastuvalla näyttää olevan varhaisissa vuorovaikutussuhteissa tapahtuneita ero- tai muutuskokemuksia, joihin sisältyy tunnistamaton itsekokemuksen tuhoutumisen uhka. Nämä erokokemukset tekevät hänet haavoittuvaksi uusille muutoksille tai vastoinkäymisille. Ne aktivoivat syvän tyhjyyden ja hajoamisen pelon, joka on ensin koettu esikielellisessä kehitysvaiheessa ja jota sairastuneen on siksi vaikea kuvata sanoin.

Tyttöjen ja poikien anorektinen kehitys on erilaista. Tyttö pystyy mukautumaan kiltin, äidin tytön rooliin ja pääsee vielä näennäisesti ensimmäisten kehitysvaiheiden yli. Kehitykselliset puutteet tulevat ilmi vasta murrosiässä. Kun taaperoikäinen poika kieltää seksuaaliset tunteensa äitiin, hän menettää myös mahdollisuuden samastua isäänsä ja sitä kautta miehiseen sukupuoleen. Näin poika ei voi omaksua maskuliinista roolia, mikä riistää häneltä vertaisryhmän ja aikuisten tuen. Tämän vuoksi poika sairastuu anoreksiaan tyttöjä nuorempana. (Hautala 2001, 26–27.)

Anorektinen nuori perääntyy nuoruusiän kehitystehtävien edessä. Hän pysäyttää konkreettisesti kehityksen, mutta silti hän ei saa rauhaa. Nuoruusiän psyykkisessä romahduksessa nuori kokee ruumiinsa vihollisenaan. Hän saattaa kokea olonsa sotatilaksi, jossa sukupuolisesti kypsä ruumis on ensisijaisesti vihollinen tai epänormaaliuden, hulluuden ja arvottomuuden tunteiden lähde. Mitä tahansa nuori tekeekin, hän kokee jatkuvasti oman itsen mitätöimisen ja epänormaaliuden tunteen seuraavan häntä. Sairastuneesta tuntuu, ettei hän saa antautua ruumiilleen, koska jos hän niin tekee, vie se hänen elämänsä ja tekee hänet palautumattomasti hulluksi, epänormaalksi ja kaikkien vihaamaksi. Nuori saattaa projisoida vihan ruumistaan kohtaan äitiin ja kokee olevansa ikään kuin äidin saartama. (Hautala 2001, 37–38.)

Anoreksiaa sairastavalla nuorella on merkittävää egon kehityksen epätasaisuutta. Yleensä muisti ja konkreettisiin havaintoihin perustuvat toiminnot ovat erinomaisia. Hänen on helppo omaksua muiden antamaa tietoa. Symbolisaatiokyky on rajoittunut, mikä ilmenee muun muassa vaikeutena tutkia ja tunnistaa omia tunteita ja ristiriitoja. Puutteet ilmenevät myös rajoittuneena kykynä tajuta paikkaa ja aikaa. Anorektinen nuori kiinnit-

tyy välittömään havaintoon ja emotionaalinen etäisyys on sidottuna paljolti fyysiseen etäisyyteen. Tämä vastaa kaksivuotiaan ajattelua, samoin kuin syömishäiriöisen ”kaikki tai ei mitään” -ajattelu, jossa osa merkitsee kokonaisuutta. Anorektikolla ei myöskään ole varmuutta siitä, että hänen tunteensa ja ajatuksensa ovat hänen omiaan, yksityisiä ja salassa muilta, vaan hän on ikään kuin läpinäkyvä - psyykkinen iho puuttuu. (Hautala 2001, 29–30.) Oman mielipiteen esiin tuominen voi olla äärimmäisen vaikeaa (Buckroyd 1997, 30–31).

4.3 Anoreksian oireet ja syömiskäyttäytyminen

Anoreksiaa on vaikea määrittellä yksiselitteisesti. Seuraavat diagnostiset tunnusmerkit ovat apuna sairauden toteamisessa ja määrittelyssä:

Taulukko 1. Anoreksian diagnostiset kriteerit ICD-10:n tautiluokituksen mukaan (Rantanen 2004, 325.)

Anoreksiaa sairastavan ruumiinpainon tulee olla vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksin korkeintaan 17,5 (painoindeksiä eli BMI:ä käytetään 16 vuoden iästä lähtien). Esimurrosikäisten anoreksiaa sairastavien paino saattaa kasvun aikana jäädä jälkeen pituuden mukaisesta keskipainosta ilman, että paino varsinaisesti laskee. Sitä vanhemmilla painon tulee laskea.
Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttamaa. Hän välttää lihottavia ruokia, ja saattaa käyttää lisäksi seuraavia keinoja painon alentamiseksi: itse aiheutettu oksentelu, ulostuslääkkeiden käyttö, liiallinen liikunta, ruokahalua hillitsevien tai nestettä poistavien lääkkeiden käyttö.
Anoreksiaa sairastava on mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista, mikä saa hänet asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen. Erityinen psykopatologia sairaudessa on ruumiinkuvan vääristymä.
Anoreksiaa sairastavalla todetaan laaja-alainen hypothalamus-aivolisäkesukurauhasakselin endokrinologinen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, aiheuttaa se yleensä murrosiän kasvun viivästymistä tai pysähtymistä. Tyttöillä rinnat eivät kehity eivätkä kuukautiset ala, pojilla sukuelimet eivät kehity. Lisäksi molemmilla pituuskasvu pysähtyy.

Nämä edellä mainitut oireet ja diagnostiset kriteerit kuuluvat jo pitkälle kehittyneeseen anoreksiaan. On myös paljon niitä, joilla oireet ovat paljon lievempiä tai niitä ei ole juuri ollenkaan, mutta jotka silti kärsivät lievästä anoreksiasta. Näiden lievästi sairastuneiden tulisi saada hyvissä ajoin apua, sillä on paljon helpompi auttaa anoreksiasta kärsivää

sairauden alkuvaiheessa, ennen kuin pakkomielteistä ja peloista on tullut rutinoitunut elämäntapa. (Buckroyd 1997, 16–18; Riihonen 1998, 15–16.)

On myös anorektikkoja, jotka itsensä nälkiinnyttämisen lisäksi sortuvat silloin tällöin ahmimaan. Tällaista oireilua kutsutaan bulimiseksi anoreksiaksi. Ahmimiskohtauksen jälkeen tulevat bulimiasta tutut kuviot – oksentaminen, ulostelääkkeit ja muut tyhjentymiskeinot, jolla pyritään estämään kaloreiden pääsy elimistöön. (Charpentier 1997, 25.) Anoreksian voidaan myös ajatella ilmenevän kliinisesti kahdenlaisena muotona sen mukaan, onko pääasiallisena tapana saada aikaan painonlasku pelkästään paastoamisella vai itse aiheutetulla oksentamisella tai ulostuslääkkeiden käytöllä. Jälkimmäisestä muodosta käytetään nimitystä ahmimis- ja vatsantyhjennystyyppi. (Rantanen 2004, 327.)

Anoreksiaa sairastavat ovat uppoutuneet täysin omaan niukkaan ruokavalioonsa. Usein he askartelevat paljon ruoanlaiton parissa ja keräilevät innokkaasti ruokaan, laihduttamiseen ja painoon liittyvää kirjallisuutta, artikkeleita ja reseptejä. Heillä on myös keski-vertoa enemmän tietoa ravitsemuksesta. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 109.) Anoreksiaa sairastava on usein niin huolissaan lihomisesta ja pelkää itse ruokailua niin paljon, että hänen on mahdotonta syödä normaalisti muiden ihmisten kanssa. Hän valehtelee syömisestään ja välttelee yhteisiä ruokailutilanteita. Tai hän saattaa ottaa ruokaa, mutta kätkee sen jonnekin ja heittää myöhemmin pois. (Buckroyd 1997, 21–23.) Joskus sairastunut lopettaa jopa veden juonnin lihomisen pelossa (Juntunen 2001, 18).

Sairauden jatkuessa sairastunut alkaa jossain vaiheessa noudattaa äärimmäisen tarkkoja ruokarituaaleja. Hän syö esimerkiksi täsmälleen samanlaisen annoksen aina juuri tiettyyn aikaan päivästä. Jos hän ylittää annoksen, hän rankaisee itseään esimerkiksi olemalla loppupäivän kokonaan syömättä. Anorektikko voi myös hermostua ja ahdistua, jos hän ei pääse syömään juuri tiettyyn aikaan. Hän saattaa paloitella ruokansa miltei millimetrin tarkkuudella tai pureskella jokaista suupalaa määrätyn ajan. Hänellä on ehkä vain tietyt ruokailuvälineet, joita hän käyttää. Jos nämä edellä mainitut ehdot eivät syysytä tai toisesta täyty, ei hän syö lainkaan. (Buckroyd 1997, 24.)

Ruokaakin enemmän anorektikko pelkää omaa ruumistaan. Omaan ruumiiseen ja sen toimintaan ei ole yhdistynyt narsistista mielihyvää, vaan koko kehosta on tullut uhkaava voima, jota täytyy pitää kurissa ja hallita. Toisin kuin aikuinen tai lapsi nuori kokee ke-

honsa sellaisena, joka voi ylikiihottaa hänet tuskallisilla tunteilla ja pelottavilla fantasi-oilla. Anoreksiaa sairastava nuori yrittää hallita tätä ylivoimaisen prosessin kulkua oman psyykkisen todellisuutensa kautta, mikä eristää häntä yhä enemmän ympäristös-tään. Anorektikolle hänen sairautensa ja syömisensä on siis ratkaisu, ei ongelma. (Hau-tala 2001, 38.)

4.4 Anoreksian riskitekijöitä

Vandereycken & Meermann (1988, 36) painottavat teoksessaan monipuolisten lähesty-mistapojen käyttöä kuvaamaan anorexia nervosan monimutkaista syntyä. Yksipuolinen näkemys ei anna kokonaisvaltaista kuvaa anoreksian syistä, sillä anoreksialla ei ole to-dettu olevan yhtä ainoaa aiheuttajaa. Sairauden arvoituksen ratkaisemisessa on apua siitä, että psykologisten ja somaattisten tekijöiden ohella otetaan huomioon muut tosi-asiat ja näiden keskinäinen, monimutkainen vuorovaikutus.

Yksilötasolla on arveltu, että hormonaaliset muutokset, fyysiset puberteettimuutokset ja kehon rakenteen muutokset liittyvät syömishäiriöiden ja etenkin anoreksian syntyyn ja puhkeamiseen. Minkään yksittäisen tapahtuman, lapsuusiän trauman, lapsen erityisomi-naisuuden, vanhempien persoonallisuuden rakenteen tai perheen toimintahäiriön ei ole voitu osoittaa olevan erityisessä suhteessa syömishäiriön puhkeamiseen. (Rantanen 2004, 327.) Seuraavassa taulukossa on koottuna yleisimpiä syömishäiriöiden riskiteki-jöitä.

Taulukko 2. Syömishäiriöiden riskitekijöitä (Rantanen 2004, 327; Charpentier 1997, 9-14.)

Yksilö

Sukupuoli, ikä, puberteetti
 Persoonallisuustekijät, esimerkiksi perfektionismi luonteenlaatuna
 Heikko itsetunto ja heikko impulssikontrolli
 Vaikeus tunnistaa, ilmaista ja hallita tunteita
 Traumot, kuten fyysinen tai seksuaalinen pahoinpitely, vanhempien kuolema tai avio-ero

<p>Perhe Vuorovaikutushäiriöt: esim. äidin välinpitämättömyys tai ylihuolehtiminen Ongelmat vanhempien avioliitossa Korkea vaatimustaso, kriittisyys, ankaruus Epätavalliset ruokailutottumukset perheessä</p>
<p>Kulttuuri Laihuusihanne Yhteiskunnan stereotyyppinen naiskuva Suorituskeskeisyys</p>
<p>Ystävät Mallikäyttäytyminen Kiusaaminen</p>
<p>Geneettiset tekijät Lähisukulaisen syömishäiriö tai muu mielenterveyden ongelma</p>

Claude-Pierren (2000, 36) mukaan anoreksiaan syynä on kielteinen mieli, joka saa yliotteen sairastuneen terveestä mielestä. Yksilö asennoituu kielteisen mielen takia kaikkiin paineita aiheuttaviin asioihin vääristyneen pessimistisesti ja samalla ruokkii kielteistä mieltä yhä enemmän. Lopulta myös syömisestä tulee kielteinen asia. Pohjalla on tila, joka altistaa ihmiset anoreksialle, ei mikään elämänkysymys vaan sisäisen mielen aikaansaama negatiivinen tulkinta elämästä. (Claude-Pierre 2000, 41.)

Anorektinen tyttö on usein vanhempiensa ensimmäinen tai toinen lapsi. Perhe on hyvin toimeentuleva, kunnianhimoinen ja yritteliäs, niin sanottu ehjä perhe. Molemmilla vanhemmilla tai ainakin isällä on usein korkea koulutus ja vankka yhteiskunnallinen asema. Lapsen toivotaan täyttävän vanhempiensa kunnianhimoiset tavoitteet tai hän on syntynyt kuolleen, vammaisen tai pettymyksiä tuottaneen lapsen tilalle. (Hautala 2001, 13.)

Vanhemmat muistavat että lapsi on ollut aina kiltti ja hymyillyt kauniimmin kuin sisaruksensa. Vierastamista tai eroahdistusta ei vanhempien mukaan lapsuudessa ilmennyt eikä unihäiriöitä muisteta olleen. Syömisessä ainoa poikkeava asia on ollut se, että lapsi on ollut parempi syömään kuin sisaruksensa. Äidin on vaikea muistaa, milloin lapsi muuttui vauvasta taaperoksi, jolloin suurempi tutkimishalu ja uteliaisuus ympäristöä kohtaan ilmenevät. Huolimatta konkreettisten kehitysvaiheiden tunnistamattomuudesta, on äidillä mielikuva, että lapsi on aina ollut tutkiva ja älyllisesti ikäisekseen hyvin kehittynyt. Tirkistely- tai piiloleikkejä äiti ei muista. Lapsi on oppinut varhain nousemaan pystyyn, kävelemään ja puhumaan. Hän ei ole ilmaissut taaperokäiselle luonnollista

aggressiota ja kiihtymystä. Siisteyskasvatuskin on sujunut helposti. Vanhemmat ovat olleet ylpeitä lapsen kehityksellisistä saavutuksista. (Hautala 2001, 13–14.)

Kulminaatiokohta lapsen anorektisessa kehityksessä ajoittuu puolentoista ja kahden ikävuoden välille, jolloin egon kehitys on voimakasta ja vuorovaikutussuhteisiin heijastuvaa kehityksen eri alueilla. Tämä ikävaihe ei tule selkeästi näkyviin sairastuneen lapsen esitiedoissa. Vastahankaisuutta ja negatiivista asennetta, mikä on tyypillistä 1½ – 3-vuotiaille, ei ole havaittu. Tarhaikäisenä lapsen oli vaikea erota äidistään jäädäkseen muiden lasten ja aikuisten kanssa. Myöhemmin kouluun asetuttuaan lapsi menestyy siellä hyvin. Lapsen esitiedoista puuttuvat havainnot oidipaalisesta kehitysvaiheesta. Latenssvaiheessa lapsi suoriutuu hyvin kotona ja koulussa. Hän on vanhempiansa, sukulaistensa ja opettajiensa ilon ja ylpeyden aihe. Lapsi ei ole kiinnittynyt ikäisiinsä, ja toverisuhteet ovat pinnallisia. Opiskelumenesitys on pinnallista ja jäljittelevää, se ei tuota mielihyvää. Näin lapsi tulee murrosikänsä täysin siihen valmistautumattomana ja sairastuu. (Hautala 2001, 13–14.)

Usein sairastuneen esitiedoista välittyy, että anoreksiaan sairastuvalle nuorelle on tietoisesti tai tiedostamattomasti alun alkaen delegoitu jokin tehtävä vanhempien taholta. Lapsen kasvumahdollisuudet ovat erilaiset sen perusteella, onko lapsi haluttu vai tarvittu. Jos lasta, poikaa tai tyttöä, tarvitaan korvaamaan äidille isä halun ja rakkaustoiveiden kohteena, lapsi edustaa äidilleen pikemminkin elintärkeän tarpeen kuin halun kohdetta. Lapsi, joka on enemmän halun kohde, on syntynyt aikuisten keskinäisestä rakkaudesta ja hänessä ruumiillistuu toive, että hänestä itsestäänkin kasvaa rakastava ja haluava aikuinen. Tällaiselle lapselle vanhemmat kuvittelevat mielessään oman itsenäisen, heistä erillisen elämän. Sellainen lapsi, joka on enemmän tarpeen kohde, heijastaa vanhempiansa ratkaisemattomia sadistisia ja seksuaalisia kokemuksiaan. Tällaisten lasten kohdalla syntyy usein vaikutelma kuin heille ei olisi ollut heidän vanhempiansa mielessä minäkäänlaista suunnitelmaa vastaisen itsenäisyyden ja aikuisen sukupuolielämän varalle. Päinvastoin, sellainen mahdollisuus on ilmeisen kielletty tai pelätty. (Hautala 2001, 14–15.)

4.5 Anoreksiaa sairastavan ihmissuhteet

Jossain vaiheessa sairautta anorektikko eristyy muista ihmisistä. Itsensä nälkiinnyttäminen vaatii valtavia emotionaalisia ponnistuksia ja suurta keskittymistä, joten muille ihmisille ei yksinkertaisesti jää tilaa. Seksuaalisesti sairastunut elää vielä esipuberteettia ja on usein lapsellisen tietämätön niin omasta kuin muidenkin sukupuolisesta vetovoi-
masta. Kyse ei ole ainoastaan siitä, että anorektisesti oireileva vetäytyy normaalista kanssakäymisestä. Itse asiassa hän käyttäytyy kuin hänen sosiaalinen kehityksensä olisi juuttunut sille tasolle, jolla se oli, kun anoreksia ensimmäisen kerran alkoi varastaa hänen ajatuksiaan. (Buckroyd 1997, 31.) Kun anoreksiaa sairastava vetäytyy normaalista elämästä ja ihmissuhteista, vaikuttaa se kielteisesti koko hänen lähipiiriinsä. Perhe ja ystävät seuraavat epätoivoisesti, kuinka heidän rakastamansa ihminen vähitellen katoaa heidän silmistään, niin kuvainnollisesti kuin kirjaimellisesti. He eivät voi ymmärtää, miksi tämä kieltää kaikki normaalit, terveet, jokapäiväiset tarpeensa – koko elämänsä. Se menee yli ymmärryksen, mutta samalla saa myös raivoihinsa. Kun anorektisen fyysinen tila heikkenee, raivon ja vihan tilalle astuu pelko. (Buckroyd 1997, 33.)

Usein anoreksia puhkeaa teini-iässä (Hiilloskorpi 2004, 216), eli juuri silloin kun ikäto-
verien kanssa toimiminen opettaisi nuorelle eniten. Anoreksiaa sairastava jää siis vaille sitä aikaa, jolloin opetellaan sosiaalista vuorovaikutusta. Hänen pitäisi opetella irtautu-
maan vähitellen vanhemmistaan, hankkia kokemuksia uusista sosiaalisista tilanteista, tutustua itseensä oppiakseen tuntemaan kuka hän todella on ja mistä hän eniten pitää. Vähitellen hänen tulisi myös totutella kahdenkeskeisiin ihmissuhteisiin, jotka ajallaan muuttuvat seksuaalisiksi. Jotkut anorektikot menevät toki naimisiin tai elävät seksuaa-
lisuhteessa, mutta näissä suhteissa seksi ei useinkaan ole tyydyttävää. Moni anoreksiaa sairastava ei ilmeisesti tunne mitään eikä myöskään pysty vastaamaan kumppaninsa tarpeisiin. Seksistä tulee siis ongelma suhteessa. Yleensä sairauden aikana luodut suh-
teet päättyvät jos ja kun anorektinen nainen paranee. (Buckroyd 1997, 31–33.)

4.6 Syömisen ja elämän rajoittamisen seuraukset

Syömishäiriötä sairastava nuori on itsensä suhteen vaativa ja hänellä on korkeat ihanteet (Engblom 1998, 14). Vaikka paino-, koko- ja muotokysymykset ovat anoreksiaa sairastavalle keskeisiä, vielä tärkeämpää hänelle on itsensä hallitseminen. Kaikkein tärkein

kontrolloitava kohde on tietenkin syöminen ja vartalon koko, mutta monet anorektikot ulottavat kontrollin myös muille elämänalueille. He voivat esimerkiksi rajoittaa nukkumistaan, vaikka olisivatkin uuvuttaneet itsensä totaalisesti liikunnalla ja riittämättömällä ruoalla. Anorektikko kokee olevansa ahne ja laiska jos hän antaa itsensä nukkua tarpeeksi. Myös ruoan puute tekee anoreksiaa sairastavan usein rauhattomaksi, jolloin unen päästä kiinni saaminen voi olla vaikeaa. Jotkut anoreksiaa sairastavat voivat myös pukeutua liian niukasti osittain sen takia, että lämmön ylläpitäminen kuluttaa kehosta enemmän energiaa, osittain siksi etteivät he koe olevansa arvokkaita pysymään lämpiminä. Samantyylinen itsekieltämys voi ulottua myös rahankäyttöön. (Buckroyd 1997, 25–27.)

Jos anoreksia alkaa ennen murrosikää, sairastuneen elimistössä ei tapahdu normaaleja, iän edellyttämiä muutoksia. Alle murrosiässä sairastuneille anoreksia aiheuttaa yleensä pituuskasvun pysähtymisen. Samoin vartaloa muokkaavat luustonmuutokset pysähtyvät. Sairastuneen lantio jää kapeaksi ja suoraksi kuin lapsella. Myös hiukset ja iho pysyvät lapsenomaisina. Tytölle ei kehity naisen rintoja, lanteita ja pakaroita, ja koska hänen hormonitoimintansa on lapsen tasolla, eivät kuukautiset ala. Tämä estää myös murrosiän hormonimuutosten aiheuttamaa seksuaalista heräämistä. (Buckroyd 1997, 29.)

Jos anoreksia alkaa silloin, kun puberteetti on jo käynnissä, kehitys yleensä taantuu. Luustossa tapahtuneita muutoksia ei onneksi voi peruuttaa, mutta nälkiintyminen vie rasvakertymät rinnoista, reisistä, pakaroista, vatsasta ja lantiolta, kuukautiset loppuvat, ja seksuaalisesti tyttö palaa lapsuuteen. (Buckroyd 1997, 29.) Aliravitsemustila johtaa myös pituuskasvun hidastumiseen (Aalberg & Siimes 1999, 26). Kun anorektikko paranee, hänen fyysinen kehityksensä jatkuu yleensä tavalliseen tapaan ja vartalon muoto muuttuu suhteellisen normaaliksi. Luusto ei kuitenkaan enää kehity, jos sairaus on alkanut ennen murrosiän luustonmuutoksia. (Vandereycken & Meermann 1988, 141.) Kuukautiset yleensä alkavat tai jatkuvat itsestään, mutta joskus niiden alkaminen saattaa kestää kauankin sen jälkeen, kun normaali paino on saavutettu. Joillakin voi olla ongelmia kuukautisissaan koko elämän ajan ja tämä voi vaikuttaa vaikeuttavasti myös hedelmöitymiseen. (Buckroyd 1997, 29–30.) Kuukautisten puuttumisen takia luusto saattaa haurastua ja tämä lisää osteoporoosin riskiä varsinkin sairastuneen vanhentuuessa (Berger, Pargman & Weinberg 2007, 302).

Anoreksiassa luukadon muodostumiseen vaikuttaa nälkiintymistila, raju liikunta, kuukautisten poisjääminen ja naissukuhormonivaikutuksen eli estrogeenivaikutuksen väheneminen, korkea kolesteroliarvo sekä stressi. Luukato alkaa kehittyä noin kahden vuoden kuluttua anoreksian puhkeamisesta. Luuston lisäksi sairastuneen hampaat saattavat kärsiä pitkäaikaisia vaurioita. Hampaiden kuluminen johtuu anorektikoilla lähinnä elimistön kuivumisesta johtuvasta syljen erityksen vähenemisestä ja happamasta ruoansäällöstä. (Charpentier 1997, 27.)

Anoreksiaa sairastavan elämässä kaikki tarpeet, himot, halut ja tunteet on tukahdutettu. Johdonmukaisesti tästä kaikesta kieltäytymisestä seurauksena on kuolema, koska ihminen ei voi elää, ellei ole valmis hyväksymään omaa tarvitsevaa minäänsä. Hän arvostaa itsessään ainoastaan sitä puolta, jolla ei ole tarpeita lainkaan. (Buckroyd 1997, 50.) Tilastollisesti noin 5–20 prosentilla sairastuneista sairaus johtaa menehtymiseen (Hautala 2001, 12). Lääketieteellisiä syitä siihen ovat krooninen aliravitsemustila, elektrolyyttihäiriö tai itsemurha (Charpentier 1997, 28).

5 BULIMIA (bulimia nervosa)

Bulimian olemassaolosta on löytynyt todisteita jo 400-luvulta ennen ajanlaskumme alkua – muinaiset roomalaiset harrastivat ahmimista ja oksentamista. Siitä huolimatta sairaus on saanut oman diagnoosinsa vasta vuonna 1979 ja silloinkin sitä pidettiin varsin harvinaisena tautina. (Buckroyd 1997, 37–38.) Sitä ennen bulimiam pidettiin anoreksian muunnelmana, ja sen oireet nähtiin saman sairauden hieman erilaisina ilmentyminä. Yritykset määritellä bulimiam ovat jatkuneet ja kehittyneet, ja sille, kuten anoreksiallekin, on yritetty löytää myös mahdollisia elimellisiä, aineenvaihdunnallisia tai geneettisiä syitä. Toistaiseksi tutkimuksissa on saatu osoitettua, että bulimia, samoin kuin anoreksia, on psyykinen sairaus. (Charpentier 1997, 7; Rantanen 2004, 327.)

Bulimia eli ahmimishäiriö on anoreksiaa yleisempi syömishäiriö. On arvioitu, että tällä hetkellä nuorista naisista jopa 15 prosenttia kärsii ainakin lievistä bulimisista oireista. (Charpentier 1997, 8.) Ahmimishäiriön kokonaisilmaantuvuus on lisääntynyt viime vuosina, ja uusien tapausten esiintyvyydeksi on laskettu 12/100 000/väestö (Rantanen 2004, 326). Lisäksi joka neljäs bulimiam sairastava on mies (Hautala 2001, 12). Bulimia onkin miessukupuolella yleisempi syömishäiriömuoto kuin anoreksia. Osa anorektisesti oirehtivista nuorista, noin 30–50 %, muuttuu myöhemmin bulimiseksi tai aikuisiällä ylipainoisiksi. Bulimia, kuten anoreksiakin, saa alkunsa yleensä murrosiässä. Mutta yhtälailla bulimiam voi sairastua myös aikuisiällä. (Riihonen 1998, 17; Buckroyd 1997, 41.)

5.1 Bulimian oireet

Bulimiam sairastava saattaa laihduttaa jatkuvasti, mutta turhaan. Hän arvostaa itseään ainoastaan ruumiinpainon tai -muodon perusteella. Bulimiam kuuluu toistuvaa suurten ruokamäärien nopeaa ahmimista, jolloin ihminen ei hallitse käyttäytymistään. Ahmiminen päättyy yleensä oksentamiseen. (Charpentier 1997, 8.) Näitä ahmimiskohtauksia on keskimäärin vähintään kaksi viikossa (Buckroyd 1997, 38). Bulimikko saattaa käyttää ulostuslääkkeitä, diureetteja eli virtsaneritystä lisääviä aineita ja laihdutusvalmisteita, paastota sekä noudattaa muulloin anorektikon tavoin tiukkaa ruokavaliota ja rankkaa liikuntaa. Bulimiam sairastavan olo voi olla turvonnut, vatsa täyteläinen. Väsymys on tavallista. Alinomainen oksentelu häiritsee suolatasapainoa sekä ruoansulatusta ja ham-

paat vaurioituvat happaman mahanesteen takia. Sylkirauhaset ovat turvonneet, kurkku ja suu ovat ärtyneet, kädenselkämyksissä ja rystysissä näkyy hampaiden aiheuttamia ruhjeita, jos oksennus saadaan aikaan työntämällä sormet kurkkuun. (Riihonen 1998, 17.)

Bulimiamia sairastava ei syö tyydyttääkseen nälän tunnetta tai korjatakseen ravinnon puutetta, vaan hakee syömällä lohdutusta tai muuta mielihyvää. Bulimikko tietää, että ahmiminen on epänormaalia, muttei silti kykene pitämään sitä hallinnassa. Hän kokee ahmimisestaan voimakasta häpeää ja syyllisyyttä, eikä yleensä suostu paljastamaan oireitaan kenellekään. (Rantanen 2004, 328.) Bulimia voi pysyä salassa pitkäänkin, sillä laihtuminen ei ole niin silmiinpistävää kuin anoreksiassa. Ahmimiskohtaus päättyy usein itse aiheutettuun oksenteluun, mutta sekin kielletään lujasti. Myös nukahtaminen on oksentelun jälkeen tavallista, samoin kova masennus. Bulimiamia sairastavalla on usein huono itsetunto, jopa viha itseä kohtaan. Hän häpeää itseään ja käyttäytymistään. Bulimikko, kuten anorektikkokin, eristäytyy usein muista ihmisistä ja katkaisee sosiaaliset suhteet minimiin. (Buckroyd 1997, 39; Riihonen 1998, 9, 17.)

5.2 Erilaisia bulimiamuotoja

Buckroyd (1997, 39) jakaa kirjassaan bulimiamia sairastavat kahteen ryhmään: bulimarektikoihin ja normaalipainoisiin bulimikoihin. Bulimarektikko on anorektikko, joka ahmimisen avulla hallitsee ajoittaista pakottavaa nälkäänsä ja rupeaa sitten oksentamaan tai tyhjentää suolensa pitääkseen painonsa alhaisena ja päästäkseen eroon siitä mitä syö. Tämän tyyppinen syömishäiriö voi olla jopa kaikkein vaarallisin: sen lisäksi että sairastunut kärsii nälkiintymisen vaikutuksista, hän rasittaa elimistöään ensin ahmimalla ja sitten oksentamalla tai tyhjentämällä suolensa. Ahmiminen on paitsi epämiellyttävää myös vaarallista ihmiselle, joka on elänyt hyvin niukalla ruokavaliolla. Bulimarektikko kärsii eniten siitä, että on päästänyt otteensa lipsumaan.

Eräs harvinainen bulimiamuoto on pureskelu–sylkemissyndrooma. Sairastuneella on voimakas tarve maistella suuria määriä tai hyvin makeita ruokia, kuten makeisia. Hän ei kuitenkaan todella syö maistelemaansa ruokaa, vaan pureskelee sitä nielemättä mitään ja sylkee kaiken sitten pois. Useimmiten sairastunut on kärsinyt varsinaisesta anoreksiasta tai bulimiasta, mutta hän on keksinyt oksentamista ja ulostuslääkkeiden käyttöä

miellyttävämmän tavan toteuttaa tarpeensa maistella ruokia ilman, että syöminen vaikuttaa painoon. (Vandereycken & Meermann 1988, 23.)

Normaalipainoisen bulimiam sairastavalla on painon ja koon suhteen samat pakkomielleet kuin anorektikolla, mutta hänen oma painonsa pysyy normaalin rajoissa. Tällainen syömishäiriö onkin ehkä kaikkein salaisin, sillä se ei näy helposti ulospäin. On paljon bulimisesti oireilevia, jotka syövät seurassa normaalisti ja noudattavat muutenkin normaalia ruokavaliota mutta ahmivat silloin tällöin paineita purkaakseen. Jos sairaus on ehtinyt edetä pidemmälle, heidän syömiskäyttäytymisensä saattaa olla kuitenkin yhtä merkillistä kuin anoreksiaa sairastavan. Useimmat bulimiam sairastavat eivät koskaan syö säännöllisesti, vaan he syövät sen mukaan, ovatko he ahmimisvaiheessa vai toipumassa siitä. He inhoavat ja häpeävät omaa käyttäytymistään, mutta eivät uskalla luopua siitä, koska pelkäävät lihovansa ylettömästi. (Buckroyd 1997, 40–41.)

5.3 Ahmimisen pakko, oksentamisen välttämättömyys

Ahmiminen on bulimiam sairastavalle polttava ja pakottava tarve. Se saattaa vallata hänet yhtäkkiä, täysin varoittamatta. Toisaalta se voi myös olla monta tuntia, jopa päiviä kestäneen suunnittelun tulos. Moni bulimikko, joka suunnittelee ahmimisensa etukäteen, tekee erityisen ruokaostoskierroksen valiten kaupat, jotka eivät ole lähellä kotia tai työpaikkaa. Tällä hän pyrkii piilottelemaan sairauden salaisuuttaan, jottei kukaan läheinen voi aavistaa ahmimista. Koko ahmimistapahtuman suunnittelu vei paljon aikaa ja aiheuttaa usein paineita ja jännitystä. Monet bulimikot syövät voimakkaan värisiä ruokia, jotta näkisivät, milloin ovat oksentaneet kaiken sisään sullomansa. Perunalastut, keksit ja muut sellaisenaan syötävät ruoat ovat bulimikolle ihanteellisia, mutta jos ahmimisvimma yllättää, käy ruoaksi mikä vaan - jauhot, raat makaronit, jäiset vihannekset, voitaikina. Tällaisia mässäilyjä ei sairastunut pysty helposti edes salaamaan; epätoivo ja halu ahmia menee senkin yli. (Buckroyd 1997, 42–43.)

Mässäily ja syöpöttely tapahtuvat yleensä aina silloin, kun ihminen on yksin (Rantanen 2004, 328). Työ- tai koulupäivän stressi ikään kuin puretaan illan aikana vuorotellen ahmimalla ja oksentamalla. Osa bulimiam potevista voi viettää myös useita päiviä ahmimiskierteessä; bulimarektikot sen sijaan pitävät kaikkea syömistä ahmimisena ja yrit-

tävät saada kaiken nauttimansa ravinnon ulos elimistöstään oksentamalla ja liikkumalla. (Buckroyd 1997, 43.)

Kun ahmimisvimma ja jännitys ovat ohi, bulimiasairastava joutuu yleensä paniikkiin. Hänen elämänsä tärkein asia, hoikistuminen, on taas epäonnistunut. Syyllisyyden ja pakokauhun lisäksi hänellä on myös fyysisesti erittäin huono olo. Ahmimisen vaikutus tunne-elämään on usein vakava. Bulimikko inhoaa ja vihaa itseään käytöksen takia, jota ei voi hallita ja jolle ei löydy järkevää selitystä. Hän tuntee itsensä huonoksi, vastenmieliseksi, rumaksi ja lihavaksi, ja soimaa itseään hallintakyvyn menettämisestä. Hetki sitten hän keskittyy tunkemaan ruokaa sisäänsä, nyt hän haluaa yhtä päättäväisesti saada sen kaiken ulos elimistöstään. Useimmat bulimikot pakottavat itsensä oksentamaan työntämällä sormet kurkkuun, mutta jotkut ovat niin rutinoituneita, että saavat oksennuksen aikaan pelkällä tahdonvoimalla. Oksentaminen ei tietenkään tee oloa hyväksi – se rasittaa kenen tahansa elimistöä. Jotkut käyttävät myös valtavia määriä ulostus- ja nesteenoitolaikkeitä tai jopa kilpirauhaslääkkeitä oksentamisen lisäksi tai sen sijaan. Yliannostus näitä lääkkeitä aiheuttaa hirvittäviä vatsanväänneitä ja ripulia, ja se myös järkyttää elimistön mineraalitasapainoa, jonka seurauksena voi olla äkkiheikentyminen tai jopa kuolema. (Buckroyd 1997, 45–46; Hiilloskorpi 2004, 217–218.)

Bulimiakokemukset, ensin ahmiminen sitten elimistön tyhjentäminen, eivät tuota samanlaista voitonriemua ja tyydytystä kuin anoreksiakokemukset. Päinvastoin, bulimiasairastavat kokevat ahmimisen itsehillinnän romahtamisena. He potevat syyllisyyttä, itseinhoa ja katumusta ja ihannoivat anorektikkojen suunnatonta itsekontrollia. Jokaisen ahmimisjakson jälkeen tehdään lupaus itsensä kanssa syömisen lopettamisesta. Bulimikko aloittaa nälkäkuurin ja tiukat laihdutustoimenpiteet, jolloin elimistön reaktio kovaan kohteluun on mielihalujen ja himon herättäminen ruokaa kohtaan. Aikansa elimistön ääntä vastaan kamppailtuaan bulimikko ei enää pysty vastustamaan ja ahmimiskierre on jatkunut. Bulimiasairastavan suhde omiin tunteisiinsa hämärtyy, eikä hän usein tiedä onko nälissään vai kylläinen. Tämän epä tietoisuuden vuoksi hänen on vaikea muuttaa syömistä tarpeisiinsa. (Buckroyd 1997, 47–48.)

5.4 Bulimia elämäntapana

Suuret ruokaostokset tulevat kalliiksi sairastuneelle – jotkut bulimikot ovat taloudellisisissa vaikeuksissa, koska kuluttavat niin valtavasti rahaa ruokaan. Tämä voi aiheuttaa ongelmia läheisissä ihmissuhteissa. Jotkut sairastuneet voivat myös varastaa ruoanhiemoonsa, vaikka heillä olisikin rahaa. Näpistelyllä on ilmeisesti yhteys siihen salailuun ja jännitykseen, joka ahmimiseen liittyy. (Buckroyd 1997, 44.)

Rajut heilahtelut tarpeiden myöntämisestä niiden ehdottomaan kieltämiseen hallitsevat myös bulimikon muuta elämää. Bulimia vaikuttaa sairastuneen talouteen ja raha-asioihin. Rahaa saattaa kulua muuhunkin kuin vain ruokaan. Joillakin sairastuneilla tulee "ahmimisjaksoja" myös esimerkiksi vaateostoksiin. (Buckroyd 1997, 49.) Myös bulimiaa sairastavan suhde tupakkaan, alkoholiin ja huumeisiin on usein samanlainen kuin hänen suhteensa ruokaan: sairastuneelle, joka ahmii ja oksentelee jatkuvasti, kehittyy usein alituinen halu pitää jotain suussaan, joten hänestä saattaa tulla ketjupolttaja, alkoholin tai huumeiden käyttäjä (Vandereycken & Meerman 1988, 23). Osa sairastuneista purkaa ahdistuneisuuttaan myös itsensä viiltelyyn tai ihon polttamiseen. Se ilmeisesti helpottaa samalla tavalla kuin ahmiminen. (Buckroyd 1997, 49.)

Hallitsemattoman käytöksen ja itsehillinnän välinen ristiriita saattaa vaikuttaa bulimiaa sairastavan elämään yleisemminkin. Eräs piirre on siisteyden ja siivottomuuden vaihtelu hänen asuinympäristössään. Buliminen elämä vaikuttaa myös seksuaaliseen käyttäytymiseen ja yleisestikin ihmissuhteisiin. (Buckroyd 1997, 49–51.) Vaikka bulimikko yleisesti välttää seksuaalisuutta, hänellä on jonkinlainen mahdollisuus ihmissuhteeseen. Hän saattaa muodostaa kumppaniin riippuvaisen suhteen ja olla siinä niin omistushaluinen, että toinen lopulta torjuu hänet. Toisaalta hän voi myös solmia suhteen, jossa itse on jatkuvan moitteen kohteena. Bulimikko siis joko alistaa tai tulee itse alistetuksi. (Hautala 2001, 26.)

Bulimian avainsanat ovat samat kuin anoreksian: kuinka hallita omat tarpeensa. Bulimiaa poteva vuorottelee kahden minänsä välillä; hyvän minän hän hyväksyy – se onkin koulittu tuntemaan ja tarvitsemaan vain niukasti ja hillitysti, mutta paha minä on paheksuttava, täynnä tarpeita, haluja ja tunteita. Bulimikko, samoin kuin anorektikko, eivät kumpikaan ymmärrä, että heidän tarpeensa ovat täysin normaaleja ja että niiden kanssa

voi elää helpommin, jos antaa niille kuuluvan luonnollisen tilan. Molemmat uskovat, että heidän vaistoihin perustuva puolensa on ahne ja himokas hirviö, joka täytyy pistää aisoihin ja kahlita, jota täytyy kurittaa ja rangaista mahdollisimman ankarasti. Koska normaalit tarpeet kielletään, niistä muotoutuu hurjia himoja, joiden taltuttamisyritykset vievät aikaa ja voimia. (Buckroyd 1997, 50–51.)

5.5 Bulimian seurauksia

Koska syömishäiriöt näkyvät hampaistossa, hammaslääkäri voi olla ensimmäinen, joka alkaa epäillä syömishäiriötä. Kaikilla syömishäiriötä sairastavilla, mutta etenkin oksentavilla bulimikoilla on alttius hampaiston häiriöihin: hammaskiille kuluu ja liukenee ja kariesriski hampaissa kasvaa. (Rantanen 2004, 328.)

Bulimiassa tapahtuu runsaasti muutoksia myös muualla ruoansulatuselimistössä. Oksentavilla bulimikoilla on ruokatorvessa tulehdusmuutoksia, limakalvo ohenee tai pahimmillaan ruokatorvi voi syöpyä rikki. Ahmimisen seurauksena voi vatsalaukku laajeta tai jopa revetä aiheuttaen akuutin hätätilanteen tai pahimmassa tapauksessa kuoleman vatsansisällön levitessä vatsaonteloon. Haima joutuu bulimiaa sairastavalla kovalle koetukselle ja tiiviin oksentelun seurauksena voi ilmetä haimatulehdus. Pitkäaikainen ulostuslääkkeiden käyttö voi johtaa puolestaan verenvuotoihin tai pahimmillaan jopa paksusuolen toiminnan loppumiseen. (Charpentier 1997, 29.)

Myös bulimiaa sairastavalla voi olla samantyyppisiä kuukautishäiriöitä kuin anorektikoilla. Vain noin kymmenellä prosentilla bulimikoista arvellaan olevan täysin normaali kuukautiskierto. (Luoto 1996, 16.) Oksentamisen takia veren happo-emäs- ja elektrolyyttitasapainossa on häiriöitä. Näennäisestä normaalipainosta huolimatta bulimiaa sairastavan elimistö voi olla aliravittu. Oksentamiseen voi liittyä myös henkeä uhkaavien komplikaatioiden riski: noin kolme prosenttia sairastuneista kuolee. (Buckroyd 1997, 42; Rantanen 2004, 328.)

6 MUUT SYÖMISHÄIRIÖT

6.1 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisistä syömishäiriöistä on kyse silloin, kun kaikki anoreksian tai bulimian kriteerit eivät täyty tai oireet ovat lieviä (Hiilloskorpi 2004, 219; Rantanen 2004, 325). Jotkut sairastuneet saattavat esimerkiksi ahmia valtavia määriä ruokaa, mutta tekevät niin vain kerran viikossa. Toisilla hoitoon tulleilla on useimmat anoreksian oireet, mutta heidän painonsa on sen toteamiseen määriteltujen painorajojen yläpuolella. Joidenkin potilaiden syömistä voidaan kuvata parhaiten sanalla kaoottinen: heidän syömis- ja laihdutusikäyttäytymistään ei kyetä ennustamaan, joten diagnoosin antaminen on vaikeaa. Näillä sairastuneilla ei ole käsitystä normaalista syömisikäyttäytymisestä tai kohtuullisesta, vakaan painon ja terveyden ylläpitämiseen tarvittavasta ruokamäärästä. Tällaiset potilaat on luokiteltu Yhdysvaltain psykiatrialiiton mukaan epätyypillistä syömishäiriötä sairastaviksi. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 34.)

Epätyypillisten syömishäiriöiden ryhmään kuuluvat henkilöt tiedostavat sen, että he kärsivät jonkinlaisesta syömishäiriöstä ja sen, että oman painon ja ruoan ajatteleva kiinnostaa heitä paljon. He tajuavat myös syömishäiriön vaikuttavan jokapäiväiseen elämäänsä. Osa epätyypillisen syömishäiriödiagnoosin saaneista saattaa olla juuri joko parantumassa anoreksiasta tai bulimiasta tai toisaalta osalla sairaus saattaa diagnoosintekohetkellä olla kääntymässä tyypillisempään syömishäiriöön. Toisille oireileville ei ole ehkä kehittynyt kaikkia anoreksian tai bulimian diagnostisia piirteitä, mutta heillä on pakottava liikunnan tarve, joka on kehittymässä yhdenlaiseksi häiriöksi. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 34; Thompson & Sherman 1993, 18–19.)

Joka tapauksessa myös epätyypillisistä syömishäiriöistä kärsivät henkilöt tarvitsevat ammattiapua ja yhteiskunnan terveystalveta. Ajoissa annettu hoito saattaa estää varsinaisen anoreksian tai bulimian kehittymisen, joten näihinkin oireiluihin tulisi suhtautua vakavasti. (Abraham & Llewellyn-Jones 1994, 35.)

6.2 Liiallinen terveystoila (ortoreksia nervosa)

Yhdysvalloissa ja Britanniassa on viime aikoina keskusteltu vilkkaasti uudesta syömishäiriöstä, jota kutsutaan ortoreksia nervosaksi eli terveystoilaiksi. Yhdysvaltalainen lääkäri Steven Bratman kehitti termin kiinnittäessään huomiota useiden potilaitensa ylettömän terveelliseen syömispyrkimykseen. ([http://www.medivia.se.](http://www.medivia.se)) Ortorektikon pakkomielle on ruoka kuten bulimikolla ja anorektikollakin, tosin määrän sijasta hän kiinnittää huomiota ruoan laatuun (Hiilloskorpi 2004, 219). Ortorektisesti oireilevan ruokavalio koostuu tarkasti määritellyistä ruoka-aineista, jotka syödään tietyssä järjestyksessä, tietyllä tapaa valmistettuina ja tiettyyn kellonaikaan (Tokola, 2002).

Pakkomiellettä terveelliseen ruokaan on usein vaikea tunnistaa, sillä ortorektikon elämä näyttää ulkopuolisen silmin usein varsin terveeltä, ja hänen kurinalaisuuttaan ja askeettista elämäntapaansa ihailaan. Apu- lehden artikkelissa (Melleri 2002, 49) haastatellun psykologi Pia Charpentierin mukaan terveelliset elämäntavat muuttuvat sairaiksi siinä vaiheessa, kun ruoka alkaa rajoittaa muuta elämää kohtuuttomasti. Tampereen yliopistolaiden terveydenhuoltosäätiön neuvontapsykologin Henriette Hämeenahon mukaan ortorektikon ajattelumallia voidaan pitää askeleena ylikontrollin suuntaan (Tokola, 2002). Ortorektiksiaa sairastavan ajatusmaailma kapenee vähitellen, ja rentous syömisestä kaikkoo. Hänellä on normaalista poikkeava keskittyminen ruoan valmistamiseen ja hankkimiseen. Jotkut ortorektikot kasvattavat jopa itse vihanneksensa. (Hiilloskorpi 2004, 219.)

Ortorektinen ihminen seuraa tarkasti erilaisia ravitsemusteorioita. Esimerkiksi hiilihydraatteja ja rasvoja ei saa syödä samanaikaisesti, tai ruoansulatusta tehostetaan pureskelemalla vihanneksia tietyn ajan ennen nielaisemista. (Melleri 2002, 49–50.) Pahimmillaan säännöt ja rajoitukset ovat niin tiukkoja, että ne johtavat sosiaaliseen eristäytymiseen bulimian tai anoreksian tavoin. Kylään tai ravintolaan ei voi lähteä, koska tarjolla oleva ruoka ei ole sopivaa. Töihin tai koulun käyntiin ei pysty keskittymään, kun on koko ajan huoli siitä, löytyykö ruokalasta oikeanlaista ruokaa. Kun ruoka alkaa hallita elämää, ei ystäville ja muille ihmissuhteille jää aikaa. ([http://www.tukiasema.net.](http://www.tukiasema.net))

Ortoreksia on pakkomielteenä samantyyppinen kuin anoreksia, mutta niillä on selvä ero: anorektikko on sairaalloisen kiinnostunut ruoan kalorimäärästä, kun taas ortorektikkoa

kiinnostaa ruoan sisältämät vitamiinit ja hivenaineet. Ortorektikoille on tyypillistä, että he ahmivat terveystietoa ja muuttavat ruokavaliotaan sen mukaan, mitä uusia "totuuksia" tulee vastaan. (Melleri 2002, 49–50.) Epäterveellisiksi uskottuja ruoka-aineita karsitaan jatkuvasti. Ortoreksiaa sairastava noudattaa yleensä kasvisruokavaliota, jonka ympärille on koottu lukuisia luontaistuotteita ja ravintoainelisiä. (<http://www.tukiasema.net>.) Toinen yleinen piirre on äärimmäinen luonnonmukaisuuden vaatimus ja lisäaineiden pelko (Melleri 2002, 49–50).

Aivan kuten muissakin syömishäiriöissä, ortoreksiassa ihminen pyrkii syömisen säätelyllä luomaan järjestystä kaoottiseen maailmaan. Jos ympäristöä ei voi hallita, voi säädellä omaa elämäänsä, edes omaa syömistään. Nykyajan ihmisen kontrollintarve kohdistuu perustarpeisiin, koska niiden tyydyttäminen on hengissä pysymisen ehto. Esimerkiksi alkoholinkäytön rajoittaminen ei ole sama asia, koska ilman viinaa voi elää, mutta ilman ruokaa ei. (Tokola, 2002.)

Ortoreksia alkaa yleensä viattomasti. Ihmiset tietävät, että terveellinen ruokavalio lisää henkistä ja fyysistä hyvinvointia. Joku voi joutua karsimaan ruokavaliotaan esimerkiksi allergian takia, toinen taas pyrkii välttämään lisäaineita ruoassa. Taustalla voi olla myös ideologioita syitä liittyen elintarvikkeiden tehotuotantoon. Terveiden ihannoiminen saattaa lipsahtaa huomaamatta pakkomielleen puolelle. (Tokola, 2002.) Ortoreksia saa usein alkunsa painonpudotuksesta tai huonovointisuudesta johtaen äärimmäisyydessä hallitsemattomaan pelkoon siitä, mitä ruoka voi todellisuudessa sisältää (Nuorteva 2002, 112). Pahimmassa tapauksessa ortoreksia muuttuu anoreksiaksi (Hiilloskorpi 2004, 218–219).

Kun pakkomielle ruoasta rajoittaa elämää niin paljon, että siitä katoaa kaikki ilo, ortorektikon on helpompaa mennä hakemaan apua ravitsemusterapeutilta kuin psykologilta. Ravitsemusterapeutti Raija Partanen (Melleri 2002, 50) on huomannut, että helposti ongelma ikään kuin ulkoistetaan, siirretään ruokaan. Tuntuu turvallisemmalta puhua itse ruoasta kuin pakkomielleen taustalla olevista syistä. Jotkut saavat syömisongelmansa kuriin ravitsemusterapeutin avulla, toiset tarvitsevat myös psykologin apua. On selvitetävää, mistä pakkomielleeseen johtanut ahdistus tai pelkotila on saanut alkunsa ja kuinka se saadaan eliminoitua (Nuorteva 2002, 113).

Ortoreksiaa ei ole virallisesti olemassa tautiryhmänä, eikä sitä ole vielä diagnosoitu Suomessa (Tokola, 2002), mutta Charpentierin (Melleri 2002, 50) mukaan on hyvinkin mahdollista, että ortoreksia saa vielä oman luokituksensa. On tärkeää, että ortoreksiasta puhutaan, sillä se paljastaa syömis- ja dieettiohjelmien vaarat.

6.3 Ahmimishäiriö (binge-eating disorder, BED)

Eräs epätyypillisistä diagnosoiduista syömishäiriöistä on myös niin kutsuttu binge-eating, eli lihavuuteen liittyvä ahmimishäiriö. Sairastunut saa syömiskohtauksia, mutta hän ei pyri aktiivisesti poistamaan ruokaa elimistöstään oksentamalla tai liikkumalla. Oireilevat ovat yleensä ylipainoisia. (Hiilloskorpi 2004, 218.) Binge-eating ei ole vielä yhtä yleinen syömishäiriömuoto Suomessa kuin esimerkiksi anoreksia tai bulimia (Rantanen 2004, 326).

Ylensyöjät eivät osaa kontrolloida syömistään, vaan saattavat ahmimisvaiheessa nauttia monta tuhatta kilokaloria kerralla, pääasiassa rasvaista ja hiilihydraattipitoista ruokaa. Ylensyöjillä on havaittu olevan omalaatuisia syömistapoja; tällaisia ovat esimerkiksi ahmimissyndrooma, yölläsyömissyndrooma ja kyltymättäsyönti. Näiden lihavien syönitävät ja turha taistelu painon kontrolloimiseksi ovat hyvin samankaltaisia bulimia nervosa -potilaiden kanssa – ylipainoa lukuun ottamatta. (Vandereycken & Meermann 1988, 13.)

Epätoivoiset laihdutusyritykset saattavat usein laukaista ahmimisen. Siksi sairauden hoidon ensisijainen askel on niiden lopettaminen. Hoidossa pyritään saavuttamaan säännölliset ruokailutavat ja ote elämästä. Sitten kun nämä asiat ovat hallinnassa, voidaan aloittaa muut painonhallintaan liittyvät toimenpiteet kuten laihdutus. (<http://www.tukiasema.net>.)

7 KUINKA SELVITÄ SYÖMISHÄIRIÖISTÄ

7.1 Läheisten piina

Kun aiemmin terve lapsi lakkaa syömästä, on selvää, että äiti hätäntyy. Miten niin arkipäiväisestä asiasta kuin ruoka tulee yhtäkkiä niin vaikea asia? Mitä äiti on tehnyt väärin, kun lapsi tuntuu kuihtuvan silmissä, eikä mikään tunnu auttavan? Usein on vaikea uskoa, että tilanne olisi muuta kuin oikuttelua. Erityisesti isän on vaikea tajuta tilanteen vakavuus – aluksi kaikki vaikuttaa murrosikään kuuluvalla kiukuttelulla. Huima liikunnan lisääminen ja itsensä näkeminen lihavana rajusta laihtumisesta huolimatta ovat kuitenkin seikkoja, joihin vanhemmat yleensä puuttuvat jollain tavalla. (Luoto 1996, 5–6.)

Varsin monet yrittävät puhua järkeä ensin ja uskovat siihen, kun nuori tekee lupauksia syömisestä. Perheessä saatetaan tehdä sopimuksia, esimerkiksi nuori lupaa syödä, mikäli äiti lupaa olla käyttämättä kermaa ja rasvaa ruuanlaitossa. Äiti puolestaan lupaa olla puuttumatta asiaan, koska vahtiminen hermostuttaa koko perhettä, mutta lirauttaa silti salaa tilkkasen kermaa ruokaan. Vanhemmat yrittävät tehdä mitä tahansa, että nuori söisi, nuori taas saattaa osoittautua taitavaksi kiristäjäksi esimerkiksi vanhempien yrittäessä järjestää aikaa lääkärille. Lupausten kierre käynnistyy ja saa koko perheen sekaisin. Ruoka syö pian kaikkien perheenjäsenten ajan. Yhteiset ostosmatkat ja ruokailutilanteet ovat taistelutanner, ruoanlaitto painajainen. (Luoto 1996, 6.)

Lapsen riutuminen, itseensä sulkeutuminen ja eristäytyminen viestivät masennuksesta, jonka kohdatessaan vanhemmat voivat olla vain uupuneita ja murheellisia. Nuori voi potea niin syvää masennusta, että haluaa kuolla. Hätä ja ahdistus lapsen menehtymistä pelätessä on kauheaa. Perhe syyllistyy, ja jos lapsi sitten kuolee, syyllisyys voi hoitamatta jäädessään olla koko perheelle lopun elämää kestävä painajainen. Saattaa tuntua siltä, että anoreksiaan menehtyneen nuoren vanhempien on vaikeampi saada myötätuntoa ja ymmärrystä kuin esimerkiksi syöpään kuolleitten lasten vanhempien. Yhteiskunnassa ei ole välttämättä ymmärretty tarjota syömishäiriöperheille neuvontaa tai sopeutumis- ja perhevalmennuskursseja. (Luoto 1996, 9.)

Päinvastoin kuin sairastuneen läheiset, anorektikko itse pysyy yleensä täysin tyynenä ja varsin etäisenä. Hän ei tunnu ymmärtävän muiden hössötystä. Hän väittää edelleen ole-

vansa lihava, vaikka olisi jo vaarallisesti nälkiintynyt, ja mitä enemmän hän laihtuu, sitä järjettömämmin hän käyttäytyy. Nykyinen uskomus onkin, että nälkiintyminen sumentaa ihmisen ajattelukyvyn kokonaan - nälkiintynyt anorektikko ainakin tuntuu olevan tietämätön omasta vaarastaan. Itse asiassa hän tuntee yleensä voivansa hyvin, ja harva sairastunut lähtee itse hakemaan apua. Useimmiten joku muu tuo hänet hoitoon, vaikka väkisin. Niin kauan kuin anoreksiaa sairastavan elimistö toimii jotenkuten, hänen vointinsa ei ole ainoastaan hyvä vaan suorastaan loistava. Hän tuntee itsensä voimakkaaksi, innostuneeksi, voitonriemuiseksi. Hän on tavoitellut valtaa itseensä ja tarpeisiinsa ja omasta mielestä saavuttanut sen - hän on matkalla kohti täydellisyyttä. Hän halveksii muita ihmisiä, jotka tarvitsevat ruokaa ja lepoa. Itse hän ei ole sellainen - hän hallitsee itsensä täysin. Ilman apua nämä anoreksiaa sairastavan mielen luomukset valtaavat yhä enemmän tilaa realiteeteilta. (Buckroyd 1997, 33–34.)

7.2 Syömishäiriöiden hoito

Syömishäiriöt ovat monimutkaisia. Vähitellen ollaankin tultu yksimielisiksi siitä, että syömishäiriöistä toipumisen täytyy tapahtua usealla taholla yhtä aikaa. Sairastuneen täytyy palata normaaleihin syömistottumuksiin, johon hän tarvitsee paljon tukea ja käytännön apua. Sen lisäksi hänen täytyy ryhtyä purkamaan omia painoon, kokoon ja muotoihin liittyviä käsityksiään, joiden vanki hän on. Hänen täytyy myös yrittää ymmärtää, mihin hän on tarvinnut sairautta ja mikä tehtävä sillä on hänen elämässään ollut. Syömiskäyttäytymiseen, kognitiiviseen ja terapeuttiseen puoleen – kaikkiin näihin kolmeen – on siis vaikutettava, jotta sairastunut toipuisi syömishäiriöistä ja kypsyisi niin, ettei enää tarvitsisi niitä. Jokaisen, joka hakee apua tai ryhtyy itse hoitamaan itseään tai jotakuta toista, nämä kaikki kolme osa-aluetta on otettava huomioon, eikä keskityttävä pelkästään syömiseen. (Buckroyd 1997, 11; Riihonen 1998, 17.)

Nuori, jolla epäillään syömishäiriötä, on tutkittava huolellisesti sekä somaattisesti että psyykkisesti. Huolellisessa kliinisessä tutkimuksessa arvioidaan oireilevan ravitsemustila (vähintään pituus, paino, painoindeksi), pulssitaso sekä verenpaine. Potilaan tulee riisuutua alusvaatteisilleen, jotta nähdään kokonaistilanne. Tarvittaessa tehdään myös laboratoriotutkimuksia. Psykiatriseen arvioon kuuluu yksilötutkimisen lisäksi aina perhetapaaminen. (Rantanen 2004, 328–329.)

Hoitotavat ja -mahdollisuudet vaihtelevat eri paikkakunnilla, hoitoyksiköissä ja koulukunnittain. Jotta hoito onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla, on varhainen hoitoonohjaus ensiarvoisen tärkeää. Kouluterveydenhoitaja on usein ensimmäinen ja tärkeä linkki nuoren hoitoon saamisessa. Pitkittyneenä syömishäiriöt, fyysisten vaurioiden lisäksi aiheuttavat nuorelle suurta psyykkistä kärsimystä ja muuttuvat vähitellen elämäntavaksi. Tällöin tottumukseksi tullutta, sairautta ylläpitävää kehää on enää vaikea murtaa. (Charpentier 1997, 5.) Mitä nopeammin apua saadaan, sitä paremmat ovat paranemismahdollisuudet. Myös hoitoon osallistuvien osapuolten välisen yhteistyön tulee olla saumatonta. Sairastuneelle olisi hyvä saada oma vastuuhenkilönsä sairaalaan sekä ravitsemusasiantuntijan ja fysioterapeutin tukea. Syömishäiriö koettelee koko perhettä, joten mitä nuorempi sairastunut on, sitä tärkeämpää on ottaa hoidossa huomioon myös muut perheenjäsenet. Vanhemmille ei milloinkaan tule jättää hoitovastuuta, vaan terveydentilan tarkkailun tulee olla ehdottomasti asiantuntijoiden vastuulla. Vanhempien tukeminen esimerkiksi perheterapian avulla tai ohjaaminen samanlaisessa elämäntilanteessa elävien pariin helpottaa usein ahdistusta. (Riihonen 1998, 11, 18.)

Osa sairastuneista voi parantua nopeastikin, muttei vain yhdellä terapiakäynnillä. Psykkisinä lisäsairauksina syömishäiriöihin, etenkin ahmimishäiriöön, voi liittyä masennusta, itsetuhoisuutta ja alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä. (Rantanen 2004, 330.) Näiden hoitaminen on myös ehdottoman tärkeää kokonaisvaltaisessa toipumisessa. Syömishäiriön seurauksena voi olla häiriötä pituuskasvussa, kuukautis- ja hedelmällisyyspulmia, osteoporoosiriskiä ja aivoaineskatoa. Vaikeimmillaan syömishäiriö voi johtaa kuolemaan. (Riihonen 1998, 18; Luoto 1996, 3.)

7.2.1 Anoreksian hoito

Syömishäiriöiden hoito on huomattavan vaikeaa. Anoreksiaa sairastava ei ymmärrä olevansa sairas, joten hänen on vaikea ottaa hoitoa vakavasti. Tavallisesti nuori herättää hoitohenkilökunnassa voimakkaita vastatunteita, joiden tunnistamattomuus saattaa johtaa hoidon epäonnistumiseen. (Hautala 2001, 40.) Sairastuneet kieltävät syömiseen liittyvät ongelmansa, vahingoittavat itseään ja kieltäytyvät hoitoyhteistyöstä aivan samoin kuin päihteiden väärinkäyttäjät (Vandereycken & Meermann 1988, 24). Potilas joutuu helposti moralisoinnin kohteeksi ja hänen järkevyyteensä vedotaan voimakkaasti. Nuoren käytöksen alla hoitohenkilökunta tuntee itsensä täysin avuttomaksi tai ryhtyy valta-

taisteluun potilaan kanssa. Nuori saattaa kokea sairaalahoidon sadistisena kiusaamisena. (Hautala 2001, 40.) Hoito vaatii siis paljon tietoa sairaudesta, kärsivällisyyttä, jaksamista ja kannustamista hoitavilta ihmisiltä (Riihonen 1998, 17).

Anoreksian hoito aukeaa pitkälti sen mukaan, mistä näkökulmasta tai teoriasta sitä lähestytään. Ei ole olemassa yhtä syytä, yhtä totuutta, ei yhtä oikeaksi todistettua hoitomallia. Yleensä hoito alkaa alipainoisuuden korjaamisesta ja mikäli laihuus on henkeä uhkaava, hoito tulee aloittaa sairaalassa. Avohoitoon voidaan ohjata silloin kun painoindeksi on yli 17, potilas on motivoitunut hoitoon ja kun tukea antava perhe ja muu verkosto ovat mukana hoitoprosessissa. Psykiatriseen sairaalahoitoon on syytä turvautua, jos sairastuneella on runsaasti psykoottisia oireita, vakava itsetuhoisuus ja itsemurhavaara, vaikea masennus tai puutteelliset ja ristiriitaiset perheolosuhteet. Lääkehoitoakin on kokeiltu, mutta siitä ei ole todettu olevan suurta hyötyä. Sillä on voitu helpottaa ainoastaan vakavasta laihuushäiriöstä kärsivän ahdistuneisuutta ja pakonomaista liikunnan tarvetta. (Rantanen 2004, 328–330; Riihonen 1998, 10.)

Asianmukaisella sairaalahoidolla noin 70 % anoreksiaa sairastavista paranee täydellisesti viiden vuoden sisällä. Heidän psyykinen hyvinvointinsa elpyy ja paino normalisoituu, eikä pysyviä häiriöitä jää. (Keski-Rahkonen ym. 2007, 1259.) Osa sairastaneista jää alipainoisiksi ja lisäksi heillä saattaa esiintyä lieviä mielenterveysongelmia, jotka eivät kuitenkaan haittaa sen kummemmin normaalia elämää. Pienelle osalle sairastuneista psyykkiset oireet jäävät vaivaamaan loppuelämäksi. (Luoto 1996, 15.)

7.2.2 Bulimian hoito

Bulimiaa sairastava torjuu avun tarpeensa anorektikon tavoin. Hän kyllä saattaa tunnistaa sen, mutta katuu heti apua pyydettyään. (Buckroyd 1997, 51.) Bulimiapotilas on yleensä niin häpeissään ongelmastaan, että tuskin pystyy avoimeen ja suoraan kommunikointiin hoitavan lääkärin kanssa (Vandereycken & Meermann 1988, 24). Ajan kuluessa bulimiaa sairastava kuitenkin yleensä ymmärtää, että hänen täytyy oppia tuntemaan oma tilansa ja pitää tästä avuntarpeestaan kiinni - ainakin niin kauan, että alkaa käydä hoidossa. (Buckroyd 1997, 51.)

Nykyisin bulimian hoitoon käytetään psykoterapian ohella lääkehoitoa. Lisäksi bulimian hoidossa saatetaan tarvita syömiskäyttäytymistä ohjaavaa terapiaa ja neuvontaa oikeasta syömistavasta – bulimiaa sairastavahan yleensä paastoa päivät, mikä edesauttaa iltaisin ahmimiskierteeseen ratkeamista. Myös ryhmäterapiasta on saatu Suomessa hyviä kokemuksia. Bulimiassa, kuten muissakin syömishäiriöissä, apua tulisi hakea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, sillä hoitotulokset ovat sitä parempia mitä lyhyemmän ajan sairastunut on ehtinyt oireilla. (Luoto 1996, 14, 25.)

Bulimian hoidossa psykenlääkkeistä on enemmän kliinistä kokemusta kuin anoreksian hoidossa ja myös näyttöä niillä saatavasta hyödystä. Erityisesti fluoksetiinin käytöstä on julkaistu laajimmat tutkimukset. Lääkehoidon on todettu vähentävän ahmimis- ja oksentamiskierrettä 2/3 bulimiaa sairastavista, mutta oire palaa, kun lääkitys lopetetaan. Lääkehoitoa voi suositella ahmimis- ja oksentamiskiirteen katkaisuun tai ainakin lyhytaikaiseen tilanteen helpottamiseen, mutta mitään näyttöä sen parantavista tehoista ei ole. (Rantanen 2004, 330)

7.3 Mitä koulussa voidaan tehdä syömishäiriöiden hoidossa ja niiden ehkäisemisessä

Luottamuksellisen suhteen luominen on ensimmäinen askel yritettäessä auttaa syömishäiriötä sairastavaa lasta tai nuorta. Sairastunut saattaa aluksi keskustella mieluiten vähemmän ahdistavista asioista kuin syömishäiriöistään. Tiedon antaminen syömishäiriöistä ja suorat kysymykset saattavat auttaa sairastunutta tajuamaan tilanteensa. Joskus asioista kirjoittaminen on helpompaa kuin puhuminen. Tärkeintä on hienotunteisuus ja läheisen luottamuksellisen suhteen luominen. Läheisen suhteen syömishäiriötä sairastavaan oppilaaseen muodostanut opettaja voi esimerkiksi tulla yhdessä oppilaan kanssa terveydenhoitajan vastaanotolle. Lisäksi on erittäin tärkeää ottaa nopeasti yhteyttä oppilaan kotiin, etenkin jos oppilas on alaikäinen. Sairastuneen itsensä kanssa olisi kuitenkin hyvä keskustella ennen yhteydenottoa. Koulun henkilökunnalla on myös tärkeä rooli sekä tilanteen seurannassa että yhteistyössä vanhempien ja mahdollisen ulkopuolisen hoitavan tahon kanssa. (Juntunen 2001, 19–21.)

Koulussa syömishäiriötä sairastava lapsi tai nuori olisi paras sopeuttaa terveiden työskentelytapoihin ottamalla kuitenkin sairastuneen yksilöllisyys huomioon. Tärkeimpiä

tavoitteita ovat itseilmaisuuksiin kannustaminen, eristäytymisen ennaltaehkäiseminen ja itsetunnon kohottaminen. On erittäin tärkeää korostaa sairastuneen vahvuuksia ja auttaa häntä hyväksymään virheet ja kritiikki. Suoritusasossa tapahtuvaan mahdolliseen laskuun on syytä suhtautua maltillisesti. Sairastunutta olisi hyvä tukea myös kouluruokailussa, mutta syömisestä ei kannata taistella. Luokassa olisi tärkeää keskustella naiseksi kasvamisesta, syömishäiriöistä ja suhtautumisesta omaan kehoon. Lisäksi on hyvä pohdita yhdessä oppilaiden kanssa sellaisten ihmisten kohtaamisista, joilla on vaikeuksia sekä sitä, miten heitä voitaisiin tukea. Koulu voi toimia sairastuneelle paikkana, jossa hänen ei tarvitse ajatella syömishäiriötään. (Juntunen 2001, 19–21.)

Koululiikunnan tulisi olla kaikille mieluista ja sopivaa, ja oppilaita tulisi kannustaa kohtuulliseen liikunnan harrastamiseen – syömishäiriötä sairastavan liikunnan harrastaminen on yleensä kaukana kohtuudesta (Juntunen 2001, 19–21). Kehon muotoihin liittyviä huomautuksia on syytä välttää, sillä pahimmassa tapauksessa opettajan huolimaton kommentti saattaa laukaista syömishäiriön (Berger ym. 2007, 307). Koulussa on myös tärkeää antaa tietoa oikeasta ravinnosta, syömiskäyttäytymisestä, syömishäiriöistä sekä kannustaa oppilaita kouluruoan syömiseen. Tärkeintä on, että lapset ja nuoret oppisivat hyväksymään oman kehonsa ja näkemään siinä ennen kaikkea hyvät puolet. (Juntunen 2001, 19–21.)

Koulukiusaamiseen on puututtava jämäkästi – valitettavan usein syömishäiriöiden taustalta löytyy kiusaamiskokemuksia. Lapsia ja nuoria olisi syytä opettaa arvioimaan kriittisesti tiedotusvälineiden, perheen ja ystävien antamia malleja. Identiteettiä ja itsetuntoa tulisi pyrkiä vahvistamaan kaikin mahdollisin tavoin. (Juntunen 2001, 19–21.)

8 LIIKUNTA, URHEILU JA SYÖMISHÄIRIÖT

Urheilijoita pidetään yleisesti terveellisten elämäntapojen esikuvana. Tähän kuuluvat muun muassa säännöllinen elämäntapa, unirytmistä huolehtiminen ja terveelliset ruokailutottumukset. Urheileminen voikin vähentää syömishäiriöriskiä, sillä lisääntynyt energiankulutus mahdollistaa vapaan ja reilun syömisen. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 215.) Asialla on kuitenkin myös kääntöpuolensa. Urheilijoiden ja runsaasti liikkuvien nuorten ylenmääräinen huoli omasta kehonpainosta, tiukan ruokavalion tarkka noudattaminen ja samaan aikaan kova fyysinen harjoittelu silloinkin kun pitäisi levätä, ovat tyypillisiä tunnusmerkkejä lisääntyneestä syömishäiriöstä (Viitanen 1999, 30). Syömishäiriöitä tai niihin viittaavaa käyttäytymistä esiintyy urheilua harrastamattomaan väestöön verrattuna etenkin niissä lajeissa, joissa esteettisyys tai kehon paino on keskeisessä asemassa. Tällaisia ovat monet naisten harrastamat taitolajit, kuten rytminen voimistelu, telinevoimistelu, tanssi ja taitoluistelu. Myös aerobicohjaajat kuuluvat riskiryhmään. Painoluokkalajeissa (esim. paini, nyrkkeily ja judo), joiden lajikulttuurin kuuluvat keskeisesti painon pudottamisjaksot, syömishäiriöriski on myös suurempi. (Hiilloskorpi 2004, 220.)

8.1 Aiheuttaako urheilu syömishäiriöitä?

Eräät tutkijat ovat esittäneet, että liikunta ja urheilu voisi lisätä syömishäiriökäyttäytymisen riskiä. Puhutaan jopa urheilijoiden anoreksiasta. Fysiologisesti tätä on selitetty sillä, että elimistö ehdollistuu mielihyvän tunteeseen, joka on seurausta runsaan liikunnan ja rajoitetun energiansaannin aiheuttamasta dopamiinierityksestä. Lisäksi hormonien (adrenaliini, serotoniini, dopamiini) erityisurheilun aikana voi heikentää ruokahalua. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 217; Hiilloskorpi 2004, 221–222.) Muun muassa Taub ja Blinde (1992) tutkivat syömishäiriöitä nuorten naisurheilijoiden parissa. Tutkimuksen mukaan naisurheilijoilla oli suurempi riski sairastua syömishäiriöihin ei-urheileviin naisiin verrattuna.

Syömishäiriöriskeihin urheilussa liittyvät myös psykososiaaliset tekijät. Monissa kilpaurheilulajeissa ilmenee tekijöitä, jotka voivat lisätä painon tarkkailua, laihduttamista ja sitä kautta myös syömishäiriöitä. Näitä tekijöitä ovat erityisesti ulkonäön ja suorituksen estetiikan korostuminen muun muassa voimistelussa, baletissa tai taitoluistelussa, joissa

vaatimuksina ovat keveys ja pienikokoisuus. Vaaratekijöitä on myös niissä lajeissa, joissa kilpailuun osallistumisen edellytyksenä on tietyn painorajan alittuminen, kuten judossa, painissa ja karatessa. (Hiilloskorpi 2004, 222–223.) Suurin vaikutus näiden lajien syömishäiriöilmentyvyyteen on kuitenkin valmennusmenetelmillä ja valmentajien suhtautumisella painoon ja laihduttamiseen (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 217). Valmennusryhmän psykososiaalinen ilmapiiri voi olla yksi selitys sille, että eri tutkimuksissa syömishäiriöihin viittaavat riskit vaihtelevat samankin lajiryhmän sisällä (Hiilloskorpi 2004, 223).

Usein juuri urheilevat tytöt ja naiset tarkkailevat rasvaprosenttiaan ja ulkomuotoaan tarkemmin kuin itse asiassa heidän valitsemansa laji edellyttääkään. On kuitenkin lajeja, joissa edellytetään erityistä esteettisyyttä, mikä tarkoittaa esimerkiksi rytmisessä kilpavoimistelussa pitkiä, kapeita raajoja ja lihaksia sekä ohutta olemusta. (Saaristo 1996, 21.) Syömishäiriöiden riski voi olla suurempi lajin huippu-urheilijoilla verrattuna kansallisen tason urheilijoihin, mutta myös päinvastaisia johtopäätöksiä on esitetty (Hiilloskorpi 2004, 220).

Nuorilla urheiluun ja liikkumiseen saattaa liittyä myös persoonallisuuden kehittymistä vaarantavia tekijöitä. Nuori voi kokea identiteettinsä ja itsetuntonsa riippuvan ainoastaan urheilumenestyksestä. Äärimmilleen vietynä tämä johtaa voittamisen pakkoon ja siihen liittyvään ahdistukseen, joka voi purkautua syömisen säätelynä ja syömishäiriönä. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 218.)

8.2 Urheilun ja liikunnan syömishäiriöitä estävä vaikutus

Vaikka yleisesti epäilläänkin liikunnan ja etenkin urheilun edistävän syömishäiriöiden syntyä, on asiaan myös toisenlainen näkökanta. Suomessa, Norjassa ja Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan suurin osa urheilijoista on pikemminkin suojassa syömishäiriöiltä. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 215–217.) Esimerkiksi DiBartolon ja Carey (2002) tutkimuksen tulosten mukaan urheilijanaisilla oli vähemmän syömishäiriöihin viittaavaa oireilua ja parempi psyykinen toimintakyky ei-urheileviin verrattuna. Lajiryhmissä, joissa painon merkitys ei ole niin oleellisessa asemassa, voi esiintyä syömishäiriöihin viittaavia riskitekijöitä vähemmän kuin urheilua harrastamattomassa väestössä (Hiilloskorpi 2004, 221).

Erityisesti kestävyysurheilu on nostettu esiin syömishäiriövaaraa pienentävänä lajina. Tämä voi selittyä sillä, että painon säilyttäminen ilman energiansaannin tietoista rajoittamista helpottuu, kun energiankulutus on suurempi. Myös harjoittelun aiheuttama lihasmassan suureneminen voimaa vaativissa lajeissa suurentaa energiankulutusta ja helpottaa siten painon hallintaa. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 215–217.)

Liikunnan harrastamisella voi olla myös psykososiaalisessa mielessä syömishäiriöiltä suojaava vaikutus. Liikunnan kautta saadut ystävyyssuhteet saattavat toimia esimerkiksi sosiaalisena tukena, jos nuorella on muita ongelmia elämässään. Lisäksi hyvien ruokailutottumusten omaksuminen on helpompaa liikuntaa harrastavilla. Persoonallisuustekijöiden näkökulmasta liikunnan vaikutusta nuoren minäkuvan kehittymisessä pidetään yleensä positiivisena, vaikkakin kiistaton empiirinen näyttö aiheesta puuttuu. Erityisesti myönteinen ruumiinkuva, hyvä itsetunto ja itsenäisyyden tunne liitetään sekä liikunnan harrastukseen että syömishäiriöiden ehkäisyyn. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 217–218.)

8.3 Pakonomainen liikunta osana syömishäiriöitä

Runsas ja pakonomainen liikunta on selkeästi osana etenkin anoreksian mutta myös bulimian taudinkuvaa (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 215). Koska sairastunut kokee olevansa lihava, hän määrää siksi itsensä liikkumaan ja urheilemaan mahdollisimman paljon. Muille hän tietenkin viestittää urheilevansa vain pysyäkseen kunnossa. Aliravitut ja lihaksensa menettänyt anorektikkokin vaatimalla vaatii, että hänen on saatava harjoittaa jopa rajua liikuntaa – vaikka sitten keskellä yötä. Tätä ei sivullinen voi käsittää. Syömishäiriötä sairastavalle liikunnan tarve syntyy puhtaasti pelosta ja pakosta, ei niinkään liikkumisen ilosta. (Buckroyd 1997, 24–25.)

Pakonomaista liikuntaa käsitellään epävirallisesti myös erillisenä syndroomana (urheilija-anoreksia, eli anorexia athletica). Yleensä se liittyy muihin syömishäiriöihin, kuten anoreksiaan ja bulimiaan, mutta voi ilmetä myös sellaisenaan esimerkiksi urheilijoilla. (Hiilloskorpi 2004, 219–220; <http://www.something-fishy.org>.) Tutkimuksen kohteena on viime aikoina ollut naisurheilijoiden keskuudessa ilmennyt syndrooma (female athle-

te triad syndrome), johon liittyy yhtäaikaaisesti kova harjoittelu, syömishäiriö, luumassan väheneminen sekä kuukautisongelmat (Nichols ym. 2006, 501).

Pakonomaisesta liikkumisongelmasta kärsivillä on yleensä kausittaisia vaiheita, jolloin he urheilevat ja liikkuvat enemmän kuin on terveellistä. He tekevät mitä tahansa pystyäkseen liikkumaan, esimerkiksi olemalla poissa töistä tai koulusta. Näille liikkujille urheilemisen motivaatio tulee kaloreiden polttamisesta syömisen tai ahmimisen jälkeen, tai luvan antamisesta syömiseen liikkumisen jälkeen. He eivät liiku saadakseen siitä mielihyvää tai iloa, ja kokevat suurta syyllisyyttä elleivät pääse liikkumaan omien tuntemustensa mukaan. Kilpaurheilijoilla tällainen pakonomainen liikkuminen näkyy siinä, että he eivät ole tyytyväisiä edes voittoon, vaan tavoittelevat heti seuraavaa haastetta urheilussa. (<http://www.something-fishy.org>.)

8.4 Urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisy

Nuorten urheilijoiden syömishäiriöiden ehkäisyssä on tärkeintä lisätä tietoa niin nuorten itsensä, heidän vanhempien kuin myös urheiluvalmentajien keskuudessa. Tietoa tarvitaan järkevästä ja terveellisestä ravitsemuksesta sekä kehon normaaleista muutoksista aikuisuuteen kehityttäessä. (Hiilloskorpi 2004, 225–226.) Myös tietoa syömishäiriöiden tyypillisistä tunnusmerkeistä ja painon merkityksestä terveyteen ja suorituskykyyn tulee lisätä erityisesti nuorten parissa toimiville aikuisille, muun muassa valmentajille ja urheilijoiden vanhemmille (Berger ym. 2007, 305). Tärkeintä nuorelle urheilijanalulle on oppia terveelliset ruokatottumukset (Thompson & Sherman 1993, 148–152). Esimerkkinä terveiden tottumusten oppimisessa toimivat kotiympäristö ja vanhemmat. Painon tai kehon koostumuksen merkitystä liikunnan yhteydessä ei tule liioitella. Samanaikaisesti urheilijoiden perusteetonta, usein toistuvaa kehon koostumuksen tai painon mittausta tulee välttää. Lisäksi päätelmät urheilijoiden laihdutustarpeesta tulisi perustaa henkilökohtaisiin seurantamittauksiin, eikä vertailuun toisiin urheilijoihin tai lajikohtaisiin ihanearviointeihin. (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 218–219.)

Urheilusta löytyy surullisia esimerkkejä siitä, miten urheilu voi äärimmilleen vietyinä pilata terveyden. Nämä ovat kuitenkin poikkeustapauksia. Kaiken kaikkiaan urheilulla, liikunnalla ja fyysisellä harjoittelulla on positiivinen vaikutus kehoon – rajan vetäminen on vain välillä vaikeaa. Rajan valvomisesta eivät ole kuitenkaan vastuussa nuoret urheilijat tai liikkujat, vaan heitä ohjaavat ohjaajat, opettajat ja valmentajat. (Saaristo 1996, 21.)

9 TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA AINEISTON HANKINTA

9.1 Tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää syömishäiriöitä sairastaneiden nuorten naisten kokemuksia sairaudestaan ja liikunnasta. Tutkimustehtävät pyrkivät selvittämään:

1. Millaisia kokemuksia tutkimukseen osallistuvilla on syömishäiriöistä?
2. Miten tutkimukseen osallistuvat kokivat liikunnan ennen sairautta, sen aikana ja sen jälkeen?
3. Onko liikunnalla ollut osallistuvien kokemusten mukaan positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia sairaudesta toipumiseen?
4. Millaisia kokemuksia tutkimukseen osallistuvilla on koululiikunnasta?
5. Millaisia kokemuksia liikunnanopettajalla ja kouluterveydenhoitajalla on syömishäiriöistä?

9.2 Aineiston hankinta

Tutkimuksen aineiston hankintamuodoista parhaimmalta vaikutti tiedon kerääminen haastattelujen kautta. Aluksi suunnittelin tekeväni kolme tai neljä laajaa haastattelua syömishäiriöitä sairastaneille ihmisille. Tarkoitukseni oli haastatella sekä miehiä että naisia, joilla oli ollut tai oli edelleen diagnosoitu syömishäiriö, lähinnä anoreksia, bulimia tai molemmat. Tällaiseen harkinnanvaraiseen näytteeseen (Eskola & Suoranta 1998, 18) päädyin, koska halusin selvittää erityisesti käsityksiä liikunnasta yleisimpiä syömishäiriöitä sairastavilla. Epätyypillisesti syömisen kanssa oireilevan taudinkuvaan liikunta ei liity välttämättä mitenkään, joten siksi jätin tämän ryhmän pois haastateltavia etsiessäni.

Tutkimusta varten etsin haastateltavia tuttavien joukosta ja graduohjaajan kautta syksyllä 2004. Myös Jyväskylän alueella jaettava Suur-Jyväskylä -ilmaislehti, jonka jakeluvikki on 67 500, julkaisi ilmoitukseni helmikuussa 2005 (liite). Laitoin lisäksi viisi kappaletta ilmoituksia myös liikuntatieteellisen tiedekunnan yleisimmille, kaikkia opiskelijoita koskeville ilmoitustauluille saman kevään aikana. Lehti-ilmoituksen ja ilmoitustau-

luinformoinnin kautta yritin saada erityisesti miespuolisia syömishäiriöitä sairastaneita haastatteluihini. Halusin tutkittavakseni aineistoa molemmilta sukupuolilta monipuolisuuden ja kiinnostuksen vuoksi, sillä syömishäiriöitä sairastavien joukossa on myös miehiä, joiden äänen olisin halunnut kuuluville.

Kaksi ennestään minulle tuttua naista suostuivat henkilökohtaiseen haastatteluun. Lehti-ilmoituksen välityksellä minulle tuli yhteensä kolme yhteydenottoa, joista kaksi oli miehiä. Heidän syömishäiriönsä olivat diagnosoimattomia ja hyvin epätyypillisiä, eivätkä sen takia olleet tähän tutkimukseen sopivia. Lisäksi vaikeutena oli se, että kumpikin halusi pitää itsensä ehdottoman anonyyminä, myös minulle haastattelua tekeväälle. Tämän seurauksena ajattelin, että ehkä aineistoa voisi kerätä myös kirjallisesti, jos vieraan haastattelevan kohtaaminen tuntuu vaikealta. Sen takia päätin kerätä aineistoa myös teemallisen vapaamuotoisen kirjoitustehtävän avulla.

Haastateltavien saaminen oli vaikeaa, eivätkä yritykseni tutkimushenkilöiden löytämiseksi tuottaneet muuta tulosta. Muun muassa liikuntatieteellisen tiedekunnan ilmoitustaululla useita kuukausia roikkuneet lappuset eivät tuoneet yhtään yhteydenottoa. Lehti-ilmoituksestakaan ei ollut hyötyä, sillä miespuolisten kontaktien lisäksi yhteyden otta- neen naisen mieli muuttui, kun pyysin häntä kirjallisen aineiston tuottamiseen. Hänellä toipuminen anoreksiasta oli vasta alkutekijöissä, ja se saattoi vaikuttaa yhteistyöhalut- tomuuteen. Omaa pinnalla olevaa sairautta saattoi olla vaikeaa lähteä pohtimaan vieraan ihmisen kanssa. Lisäksi kaksi muutakin haastatteluun aluksi suostunutta perui osallis- tumisensa oman vaikean sairauden tilansa takia. Aiheen arkuudesta ja leimautumisen pelosta kertoi myös se, että jo haastatteluun suostuneetkin vaativat ehdotonta vaitiolo- velvollisuutta.

Päädyin aineistonkeruussani erilaisiin teemoihin pohjautuviin haastatteluihin, jotka tein kahdelle syömishäiriöitä sairastavalle naiselle helmi-toukokuussa 2005. Lisäksi sain kahdelta naiselta kirjoitelman samoista teemoista touko- ja kesäkuun 2005 aikana. Pää- dyin kirjoitelmiin osittain haastattelujen toteutuksen vaikeuden vuoksi (osa tutkimus- henkilöiksi ilmoittautuneista ei halunnut haastatteluun, ja lisäksi yksi kirjoitelman te- koon osallistunut asui sillä hetkellä ulkomailla) ja osittain siksi, että saisin vertailua kahden eri aineistokeruumuodon välillä. Aineistonkeruun aikoihin tein myös kasvatus- tieteen proseminarityötä, ja halusin yhdistää kyseistä työtä varten tehdyt asiantuntija-

haastattelut myös graduuni. Nämä haastattelut tein yhdelle lukion liikunnanopettajalle ja yhdelle kouluterveydenhoitajalle maaliskuussa 2005.

Ensisijaisena tutkimuskohteena olivat syömishäiriötä sairastaneiden haastattelut ja ainekirjoitukset. Niiden tavoitteena oli saada selville, millä tavoin tutkimushenkilöt kokivat oman sairautensa eri vaiheet, millaiset olivat heidän kokemuksensa liikunnasta ennen sairautta, sairauden aikana ja sen jälkeen sekä koululiikuntakokemukset. Kouluterveydenhoitajan ja liikunnanopettajan haastattelujen avulla oli tarkoituksena täydentää tietoa ja tuoda esiin erilaisia syömishäiriötä sairastavia nuoria työssään kohtaavien ammattilaisten näkökulmat. Haastattelujen kautta koin saavani paljon tarkempaa tietoa ja paljon henkilökohtaisempaa pohdiskelua tavoittelemistani aiheista, kuin ainekirjoitusten avulla. Ainekirjoittajat eivät pohtineet niin syvästi sairastamistaan, ja suurin ero – jopa ongelma – haastatteluihin verrattuna oli se, ettei tarkentavia lisäkysymyksiä tai huomautuksia voinut tehdä reaaliajassa.

Haastatteluja toteuttaessani pyrin aloittamaan keveämmillä aiheilla, ja jutustelin haastatteltavien kanssa ensin yleisemmistä asioista, kuten opiskelusta, koulu- ja kotitaustasta sekä harrastuksista, ennen kuin johdattelin aiheen syömishäiriöihin. Teemallisissa haastatteluissa mukana olleet naiset olivat haastatteluhetkellä 25 ja 26-vuotiaita yliopisto-opiskelijoita. Haastattelutilanteet olivat minulle vaikuttavia ja ainutlaatuisia tilanteita, joissa ensimmäistä kertaa pääsin keskustelemaan kasvotusten syömishäiriötä sairastaneiden kanssa ja kuuntelemaan heidän henkilökohtaisia kokemuksiaan sairaudestaan ja liikunnasta osana sitä. Ainekirjoituksen avulla aineistoa tuottaneet naiset olivat iältään 21 ja 23-vuotiaita, joista toinen opiskeli yliopistossa ja toinen oli suorittanut lukion. Vaikka asiantuntijahaastatteluissa ei tarkoitukseni ollut päästä niin syväälle henkilökohtaisiin kokemuksiin kuin syömishäiriötä henkilökohtaisesti sairastaneilla, aloitin heidän kanssaan silti myös pehmeämmillä kysymyksillä.

10 AINEISTON ANALYYSI

10.1 Aineiston analyysin muotoutuminen

Tutkimusaineiston käsittelyn taustalla oli ajatus sekä fenomenologisesta että narratiivisesta kokemuksen tutkimuksesta, mutta tämän tutkimuksen ollessa gradutasoinen, näitä tutkimusmetodeja ei ollut mahdollista suoranaisesti liittää tutkimustulosten analysointiin. Aineiston varsinaisena analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä.

Aineiston lukemista, analysointia ja tulkintaa pyrin tekemään narratiivisella ja fenomenologisella otteella. Koska olin hankkinut haastatteluaineistoni erilaisia syömishäiriöitä ja liikuntaa koskevia teemoja ja muodostamiani tutkimusongelmia silmällä pitäen, niin katsoin parhaaksi myös aloittaa tietokoneelle kirjoitettujen haastattelujen purkamisen luokittelemalla aineiston karkeasti teemojen mukaan. Tässä teemaluokituksessa tarkoituksena oli samalla toteuttaa aineiston kuvaus, jossa tutkijana pyrin pudottamaan aineistosta tutkimuksen kannalta epäolennaiset seikat pois. Tämä vaati aineiston useita lukukertoja, joiden aikana pyrin tietoisesti välttämään aineistosta ilmenevien asioiden yleistämistä niin oman käsityksen kuin yleisen asennoitumisen taholta ja olemaan avoin haastatteluissa esiintyville ristiriitaisillekin ilmiöille. Aineiston kuvailun alkuvaiheessa kirjoitin ylös henkilökohtaisen näkemykseni syömishäiriöistä ja suhtautumiseni niitä sairastaviin ihmisiin, jotta myös tutkimukseni lukijan olisi helpompi suhtautua tekemääni analyysiin haastatteluaineistojen pohjalta.

Teemoihin luokittelun ja kuvauksen jälkeen vuorossa oli varsinainen aineiston analyysin käynnistäminen, eli kuvauksesta pyrin löytämään tutkittaville merkityksellisiä asioita, paikkoja ja tilanteita, joihin syömishäiriökokemukset jollakin tapaa liittyivät. Aineistosta löytämieni laajempien yläkäsitteiden (esimerkiksi kilpaurheilu) alle kokosin tutkittavien yksityiskohtaisempia kokemuksia kyseisistä aiheista. Nämä yläkäsitteet ja niihin nivoutuvat kokemukset kasasin jokaisen haastateltavan osalta omiin miellekarttoihin, jotta pystyisin paremmin hahmottamaan myös kokonaisuuden yksittäisten teemojen ja kokemusten välillä. Tämän jälkeen kokosin miellekarttojen ja aineiston kuvauksen teemat, yläkäsitteet ja yksittäiset kokemukset yhteen. Yhteenvedon tekemisen kautta nostin esiin neljä eri isompaa teemaa, joista muotoilin pääotsikot. Tähän asti olin käytännössä

poiminut suoria lainauksia haastatelluilta naisilta, mutta tässä vaiheessa oli jo oleellista ruveta kirjoittamaan auki haastateltujen kokemuksia ja vertailla niitä muihin tutkimuksiin ja teorioihin.

Teoriavertailu ja aineiston aukikirjoittaminen selkeyttivät tutkimuksen tulosten esiin tuomista. Samanaikainen johdannon, tiivistelmän ja pohdinnan kirjoittaminen auttoi hahmottamaan tutkimuksen kokonaisuutta ja tarkistamaan sekä tutkimustehtäviä että tulosten suuntaa tutkimustehtävien tavoitteiden mukaisesti. Samoin kirjallisuuskatsauksen korjailu toi kokonaisvaltaista otetta tutkimuksen tekoon – loppusuora alkoi jo hämmöttää horisontissa, vaikka pohdittavaa ja tarkennettavaa oli vielä jäljellä.

10.2 Tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa

Tutkimuksen lähestymistavassani kumpusi halu ja tarkoitus tutkia syömishäiriöitä sairastaneiden henkilökohtaista kokemusmaailmaa heidän sairauteensa ja siihen liittyvän liikunnan suhteen. Tärkeänä asiana pidin tutkittavien kokemusten tilannesidonnaisuutta, tiettyihin asioihin ja tiettyyn paikkaan sekä aikaan liittyviä kokemuksia, joissa syömishäiriöt ovat osana. Tavoittelin tutkimuksen analyysissäni ideaa, joka pohjautui sekä fenomenologiseen että narratiiviseen kokemuksen tutkimukseen. Toisaalta tiettyä etukäteen suunniteltua teemallista lähestymistä tutkimuksessani oli sekä tutkimusongelmien asettelu että aineiston keräystavan suhteen. Siksi liian tiukkaa yhden teorian lähestymistapaa en halunnut noudattaa, vaan yritin antaa myös itse aineistolle mahdollisuuden avartaa mieltäni.

Fenomenologisessa tutkimusnäkökulmassa tutkimuksen kohteena on ihminen ja erityisesti hänen kokemuksensa, joita tutkija pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan kerätyn aineistonsa pohjalta. Kokemus määrittyy Laineen mukaan laajasti ilmaisten *”ihmisen kokemuksellisena suhteena omaan todellisuuteensa, eli maailmaan, jossa hän elää. Eläminen on ennen kaikkea kehollista toimintaa ja havainnointia, ja samalla myös koetun ymmärtävää jäsentämistä.”* (Laine 2001, 26–27). Kokemus käsittää sekä subjektin ja sen tajunnallisen toiminnan että toiminnan kohteen. Kokemus rakentuu tästä erityisestä suhteesta, merkityssuhteesta, joka liittyy subjektin eli toimijan ja objektin eli toiminnan kohteen yhdeksi kokonaisuudeksi. (Perttula 2006, 116–117.) Fenomenologisen tutkimuksen pyrkimyksenä on kyseenalaistaa sekä arkipäivän asennoituminen että teoreetti-

nen asenne maailmaan, päästä ikään kuin pinnan alle, kokemusten taakse (Parviainen 1999, 85).

Narratiivisen tutkimuksen perustalla on idea kertomuksista tiedon välittäjänä ja rakentajana (Heikkinen 2001, 116). Narratiivista tutkimusta tekevä tutkija on kiinnostunut siitä, miten ihminen jäsentää kokemuksiaan elämästään, ja millaista tarinaa hän niistä kertoo. Mielenkiinnon kohteena ovat mm. tietyt paikat, ajat ja tilanteet, ja niihin nivoutuvat kokemukset. (Erkkilä 2006, 196.) Narratiivit voivat olla joko tutkimuksen kohteena (narratiivien analyysi), jolloin tutkimuksessa käytetään materiaaleina kertomuksia tai itse tutkimusprosessi, jolloin aineiston kertomusten perusteella tuotetaan uutta kertomusta (narratiivinen analyysi) (Heikkinen 2001; 116, 122). Omassa tutkimuksessani on häivähdys molempia lähtökohtia, sillä aineistonani on neljä nuoren naisen tarinaa syömishäiriötä sairastavan elämästään ja liikkumiskokemuksistaan, joita pyrin jollain tavalla kategorisoimaan, mutta toisaalta myös luon tutkijana naisten todellisten kokemusten pohjalta uutta tarinaa tutkimukseni kautta.

11 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Pääasiallisen aineistoni lähteenä olivat neljä nuorta naista, joiden kokemuksia käsitellen tässä tutkimuksessa pseudonimillä Veera, Rosa, Silja ja Annukka. Haastattelemieni kouluterveydenhoitajan ja lukion liikunnanopettajan näkemyksiä kertoessa käytän heidän ammattinimikkeitään heidän omasta pyynnöstään.

11.1 Henkilöhistoria ja sairastumisen alku

Kaikki naiset olivat aineiston keruun (kevät 2005) aikaan 21–26-vuotiaita, Veera, Rosa ja Silja opiskelivat yliopistossa ja Annukka oli suorittanut lukion. Jokaisella naisella oli kokemusta sekä anoreksiasta että bulimiasta, ja Veeraa lukuun ottamatta kaikilla syömishäiriö oli lähtenyt liikkeelle anoreksiavaiheesta. Tilastollisesti noin 30–50 % alussa anorektisesti oirehtivien nuorten sairaudesta muuttuu myöhemmin ahmimishäiriöksi (Rantanen 2004, 326).

Syömishäiriöt, erityisesti anoreksia ja bulimia saavat alkunsa yleensä murrosiässä (Hiilloskorpi 2004, 216), ja tämä yleistys sopi myös tähän tutkimukseen osallistuviin naisiin, sillä jokainen heistä oli sairastumisensa aikoihin 12–16-vuotias. Aineiston keruun aikaan Veera oli ainoa, joka koki olevansa täysin toipunut syömishäiriöistä. Rosalla taistelu bulimian kanssa oli selvästi voiton puolella, samoin Annukan tilanne oli syömishäiriöiden suhteen rauhoittunut. Ainoastaan Silja sairasti edelleen syömishäiriötä, diagnoosina bulimia anorektisin piirtein.

Silja oli ollut lapsesta asti hieman pyöreä, mitä hän häpesi kovasti, ja kuudennella luokalla ollessaan hän päätti ruveta laihduttamaan. Laihtuminen alkoi viattomasti vuoden 1994 alussa, tarkoituksena terveellisempi ruokavalio ja makean vähentäminen, mutta salakavalasti se johti lopulta anoreksiaan. Anoreksian ollessa pahimmillaan saman vuoden kesällä Silja koki sairauden muuttaneen luonnettaan hiljaisemmaksi, kylmemmäksi, neuroottisemmaksi ja hyvin askeettiseksi. Anoreksia oli ikään kuin imaissut hänet sisäänsä. Vähittäisestä fyysisestä toipumisesta huolimatta psyykinen puoli jäi hoitamatta, mikä johti ahmimishäiriön kautta lopulta bulimiaan.

Myös Annukka oli lapsena hieman pyöreä, minkä takia häntä nimiteltiin koulussa. Ala-asteen loppupuolella muutto uuteen asuinpaikkaan ja kouluun vähensi kaveripiiriä ja harrastuksia, joten ainoaksi mielenkiintoiseksi tekemiseksi jäi syöminen ja lukeminen. Sen seurauksena paino lisääntyi, mikä aiheutti huolta niin koulun terveydenhoitajassa kuin äidissä, ja lisäsi myös nimittelyä koulussa. Annukka päätti aloittaa iltalenkkeilyn ja syömisen vähentämisen, mikä kehkeytyi vähitellen anoreksiaksi selvän laihtumisen ja siitä johtuvien ihmisten kehujen myötä, annosten pienentyessä kerta kerralta. Viimeinen niitti sairastumiselle oli se, kun Annukan ollessa kahdeksannella luokalla eräs ihastus ei ottanutkaan kipinää, jolloin hän päätti, että syy siihen oli yksinomaan hänen lihavuudessaan.

Rosan syömishäiriö alkoi hänen ollessa yhdeksännellä luokalla tammikuussa vuonna 1996 hänen omien kokemusten mukaan harmittomasta lenkkeilystä ystävän kanssa. Tarkoituksena oli kohottaa kevään aikana kuntoa ja tiputtaa siinä samalla pari kiloa painoa, vaikkei Rosa ollutkaan ollut pyöreä tai ylipainoinen. Omasta lapsuusajastaan hän kuitenkin muistaa tyytymättömyyden kokemukset omasta vartalostaan, muun muassa halun ”leikata” reidestään palan pois. Yhtenä sairastumiseensa vaikuttavana asiana hän koki myös isänsä alkoholismin. Painon tippuessa Rosan liikkumisinto lisääntyi, mikä sai lopulta lisäksi myös syömisen vähentämisen ryöstäytymään käsistä. Anoreksiavaihe olikin nopea, paino tippui lähelle kolmeakymmentä muutamassa kuukaudessa, mikä sai aikaan niin liikunnanopettajan kuin terveydenhoitajan huolestumisen. Osastohoitouhkuksen takia syömistä oli pakko lisätä, ja sen seurauksena anoreksia muuttui lopulta bulimiaksi syömisen kontrollin menettämisen vuoksi.

Veeralla syömishäiriöinen oireilu alkoi bulimiana murrosikäajan runsaan iltasyömisen seurauksena hänen ollessaan yläasteella. Päätös syömisen rajoittamisesta sai aikaan aamu- ja päiväsyömisen vähenemisen minimiin. Tämä kostautui sitä suuremmalla iltasyömisellä – loppujen lopuksi ahmimisella – jota hillitäkseen Veera opetteli oksentamaan. Bulimia oli salaisena ja häpeällisenä seuralaisena pari vuotta, jonka jälkeen se muuttui anoreksiaksi. Veeran oman kokemuksen mukaan taitoluisteluvallmentajan huomautus Veeran viiden kilon pudottamisesta ja hyppyjen parantumisesta sai aikaan lopullisen sysäyksen anoreksian puhkeamiselle. Lisäksi hän toi esiin veljensä lähdön vaihtopilaaksi ulkomaille, kuten samoihin aikoihin Suomessa vaikuttaneen taloudellisen laman, joka aiheutti sekä rahallista että henkistä kireyttä kotioloissa. Bulimisen oksente-

lun loppuminen, anoreksian alkuvaihe ja voimakas laihtuminen tapahtui Veeran ollessa kesälomavierailulla ulkomailla veljensä luona. Hän ei kehdannut enää oksennella ja päätti, ettei kiinnitä huomiota syömiseensä – eikä sitten syönytään juuri mitään. Kotiin palattuaan hän joutui sairaalahoitoon rajun laihtumisen takia.

Syömishäiriöistä kärsivät nuoret häpeävät tavallisesti voimakkaasti sairauttaan, ja sen vuoksi he pyrkivät salaamaan sen mahdollisimman pitkään läheisiltään (Vandereycken & Meermann 1988, 15). Sekä Veera että Rosa toivat esiin haastatteluissaan bulimiavaiheen aikaisen voimakkaan häpeän tunteen kokemisen ja siihen liittyvän sairauden saamisen.

Rosa: ”Ja se [poikaystävä] oli sit armeijassa, niin mä sain sielläkin puuhailla ihan mitä lystäsin. Ja kun oli niin hirveä häpeä, niin ei voinu kellekään kertoa. [--] Se tiesi sen jollakin tasolla varmasti, mut viimestään siinä vaiheessa, kun mä kerran kävin oksentamassa, ja mä unohin vetää sen pöntön. Mä saatoin pistää suihkun täysille ja mennä oksentamaan, että ilman et se huomaa mitään. Niin sit se sai kerran tietää, kun mä en tosiaan unohin vetästä sen pöntön.”

11.2 Kouluyhteisö

Kouluyhteisössä oppilaiden kanssa päivittäin tekemisissä ovat niin oppilastoverit, kuin koulussa työskentelevät opettajat sekä muut koulun henkilökuntaan ja lähiyhteisöön kuuluvat ihmiset. Näistä kohtaamisista syntyy kokemuksia, osa merkittäviä, osa vähemmän merkittäviä. Omaan tutkimukseeni osallistuneiden naisten ainekirjoituksissa ja haastatteluissa mainittiin sekä luokkakavereita, opettajia että kouluterveydenhuollon ihmisiä, joiden kanssa toimimisesta naisilla oli erilaisia kokemuksia. Tässä luvussa tuon näiden kokemusten lisäksi esiin myös haastattelemani lukion liikunnanopettajan ja perusopetuksen yläkoulun terveydenhoitajan näkökulmia syömishäiriöistä koulussa.

11.2.1 Koululiikunta

Kososen (1998) mukaan liikuntakasvatus poikkeavuus muusta kouluopetuksesta korostuu erityisesti siinä, että toiminta kohdistuu erityisesti kehoon. Fyysisen taitotason lisäksi huomion kohteena ovat jatkuvasti myös ruumiin ulkoiset mitat ja sukupuoliin kyp-

syminen. Liikuntatuntien yhteydessä uhkana on naisten erityisen häpeän aiheen paljastuminen, epätäydellinen vartalo, jota peilataan sille määrättyihin usein saavuttamattomissa oleviin vaatimuksiin nähden. Nykynaiselle yksi yleisimmistä häpeän aiheista on itsensä liian isoksi tai lihavaksi kokeminen. Häpeän tunteen vallatessa ihminen kokee itsensä huonoksi, jolloin ensimmäinen reaktio on juuri halu muuttua pieneksi tai näkymättömäksi. (Kosonen 1998, 95–97.)

Koululiikunnasta naisilla oli vaihtelevia kokemuksia, osa niistä oli jopa ristiriitaisia. Kokonaan negatiivinen kuva koululiikunnasta oli Siljalla, tosin hän ei ainekirjoituksessaan kovin laajasti kuvaillut kouluaikaansa. Hänen koululiikuntakokemustaan varjosti vastenmielisyys, jonka hän liitti huonouden kokemiseen kaikissa lajeissa.

Silja: ”...hidas juoksemaan ja surkea pallopeleissä, toivoton yleisurheilussa.”

Koululiikunnan positiivinen tai negatiivinen kokemus vaihteli kouluasteen mukaan. Sekä Rosan että Veeran mielestä koululiikunta ala- ja yläasteella oli positiivista ja harmitonta. Oli kivaa päästä liikkumaan, ja etenkin Rosa piti kovasti ulkoliikunnasta ja peleistä. Lukioaikaan kummankin mielipide muuttui negatiivisempaan suuntaan lähinnä liikunnanopettajan toiminnan takia. Molemmilla naisilla syömishäiriöiden alku osui juuri tuohon ajanjaksoon. Tällä saattoi olla vaikutuksensa myös kielteisten koululiikuntakokemusten syntyyn. Annukalla kokemukset menivät päinvastoin, vasta lukiossa koululiikunta tuntui mukavalta, kun oppilaat pääsivät vaikuttamaan tekemisiinsä ja saivat kokeilla paljon eri liikuntalajeja. Ala-asteen liikuntatunneista hänellä oli päinvastainen mielipide kuin Rosalla.

Annukka: ”...Ala-asteella siellä ei koskaan ollut, mitä olisin halunnut, aina jotain pallopeleitä tai ulkoliikkaa. Kuljin silloin jo korkkareissa, tein mallintöitä, en edes omistanut verkkareita, vain sisäliikuntakamoja, siksi liikunta aina 8, vaikka olin omilla lajeissani huippu.”

11.2.2 Opettajan rooli

Laineen (2000) mukaan opettajan rooli koulussa ja yksittäisillä oppitunneilla on ilmeisen tärkeä. Hän on koko oppituntiprosessin käynnistäjä, ylläpitäjä, määrittelijä sekä ajan kontrolloija. Oppilaan suhde oppituntiin kulkee opettajan kautta, koska opettaja on se, joka määrittelee sekä tunnin että oppilaan. Oppitunnin valtasuhteiden kautta oppilas sisäistää ja jäsentää kuvaa itsestään, ja siihen vaikuttavat vahvasti myös yhteisön muiden jäsenten ajatukset ja tuntemukset. Yksittäisen oppilaan omanarvontunnon ja minäihanteen kehittymiseen nivoutuu käsitys omasta ryhmästä ja yhteisöstä. Näihin tärkeisiin ominaisuuksiin ovat vaikuttamassa myös opettajan sosiaalinen asennoituminen sekä kommunikoinnin ja kontaktin luominen oppilaaseen. (Laine 2000, 42–43.)

Mäen ja Pullin (2001, 57–58) pro gradu -tutkielmassa koululiikuntaan liittyneistä tunnekokemuksista opettajalla, niin toimintaan vaikuttamisen kuin persoonallisuuden kautta, oli kolmanneksi eniten vaikutusta tunnekuvauksia synnyttäneissä tilanteissa. Suurimmaksi osaksi opettajan aiheuttamat tunnekokemukset olivat negatiivisia, mm. harmittamista, pelkoa ja inhoa kuvaavia. Rahkosen (2003, 72–77) pro gradu -tutkielma 9-luokkalaisten oppilaiden koululiikuntakokemuksista antoi jokseenkin päinvastaisen tuloksen, sillä oppilaat kokivat opettajan pääosin kannustavaksi ja positiivista palautetta antavaksi. Positiivista palautetta saivat erityisesti kiitettävän ja hyvän liikuntanumeron saaneet oppilaat, ja he myös pitivät opettajaansa enemmän kaverina ja luotettavana aikuisena. Tytöt kokivat opettajansa vaativampana ja opettajamaisena poikien kokemuksiin verrattuna.

Koululiikuntakokemukset kulminoituivat jokaisella tutkimukseeni osallistuneella naisella jollakin tapaa opettajaan ja opettajan persoonaan. Esiin nostetut kokemukset opettajista olivat pääasiassa negatiivisia, mutta myös ristiriitaisia, erityisesti Veeralla.

Veera: "...en mä kyl lukios siit enää tykänny, kun se opettaja ajeli sil autollansa aina uuis verkkareis johonki, ja juoskaa tytöt tonne, niin siinä oli vähän semmonen meininki. Meillei ollu kovin kiva se lukion liikunnanopettaja. [--]

...Siitki liikunnanopettajasta pitää kyl sanoa se tosiaan hyvä puoli, et se kyl oli kaikil mun niinku entisil niille lukiokavereille, tai kenen tahist mä sit jäin sillon, ni et käykää nyt kattoo siel sairaalassa, se oli oikeen niinku aina mainitsi, et aina terveisiä, niinku

viekkää terveisiä. Kyl ne kävi ne kaverit muutenkin, mut sen, älkää nyt jättäkö yksin, ja siis se oli jotenki niinku ihan älyttömän, siis sen jälkeen must on tullu oikeestaan sen opettajan kaveri, kun mä palasin takas kouluun, niin tota... en mä tiedä sit ottikse jotenki... tai miten se jotenkin tuntuu, et muutama opettaja, opo ja se, otti niinku mun asian jotenki sillai, että tuntu, et jos ne nytteki näkee [kaupungilla], niin niin tota ne niinku oikeesti halua tietää, et mitä mä, mitä mul on meneillään, et jotenkin ihan siis älyttömän sydämellinen ihminen kyl se opettaja, et se kyl niinku jotenki.. oli niin kiva.”

Veeran ristiriitaisuus opettajaa kohtaan näkyi myös hänen toiveissaan, että sydämellisyydestä ja huolehtimisesta huolimatta opettaja olisi kohdellut häntä kouluun palatesaan neutraalimmin, ikään kuin ei olisi Veeran syömishäiriöistä kuullutkaan. Toisaalta Veera myös muistutti, että parhaimmillaan liikunnanopettaja on juuri se, joka innostaa urheiluun ja liikkumiseen myös vapaa-ajalla, ja tämä onnistuu hänen mielestään vain, jos opettaja on kokonaisvaltaisesti kiinnostunut oppilaistaan.

Rosan suhde liikunnanopettajaansa lukiossa ei ollut niin lämmin, ja erityisesti se kulminoitui heti lukion alkuun. Tällöin anoreksiaa sairastava Rosa koki hakevansa opettajalta hyväksyntää ja tukea, mutta vihastui kun opettaja soitti kotiin Rosan äidille ja huomauttanut tyttären rajusta laihtumisesta. Tämän jälkeen välit Rosan ja opettajan välillä olivat viileät. Jälkeenpäin Rosa kuitenkin on pitänyt opettajan soittoa kotiin hyvänä asiana, koska se oli yksi niistä tekijöistä, jotka auttoivat avaamaan Rosan äidin silmiä tyttärensä sairastumiselle.

Annukan negatiivinen kokemus liikunnanopettajasta linkittyi yläasteelle, johon ajanjaksoon sijoittui myös hänen anoreksiavaiheensa. Liikunnanopettajan suhtautuminen tuntui aluksi välinpitämättömältä kaikkia oppilaita kohtaan, sillä numerot säilyivät samana kuin ala-asteella, eikä opettaja tuntunut muistavan ketään henkilökohtaisesti. Annukan opettaja oppi tuntemaan lähinnä anoreksian takia, muttei hyvässä merkityksessä. Liikuntakiellosta huolimatta hän patisti Annukan suorittamaan liikuntakurssit, ja koska muun muassa palelemisen takia Annukka ei voinut olla koululla seuraamassa tunteja, hän sai korvaustehtäväkseen tehdä tutkielman aiheesta ”terveyttä vai sairautta ruoasta”.

Haastattelemani liikunnanopettaja koki piilevien syömishäiriöiden huomaamisen ja näiden oppilaiden auttamisen kannalta yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi ajan antamisen ja

henkilökohtaisen jutustelemisen oppilaiden kanssa. Erityisesti bulimiaan sairastuneet olivat saattaneet itse tuoda ilmi oireilunsa ja pyytää apua jutustelutuokioiden yhteydessä. Anoreksiaa sairastavan auttamisen kannalta paras keino opettajan mielestä oli toimia yhteistyössä terveydenhoitajan kanssa, sillä anoreksiasta kärsivä oppilas harvoin pystyi myöntämään ilmiselvääkään ongelmaa heti. Usein myös sairastuneen nuoren vanhemmat olivat alussa jyrkän kielteisiä myöntämään ongelman olemassaoloa. Liikunnanopettaja koki yksinäisyyttä opettajakunnassa syömishäiriöiden kanssa kamppailun kannalta, sillä usein hänelle sysättiin muiden opettajien taholta ne oppilaat, joiden kanssa piti keskustella syömishäiriöepäilyksestä.

Uusikylä (2006, 41) kirjoittaa kirjassaan koulunkäynnistä, hyvästä opettajuudesta ja sen vaikutuksista oppilaiden elämään: *”Kaikki kouluopetus on myös koulukasvatusta eli koulunkäynti vaikuttaa oppilaiden minäkuvaan, tunne-elämään ja mielenterveyteen. Kasvatuksen tuloksena oppilas muodostaa voimakkaita mielikuvia omasta pystyvyydestään, siitä onko hänellä oppiaineiden vaatimaa lahjakkuutta... [--] Pedagogisesti hyvä oppimisympäristö luo jokaiselle oppilaalle myönteistä, samalla kuitenkin realistista kuvaa itsestään ja mahdollisuuksistaan elää hyvää ja arvokasta elämää.”*

Tähän kouluopetuksen tavoitteeseen verrattuna Siljan kielteinen kokemus opettajastaan ala-asteen liikuntatunnilla oli kaikkea muuta kuin myönteistä minäkuvaa edistävä: *”Eriytyisen elävästi muistan liikuntatunnin viidennellä luokalla. Olimme yleisurheilukentällä. En ollut onnistunut missään lajissa. Seuraavaksi vuorossa oli kuulantyöntö, ja silloinen liikunnanopettajani toteaa lujaan ääneen koko ryhmän kuullen: ”Siljahan on ihan kuulantyöntäjän mallinen!” ...”*

Siljan kokema voimakas häpeän tunne omasta kehostaan johtui opettajan ajattelemattomasta, jopa julmasta lausahduksesta. Tällainen häpeän kokeminen edesauttaa Kososen (1998) mukaan huonouden tunnetta, jonka vaikutuksen voi huomata myös Siljan yleisessä negatiivisessa suhtautumisessa koululiikuntaan. Lisäksi kun häpeän kohteena on oma keskiverrosta jollain tapaa poikkeava, muiden katseiden kohteeksi nostettu tytön keho, tuo se tunteen halusta piiloutua, muuttua näkymättömäksi tai ainakin pieneksi (Kosonen 1998, 97). Uskon, että tällainen voimakas häpeän kokeminen voi olla yhtenä osasyynä Siljan syömishäiriöiden laukaisemiseen.

11.2.3 Muut kouluun liittyvät suhteet

Annukan ainekirjoituksesta ilmeni mielenkiintoinen kokemus kouluun ja erityisesti kouluruokailuun liittyen. Vaikka Annukan anoreksia oli jo puhjennut, ja syöminen oli jo todella rajoitettua, hänen suhtautumisensa kouluruokaan oli kaikkea muuta kuin rajoitettava. Kouluruokaa hän ei laskenut syödyksi ruoaksi, se ei ollut hänen mielestään oikeaa ruokaa. Päivän sallittu erityisherkkku oli koulun välipalasämpylä, jossa oli paljon voita.

11.2.3.1 Terveystenhoitaja

Terveystenhoitaja on kouluyhteisössä yleensä se, jonka kautta syömishäiriöisesti oireileva nuori voi saada apua. Haastattelemani kouluterveydenhoitajan mukaan yleisimmät tahot, joiden kautta tieto syömishäiriökäyttäytymisestä tai rajusta laihtumisesta tulee, ovat nuoresta huolissaan olevat kaverit ja opettaja, erityisesti liikunnanopettaja. Hänen toimintaperiaatteensa tällaisen huolenaiheen ilmentyessä on pyytää syömishäiriöisesti käyttäytyvä nuori mahdollisimman pian juttelemaan hänen kanssaan. Syömishäiriöepäilyistä keskustellaan suoraan ja peittelemättä, ja jos nuori kieltää sairautensa, mikä on alussa hyvin yleistä, terveystenhoitaja pyytää nuorta käymään luonaan useamman kerran. Mikäli nuorella on selkeästi syömishäiriö, aloitetaan hoitoon ohjaus mahdollisimman pian.

Veeran sairastuttua anoreksiaan ja uuden kouluvuoden alkaessa koulun terveystenhoitaja oli se linkki, mitä kautta Veeran syömishäiriöihin saatiin puututtua. Veeraa ei pakotettu menemään terveystenhoitajalle, vaan hän meni sinne itse muun kuin syömishäiriöasian takia, mutta hänet ohjattiin hoitoon välittömästi rajun laihtumisen ja outojen ajatusten takia.

Veera: ”Se [terveystenhoitaja] varmaan haastatteli jotain ”mitä sä syöt, et silleen”. ”no mä otan yhen porkkanan aina aamusin” niinko nii se oli varmaan niin ollu älyttömän kuulosta, ja silleen, et ”no mikset syö enempää?” ”no ku jos mä nyt jonku pullan syön, ni sittehän mä oon ite ihan pulla” [--] et mä oon ollu niin sairas, et se on varmasti sen takii mut on ensiapuun suoraan passitettukki suunnilleen niinku tutkituttamaan ajatukset.”

Veeran mielestä erittäin tärkeää olisikin, että syömishäiriöisesti oireilevan tilanteeseen puututtaisiin aika nopeasti, eikä jäätäisi vain katselemaan, että josko syöminen tai oudot ajatukset itsestään paranisivat. Veera kokee syömishäiriöiden olevan kuitenkin sellainen ongelma, josta ei helposti voida puhua, eikä sitä voida myöntää. Hänen mielestään syömishäiriöihin kuuluu pyrkimys salailta tautia ja huijata muita, mutta todellisuudessa syömishäiriötä sairastava huijaa itseään.

Veera: "...niin kyl se niinku niin äkkii mun mielest voi sillai hoitoon oikeesti ohjata, koska ei ei ne helposti mee omat ajatusradat niinku muutu, ellei niist puhu jollekin. Ja eikä niist... mä en ainakaan vielä oo yhtään ihmist tavannu, kuka olis anoreksiasta alkanu ite itestään puhumaan, niinku että mulla on muuten tällanen, että pitäisiköhän minun hakea tähän jotain apua. Et kyl se yleensä, sit ei sanota, ja sen takii siihen pitäis heti puuttuu, jos jollai semmonen on. Eli tota sehän se on niinku sen sairauden idea, et salaa, niinko huijaa itteään mutta luuleekin, et huijaa vaan muita..."

Annukalla suhtautuminen koulun terveydenhoitajaan vaikutti olevan negatiivisempi Veeran kokemuksiin verrattuna. Hänen ainekirjoituksestaan sai sellaisen vaikutelman, että laihutumisen pakko lähti ulkopuolisten aiheuttamasta paineesta. Hän nosti esiin koulukiusaamisen lisäksi koulun terveydenhoitajan vihjailut syömisen tarkkailusta pyöreiden takia, samoin kuin oman äitinsä ehdotukset iltasyömisen lopettamisesta ja kävelylenkeistä. Vuoden päästä terveydenhoitajan huomautuksesta, kun anoreksia oli Annukalla jo alkanut, saman terveydenhoitajan huoli olikin päinvastainen, reilun laihutumisen aiheuttama.

11.2.3.2 Koulukaverit

Ala-asteen viimeisillä luokilla Annukka koki painonsa vuoksi koulukiusaamista, joka jatkui myös yläasteella.

Annukka: "ala-asteella aloin lihoa olin semmoinen pyöreäkö, mutta viidennellä luokalla muutin ja kaverit jäi edelliseen paikkaan, enää ei ollut muuta tekemistä iltaisin kuin lukea ja syödä niinpä kuudennella olin jo 65kg painoinen... sain kuulla koulussa

lihapulla huutoja ei ollut kivaa...yläasteella aloin tosissani kärsiä pulleudesta vaikka olinkin suht sopusuhtaisen näköinen mutta kun muut ikäiseni sellaisia pikku teini tikkuja niin... kuulin kavereiden kautta kun muut haukkuivat selkäni takana läskiksi...”

Kahdeksannella luokalla Annukalla oli koulussa ihastus, jonka kanssa suhde ei onnistunut. Tämän epäonnen hän käänsi itse lihavuudestaan johtuvaksi, mikä edesauttoi päätöstä laihduttaa. Sitten kun anoreksian myötä reipasvauhtinen laihtuminen oli jo alkanut, Annukan motivaatiota lisäkeventymiseen lisäsivät ihmisten kehu ja muille näyttämisen halu.

Annukka: ”[Rippikoulussa] olin kaikkien huomion keskipisteenä mulla oli paljon ihailijoita, ajattelin että kaikki tämä koska olen niin laiha ja kaunis...[--] Ensimmäinen viikko koulua oli juuri alkanut ja halusin olla siellä näyttämässä kaikille kuinka laiha olen oli hienoa kun opettajatkaan eivät meinanneet tunnistaa kesän jälkeen...”

Veeran anoreksia-aikaan, ensimmäisen kolmen kuukauden sairaalahoitajakson jälkeen, hän koki kouluun paluunsa ikävänä, koska oli jäänyt muista kurssikavereista niin paljon jälkeen, että joutui tekemään päätöksen lukion suorittamisesta neljässä vuodessa. Myös lähestyvät ylioppilaskirjoitukset jännittivät niin paljon, että Veera lopetti taas syömisen ajatellen, ettei kirjoituksia silloin ehkä tulisikaan. Vanhojen opiskelukavereiden omat kiireet ja uuden ryhmän kanssa opiskelu lisäsivät ahdistusta ja yksinäisyyden tunnetta.

Veera: ”...jotenki mä vaan olin ihan sit jääny mun mielest ihan ulos siit koulu, niinku jos meillä joku luokkahenki oli, niin ainakaan enää mä en kuulunu siihen luokkaan sil-lai...”

11.3 Kilpaurheilu

Aineiston naisista kolme oli jossain vaiheessa nuoruuttaan harrastanut kilpaurheilua. Siljan laji oli pienempänä rytmisen kilpavoimistelu, Veeralla ja Roosalla lajeja oli useampia. Veeran päälaji oli taitoluistelu, jota hän harrasti aktiivisesti kilpaillen kansallisella B-tasolla lukion toiselle luokalle saakka. Yläasteen loppuun asti hän kilpaili myös yleisurheilussa lyhyillä matkoilla, pituushypyssä ja kolmiloikassa sekä telinevoimiste-

lussa. Annukan aktiiviurheilu alkoi pienestä lähtien baletilla, disco- ja jazz-tanssilla sekä telinevoimistelulla, mutta harrastukset hiipuivat ala-asteen loppupuolella tanssimisen osalta kaverien lopettamispäätöksiin ja telinevoimistelun osalta siihen, ettei seurassa olisi ollut enää etenemismahdollisuuksia. Uudemman kerran aktiiviurheiluvaihe tuli anoreksian ja bulimian vaiheessa, jolloin Annukka jatkoi baletti- ja jazztanssiharrastustaan ja liittyi mm. showtanssiryhmään.

Sekä Veeralla että Annukalla tuli aktiiviurheilun loputtua urheilun vastainen vaihe, Veeralla erityisesti syömishäiriöiden puhjettua, Annukalla vasta toipumisvaiheessa. Molemmat toivat esiin sen, että kun nuorena on urheillut paljon, on jossain vaiheessa pidettävä tauko.

Annukka: "...sen jälkeen tanssiharrastus on vähentynyt, nykyään treenaan vain pitääkseni taidot yllä. Muuten olen tosi laiska, liikkuminen ei oikeen kiinosta, baarissa tanssiminen kylläkin... Käyn silti muutaman kerran viikossa jotain tekemässä, mutta pohjalta paistaa se, ettei jaksa eli pohjaton laiskuus, olen tainnut urheilla nuorena koko vanhuuden edestä, on vain niin uskomatonta, kun voi vaan illalla istua sohvalla ja voi vaikka seurata jotain tv-sarjaa. Ennen siihen ei ollut mahdollisuutta, kun kaikki illat oli vain treeniä..."

Myös Veera mainitsi haastattelussaan aktiiviurheiluvaiheen vapaa-ajan vähyydestä, ja siitä, ettei televisiosarjoja ehtinyt seuraamaan ollenkaan.

Veera: "...sellanen oli aika tyypillinen päivä joskus sellasena ehkä 10–12 vuotiaana, et meni kouluun ja sitten meni kolmiin eri harjoitukseen tai kaksiin eri harjoitukseen, et ensin luistelemaan ja sit telinevoimisteluun ja sit yleisurheiluun ja sit kotiin ja sit äiti ja tai isi tai jonkun toisen kaverin vanhemmat kuljetti ja sit vaan automatkalla söi äkkiä eväät ja sitten kotiin illal ku tuli väsyneenä ni äkkii vaan teki teki läksyt ja sit taas kouluun ja sit et se oli semmosta sillä tavalla oli miettiny joskus ku ihmiset puhuu noist televisiosarjoista vaikka jotain sillon ku on ollu lapsi, nii ei oikeen ite muista mitää kun ei oo katonu telkkaria oikeestaan yhtään ku ei oo ollu aikaa..."

11.3.1 Baletti

Baletin kurinalaisuus ei ole uusi asia. Lajin täsmällisyys liikkeissä, pyrkimys täydelliseen suoritukseen, ilmavuuteen ja painovoimattomuuteen vaatii kurinalaista harjoittelua ja myös kurinalaista kehoa. (Tudeer 1999, 67–68; Klemola 1990, 89.) Painovoimaa uhmaavia liikkeitä ei voi suorittaa keholla kuin keholla, joten laji vaatii tietynlaista siroutta jo valmiiksi. Juontavatko sitten lajin kurinalaiset vaatimukset siihen, että jopa neljäsosa balettitanssijoista arvioidaan kärsivän joko anoreksiasta tai bulimiasta. Eri arvioiden perusteella 1–25 % kaikista tanssijoista täyttää anoreksian tai bulimian diagnostiset kriteerit, ja moni voi vielä kärsiä lievemmistä syömishäiriömuodoista, jotka eivät täytä virallisia kriteerejä. (Glance 2004, 19.)

Aineiston naisista kaksi harrasti tanssia ennen syömishäiriöihin sairastumistaan. Veera harrasti pienenä satubalettia ennen taitoluistelun aloittamista. Annukka aloitti baletin harrastamisen 6-vuotiaana, ja ensimmäinen vuosi oli satubaletin tyypistä harjoittelua kerran viikossa. Tällöin hän haki myös oopperan balettikouluun, muttei päässyt ryhmään mukaan joko nuoruuden tai pyöreiden takia. Kouluun mentyään balettiharjoittelu lisääntyi kolmeen kertaan viikossa, ja lisäksi Annukka rupesi tanssimaan myös disco- ja jazz-tanssia. Harjoittelutunteja oli ala-asteen ajan tanssin osalta yhteensä seitsemän, jonka lisäksi Annukka treenasi myös telinevoimistelua kaksi tuntia viikossa.

Sekä tanssiharrastus että telinevoimistelu jäivät Annukalla ala-asteen loputtua, mutta tanssiminen jatkui taas anoreksian muuttuessa bulimiaksi yläasteen loppupuolella, jolloin baletin ja jazz-tanssin lisäksi mukaan tuli myös showtanssiryhmässä harjoittelu. Harjoittelutunteja kertyi valtavasti, 20–30 tuntia viikossa lukion loppuun asti. Showtanssissa Annukan joukkue voitti SM-hopeaa vuonna 2003, jonka jälkeen olisi ollut mahdollisuus lähteä MM-kisoihin, mutta Annukka ei enää halunnut ja jaksanut jatkaa. Samoihin aikoihin myös muu tanssiharrastus väheni reilusti, kun syömishäiriöistä toipuminen alkoi, eikä liikunta enää kiinnostanut.

Thomaksen, Keelin ja Heathertonin (2005, 263) tutkimus käsitteli balettitanssia opiskelevien syömishäiriöasennetta ja -käyttäytymistä. Tutkimuksen tulosten mukaan balettitanssijoiden syömishäiriöriskiin vaikuttivat sekä geneettiset että ympäristölliset seikat. Niillä tanssijoilla, joilla oli taipumusta perfektionistisuuteen ja suuri tarve asettaa itsensä

kilpailutilanteeseen, oli merkittävästi suurempi riski sairastua syömishäiriöihin kuin vähemmän perfektionistisilla tanssijoilla.

11.3.2 Taitoluistelu

Taitoluistelu on puhdas taitolaji, jossa keskeistä on lajin tekniikka ja sen vaatimukset. Laji vaatii sekä monipuolista fyysistä lahjakkuutta että psyykkisiä ominaisuuksia, joiden pohjalta menestyminen lajissa rakentuu. (Kivimäki 1981, 37.)

Veeran taitoluisteluharrastus alkoi 5-vuotiaana, ja se oli hänen päälajinsa aina lukion toiselle luokalle saakka. Veera kilpaili kansallisella B-tasolla, eli ikään kuin luistelun ykkösdivisioonassa. Hänen negatiiviset kokemuksensa lajin harrastamisesta liittyivät lähinnä taitoluisteluvalmentajaan, jonka Veera koki liian kunnianhimoiseksi ja vaativaksi. Valmentajalla ei ollut omia lapsia, minkä Veera arvioi yhdeksi syyksi tämän perfektionistisuuteen; valmentaja ikään kuin jatkoi omaa uraansa valmennettaviensa kautta.

Haastattelija: ”millä tavalla se [valmentajan vaativuus] sit niinku ilmeni, olikse jotain ihan konkreettista, mitä sää muistelet jostain valmennustilanteesta tai jostakin?

Veera : no just jotain semmosta, et ennen kisoja, perjantaina vaikka, kun ollaan viikonlopuks lähdös kisoihin ja pitäis oikeestaan jo levätä, niin sitte ihan viimesil minuuteilla, ennen ku jääkone on tulos kentälle, niin viel pitää jotain hyppyy tehdä niinku viel, et et tota mäkin ite oon jo vähän sitä mieltä, et ei kai sit enää. [--] ja aina just sellai, niinku semmonen kiitoksen puute mun mielest vähän, et jos joku menee hyvin, niin et heti niinku vähän semmonen perfektionisti tai sillai, että joku menee hyvin, niin sitten löytyy taas virhe, mut niinhän se on taitolajeissa huomattu.”

Veera toi esiin taitoluisteluharrastuksensa yhtenä positiivisena puolena luistelukaverinsa. Hän koki yksilölajista huolimatta, että luistelukavereiden kesken välit pysyivät kilpailukaudellakin terveinä ja toisia kannustavina. Myös luisteluharrastuksen loputtua yhteydenpito säilyi vähintään sähköpostitse.

11.3.3 Ulkonäkö, keho

Fenomenologisessa kokemuksen tutkimuksessa eräs keskeinen kokemuksellisten tasojemme havainnoinnin apukeino on objektikehon ja koetun kehon eli subjektikehon määritelmät. Klemola (1990, 51–52) määrittelee tutkimuksessaan nämä käsitteet Max Schelerin mukailleen siten, että objektikeho on anatominen (luusto, lihakset jne.), konkreettinen ja myös pintapuolisesti muille ihmisille näkyvä kehomme. Subjektikeho on muilta piilossa oleva, vain itselle avautuva ja henkilökohtaiset kokemuksemme sisältävä kokemuksellinen puoli kehostamme. Objektikeho on siis ikään kuin kehomme esineenä, kun subjektikeho on tiukasti sisällä kaikkialla meissä itsessämme, avautuen meille kehontietoisuutemme kautta. Normaalielämässä näitä kekokokemuksen tasoja ei pystytä erottelemaan toisistaan, vaan ne nivoutuvat kokemusmaailmassamme yhteen. Tällaista kekokokemusten jaottelua objektikehoon ja koettuun kehoon pidin teoreettisina silmälaseina tarkastellessani aineistoni naisten kekokokemuksia.

Jokaisella tutkimukseeni osallistuneella naisella oli jokin kokemus ulkonäköönsä tai kehoonsa liittyvistä tuntemuksista, esimerkiksi paineista tai vaatimuksista, joita aiheuttivat sekä ulkopuoliset ihmiset että henkilön itsensä sisäiset vaatimukset. Siljan lapsuusaajan lihavuus aiheutti voimakasta häpeää rytmisen kilpavoimistelun harrastamisen aikaan. Anoreksiaksi muuttuneen laihtumisen myötä ympäristön positiiviset kommentit tuntuivat hyvältä. Syömishäiriön muututtua bulimiaksi ja siitä johtuva painon nousu nostivat omaa ulkonäköpainetta etenkin kun Silja oli juuri aloittanut tanssiharrastuksen, joka pakotti katsomaan itseään peiliin harjoittelusalilla.

Baletin kurinalainen kulttuuri, joka liittyy myös tietynyyppiseen vartaloihanteeseen, tuli esiin Annukan hakiessa 6-vuotiaana oopperan balettikouluun. Siellä hänen liiallinen pyöreytensä oli nostettu esiin yhdeksi kouluun pääsyn epäväksi asiaksi nuoren iän lisäksi. Toinen kehoon liittyvä asia oli syömishäiriöiden aikaan uudestaan aloitettu erittäin aktiivinen tanssiharrastus, jolloin ongelmia tuotti liiallisen laihtumisen tanssin yhteydessä aiheuttamat mustelmat, liian suuret esiintymisvaatteet sekä myöhemmin bulimiahmimisvaiheessa vatsa, joka esti jooga-harrastuksen jatkamisen.

Veera on maininnut keho- ja ulkonäkökokemuksiaan ainoastaan taitoluistelun yhteydessä, vaikka hän harrasti kilpatasolla myös telinevoimistelua ja yleisurheilua, joissa kum-

massakin käytetään myös hyvin pieniä kilpailuvaatteita. B-tasolla luistelevat tytöt, joihin myös Veera kuului, vertailivat itseään SM-tason tyttöihin, jotka Veeran mukaan olivat selvästi laihempia heihin verrattuna.

Veera: ”Sillon oltiin SM-kilpailuja kattomassa [--] siin oli palkintojen jako, katottiin justiin kaikki B-ryhmän luistelijat sit kateltiin siinä niit SM-tason kilpailijoita, ja ne oli siel rivissä ja alettiin puhuun: ”vitsi noi on tikkuja kaikki” alettiin kaikki puhuun, kaikki me oltiin ihan normaalipainosia. Ja niil on monella varmaan oikeen joku ravitsemusterapeutti, ja me puhuttiin vaan, et ”noi on niinku oispa niinku oispa noin laiha”, ja jotain tällasta puhuttiin, ja sit se mun valmentaja istu siin meidän vieressä kans, ja sit mä vaan ikuisesti muistan, ku se sano, et niin kyl Veerallakin, ku hypyt nousee nyttenkin, mut et jos niinku 5 kiloo tippuis, niin kyl varmaan hypyt niinku nousis viel kevyemmin.”

Tämän valmentajan kommentin Veera erityisesti nosti esiin asiaksi, joka oli ikään kuin viimeinen tikki hänelle, bulimisesta käyttäytymisestä salaa kärsineelle nuorelle tytölle, ja siitä päätös laihduttamisesta alkoi, ja samalla myös bulimia vaihtui anoreksiaan.

Veera: ”...joo tai siis sitä mä oon monesti miettiny, et ei se oo mitenkään ollenkaa satuma, et et niinku et itelle tuli sillon syömishäiriö, et kyl siihen niinku pienest asti ku vedettiin jotain kilpailusukkahousui jalkaan, niin kaikki oli mun läski reidet, ja sit sit miettii minkä ikäsii me ollaan. Sen on vaan jälkeen päin kuullu, ku on käyny jossain pukukopissa, et minkä ikäset lapset puhuu, niinko ei niinko pitäis tietää mitä tarkoittaa läski siinä iässä, niinko niin kyl se oli aina, ja just ennen kisoja tuli monelle semmonen, et ei vitsi 2 viikkoa kisoihin, et en kehtaa kyllä... varsinkin sit vähän vanhempana niinku ku alko niinku tajuun, et siel voi olla jotain kattomassaki jotai poikii niinko ja pitää niinko, kun ne on ne luistelupuvut kuitenkin, et niist kyl näky sit niin koko kroppa, et ei niinku... ja sit alettiin just jossain vaihees pitääkkin semmosii...niihin tuli pitemmät helmat ja alettiin pitää niinku pitempiä. Ja siis kyl niis niinku kyl siit aina niinku ainaki siin just kenen kans mä oon edelleen yhteyksis niihin kavereihin, niin niitten kans kyl tosi paljon puhuttiin aina ja silleen kuitenkin että. Ja ennen kisoja se iski se aina se paniikki, että pitää taas vetää ohuet sukkahousut jalkaan, että... jotenki trikoissa niin ei se oo niin paha, mut sit ku piti ne ohuet ihonväriset sukkahousut laittaa...”

Monissa esteettisissä lajeissa, kuten baletissa, voimistelussa ja taitoluistelussa ulkoisella keholla (objektikeholla) on paljon merkitystä lajissa menestymisen kannalta. Myös Vee-ran valmentajan kommentti painon pudottamisesta on verrattavissa objektikehoon kohdistuvaan vaatimukseen, jolloin kehosta tehdään esine, jonka kehittämisen avulla tietty tavoite saavutetaan. Tässä tapauksessa korkeammalle nousevat hyppy onnistuisivat painon pudotuksen seurauksena. Klemolan nimitystä lainaten liikunnallisista päämääristä juuri voiton projekti kuvaa tällaista kehoa esineellistävää ja voittoa tavoittelevaa liikunnan muotoa (Klemola 1990, 54, 60, 62).

Rosan kehokokemukset eivät liittyneet varsinaisesti liikuntaan, sillä hän oli naisista ainoa, jolla ei ollut kilpaurheilu- tai aktiiviliikuntataustaa. Omasta lapsuusajastaan hän kuitenkin muistaa tyytymättömyyden kokemukset omasta vartalostaan, muun muassa halun ”leikata” reidestään palan pois.

Päivi Pylvänäinen tutki pro gradu-tutkielmassaan (1995, 6) liikkuvan kehon kokemuksia ja kehollisuutta. Hän käytti tutkimuksessaan Casey'n (1987) kehomuistin käsitettä, jolla tarkoitetaan kehossa ja kehon kautta tapahtuvaa muistamista, mikä voi liittyä esimerkiksi liikkumistapaan tai tunteisiin, kuten mielihyvään tai kipuun. Kehomuisti on osittain tietoista, osittain tiedostamatonta, ja se on yksi rakennusainekoko persoonamme ja identiteettimme kehittymisessä. Kehomuistin yksi alue, traumaattinen kehomuisti voi olla eräs väylä ymmärtää syömishäiriöitä sairastavan tai niistä jo toipuneen ihmisen kokemuksia esim. ruumiistaan ja liikkumisestaan. Aineiston naisista erityisesti Rosalla oli, toipumisestaan huolimatta, jäänyt lähes kaikesta liikkumisesta negatiivinen, suorittamiseen liittyvä kokemus, joka ehkäisi hänen intoaan liikunnan harrastamiseen, vaikka itse syömishäiriö olikin jo selätetty. Syynä voivat olla traumaattiset kehomuistijäljet syömishäiriöajan pakonomaisista kehoa räikkäävistä liikuntakokemuksista, jotka mm. aiheuttivat hänelle vieläkin helposti kipeytyvät jalat. Onko toipumisen jälkeisen suoritettun liikuntakokemuksen aikana tuntuva kipu ikään kuin kehollinen viesti menneistä sairausajoista, joka estää kokonaan liikkumisesta mahdollisesti seuraavan mielihyvätunteen?

11.3.4 Pakkoliikunta ja syömishäiriöt

Runsas ja pakonomainen liikunta on selkeästi osana etenkin anoreksian mutta myös bulimian taudinkuvaa (Fogelholm & Hiilloskorpi 1998, 215). Koska sairastunut kokee olevansa lihava, hän määrää siksi itsensä liikkumaan ja urheilemaan mahdollisimman paljon (Buckroyd 1997, 24–25). Näille liikkujille urheilemisen motivaatio tulee kaloreiden polttamisesta syömisen tai ahmimisen jälkeen, tai luvan antamisesta syömiseen liikkumisen jälkeen. He eivät liiku saadakseen siitä mielihyvää tai iloa, ja kokevat suurta syyllisyyttä elleivät pääse liikkumaan omien tuntemustensa mukaan. (<http://www.something-fishy.org>.)

Pakkoliikunta-termi tuli esiin kaikilla neljällä työllä syömishäiriöihin linkittyvästä liikkumisesta. Liikuntasuorituksiaan he kuvailivat edellisen kappaleen tavoin pakonomaisiksi, jolloin tärkeintä oli kaloreiden kuluttaminen ilman mielihyvän tunnetta. Sekä Annukan että Veeran pakkoliikuntakokemuksiin sisältyivät pitkät kävelylenkit säässä kuin säässä. Veeran syömishäiriön aikaiset kävelylenkit olivat rangaistus itseä kohtaan.

Veera: "...hirveit kävelylenkkejä piti vaan tehdä niinku yksinään, jotta oma elämä tuntuis vielä hirveemmältä. Tai sillai niinku, kiertää suunnilleen koko kaupunki yöllä, mieluiten kaatosateessa niinku, mieluiten et tuntuu oikeen inhottavalta."

Klemola tuo tutkimuksessaan esiin ihmisen elämisaailman erilaisia kokemuksellisia tasoja, kokemushorisontteja. Kokemushorisonttimme avaavat meille maailmaa vaihtelevilla tavoilla, avoimemmin tai sulkeutuneemmin. Esimerkiksi ihmisen tunnehorisontti on sulkeutunut silloin, jos hän kykenee tuntemaan ja ilmaisemaan vain tietynlaisia tunteita. Ihminen kohtaa muita ihmisiä oman tunnehorisonttinsa avoimuuden tai sulkeutuneisuuden mukaan siten, että pelkästään negatiivisia tunteita ilmaisemaan pystyvä ihminen ymmärtää muitakin ainoastaan oman tunneskaalansa mukaisesti. Kehollinen kokemushorisontti määrittyy samalla periaatteella avoimeksi tai sulkeutuneeksi. (Klemola 1990, 56–57.)

Liikuntaan liittyvä monesti voimakas, kehollinen, miellyttävä elämys. Samalla ihminen tutkii maailmaa kehollaan kehonsa liikuttamisen avulla. (Klemola 1990, 58–59.) Syömishäiriöihin liittyvässä pakonomaisessa liikunnassa tällainen miellyttäviä tuntemuksia

herättävä kehollinen kokemushorisontti ei voi olla läsnä. Syömishäiriötä sairastavalla kokemushorisontti on kapeutunut liikuntaan liittyvien tunteiden alueella niin ahtaaksi, ettei mielihyvän kokemuksilla ole tilaa syömishäiriöisessä kokemushorisontissa. Syömishäiriöinen keho on esineellistetty suorituskeskeisyyteen ja kalorien kuluttamisen pakkoon. Klemolan sanoin: ”objektoitu keho on eräänlainen elävä ruumis, josta on riistetty sen omin olemisen tapa” (1990, 75).

Rosalla oli anoreksian aikaan joka-aamuinen ”timmin” olon vaatimus, mikä käytännössä pakotti hänet liikkumaan päivittäin. Hän hallitsi nälkäänsä ja syömisen määrää kovan liikunnan ja tiukkojen sääntöjen avulla, jotka mm. sisälsivät ehtoja juoksulenkkien pituuksista tai vastaavan juoksulenkin korvaavasta kävelyn määrästä. Samoin Annukalla oli ulkomailla kesää viettäessään tiukat säännöt liikunnan suhteen: vähintään kilometrin lenkki piti uida ennen kuin sai syödä aamupalaa. Rosa mainitsi haastattelussaan myös lihashuollon laiminlyömisestä, erityisesti venyttelemättömyydestä, mikä laittoi kehon tukkoon niin pahasti, että syömishäiriöistä toivuttuaankin Rosan jalat kipeytyivät herkästi liikuntasuorituksen jälkeen.

Annukalla anoreksian hoidon yhteydessä painon nouseminen pakkosyöttämisen myötä lisäsi pakonomaisen liikkumisen määrää. Hän aloitti uudelleen tanssiharrastuksen baletin ja show-tanssin merkeissä, ja yritti myös joogan avulla laihduttaa bulimian alkamisen myötä tulleita kiloja. Tanssiharjoitusten määrä viikossa saattoi kohota reilusti yli kahteenkymmeneen viikkotuntiin ja joogatuntien määrä neljään. Joogan Annukka lopetti kokien sen hyödyttömänä laihduttamiselleen. Lisäksi bulimia-ahmimisen myötä kasvanut vatsa esti liikkeiden suorittamista.

Mikä voi olla pakonomaisen liikkumisen aiheuttava voima, joka saa useat syömishäiriöistä kärsivät aina vaan uudestaan lenkkipolulle tai vatsalihaksia tekemään, etenkin jos siitä ei koe lainkaan nautintoa? Rouhiainen pohtii väitöskirjaansa pohjautuvassa artikkelissaan Merleau-Pontylaisen fenomenologisen filosofian mukaista ruumiillisen todellisuuden termiä. Ruumiillinen todellisuus muokkautuu itse kullekin mm. ruumiin kokemisen ja sen tunnistamisen kautta, mikä tarkoittaa sitä, että ruumiimme osat muotoutuvat ruumiin skeeman, eli tietynlaisen ruumiin kaavan avulla esim. liikekokemuksien kautta toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, johon myös persoonallinen olemuksemme nivoutuu. Ruumiin skeema toteutuu ruumiin tietoisuuden välityksellä, joka taas suun-

tautuu täyttämään tilanteellisia tarkoituksiaan ruumiillisissa toiminnoissa. Ruumiin skeemaan kietoutuu kokonaisvaltaisesti ihmisen persoonallisuus, älykkyys ja aistillisuus, joiden kulloinenkin korosteisuus riippuu kyseessä olevasta tapahtumasta tai tilanteesta. Todellisuuden hahmottaminen vaihtelee siis sen mukaan, mihin kohteeseen kulloinkin huomiomme kiinnittyy, jättäen tietoisuuden muista kohteista taustalle. Taustalla olevat kohteet kuitenkin vaikuttavat myös siihen, millä tavalla huomion kohteena oleva asia tulee merkitykselliseksi. (Rouhiainen 1999, 108–110.) Voisiko siis olla, että syömishäiriöisen pakkoliikuntaan liittyvä kuluttamisen idea on noussut tietoisuuteen merkityksellisimmäksi asiaksi juuri muuttuneen ruumiin skeeman ja todellisuuden kokemisen kautta, jossa häiriintynyt syöminen, laihtumisen ja ruoan kontrolloinnin pakko ovat taustavaikuttajia? Syömishäiriöitä, erityisesti anoreksiaa sairastavan kokemus ruumiistaan on kuitenkin usein pahasti vääristynyt, pakottaen henkilön uskomaan olevansa liihava huomattavasta alipainosta huolimatta.

11.4 Liikuntakokemukset toipumisessa

Aineiston naisista kolme toivat esiin kokemuksen liikunnan positiivisista vaikutuksista omaan toipumiseensa. Sekä Silja, Annukka että Veera mainitsivat erityisesti tanssimisen yhdeksi elintärkeäksi liikuntamuodoksi syömisensä kanssa kamppaillessaan. Siljalle ja Annukalle tanssiharrastuksen aloittaminen syömishäiriöjakson aikana oli porkkana syömisensä lisäämiselle. Silja koki tanssitreenauksen kannustavana taas uuden anoreksiaaallan tullessa päälle, sillä treenejä varten piti tankata, vaikka muuten syöminen oli vaikeaa. Annukka otti tanssimisen pakokeinona arjesta ja syömishäiriöisestä ajattelusta. Kun hän sai tanssia, ei haitannut vaikka painoa tuli. Toipumisvaiheen alettua hänen aktiivitanssimisensä väheni huomattavasti, ja ainekirjoituksen kirjoittamisen aikaan tanssiharrastus oli hiipunut lähinnä taitojen ylläpitämisen ja baarissa tanssimisen tasolle.

Myös Veera koki tanssiharrastuksen aloittamisen hyödylliseksi omassa toipumisessaan. Hän aloitti afrotanssin toipumisvaiheessaan, ja mielsi sen tärkeäksi osaksi omaa toipumisprosessiaan. Hänellä oli myös suuri toive pystyä auttamaan muita syömishäiriöitä sairastaneita esimerkiksi tanssiterapian tai vastaavan toiminnan avulla, sillä hän koki tanssimisen asiaksi, jonka kautta pystyy oppimaan omasta kehostaan ja tutustumaan siihen paremmin.

Susan Kleinmanin ja Terese Hallin kehittämä tanssiterapiamuoto (Dance Movement Therapy) on suunnattu erityisesti syömishäiriötä sairastaville naisille. Sen taustalla on oletus kehon ja mielen yhteydestä. Tanssiterapian avulla syömishäiriötä sarastavat naiset pystyvät avoimemmin tutkimaan suhdettaan kehoonsa, pohtimaan omaa syömishäiriötään sekä tuomaan tietoisuuteen niitä asioita, jotka mahdollisesti piilevät syömishäiriön taustalla. Lisäksi tanssiterapia auttaa naisia kohtaamaan, käsittelemään ja ymmärtämään omia tunteitaan, mikä on yleensä sairastuneille vaikeaa. (Kleinman & Hall 2005, 222.)

Jaana Parviainen (1999) tuo esiin artikkelissaan David Michael Levinin väittämän, että liikkuvuudella on tärkeä merkitys itseymmärryksen lisääjänä. Kehokokemukset sisältävät kapasiteetin, jonka avaamisen kautta itseymmärrys voi kehittyä. Kehokokemusten avaamisen apuna käytetään myös kielellistä ilmaisua, vaikka se kokemuksia kuvattaessa onkin vajavainen keino. (Parviainen 1999, 94–95.) Liikkumiseen liittyvä itseymmärryksen kasvu on nähtävissä Veeran kokemuksessa tanssimisesta oman kehotuntemuksen lisääjänä. Myös pakkoliikuntaa käsittelevässä luvussa esiin tulevan ruumiillisen todellisuuden käsitteen (Rouhiainen 1999, 108) voi mielestäni liittää tähän. Tanssimisen tai ylipäänsä liikunnan avulla saamamme kehokokemukset voivat auttaa ruumiimme tunnistamista ja sitä kautta ruumiin todellisuus voi tulla paremmin tietoisuuteemme.

Tutkiessaan freelance-tanssijoiden kuvaamia kokemuksia tanssimisesta, Rouhiainen (1999, 116–119) tuo esiin yhdentymisen kokemuksen tavoitteellisuuden tanssimisessa. Tällainen yhdentymisen kokemus muotoutuu tanssimisen edetessä persoonallisten aikomusten ja ruumiin kokemusten kautta suhteessa ympäröivään tilaan. Ruumiin kokemukset tulevat tanssijan tietoisuuteen tuntemisen kokemuksina, esimerkiksi mielihyvän tunteena. Tanssiminen on ikään kuin vuoropuhelua tanssijan ruumiin kokemusten ja niistä tietoisena olemisen kanssa suhteessa tanssijan asettamiin tavoitteisiin. Vähitellen nämä aluksi erilliset asiat sulautuvat yhdeksi ja samaksi tanssikokemukseksi, jolloin tanssija saavuttaa yhdentymisen kokemuksen.

Yhdentymisen kokemus voi Rouhiaisen tutkimukseen osallistuneiden tanssijoiden mukaan olla monitasoista, mm. vapauttavaa, mielihyvää tuottavaa, mielen arjen yläpuolelle kohottavaa, keskittyneisyyttä luovaa ja huumaavaa (Rouhiainen 1999, 116–119). Oman tutkimusaineistoni naisista Annukka toi tanssimisensa esiin pakokeinona arjesta ja syö-

mishäiriöisestä ajattelusta, jolloin painoon tai ulkonäköön suuntautuvat huolenaiheet unohtuivat. Annukka ei kuvaillut tarkemmin ainekirjoituksessaan tuntemuksiaan tanssimisensa yhteydessä, mutta Rouhaisen yhdentymisen kokemuksen termi voisi olla yksi selitys Annukan tanssimista motivoivaksi ja sen merkityksellisyyttä vahvistavaksi kokemukselliseksi asiaksi.

Veeran kokemus taitoluistelusta syömishäiriöiden kannalta oli kahtalainen. Terapeutin avulla hän oli vähitellen saanut ajatusmaailman ja vaatimukset kilpaurheilu-uraansa liittyen tasoittumaan, ja pystynyt ymmärtämään sen, että vaikkei taitoluisteluvalmentaja ollutkaan aina tyytyväinen Veeran suorituksiin ja vaikkei Veerasta kansainvälisen tason luistelijaa tullutkaan, niin se ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö hänestä tulisi yhtään mitään.

Veera: ”oikeestaan ehkä luistelunki lopettaminen voi olla ollu ihan hyvä, ja on niinku ollu, tajunnu, et on muitakin. Tai luistelu niin, aika silleen saa kuulostaan, et taitoluistelu on kamala laji, kun kuuntelee vähän aikaa, mut kyllähän siin sit, kyl nykyään on tosi kiva käydä luisteleen, että ei se sen lajin vika oo.”

Neljästä aineiston naisista ainoastaan Rosalla oli näkemys, ettei ylipäättään liikunnalla ollut hänen toipumisessaan minkäänlaista positiivista vaikutusta. Haastattelun teon aikaan, kun bulimiasta toipuminen oli jo loppusuoralla, hänellä oli edelleen kielteinen suhtautuminen liikuntaan; siitä oli jäänyt hänelle pakonomainen ja suorituskeskeinen mieltymä. Toisaalta yhtenä Rosan toiveena oli, että hän löytäisi jossain vaiheessa itselleen mieluisan liikuntalajin, jonka kautta hän voisi saada enemmän positiivisia kokemuksia liikunnasta. Haastatteluhetkellä kaikkein mieluisinta liikkumista hänelle oli silloin tällöin miehensä kanssa metsässä vaeltelu.

12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole yksiselitteistä, sillä tutkija on itsessään vahvasti osana tutkimusta, eräänlainen tutkimusväline. Koska laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti, on pääasiallisin luotettavuuden kriteeri juuri tutkija itse. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 210.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät käsitteet uskottavuus ja aitous, jotka tarkoittavat sekä aineiston että tutkijan johtopäätösten ja tulkinnan vastaavuutta tutkittavien käsityksiin (Eskola & Suoranta 1998, 211; Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, 152). Samoin sekä aineiston että johtopäätösten tulee liittyä myös tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin (relevanssi) (Syrjälä ym. 1995, 152.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on hyvä tarkastella myös kielen kannalta. Relativistisessa näkemyksessä luotettavuuden arvioinnin perustana on tutkimusraportin teksti. Tutkimusteksti ei voi heijastaa suoraviivaisesti tutkittua todellisuutta tai tuoda sitä sellaisenaan tutkimuksen lukijan eteen, vaan teksti muodostaa aina myös itse oman merkityksiä luovan todellisuutensa. Tutkimusteksti on oma arvioinnin mittana toimiva kontekstinsa, jossa kieli ja sanat saavat merkityksensä. Relativistinen käsitys korostaa sosiaalisen todellisuuden kielellistä rakentumista. Kieli on yhtä aikaisesti sekä sosiaalisen todellisuuden tuote kuin tämän todellisuuden tuottaja. (Eskola & Suoranta 1998, 140, 219–220.)

Tutkimusta tehdessäni pyrin edellä kerrottujen luotettavuuskriteerien mukaisesti avaamaan lukijan ulottuville avoimesti koko tutkimusprosessini kulun niin tiedon keruusta, aineiston hankinnasta ja analyysistä kuin tutkimustuloksista ja niihin vaikuttavista asioista. Tarkoitukseni ei ollut salata mitään saatua informaatiota tai tutkijan rooliini liittyviä tuntemuksia tutkimusta tehdessäni, vaan päinvastoin tuoda se kaikki julki lukijan nähtäville. Siksi kerroin myös oman taustani syömishäiriöihin liittyen, jotta lukija voisi tietää, mistä lähtökohdista teen tulkintoja.

Tutkimuksen luotettavuutta pohdin yksityiskohtaisemmin aineistoa kerätessäni. Tunsin jollakin tapaa jo entuudestaan jokaisen naisen, joilta tutkimusaineistoa keräsin. Haastat-

telemistani naisista olin ollut eniten tekemisissä Rosan kanssa. Haastatteluni aikana, kuten myös aineistoa lukiessa ja analysoidessa pyrkimyksenäni oli ottaa tutkijamainen näkökulma, eikä sotkea Rosan kokemuksia ja niistä tekemiäni havaintoja ja johtopäätöksiä omiin aikaisempiin tietoihin tai tuntemuksiin hänestä.

Aineiston analyysin alkuvaiheissa huomasin, että tutkimukseeni aineistoa tuottaneet naiset olivat eritelleet kokemuksiaan ja tuntemuksiaan syömishäiriöihin ja liikuntaan liittyen hyvin eritasoisesti. Etenkin Siljan ainekirjoitus oli huomattavasti suppeampi kuin muiden naisten, eikä hän ollut eriteltyt kielellisesti kokemuksiaan kovin laajasti tai yksityiskohtaisesti. Se vaikutti aineiston analyysin tekemiseen ja hänen aineistonsa tarkempaan hyödyntämiseen. Toivon, että olen osannut oivaltaa hänen tekstistään ne hänen merkityksellisinä pitämänsä kokemukset ja liittää ne oikeanlaisessa ilmiasussa tutkimukseeni.

13 POHDINTA

Ennen viime vuosien tarkempaa tutustumistani syömishäiriöiden maailmaan, en ole täysin käsittänyt syömishäiriöiden vakavuutta. Selville on tullut se, ettei syömishäiriöissä ole kyse vain ruoasta tai ruoan puutteesta, vaan sairastuneen kokonaisvaltaisesta terveydestä, joka liittyy niin psyykkiseen, fyysiseen kuin sosiaaliseen puoleen. Pahimmassa tapauksessa sairaus kroonistuu, ja joka tapauksessa se saattaa jättää ikuiset arvet syömishäiriöistä kärsineen mieleen ja kehoon.

Kuka on vastuussa näiden sairauksien ehkäisemisestä? Se on vaikea kysymys, johon ei varmasti löydy yhtä ainoaa oikeaa vastausta. Suurin osa syömishäiriöistä saa alkunsa jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Tällöin ihmiset, jotka liittyvät lapsen tai nuoren kulloiseenkin kehitysvaiheeseen tavalla tai toisella, ovat varmasti ratkaisevassa asemassa syömishäiriöiden ehkäisemisessä. Nuoren lähipiiri, kuten perhe ja koulussa työskentelevät ihmiset, olisi hyvä saada onnistuneeseen yhteistyöhön kasvatuksessa ja etenkin nuoren kokonaisvaltaisessa tukemisessa. Tämä auttaa syömishäiriöiden ehkäisyä nuorten keskuudessa. Oikeanlainen yhteistyö ja tukeminen ovat tärkeitä, perheen tai nuoren syyllistäminen vain pahentaa asiaa.

Kolme tutkimukseeni osallistunutta naista oli harrastanut kilpaurheilua. Siljan esiin nostama kokemus rytmisestä kilpavoimistelusta oli negatiivinen, koska hän koki häpeää omasta pyöreystään. Annukalla ja Veeralla urheilukokemukset olivat positiivisempia, mutta osittain myös ristiriitaisia. Annukka harrasti ala-asteajan aktiivisesti tanssin osalta erityisesti balettia, mutta myös telinevoimistelua. Veeran päälaajina oli taitoluistelu, mutta sen lisäksi hän kilpaili yläasteikäiseksi asti myös yleisurheilussa ja telinevoimistelussa. Molemmat naiset mainitsivat vapaa-ajan vähyyden yhtenä aktiiviuurheiluvaihettaan kuvailevana tekijänä, samoin kilpailemisen lopettamisen jälkeisen urheilun ja liikkumisen vastaisen ajanjakson. Veera toi esiin taitoluisteluharrastuksensa sekä positiivisessa että negatiivisessa mielessä. Hän koki itse luistelemisen että sen kautta saadut ystävyys-suhteet hyvänä asiana, mutta valmentajan liiallinen vaatimustaso valmennettavia tyttöjä kohtaan samoin kuin taitoluistelussa käytettävät vähäiset ja vartalon paljastavat esiintymisasut aiheuttivat kielteisiä kokemuksia.

Kaikki tutkimukseeni osallistuneet naiset olivat kokeneet painetta kehostaan tai ulkonäöstään joko itsen tai muiden taholta. Jokainen negatiivinen kokemus liittyi liian suureen kehonkoko suhteessa tavoitteen kohteena olevaan asiaan. Esimerkiksi Annukan hakiessa Oopperan balettikouluun yksi hänen valituksi tulemisen esteistään oli pyöreys. Naisten esiin nostamat muiden ihmisten antamat positiiviset kommentit olivat poikkeuksetta seurausta laihtumisesta, ja usein ulkonäkökehut lisäsivät entisestään laihtuttamisintoa ja siten myös anoreksian etenemistä.

Monissa esteettisissä lajeissa, kuten baletissa, voimistelussa ja taitoluistelussa ulkoisella kehon koolla ja muodolla on paljon merkitystä lajissa menestymisen kannalta. Toisaalta samantyyppisiä kehoihanteita ja vaatimuksia on myös muissa lajeissa jopa harrastelijatasolla, ja niitä ovat ylläpitämässä lajikriteerit tai seuran valmentajat. Veeran kokemus valmentajansa laihdutuskehotuksesta taitoluistelun hyppysuoritusten parantamiseksi on yksi osoitus siitä, kuinka tosissaan voiton projekti ja sen seurauksena kehon objektivointi ovat läsnä harrastelijaurheilussa. Jopa koululiikunnasta löytyy mielestäni nykyään harmittavan paljon voiton projektin piirteitä, esimerkkinä erilaiset pallopelit, joita pyritään koulutasollakin pelaamaan virallisten kilpailusääntöjen mukaan. Uskon että kokemuksellisuuden unohtaminen ja suoritukseen keskittyminen voi olla yksi syy monien ihmisten negatiivisiin koululiikuntamuistoihin.

Yhä enemmän on tullut tietoa urheilijoiden syömishäiriöistä. Näiden ennaltaehkäisyyn kannalta on erittäin tärkeää jakaa aiheesta asiallista tietoa syömishäiriöherkkien lajien valmentajille ja ohjaajille. Oleellisinta urheilijalle tai liikkujalle on tiedostaa ja omaksua oikeanlaiset ravitsemustavat ja ymmärtää myös levon suhde liikunnan määrään ja laatuun nähden. Valmennusmetodeja tulisi uudistaa niin, ettei altistettaisi varsinkaan lapsia ja nuoria liialliseen painon- ja syömisen tarkkailuun.

Tutkimukseeni osallistuneista naisista kolmella oli positiivisia kokemuksia liikunnasta. Kaikki mainitsivat erityisesti tanssimisen yhdeksi tärkeimmäksi liikuntamuodoksi syömishäiriöiden toipumisen yhteydessä. Tanssiminen edesauttoi syömisen lisääntymistä, arjesta ja syömishäiriöisestä ajattelusta irrottautumista sekä omaan kehoon tutustumista. Erityisesti Veera piti afrotanssiharrastustaan tärkeänä osana omaa toipumistaan juuri itseän tutustumisen näkökulmasta. Tanssiminen voi olla yksi erinomainen keino löytää tie ulos syömishäiriön aiheuttamasta vankilasta. Erilaiset tanssi- ja liiketerapiaryhmät

ovat paikkoja, joissa syömishäiriötä sairastava voi kohdata itsensä, oman kehonsa ja erilaiset tunteensa uudella vapauttavalla tavalla. Kokeilin itse yhden tanssipedagogiikan alkeiskurssin verran nykytanssia, ja ihastuin valtavasti sen tuottamaan kehollisen vapauden ja aidon tanssin riemun tunteeseen. Uskon, että yksi suurimmista vaikuttajista positiivisen kokemukseni syntymiseen oli tanssikurssin opettajamme, joka osasi motiivoida, rohkaista ja kannustaa meitä aloittelijoita.

Jokainen tutkimukseeni osallistunut nainen koki syömishäiriönsä aika pakonomaista liikkumisen tarvetta. Liikunnan avulla säännösteltiin syömistä ja nälän tunnetta sekä pyrittiin täyttämään joka-aamuinen hoikan olon vaatimus. Veera mainitsi haastattelussaan käyttäneensä pitkiä kävelylenkkejä myös rangaistuksena itseään kohtaan. Mistä tällainen liikkumisen pakko sitten tulee? Kuka tai mikä sai nämä naiset kerta toisensa jälkeen lenkipolulle tai kaupungin kaduille, vaikka jalat olivat tukossa tai vettä satoi kaatamalla? Syömishäiriötä sairastavan kapeutunut kokemushorisontti, joka estää kokemasta mielihyvän tunteita, voi olla yksi taustalla vaikuttava asia. Myös vääristynyt ruumiin todellisuus voi aiheuttaa sen, että syömishäiriötä sairastavan havainnot ovat keskittyneet yksipuolisesti oman kehon kokemiseen aiheuttaen pakonomaista kuluttamisen tarvetta liikunnan avulla. Tarkempaa tutkimusta syömishäiriötä sairastavan pakonomaisen liikkumisen kokemuksista tarvitaan, jotta pystyttäisiin ymmärtämään syvemmin liikunnan merkitystä syömishäiriötä sarastavalle.

Kokemukset koululiikunnasta vaihtelivat tutkimukseeni osallistuvilla naisilla luokkasteesta riippuen positiivisesta tai harmittomasta negatiiviseen. Kaikki toivat kokemuksissaan jollain tavalla esiin oman suhteensa liikunnan opettajaan, enemmän kielteisessä kuin myönteisessä mielessä, mutta myös hiukan ristiriitaisesti molemmissa merkityksissä. Opettajalla, hänen teoillaan ja sanoillaan, näyttää olevan suuri vaikutus niin tunneilla viihtymiseen, oppiaineesta pitämiseen kuin nuoren psyykkiseen kehittymiseen. Yksikin ajattelematon kommentti jostakin oppilaan ominaisuudesta saattaa jäädä muistiverkoston koko loppuelämäksi vaikuttaen oppilaan olemukseen ja itsetunnon kehittymiseen negatiivisesti. Tällaiset kokemukset saattavat olla edesauttamassa ongelmien syntymistä, kuten toimia laukaisutekijänä syömishäiriölle. Jokaisen opettajan onkin syytä kehittää omaa pitkäjänteisyyttään ja kommunikointitaitojaan niin, ettei väsyneimmässä tai ärtyneimmässäkään olotilassa lauo loukkaavia kommentteja oppilaille.

Sekä Annukalla ja Veeralla oli koululiikuntakokemuksiensa taustalla sama sanoma: opettajan tulisi huomioida jokainen oppilas yksilönä, ja olla aidosti kiinnostunut jokaisesta kokonaisena persoonana. Oppilaita motivoimalla – olivat he sitten minkä tasoisia liikkujia tahansa – liikunnanopettaja voi toimia tärkeänä kannustajana vapaa-ajan liikunnallisiin harrastuksiin tai urheilutoimintaan. Oppilaistaan välittävä opettaja voi olla myös tärkeä ja luotettava tukihenkilö niin syömishäiriöistä toipumisen kuin oppilaiden kasvun ja koko elämän kannalta.

Jokaisessa koulussa on omanlaisensa toimintatavat erilaisissa tilanteissa, myös suhtautumisessa syömishäiriöihin. Sekä haastateltujen liikunnanopettajan että kouluterveydenhoitajan (jotka toimivat eri kouluissa) mukaan opettajakunnasta juuri liikunnanopettaja on yleensä se, joka kiinnittää huomiota esimerkiksi nuoren rajuun laihtumiseen tai outhoihin ajatusmaailmoihin. Haastateltu liikunnanopettaja koki jonkinasteista yksinäisyyttä opettajakunnassa syömishäiriöitä sairastavien nuorten kanssa toimiessaan. Usein hänelle annettiin muiden opettajien taholta ne oppilaat, joiden kanssa piti keskustella syömishäiriöepäilyksestä. Onko todellakin niin, että juuri liikunnanopettaja on se, jolla on eniten mahdollisuuksia tai haluja antaa aikaansa oppilaille ja olla kuulevana korvana myös vaikeissa asioissa? Toki liikunta on sellainen oppiaine, jossa keholliset ja psyykkiset asiat tulevat luontevasti esiin verrattuna moniin muihin aineisiin. Silti koen äärettömän tärkeäksi sen, että jokainen opettaja voisi opetettavasta aineestaan riippumatta ottaa oppilaat kokonaisvaltaisesti huomioon ja kohdata heitä yksilöinä. Opettajan tulisi voida antaa aikaa luokan yhteisiin tai oppilaan kanssa kahdenkeskisiin keskusteluihin mahdollisuuksien ja tilanteiden mukaan. Yhteistyön tekeminen niin opettajakunnan kuin oppilaiden kanssa on tärkeää koko kouluyhteisön hyvinvoinnin kannalta.

Voiko sitten syömishäiriöitä ennaltaehkäistä jollakin tapaa kouluyhteisössä? Haastattelemani liikunnanopettaja piti tärkeänä sitä, millä tavoin erityisesti painoon, kehoon, syömiseen ja liikuntaan liittyviä asioita tuodaan esille opetuksessa. Hänen mielestään koululiikunnan tulee pyrkiä luomaan oppilaille kokemuksia liikunnan aiheuttamasta mielihyvästä sen sijaan, että muistutettaisiin kunkin liikuntalajin energiankulutuksesta tai lihaskuntoliikkeiden kehoa muokkaavista ominaisuuksista. Terveellisestä ruokailusta, naisiin ja miehiin kohdistuvista nykyajan ihanteista tai vaikkapa syömiseen liittyvistä ongelmista puhuminen on tärkeää, mutta sen pitää olla kohtuullista ja neutraalia, sillä

provosoiva kertominen saattaa pahimmassa tapauksessa edistää syömishäiriöiden lisääntymistä, esimerkiksi ortorektista käyttäytymistä.

Haastattelemani kouluterveydenhoitaja pohti myös syömishäiriöiden ennaltaehkäisyn mahdollisuutta. Hänkin korosti sopivanlaista, provosoimatonta tiedon jakoa muun muassa terveestä ruokailusta niin oppilaille, vanhemmille kuin opettajakunnalle. Hän haluaisi muistuttaa nuorten vanhempia murrosiän herkkyydestä ja aikuiseksi kasvamiseen liittyvistä myllerryksistä niin fyysiseen kuin psyykkiseen kasvuun liittyen. Erityisesti hän haluaisi rohkaista teini-ikäisten tyttöjen isiä kehumaan naisellistuvia tyttäriään. Muutenkin hän painottaisi murrosikää lähestyville tytöille ja heidän kanssaan eläville tai työskenteleville ihmisille sitä tosiasiaa, että naisellinen pyöristyminen on normaalia ja kaunista, ja se kuuluu tärkeänä osana naiseuteen. Kouluterveydenhoitaja toivoisi myös koulun opettajilta ymmärrystä oppilaita kohtaan, jotteivät he painottaisi koulumenestystä liiaksi aiheuttaen turhan suuria paineita ja täydellisyydenpyrkimyksiä oppilailleen. Jokaisella nuorella on tärkeää olla myös vapaa-aikaa ja harrastuksia koulutyöskentelyn lisäksi.

Tämä tutkimus on yksi väylä lisätä tietoa syömishäiriötä sairastavien omista kokemuksista sairaudestaan ja liikunnasta. Sellaista tietoa ei ole vielä ollut kovin paljoa saatavilla. Kliinisen tiedon lisäksi kokemustiedon jakaminen syömishäiriöistä on tärkeää, etenkin kun pyritään ymmärtämään sairautta kokonaisvaltaisemmin ja löytämään toimintatapoja kohdata sairastunut nuori esimerkiksi koulussa liikuntatunnilla tai vapaa-ajalla urheiluharrastuksen parissa.

Olen herkistynyt tutkimuksen teon aikana pohtimaan Suomessakin vallitsevaa länsimaista optimaalisen kehon rakennetta. Lääketieteellisesti puhutaan ylipainosta vasta painoindexin ylitettyä 25, mutta entä kulttuurisesti? Julkisuudessa paistattelevat kauniit naiset, nuorten tyttöjen ihanteet, ovat hädin tuskin normaalipainoisia, mutta silti julkista huomiota osakseen saa se julkkis(nainen), joka on saanut muutaman onnettoman kilon tikkuruumiinsa peitoksi. Eikä tämän huomion tarkoituksena ole juuri koskaan pitää kilojen kertymistä hyvänä asiana, vaan päinvastoin tuoda esiin ihmisen huonous ja heikkous, kun hän ei kykene pitämään itsestään huolta, eli pysyä tietyssä ulkomuodossa. Toukokuussa 2007 satuin näkemään erään mainostelevisiion oheiskanavan amerikkalaisen julkisuuden ihmisistä kertovan ohjelman, jossa mm. pidettiin parisuhteen tuhoutumista

naisen kannalta positiivisena asiana, koska se voi laihduttaa. Voiko ylipaino olla subjektiivinen ja kulttuurisidonnainen käsite? Subjektiivinen ehkä, mutta eikö subjektiiviseen ylipainon tunteeseen vaikuta myös ympäröivän kulttuurin idea.

Syömishäiriöihin perehtyminen on saanut oman ajatusmaailmani laajenemaan naiseuteni ja vartaloni pohdinnassa. Olen tutkimuksen teon yhteydessä ymmärtänyt entistä paremmin, miten tärkeää on hyväksyä itsensä kokonaisvaltaisesti, eikä yrittää tavoitella täydellisyyttä esimerkiksi ihannemittoihin pyrkimisellä, oli esikuvana sitten langanlaiha tai superlihaksikas ihmiskeho. Kokemuksen tutkimisen yhteydessä tärkeäksi asiaksi itselleni on tullut myös nautinnon ja mielihyvän kokemisen tärkeys liikkumisesta ja syömisestä. Tällaiset kokemukset eivät ole syömishäiriöitä sairastaneille itsestäänselvyys ehkä toipumisen jälkeenkään, mutta siihen olisi mielestäni hyvä pyrkiä – uskallan väittää, että elämä on silloin paljon merkityksellisempää.

LÄHTEET

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. 1994. Syömishäiriöiden luonne ja hoito – uutta tietoa anoreksiasta ja bulimiasta. Jyväskylä: Art house.
- Aalberg, V. & Siimes, M. A. 1999. Lapsesta aikuiseksi – nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.
- Alppinen, P. 2003. Liian paksu vai liian ohut. Deskriptiivinen tutkimus kahdeksaluokkalaisten tyttöjen syömiskäyttäytymisestä ja kekokemuksista. Oulun yliopisto. Kasvatustieteen ja opettajankoulutuksen yksikkö. Pro gradu -tutkielma.
- Berger, B. G., Pargman, D. & Weinberg, R. S. 2007. Foundations of Exercise psychology. Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Broussard, B. B. 2005. Women's Experience of Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 49 (1), 43–50.
- Buckroyd, J. 1997. Anoreksia & bulimia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Bulik, C., Sullivan, P., Fear, J. & Joyce, P. 1997. Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 101–107.
- Charpentier, P. 1997. Anoreksia ja bulimia. Teoksessa P. Charpentier (toim.) Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Terveys Ry, 7–24.
- Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli. Helsinki: Tammi.
- 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.
- Day, M. 2004. The Acquisition of Bulimia: Childhood Experience. *Journal of Phenomenological Psychology*. 35 (1), 27–62.
- DiBartolo, P. M. & Shaffer, C. 2002. A Comparison of Female College Athletes and Nonathletes: Eating Disorder Symptomatology and Psychological Well-Being. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 24 (1), 33–41.
- Ebeling, H. & Moilanen, I. 2004. Lasten syömishäiriöt. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen, & F. Almqvist (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 319–324.
- Engblom, P. 1998. Naisen itsekokemus, identiteetti ja psykodynaaminen psykoterapia syömishäiriöissä. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

- Erkkilä, R. 2006. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus, merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia, 195–226.
- Fogelholm, M. & Hiilloskorpi, H. 1998. Aiheuttaako liikunta syömishäiriötä? *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja* 3, 215–219.
- Glance, B. 2004. Recognizing Eating Disorders. *Journal of Dance Medicine & Science* 8 (1), 19–25.
- Hautala, A. 2001. Anoreksia - tytön epätoivoinen kamppailu minuutensa puolesta. Teoksessa T. Niemi (toim.) Nuorisopsykoterapian erityiskysymyksiä 5. Helsinki: Nuorisopsykoterapia säätiö, 7–59.
- Heikkinen, H. L. T. 2001. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Ps-kustannus, 116–132.
- Hiilloskorpi, H. 2004. Syömishäiriöt liikunnan harrastajilla. Teoksessa P. Borg, M. Fogelholm, H. Hiilloskorpi. Liikkujan ravitsemus – teoriasta käytäntöön. Helsinki: Edita, 214–235.
- Hummelin, J. 2004. Syömishäiriö vanhempien subjektiivisena kokemuksena: ”vuosien jälkeen yhä sen tuskan voi tuntea, kun tieto sairaudesta tuli ilmi”. Turun yliopisto. Sosiologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Juntunen, P. 2001. Miten suuri ongelma syömishäiriöt ovat? *Liikunnanopettaja* 4, 18–22.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S, Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J. & Rissanen, A. 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry* 164 (8), 1259–1265.
- Kivimäki, A-M. 1981. Taitoluistelu. Espoo: Weiling&Göös.
- Kleinman, S. & Hall, T. 2005. Women with Eating Disorders. Teoksessa F. J. Levy (toim.) *Dance Movement Therapy: a Healing Art*. Reston (VA): American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, 221–228.
- Klemola, T. 1990. Liikunta tienä kohti varsinaista itseä – liikunnan projektien fenomenologinen tarkastelu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kojama, K. ja Lautanen, H. 2006. Syömishäiriö perheen arjessa. Vanhempien kokemuksia selviytymisestä. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Pro gradu -tutkielma.

- Kosonen, U. 1998. Koulumuistoja naiseksi kasvamisesta. Jyväskylä: SoPhi.
- Laine, K. 2000. Koulukuvia. Koulu nuorten kokemistilana. Jyväskylä: SoPhi.
- Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2, näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–43.
- Luoto, E. 1996. Kun lapsella on syömishäiriö: opas anorexia nervosaa ja bulimia nervosaa sairastavan lapsen vanhemmille. Turku: Syömishäiriöisten lasten vanhempien tukiyhdistys.
- Melleri, V. 2002. Koukussa terveelliseen ruokaan. *Apu* 19, 49–50.
- Mäki, T. & Pulli, K. 2001. Historian- ja liikunnanopiskelijoiden koululiikuntaan liittyneitä tunnekokemuksia. Jyväskylän yliopisto. Liikuntakasvatuksen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Newton, M., Boblin, S., Brown, B. & Ciliska, D. 2006. Understanding Intimacy for Women with Anorexia Nervosa: A Phenomenological Approach. *European Eating Disorders Review* 14, 43–53.
- Nichols, J. F., Rauh, M. J., Lawson, M. J., Ji, M. & Barkai, H-S. 2006. Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Pediatric Exercise Science* 18 (4), 501–503.
- Nuorteva, L-M. 2002. Terveellinen elämäni. *Trendi* 3, 111–113.
- Parviainen, J. 1999. Fenomenologinen tanssianalyysi. Teoksessa P. Pakkanen, J. Parviainen, L. Rouhiainen & A. Tudeer (toim.) *Askelmerkkejä tanssin historiasta, ruumiista ja sukupuolesta. Tanssintutkimuksen vuosikirja 3/99*. Helsinki: Taiteen keskustoimikunta, 80–97.
- Patrikainen, R. 1999. Opettajuuden laatu. Ihmiskäsitys, tiedonkäsitys ja oppimiskäsitys opettajan pedagogisessa ajattelussa ja toiminnassa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Perttula, J. 2006. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus, merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Helsinki: Dialogia, 115–162.
- Puuronen, A. 2004. Rasvan tyttäret. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.
- Puuronen, A. 2005. “Fat-free Individual” – Ideal Citizenship and the Anorexic body. Teoksessa T. Hoikkala, P. Hakkarainen & S. Laine (toim.). *Beyond Health Literacy*,

- Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Finnish Youth Research Network, 103–120.
- Rahkonen, K. 2003. "Jotain muuta kuin luokassa oloa" – 9-luokkalaisten oppilaiden kokemuksia koululiikunnasta. Jyväskylän yliopisto. Liikuntakasvatuksen laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma.
- Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim, 324–330.
- Riihonen, E. 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja.
- Rouhiainen, L. 1999. Liike, yhdentymisen ja mielihyvä? Erään tanssimisen kokemuksen fenomenologista hahmotusta. Teoksessa P. Pakkanen, J. Parviainen, L. Rouhiainen & A. Tudeer (toim.) Askelmerkkejä tanssin historiasta, ruumiista ja sukupuolesta. Tanssintutkimuksen vuosikirja 3/99. Helsinki: Taiteen keskustoimikunta, 98–123.
- Saaristo, S. 1996. Valmentajalla vastuu naisurheilijan terveydestä. Valmentaja 3, 21.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Taub, D. E. & Blinde, E. M., 1992. Eating Disorders Among Adolescent Female Athletes: Influence Of Athletic Participation and sport team membership. *Adolescence* 27 (108), 833–849.
- Tanító, M. 2001. Bulimian merkitykset ja paranemisprosessi bulimiasta toipuneiden kuvaamana. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Thomas, J. J., Keel, P. K., Heatherton, T.F. 2005 Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders* 38, 263–268. Abstrakti artikkelista Solomon, R. & Solomon, J., *Journal of Dance Medicine & Science* 2006, 10 (3), 117.
- Thompson, R. & Sherman, R. 1993. Helping Athletes with Eating Disorders. Bloomington: Human Kinetics Publishers.
- Tudeer, A. 1999. Läsa balett med Foucault, som fan läser bibeln. Teoksessa P. Pakkanen, J. Parviainen, L. Rouhiainen & A. Tudeer (toim.) Askelmerkkejä tanssin historiasta, ruumiista ja sukupuolesta. Tanssintutkimuksen vuosikirja 3/99. Helsinki: Taiteen keskustoimikunta, 64–79.
- Uusikylä, K. 2006. Hyvä paha opettaja. Jyväskylä: Minerva kustannus.

- Vandereycken, W. & Meermann, R. 1988. Anorexia nervosa – kliinisen hoidon opas. Juva: WSOY.
- Viitanen, M. 1999. Syömishäiriöt ja häiriintynyt syöminen. Valmentaja 4, 30–31.
- Ylönen, M. 1999. Tanssitettu rouva, tutkijan ruumiinkokemuksia toukokuussa 1997. Teoksessa P. Pakkanen, J. Parviainen, L. Rouhiainen & A. Tudeer (toim.) Askelmerkkejä tanssin historiasta, ruumiista ja sukupuolesta. Tanssintutkimuksen vuosikirja 3/99. Helsinki: Taiteen keskustoimikunta, 124–137.
- Karttunen, M-R. 2007. Kuolettavat uskottuni Ana ja Mia. Keskiuomalainen 23.4.2007.

Verkkolähteet:

Anorexi-bulimi information; Medivia Ab.

<http://www.medivia.se/AN/ortorexi.htm> (viitattu 24.1.2007)

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc.

<http://www.anred.com/defslessor.html> (viitattu 26.4.2004)

Something Fishy – Website on Eating Disorders.

<http://www.something-fishy.org/whatarethey/exercise.php> (viitattu 26.4.2004)

Tokola, M. 2002. Liian terveellisestä ruokavaliosta voi tulla pakkomielle.

http://studiamedia.tut.fi/lehdet/20022301/etusivu_3.shtml (viitattu 26.4.2004)

Tukiasema.net.

<http://www.tukiasema.net/teemat/artikkeli.asp?docID=336> (viitattu 26.4.2004)

Tukiasema.net.

<http://www.tukiasema.net/teemat/artikkeli.asp?docID=335> (viitattu 26.4.2004)

LIITTEET

LIITE 1: HAASTATTELURUNKO

Taustaa:

- ikä
- opiskelu- ja koulutausta
- asuinpaikka
- perhetausta

Liikunta:

- Mitä liikuntaa olet harrastanut/harrastat?
- Kuinka paljon – (kilpaurheilu – harrastus)
- kilpailu: missä lajissa ja millä tasolla?
- liikunnan harrastamisen/kilpailemisen vaikutus syömishäiriöiden syntyyn
- Kuvaile suhdettasi liikuntaan/urheiluun sairauden aikana
- liikunnan/urheilemisen negatiiviset ja/tai positiiviset vaikutukset toipumiseen?
- Millaisena olet kokenut koululiikunnan?
- Voiko liikunnan avulla estää syömishäiriöiden syntyä?

Syömishäiriöt:

- Milloin sairastuit syömishäiriöön?
- Mistä syömishäiriöistä olet kärsinyt? (esim. anoreksia, bulimia)
- Miten sairautesi kehittyi? Mitä oireita sinulla on ollut?
- Mitkä seikat johtivat mielestäsi siihen, että sairastuit syömishäiriöihin?
- Oletko saanut apua syömishäiriöösi? Mistä?
- Mikä oli mielestäsi ratkaisevinta sairaudesta toipumisessasi?
- Millainen on tilanteesi nykypäivänä?
- Millaisena koet tulevaisuuden?

LIITE 2: AINEKIRJOITUSRUNKO

Hei!

Ole hyvä ja kirjoita vapaamuotoinen, päiväkirjanomainen elämäntarinasasi alla olevien teemojen perusteella. Pyri kuvailemaan kokemuksiasi ja tuntemuksiasi mahdollisimman omakohtaisesti ja yksityiskohtaisesti. On tärkeää, että kirjoitat kaikista annetuista teemoista, mutta voit käsitellä niitä missä järjestyksessä tahansa. Lähetä vastauksesi 31.8.2005 mennessä joko sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen jaelkaak@cc.jyu.fi tai postitse osoitteeseen Gummeruksenkatu 13 A 11, 40100 Jyväskylä. Vastauksesi ovat ehdottoman luottamuksellisia!

Teema 1: Kerro omin sanoin syömishäiriökokemuksestasi, esimerkiksi millaisia oireita sinulla on ollut, mistä hait ja sait apua, sekä myös mahdollisesta toipumisestasi.

Teema 2: Kuvaile liikunnan harrastustasi ja suhdettasi liikuntaan elämäsi aikana, erityisesti ennen sairautta, sairauden aikana ja mahdollisesti myös sairaudesta toivuttuasi.

Teema 3: Pohdi koululiikuntakokemuksiasi suhteessa syömishäiriöösi.

Taustatietoja

1. Ikä:
2. Asuinpaikka:
3. Sukupuoli:
4. Opiskeluhistoria ja ammatti:
5. Työhistoria (jos on):
6. Perhesuhteet sairastumisen aikana ja nykyään:

Lämmin kiitos vastauksestasi ja hyvää kevään jatkoa!

terveisin, Jaana Kaakinen

LIITE 3: TERVEYDENHOITAJAN HAASTATTELURUNKO

Haastattelukysymyksiä liittyen syömishäiriöihin koulussa/kouluterveydenhuollossa

- Kuinka yleistä syömishäiriöiden sairastaminen on tässä koulussa/Jyväskylässä
- Minkä ikäisiä sairastuneet ovat olleet (luokka-aste)
- Mitä syömishäiriömuotoja (anoreksia, bulimia, ortoreksia, tms.) on tullut esille/diagnosoitu työhistoriasi aikana?

- Millaisia keinoja terveydenhoitajalla on käytössään jos nuori oireilee ja epäillään syömishäiriötä? → Voiko terveydenhoitaja pyytää oireilevaa nuorta luokseen juttelemaan?
- Voidaanko kotiin olla yhteydessä ilman nuoren lupaa jos epäillään vahvasti syömishäiriötä?
- Miten syömishäiriöihin ylipäänsä suhtaudutaan koulussa/kouluterveydenhuollossa?
- Miten käytännössä toimii syömishäiriötä sairastavan nuoren hoitoonohjaus Jyväskylässä (mihin tutkittavaksi, mistä apua)?
- Miten sairastunutta nuorta tuetaan kouluterveydenhuollon puolelta? Entä toipumassa olevaa?

- Miten kouluterveydenhuolto pyrkii ehkäisemään syömishäiriöiden puhkeamisen nuorilla?
- Millainen yhteistyö kouluterveydenhoitajalla on opettajien/oppilashuoltoryhmän kanssa liittyen syömishäiriöihin/epäilyksiin oireilevasta nuoresta?
- Onko terveydenhuollon koulutuksessa tarpeeksi tietoa syömishäiriöistä ja niihin suhtautumisesta?
- Millaista tietoa syömishäiriöistä olisi mielestäsi hyvä antaa opettajille, oppilaille ja vanhemmille?