

**KOGNITIIVISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN  
SOVELTAMINEN AIKUISEN ANOREKSIA- JA  
BULIMIAPOTILAAN PSYKIATRISSESSA  
VUODEOSASTOHOIDOSSA**



**KOGNITIIVISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN  
PSYKOTERAPEUTTIOPINTOJEN (ET)  
LOPPUTYÖ**

ULLA VALTONEN 2009

Kognitiivisen käyttäytymisterapian psykoterapeuttipintojen (ET) lopputyö  
Joensuun Yliopiston Täydennyskoulutuskeskus 2009  
Ulla Valtonen  
Moision sairaala / os.4

## **Abstrakti**

### **Kognitiivisen käyttäytymisterapian soveltaminen aikuisen anoreksia- ja bulimiatiltaan psykiatrisessa vuodeosastohoidossa**

Syömishäiriöiden hoitoa käsittelevät ohjeet on tavallisesti suunnattu nuorten syömishäiriöiden hoitoon avohoidossa. Psykoterapeuttisia menetelmiä on totuttu tyypillisesti käyttämään vasta akuutin sairauden vaiheen jakeen. Tässä lopputyössä käsitellään kognitiivisen käyttäytymisterapian soveltamista sairauden akuutissa vaiheessa olevien aikuisten anoreksia- ja bulimiatilaiden hoidossa syömishäiriöihin erikoistumattomalla psykiatrisella osastolla. Terapeuttisten menetelmien soveltamisen lisäksi keskeisinä tavoitteina on avata syömishäiriöiden psykologista luonnetta, tarkastella motiivoinnin, psykoedukaation ja sairauden vaiheen välistä suhdetta, sekä kokemustiedon merkitystä.

**Avainsanat:** Kognitiivinen käyttäytymisterapia, anoreksia, bulimia, aikuiset, psykiatrinen osastohoito, psykoedukaatio, motiivointi, kokemustieto

## **Abstract**

### **Applying the Cognitive Behavioral Therapy in the psychiatric ward with the adult patient diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa**

Treatment manuals for eating disorders are usually developed for outpatient treatment and for adolescent. Psychotherapeutic methods are typically used after acute period of disorder. This thesis deals with the ways of applying cognitive behavioural therapy methods in treatment of adult patients with acute anorexia and bulimia in non-specific psychiatric ward. In addition to the main goal of introducing therapeutic methods, other important targets are to increase understanding the psychological nature of eating disorders as well as the connection between motivation, psychoeducation and the state of disease, and the importance of experience based knowledge.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, anorexia, bulimia, adults, psychiatric ward treatment, psychoeducation, motivation, experience based knowledge

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	4
2. ANOREKSIA JA BULIMIA.....	5
2.1 Anoreksia, eli laihuushäiriö (F50.0).....	5
2.2 Epätyyppillinen laihuushäiriö (F50.1).....	6
2.3 Laihuushäiriön yleisyys ja ennuste.....	6
2.4 Bulimia, eli ahmimishäiriö (F50.2).....	7
2.5 Epätyyppillinen ahmimishäiriö (F50.3).....	8
2.6 Ahmimishäiriön yleisyys ja ennuste.....	8
2.7. Syömishäiriöiden etiologiaa.....	9
2.8. Syömishäiriöiden psyykkiset rinnakkais- ja seuraamusongelmat.....	12
2.9. Syömishäiriö potilaan näkökulmasta.....	13
2.10. Syömishäiriö hoitajan / terapeutin näkökulmasta.....	15
3. KOGNITIIVINEN JA KOGNITIIVISBEHAVIORAALINEN TERAPIA.....	16
3.1. Kognitiivisen psykoterapian käsite.....	16
3.2. Syömishäiriöiden kognitiivinen terapia.....	17
3.3. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) syömishäiriöiden hoidossa.....	18
4. SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON YLEISET LINJAUKSET.....	19
JA KÄSITTEELLISTÄMINEN.....	19
4.1. Hoidon linjaus ja osa-alueet.....	19
4.2. Kognitiivis-behavioraalinen käsitteellistäminen.....	20
5. LAIHUUSHÄIRIÖN (ANOREKSIAN) HOITO.....	22
5.1. Laihuushäiriön psykoterapiasta.....	22
5.2. Oireiden kartoitus ja syömishäiriön käyttäytymisanalyysi.....	24
5.3. Syömisnormalisointi.....	25
5.4. Painon normalisointi.....	27
5.5. Pakko-oireiden hoito.....	29
5.6. Kehonkuvan häiriön hoito.....	31
5.7. Psyykkisten oireiden työstäminen.....	32
5.8. Erityispiirteitä.....	33
6. AHMIMISHÄIRIÖN (BULIMIAN) HOITO.....	34
6.1. Bulimian psykoterapiasta.....	34
6.2. Terapiasuhteen luominen.....	35
6.3. Oireiden kartoitus.....	35
6.4. Syömisnormalisointi.....	37
6.5. Psyykkisten oireiden työstäminen.....	39
7. KKT MENETELMIÄ SYÖMISHÄIRIÖOIREIDEN TYÖSTÄMISEKSI.....	39
7.1. Behavioraalisia menetelmiä.....	39
7.2. Kognitiivisia menetelmiä.....	40
8. PSYKOEDUKAATIO JA MOTIVOINTI SUHTEESSA SAIRAUDEN.....	42
JA MUUTOKSEN VAIHEISIIN.....	42
8.1. Sairauden vaiheet.....	43
8.2. Muutoksen vaiheet.....	44
8.3. Psykoedukaatio.....	46
8.3.1 Vääristyneet uskomukset.....	46
8.3.2 Ravitsemus.....	47
8.3.3 Fyysiset ja psyykkiset ongelmat.....	47
8.3.4 Nälkiintymisen seuraukset.....	48
8.4. Motivaatio.....	49
8.4.1 Motivointi kokemustiedon valossa - Miten tuen sairastuneen parantumismotivaatiota?.....	49
8.4.2 Käytännön ongelmia tai mahdollisuuksia sekä auttajan että sairastuneen näkökulmasta.....	50
8.5. Motivoiva haastattelu.....	52
8.6. Kokeilu.....	54
9. POHDINTA.....	54
LÄHTEET.....	57
LIITE 2 A (Lappalainen, Miettinen & Lehtonen 2007).....	59
LIITE 8 A (Lappalainen, Miettinen & Lehtonen 2007).....	71
LIITE 8 D (Lappalainen & Turunen 2006).....	74
ARVOJEN ANALYYSI.....	74

## LIITTEET

### 1. JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat vakavia psykosomaattisia sairauksia, jotka eivät ole ikään tai sukupuoleen sidottuja. Yleisintä sairastuminen on nuorten tyttöjen keskuudessa, mutta syömishäiriöitä on alettu tunnistaa jo alle kouluikäisillä lapsilla, sekä vanhuksilla. Koko väestöstä vakavia syömishäiriöitä sairastaa 2%. Miesten syömishäiriöt jäävät usein tunnistamatta, sairastuneista 10 % on miehiä. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anoreksia nervosa (laihuushäiriö), bulimia nervosa (ahmimishäiriö), BED (Binge Eating Disorder) ja ortorexia nervosa (terveellisen ruoan pakkomielle). Tämä kognitiivisen psykoterapia koulutuksen lopputyö käsittelee aikuisten anoreksian ja bulimian psykiatrista osastohoitoa.

Syömishäiriöiden hoito toteutetaan pääasiassa koulu- sekä perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa avohoidossa. Vakavan taudinkuvan akuutissa vaiheessa tarvitaan osastohoitoa, jolloin kyseeseen tulevat useimmiten psykiatriset osastot, sekä somaattisen tilan niin vaatiessa lastentautien tai sisätautien osastot. Syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneita avo- tai vuodeosastohoidon yksiköitä on Suomessa vähän. Syömishäiriöiden hoito edellyttää perehtyneisyyttä sairauden psykologiseen profiiliin, fysiologiaan ja ravitsemustieteeseen, joten hoitohenkilökunnalta vaaditaan laajaa ammattitaitoa ja sitoutumista syömishäiriöiden hoitoon. Moision psykiatrisessa sairaalassa yli 18-vuotiaat syömishäiriöpotilaat hoidetaan osastolla 4. Osastolle on vuonna 2005 laadittu hoitomalli, joka tähtää aliravitsemuksen ja alipainon korjaamiseen, sekä normaali syömisestä käynnistämiseen. Tämä syömishäiriön psykologista hoitoa käsittelevä lopputyö on jatkoa em. mallille.

Syömishäiriöiden hoidossa yhdistetään monia hoidollisia ja terapeuttisia elementtejä. Perheterapia on keskeisessä osassa nuorten syömishäiriöpotilaiden hoitoa, mutta aikuisten kohdalla yksilöterapeuttiset menetelmät on todettu tehokkaimmiksi. Hoitoon pyritään olemassa olevien resurssien mukaan sisällyttämään hoito / terapia keskustelujen lisäksi psykoedukaatiota,

käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä, fysioterapiaa, ravitsemusterapiaa ja toimintaterapiaa. Lääkehoidosta on todettu selvemmin olevan hyötyä bulimian hoidossa, vähemmän anoreksian hoidossa. Nykykäsityksen mukaan kognitiivisen terapian menetelmiä suositellaan sovellettavaksi osaksi sairaalahoitoa. Intensiivinen psykoterapia ajoittuu sairauden akuutin vaiheen jälkeen avohoidossa toteutettavaksi.

Psykiatrisella osastolla toteutettaville syömishäiriöpotilaiden hoidoille yhteisenä piirteenä on sairauden vakavuus, usein samanaikaiset muut psykiatriset ongelmat, sekä potilaan kykenemättömyys hahmottaa tilansa vakavuutta. Suuri hoidollinen haaste on potilaan motivoiminen ottamaan hoitoa vastaan siten, että myös vastustamisvaiheen jälkeen potilaan olisi mahdollista tulla yhteistyöhön oman terveytensä kohentamiseksi. Tähän tarvitaan turvallista ilmapiiriä ja luottamuksellista hoitosuhdetta, jonka synnylle oleellista ovat hoitajan lämmin, johdonmukainen ja jämäkkä suhtautuminen potilaaseen, sekä riittävät tiedot syömishäiriöistä monimuotoisina sairauksina.

Teoriapohjan ja ammatillisen näkemyksen lisäksi tässä työssä on pyritty hyödyntämään kokemustietoa ottamalla mukaan autenttisia lainauksia syömishäiriötä kauan sairastaneen henkilön teksteistä, sekä käyttämällä Oulun syömishäiriöpäivillä tehtyjä sairastuneitten, heidän omaisten sekä ammattihenkilöstön yhdessä tekemiä ryhmätöitä.

## **2. ANOREKSIA JA BULIMIA**

### **2.1 Anoreksia, eli laihuushäiriö (F50.0)**

**A.** Ruumiinpainon tulee olla vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai Queteletin painoindeksin (niin sanottu Body Mass Index eli BMI) korkeintaan 17.5. BMI on paino kiloina jaettuna pituuden neliöllä metreinä ja sitä käytetään 16 vuoden iästä lähtien.

**B.** Painon lasku on henkilön itsensä aiheuttama "lihottavia" ruokia välttämällä. Lisäksi potilas saattaa käyttää seuraavia keinoja: Liiallinen liikunta, ulostuslääkkeiden käyttö, ruokahalua hillitsevien tai nestettä poistavien lääkkeiden käyttö, itse aiheutettu oksentelu

**C.** Henkilö on mielestään liian lihava ja hän pelkää kovasti lihomista, mikä saa potilaan asettamaan itselleen alhaisen painotavoitteen. Kyseessä on ruumiinkuvan vääristymä, joka muodostaa erityisen

psykopatologian. Vääristyneen näkemyksen seurauksena lihavuuden pelko on kaiken kattava yliarvoinen idea ja potilas asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen.

**D.** Todetaan laaja-alainen hypothalamus-aivolisäke-sukurauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. Poikkeuksena tästä ovat anorektisten naisten vuodot, jotka saadaan aikaan hormonaalisella korvaushoidolla, tavallisesti ehkäisytableteilla. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys tyypillisesti viivästyy tai pysähtyy. Potilaan toipuessa murrosiän kehitys jatkuu usein normaalisti loppuun saakka mutta tavallista myöhemmin, esimerkiksi kuukautiset alkavat myöhään. Lisäksi kasvuhormonin ja kortisolin pitoisuudet saattavat olla koholla, kilpirauhashormonin aineenvaihdunta elimistössä saattaa olla muuttunut ja insuliinieritys saattaa olla poikkeava.

**E.** Ahmimishäiriön (F50.2) kriteerit A ja B eivät täyty.

**Erotusdiagnosi:** Häiriöön voi liittyä masennus- tai pakko-oireita samoin kuin persoonallisuushäiriön piirteitä, jotka voivat vaikeuttaa erottelua tai edellyttää lisädiagnoosien asettamista. (Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 / Käypähoito suositus 2002)

## 2.2 Epätyypillinen laihuushäiriö (F50.1)

Tätä diagnoosia tulisi käyttää sellaisilla potilailla, joiden kliininen kuva on melko tyypillinen, mutta joilta puuttuu yksi tai useampia laihuushäiriön (F50.0) avainoireita, esimerkiksi amenorrea tai voimakas lihomisen pelko. Tällaisia potilaita nähdään tavallisesti yleissairaalapsykiatristen palvelujen piirissä ja perusterveydenhuollossa. Tämä diagnoosi sopii parhaiten myös silloin, kun kaikki avainoireet esiintyvät, mutta lieväasteisina. Epätyypillisen laihuushäiriön diagnoosia ei tule tehdä, jos potilaalla tiedetään olevan edellä kuvattuja oireita aiheuttava ruumiillinen häiriö. (Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 / Käypähoito suositus 2002)

## 2.3 Laihuushäiriön yleisyys ja ennuste

Pohjolaisen ja Karlssonin (2005) katsauksessa todetaan laihuushäiriön esiintyvyyden länsimaissa olevan nuoruusikäisillä tytöillä noin 0,2–0,8 % ja pojilla noin kymmenesosa tästä. Laihuushäiriöpotilaiden kuolleisuus kymmenen vuoden aikana on noin 5–10 % eli suunnilleen 12 kertaa suurempi kuin vastaavan ikäisen (15–24 v) naisväestön. Kuolleisuus lisääntyy ajan myötä ja

21 vuoden kuluttua se on 15,6 %. Noin 50 % laihuushäiriöpotilaista paranee 12 vuoden seurannassa. Kuitenkin noin 40 %:lla täydellisesti parantuneista laihuushäiriöpotilaista todettiin relapsi. 30 %:lla esiintyy edelleen joitakin syömishäiriöoireita ja 10–20 %:lla sairaus kroonistuu.

Muhonen ja Ruuska (2001) kirjoittava useita tutkimuksia siteeraavassa artikkelissaan, että hyvään ennusteeseen viittaavat mm. sairauden kohtalaisen varhainen alkamisikä, lyhyt sairastamisaika ennen hoitoon tuloa ja hyvä suhde vanhempiin. Varhainen ja riittävän tiivis alkuinterventio parantaa myös ennustetta. Sairauden myöhäinen alkamisikä ja pitkä sairastamisaika hoitoon tullessa on liitetty huonoon ennusteeseen. Huonoon ennusteeseen on lisäksi liitetty hyvin varhainen alkua (alle 11 vuoden iässä), perhe-elämän häiriöt, oksentelu, ulostuslääkkeiden käyttö, buliimiset oireet, painon huomattava lasku, aikaisemmat kehitykselliset vaikeudet ja muu psykopatologia.

Obsessiivis-kompulsiivinen häiriö ja autistisen spektrin häiriön piirteet liittyvät myös huonompaan ennusteeseen.

Niillä, jotka eivät ole parantuneet pitkäaikaisen seurannan aikana, on esiintynyt ahdistuneisuushäiriöitä, depressiota sekä sosiaalista ja ammatillista heikkenemistä. Painoon liittyvä irrationaalinen ajattelu jatkuu tai he eivät saavuta normaalipainoa. Fyysisinä ongelmina aikuisiässä on kuvattu osteoporoosiriskin ja odotuspituuden saavuttamatta jäämisen lisäksi mm. hedelmällisyyden häiriöitä, hammasvaurioita ja ruoansulatusongelmia. Laihuushäiriötä pitkään poteneen kuolema johtuu yleensä nälkiintymisen komplikaatioista tai itsemurhasta (Muhonen ja Ruuska 2001).

## **2.4 Bulimia, eli ahmimishäiriö (F50.2)**

**A.** Potilaalla esiintyy toistuvia ylensyömisjaksoja (vähintään kahdesti viikossa ainakin kolmen kuukauden ajan), jolloin potilas nauttii suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa.

**B.** Potilaan ajattelua hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä.

**C.** Potilas pyrkii estämään ruuan "lihottavat" vaikutukset. Tyypillisesti hän käyttää jotakin tai joitakin seuraavista tavoista: Itse aikaansaatu oksentelu, ulostuslääkkeiden väärinkäyttö, ajoittainen syömättömyys, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhas- tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäyttö, ahmimishäiriöstä kärsivä diabetespotilas saattaa jättää insuliinin ottamatta.

**D.** Potilaalla on käsitys, että hän on liian lihava ja lihomisen pelko johtaa usein alipainoisuuteen. Psykopatologian muodostaa sairaaloinen lihavuuden pelko. Potilas asettaa itselleen tarkan

painorajan, joka lääkärin arvioimana alittaa selvästi ennen sairastumista olleen ihanteellisen, terveen painon. Usein, mutta ei aina, potilas on kuukausia tai vuosiakin aikaisemmin sairastanut laihuushäiriötä. Kyseessä on saattanut olla täysin selvä oireyhtymä tai häiriön lievä muoto, jolloin painon lasku on ollut kohtuullinen ja/tai kuukautiset vain väliaikaisesti poissa.

**Erotusdiagnosi:** Erotettava toistuvia oksenteluja aiheuttavista ruuansulatuskanavan yläosan häiriöistä (luonteenomainen psykopatologia puuttuu) ja yleisistä persoonallisuuden poikkeamista (syömishäiriö voi esiintyä alkoholiriippuvuuden ja vähäisten rikkeiden kuten myymälävarkauksien yhteydessä), sekä depressiivisistä häiriöistä (ahmimishäiriöisillä on usein masennusoireita). (Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 / Käypähoito suositus 2002)

### **2.5 Epätyypillinen ahmimishäiriö (F50.3)**

Tämä diagnoosi kattaa häiriöt, jotka vastaavat joiltakin piirteiltään ahmimishäiriötä (F50.2), mutta joiden kliininen kokonaiskuva ei täytä tämän diagnoosin kriteerejä. Yleisimmin kyseessä on normaalipainoinen tai jopa ylipainoinen henkilö, jolla on tyypillisiä ylensyömisen jaksoja, joita seuraa oksentelu tai ulostuslääkkeiden käyttö. On myös tavallista, että osa oireista esiintyy depressiivisten oireiden yhteydessä. Jos masennusoireet edellyttävät omaa diagnoosia, tulisi käyttää kahta erillistä diagnoosia. (Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 / Käypähoito suositus 2002)

### **2.6. Ahmimishäiriön yleisyys ja ennuste**

Pohjolainen ja Karlsson (2005) kirjoittavat useita tutkimuksia siteeraavassa katsauksessaan, että ahmimishäiriöstä kärsii maailmanlaajuisesti noin 1,1–4,2 % naisista. Vuonna 2002 Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettaman työryhmän mukaan miehillä ahmimishäiriö on erittäin harvinainen. Hoitoon hakeutuneista noin 50 % on toipunut 5–10 vuoden kuluttua sairastumisesta, 20 % kärsii edelleen ahmimishäiriöstä ja 30 %:lla on joitakin syömishäiriöoireita. Ahmimishäiriölle on tyypillistä oireiden aaltoileva kulku ja noin 30 %:lla oireet uusiutuvat jossakin vaiheessa. Ne ahmimishäiriöiset, jotka eivät ole hakeutuneet hoitoon, ovat kärsineet enemmän mm. psykososiaalisista ongelmista kuin ahmimishäiriöön hoitoa saaneet kymmenen vuoden seurannassa. Käypä hoito suosituksessa (2004) todetaan, että, pitkä oireilu ennen hoidon aloitusta, päihdeongelma ja oksentelu huonontavat ennustetta.

## 2.7. Syömishäiriöiden etiologiaa

Syömishäiriöiden etiologia on tuntematon ja todennäköisesti monitekijäinen. 2000-luvulla syömishäiriöiden ja hermoston välittäjäainesysteemin välinen syy-seuraussuhde on saanut paljon mielenkiintoa osakseen. Keski-Rahkosen, ym. (2001) mukaan erityisesti bulimiatiltaan serotoniinijärjestelmä näyttäisi olevan epävakaa tai sen säätely on puutteellinen. Laihduttaminen saattaa tuoda esiin piileviä, mahdollisesti perinnöllisiä syömishäiriön puhkeamiseen johtavia poikkeavuuksia serotoniinijärjestelmässä. Täydellisyyden tavoittelu, pakonomaisuus ja syömisen rajoittaminen liittyisivät siten lisääntyneeseen serotoniiniaineenvaihduntaan. Laihduttamalla aikaansaatu synaptisen serotoniinin väheneminen lievittää näitä oireita mutta toisaalta altistaa ahminnalle, masennukselle ja mielialan muutoksille. Laihduttaminen ja ruokavalion säätely toimisivat siis näillä henkilöillä opittuna keinona säädellä keskushermoston serotoniinipitoisuutta ja siten mielialaa, kirjoittajat toteavat.

Raevuori, ym. (2009) siteeraavat katsauksessaan laajasti viimeaikaisia tutkimuksia. Tutkimusten mukaan anoreksian ja bulimian tunnettuja yhteisiä riskitekijöitä ovat perfektionistinen persoonallisuus ja hauras itsetunto, joka ilmenee negatiivisena minäkuvana. Nämä piirteet ovat myös yleisiä anoreksiaa sairastavien sukulaisilla ja viittaavat siihen, että perfektionistinen persoonallisuus, pakko-oireet ja anoreksia ilmentävät saman genotyypin eri ilmiöiden jatkumoa. Kaksostutkimusten perusteella perimän roolia anoreksian ja bulimian synnyssä pidetään merkittävän suurena, vaikka myös ympäristötekijät ovat tärkeitä. Ainakin 10 %:lla syömishäiriöpotilaista on anoreksiaa tai bulimiaa sairastava lähisukulainen.

Tutkimusnäyttö syömishäiriöiden varhaisista riskitekijöistä viittaa siihen, että anoreksian ja bulimian patogeneesi välittyy eri reittejä. Anoreksiassa prenataalisilla ja perinataalisilla häiriöillä on itsenäinen riskivaikutus. Myös synnytyskomplikaatioiden määrän sekä anoreksiariskin puhkeamisiän välillä vallitsee samanlainen annos-vastesuhde kuin skitsofreniassa, mikä puolestaan viittaa sikiönkehityksen ja vastasyntyneisyyskauden aikana syntyviin neurobiologisiin vaurioihin ja syysuhteeseen (Raevuori, ym. 2009)

Bulimiassa taas synnytyskomplikaatioiden yhteys näyttää olevan samankaltainen kuin anoreksiassa mutta raskaudenaikaisista tekijöistä ainoastaan äidin tupakoinnin ja sikiön hidastuneen kasvun - ja tästä johtuvien pienen painon, pienen päänympärysmittan ja erityisesti raskauden keston nähdessä lyhyen syntymäpituuden - välillä on osoitettu yhteys. Raskauden keston suhteutetun

kasvunhidastuman ja tästä johtuvan pienen syntymäkoon tiedetään myös ennustavan tulevaa ylipainotaipumusta ja depressiota, jotka puolestaan ovat bulimian keskeisiä riskitekijöitä. Tämä viittaa siihen, että bulimian riski välittyy jo sikiönkehityksen aikaisen aineenvaihdunnan ja endokrinologisen ohjelmoitumisen kautta (Raevuori, ym.2009).

Keski-Rahkosen, ym.( 2001) mukaan bulimian itsenäisiä riskitekijöitä ovat ilmeisesti laihdutusalltiuteen liittyvät tekijät, jotka eivät ole merkittäviä anoreksian synnyssä. Bulimiapotilaat ovat usein olleet lapsena ylipainoisia, ja heitä on kiusoiteltu verrokkeja useammin painon, ulkomuodon ja syömisen tähden. Lisäksi bulimiaan sairastuneiden kuukautiset alkavat aiemmin kuin anoreksiapotilaiden; varhainen naiseksi kehittyminen voi olla rasite, joka luo osaltaan tarvetta laihduttaa.

Syömishäiriöstä kärsivän äidin ravitsemustila ja alttius näille häiriöille voi monin tavoin olla yhteydessä sekä prenataali- ja perinataaliajan altisteisiin että jälkeläisen syömishäiriöön Raevuori, ym. (2009) kirjoittavat. Äidin raskaudenaikaisesta ravitsemuksesta suhteessa jälkeläisen syömishäiriöön ei ole tutkimustietoa, mutta kirjallisuudessa mainitaan useita mekanismeja, joilla vanhemman

poikkeava syöminen voi lisätä jälkeläisen syömishäiriöriskiä. Niihin kuuluvat erilaiset perinnölliset mekanismit, joilla lapsi perii vanhemmiltaan syömishäiriölle altistavia persoonallisuuden piirteitä. Mallioppimisessa lapsi omaksuu vanhemmalta latautuneen suhteen syömiseen, vartalon muotoon ja painoon. Syömishäiriöstä kärsivä vanhempi voi myös ulottaa syömisen liiallisen rajoittamisen lapseen. Anoreksiaa sairastavat äidit eivät aina tunnista lastensa nälkää ja saattavat pitää lasta nälässä. Lapsi voi myös oireilla, jos vanhempi liittyy ruokailuun, painoon tai liikuntaan suhteettomasti stressiä tai jos vanhempi on ahdistunut ja masentunut. Lisäksi syömishäiriöstä kärsivän vanhemman parisuhde saattaa kärsiä, mikä taas perheilmapiirin kautta voi vaikuttaa lapseen.

Keski-Rahkosen, ym.( 2001) mukaan perhetekijät ja syömishäiriöt kietoutuvat toisiinsa monin tavoin. Syömishäiriöitä sairastavien vanhemmat ovat itsekin usein täydellisyyden tavoittelijoita ja toisinaan he asettavat liian suuria suoritustavoitteita lapselleen. Usein ajatellaan, että dominoivat, ylihuolehtivat ja tunnekyvyttömät äidit sairastuttavat tyttärensä anoreksiaan tai bulimiaan. Kirjoittajien mukaan perhetutkimuksissa tästä ei kuitenkaan ole saatu vakuuttavaa näyttöä.

Syömishäiriöpotilaat ovat peräisin hyvin erilaisista perheistä ja yleensä pikemminkin tavallisista kuin hyvin erikoisista perheistä

Useisiin tutkimuksiin viitaten Keski-Rahkonen, ym. (2001) jatkavat, että syömishäiriöistä kärsivillä on yleensä suppeampi sosiaalinen tukiverkosto kuin terveillä verrokeilla. Anoreksiaa sairastavat saavat lähi-ihmissuhteistaan vähemmän tukea mutta ovat tyytyväisiä tilanteeseensa. Myös bulimiapotilaat saavat vähemmän tukea kuin verrokkit mutta ovat tilanteeseen tyytymättömiä ja toivovat lähipiiriltään parempaa tukea. Syömishäiriöpotilaat kuitenkin odottavat kokonaisuudessaan läheisiltään vähemmän henkistä ja aineellista tukea kuin terveet. Kirjoittajat täsmentävät vielä, että ihmissuhderistiriidoissa bulimiapotilaat ovat usein konfliktin aiheuttajia tai siihen suoraan osallisia ja anorektikot puolestaan jäävät yleensä sivustakatsojiksi. Tämä heijastaa persoonallisuuseroja: Bulimiapotilaat ovat useammin epävakaita, impulsiivisia tai huomiohakuksia, anorektikot taas vetäytyviä ja ujoja.

*”Perheessämme oli kasvuvuosinani paljon vaiettuja asioita, joista ei koskaan puhuttu ääneen. Oma maailmani kääntyi sisäänpäin. En hallinnut ympärilläni tapahtuvia asioita. Enkä uskaltanut kapinoida ulospäin, sillä pelkäsin suunnattomasti vihaa. Halusin olla kiltti ja hyvä isäntyyttö. Mielettömän pingottamisen ja yrittämisen polullani eksyin varjojen maahan. Minusta tuli puoliksi päivä ja puoliksi yö. Ulospäin olin edelleen ahkera koululainen ja opiskelija. Sisälläni yö imi minua yhä voimakkaammin. Terveellisenä aloittamani syömiseni kontrollointi muuttui perfektionistiseksi, joka oli samansuuntainen kuin silloinen persoonallisuuteni. Salakavalasti luiskahdin jonkin rajan yli ja laihduttamisestani tuli vuosiksi matka lähelle aineettomuutta. Kenenkään puuttumista asioihini en sietänyt. Kenenkään ojennettuun avunkäteeseen en tarttunut. Eihän minulla ollut ongelmia! Päiväkirjaan kirjoitin symbolein maailmastani Oikeat nimet liian kipeitä ja vaarallisia.”*

Sukupuolisesti hämmentävät tai loukkaavat tilanteet ja tapahtumat edeltävät anoreksiaan sairastuneella oireilun alkua merkittävästi useammin kuin bulimiapotilailla, kirjoittavat Keski-Rahkonen, ym. (2001) ja viittaavat 1990-luvulla tehtyihin tutkimuksiin, joiden mukaan seksuaalista hyväksikäyttöä tai fyysistä väkivaltaa on arvioitu kohdistuneen 30 %:iin anoreksiapotilaista, mikä on pienempi osuus kuin psykiatrisilla potilailla yleensä. Bulimiaan sairastuneisiin on kohdistunut seksuaalista hyväksikäyttöä useammin kuin terveisiin verrokkeihin mutta ei useammin kuin muista psyykkisistä häiriöistä kärsiviin. Lapsuudenaikainen seksuaalinen hyväksikäyttö on bulimian epäspesifinen riskitekijä, erityisesti sellaisen, johon liittyy muuta psyykkistä oireilua. Seksuaalinen hyväksikäyttö voi olla psyykkisten häiriöiden yleinen riskitekijä, mutta se ei ole anoreksian tai bulimian itsenäinen riskitekijä, kirjoittajat tiivistävät.

## 2.8. Syömishäiriöiden psyykkiset rinnakkais- ja seuraamusongelmat

Monet syömishäiriötä sairastavat kärsivät samanaikaisista muista emotionaalisista ja sopeutumisongelmista. Ruuskan (2006) väitöskirjassa viitataan viimeaikaisiin tutkimuksiin, joiden mukaan 65 %:lla syömishäiriötä sairastavista on jokin muu psyykinen häiriö. Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivät erityisesti anoreksiaa sairastavat, kun taas bulimiaa sairastavilla on enemmän ahdistus- ja mielialaongelmia, impulssikontrollin heikkoutta ja addiktio-ongelmia. Tällöin hoidon ensisijaiseksi kohteeksi olisi hyvä sopia haitallisin, tai potilaan elämää eniten vaarantava impulsiivisuuden tai addiktiivisuuden muoto (Laakso). Foobiset häiriöt ja vaikeutunut tunteiden käsittely ovat yleisiä molemmissa sairausryhmissä.

*"Mieleni tumma virta koversi syvän uoman. Vuosia anoreksian akuuteimman vaiheen jälkeenkin kaikkien ilojenkin alla melankolian lohduton maa. Peitin sen taitojeni mukaan ympäristöltä. Välillä tummat vedet läikkyyvät yli. En tiedä mikä osuus anoreksialla, mikä osuus herkkyydelläni ja persoonallisuudella oli masennuksen syntyyn. Se kuitenkin piili minussa vuosia, jopa muutaman vuosikymmenen. Välillä voimistuen, välillä hellittäen. Vasta sopiva psykoterapia ja rakkaus on parantanut minut masennuksesta."*

Mielialamuutokset ja masennus saattavat olla altistava tekijä lohtusyömiselle, mutta hyvin usein haitallinen seurannaisoire pitkään jatkuneen kamppailun jälkeen. Masennustilojen hoito on aina tarpeellista, koska jatkuva depressio-oireisto altistaa syömishäiriön jatkumiselle eikä masentuneella potilaalla ole usein riittävästi voimavaroja terapiaohjelman läpiviemiseksi (Laakso).

Mikäli syömishäiriö liittyy epävakaaseen persoonallisuushäiriöön, terapian onnistuminen edellyttää erityistä huomion suuntaamista hoitosuhteessa ilmeneviin siirtymiin ja häiriöihin. Suuri osa epävakaista potilaista katkaisee yhteistyösuhteen ennen aikaisesti. Epätoivoisuus ja itsemurha-alttius ovat siinä määrin yleisiä syömisongelmista kärsivillä, että mielialan seuranta jollain mielialaseulalla on tarpeen. Itsemurha-alttius edellyttää yhteistyötä sairaalaosaston kanssa, tai muita erityisjärjestelyjä kriisitilanteiden varalle (Laakso).

Ruuskan (2006) mukaan erityisesti bulimiaa ja ahminta/tyhjennys tyyppistä anoreksiaa sairastavien naisten itsetuhoisuus on lisääntynyt. Yleisestikin ottaen itsetuhoisuuden riskin huomioiminen on erittäin merkityksellistä, koska anoreksiaan sairastuneiden kuolemista suurin osa johtuu itsemurhasta. Syömishäiriötä sairastavien itsevahingoittava käyttäytyminen on liitetty kehonkuvan vääristymiseen, pakkomielleisiin, impulsiivisuuteen, sekä kyvyttömyyteen tunnistaa emootioita ja kehon tuntemuksia.

Syöminen voi myös ehdollistua ahdistuneisuuden tai pelkotilojen hallintaoireeksi ja silloin myös samanaikainen ahdistuneisuushäiriön hoito on tarpeellista (Laakso). Charpentier (2004) korostaa, että ahdistusta esiintyy jossakin muodossa kaikilla syömishäiriöpotilailla, mutta kahdella kolmasosalla on samanaikainen kliininen ahdistushäiriö. Näistä puolet sairastuu ahdistusoireeseen ennen syömishäiriötä, mikä viittaa siihen, että syömishäiriön yhtenä funktiona on ahdistusoireiden helpottaminen.

Syömishäiriötä sairastava pyrkii lievittämään ahdistustaan oireidensa avulla, joten oireista luopuminen uhkaa voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle. Hoidossa tämä näkyy potilaan kyvyttömyytenä luopua oireista. Ahmimishäiriössä ahdistus yltyy äärimmilleen pyrittäessä välttämään ahmimista ja laihuushäiriössä pyrittäessä lisäämään syötävän ruoan määrää. Potilaiden silminnähävästä ahdistuneisuudesta huolimatta hoidossa pyritään usein motivoimaan heitä luopumaan oireistaan katkaisuperiaatteella, yksinkertaisesti lopettamaan ahmiminen, oksentaminen tai paastoaminen. Vaikeimmin sairailta potilailla oireista luopuminen onnistuu tällä tavalla tilapäisesti tai ei ollenkaan. Hoidon on havaittu tehostuvan merkittävästi, kun potilaalle opetetaan konkreettisia, terveyttä tukevia ahdistuksen hallintakeinoja syömishäiriöoireiden tilalle (Charpentier 2004).

## 2.9. Syömishäiriö potilaan näkökulmasta

*"Anoreksia hiipi elämäni miltei salaa. 14-vuotiaana aloin syödä terveellisesti ja lisäsin liikuntaa muutenkin liikunnalliseen elämäni. Aluksi kuljinkin terveellä polulla. Jätin karjit ja kaikki muut herkut pois. Vähän kerrassaan kielletyiksi tulivat myös monet terveelliset ruuat. Join vettä. Söin hedelmiä, marjoja ja porkkanaita. Niukimmillaan paastosin koko päivän. Illalla saatoin syödä yhden omenan. Viikoittaisten baletti- ja jazz-balettituntien lisäksi juoksin kaikkina vuoden aikoina – lenkit pitenivät vähitellen niin, että pisimmillään juoksin n. 20 km kerrallaan. Neuroottisimmassa vaiheessa joka päivä! Lisäksi jumppasin joka ilta, siinäkin otin mukaan enenevässä määrin mm. vatsa-, selkä- ja pakaralihasliikkeitä. Kuin huomaamatta liikunnan ilo katosi. Tulkitin sen niin, etten harjoittele tarpeeksi! Lenkillä välillä väsytti ja pyörrytti niin paljon, että oli pakko käydä pitkällään metsäpolun varteen tai bussipysäkkiäkatoksen taakse. Pyöräilin tai kuljin jalkaisin kaikki matkat (mm. kouluun 5 km suuntaansa, samoin balettiin). Talvella hiihdin, jopa ennen kouluun lähtöä, jos koulu alkoi 9.00 tai 10.00."*

Syömishäiriön kehittymiseen liittyy vääristyneitä käsityksiä, arvoja ja uskomuksia omasta viehättävyydestä ja ihmisarvosta. Häiriön kehittymiselle altistaa ulkonäön ja hoikkuuden kohoaminen keskeiseksi elämänarvoksi ja henkilö alkaa käyttää poikkeuksellisia laihdutuskeinoja. Sairastumiselle alttiin henkilön tarkkaavuus ja havainnointi kapeutuvat, hän valikoi ympäristöstään hoikkuutta ihannoivaa informaatiota. Hoikkuudesta muodostuu hänelle normatiivinen standardi, jota hän alkaa pitää normaalina ja poikkeamia huomattavana epänormaaliutena. Potilas pelkää lihomista ja huomio keskittyy entistä enemmän lihomisen merkkien tarkkailuun, kehonkuva vääristyy (Laakso).

Lihomisen merkkien tarkkailu ja kasautuva yksipuolinen informaatio vahvistavat potilaan uskomusta omasta ylipainoisuudesta ja ylläpitävät jatkuvaa tyytymättömyyttä, inhoa, jopa sisäistä raivoa omaa kehoa kohtaan. Laihtumisen tavoittelu vie vähitellen potilaan kaiken huomiokyvyn, eikä hän pysty ottamaan vastaan omalle uskomukselleen vastakkaista palautetta ja vastustele hoitoon motivointia. (Laakso)

*"Laihtumiseni pysyi osittain piilossa, kun käytin hyvin väliä vaatteita. Pukeuduin myös suhteettoman lämpimästi kesälläkin. Saunassa en enää käynyt toisten kanssa, vaan kylvin yksin. Mutta mitä pitemmälle menin, sitä mahdottomampi minun oli "salata" sairauteni. Äiti oli tosi huolissaan, kun aloin pyörtyillä aamuisin, saunassa ja liikuntatilanteissa. Myös opettajat koulussa huolestuivat ja luokanvalvoja vei minut terveydenhoitajalle. Siitä alkoi säännöllinen painon ja veriarvojen kontrolli: joka viikko punnitus ja kahden viikon välein veriokkeet. Painon laskiessa ja elektrofyyttien mennessä liian alas jouduin sairaalahoitoon.*

*Lähipiiri siis huomasi. Mutta mitä huonommassa kunnossa olin, sitä vähemmän kukaan sanoi minulle mitään suoraan. Ystävistä olin loitonnut. Kuljin mahdollisimman paljon yksin. "*

Potilas kokee subjektiivisesti hyötyvänsä oireista, hän voi olla jopa ylpeä itsestään kokiessaan laihduttamisen kautta olevansa tahdonvoimainen ja peräänantamaton. Sairastunut voi uskoa saavansa oireillaan ihailua, erityisaseman ja paljon huomiota. Nälkiintyminen myös pakottaa muut ottamaan sairastuneen vakavasti ja estää heitä jättämästä häntä yksin. Paranemista voi hidastaa potilaan pelko hoidon loppumisesta heti konkreettisten oireitten hävittyä (Charpentier 2008). Paraneminen pelottaa, koska samalla joutuu luopumaan oireistaan ja siitä mahdollisesta hyödystä, mitä niiden kautta on saanut, ehkä hoivaa ja huolenpitoa. Claude-Pierre (2000) korostaa samassa yhteydessä sairastuneen arvotonta kokemusta itsestä, eli henkilö voi ajatella, ettei hänellä ole oikeutta parantua, koska hänelle ei ole tarkoitettu elämässä mitään hyvää. Claude -Pierre (2000)

puhuu myös kielteisestä mielestä tarkoittaen huonoa tai tarkemmin ottaen olematonta identiteettiä. Perustavaa laatua olevaa uskomusta (skeemaa) siitä, että henkilö ei ole itsessään minkään arvoinen, vaan hänen tehtävänsä on täyttää muiden toiveet. "Ihminen on tulkinnut väärin oman roolinsa elämässä". Sairastumiselle altis henkilö hallitsee usein elämän ulkoiset puitteet, kuten opiskelun, työn ja perheestä huolehtimisen täydellisesti, mutta hän ei hallitse emotionaalista mieltään. Tunteiden käsittelyn osalta aikuinenkin syömishäiriötä sairastava henkilö on psykologisesti lapsi, Claude-Pierre kiteyttää.

## **2.10. Syömishäiriö hoitajan / terapeutin näkökulmasta**

Syömishäiriöiden hoito asettaa hoitajalle / terapeutille tiedollisesti tavallista enemmän vaatimuksia. Terapeuttisten menetelmien lisäksi hoitavan henkilön on hallittava somatiikan ja ravitsemustieteen perusteet, sekä ymmärrettävä syömishäiriöiden psykologinen luonne. Lisäksi hoitajan tai terapeutin on osattava käsitellä omia kielteisiä tunteita. Syömishäiriöpotilaat herättävät hoitajissaan voimakkaita tunteita, kuten huolta, pelkoa, ahdistumista ja turhautumista (Charpentier 2008).

Terapeuttisesta lähestymistavasta huolimatta merkittävin muutokseen vaikuttava tekijä on hoitajan ja hoidettavan välinen luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Syömishäiriöpotilaiden kohdalla luottamuksen rakentumisen perusedellytys on turvallisuuden tunteen kokeminen. Turvallisuutta potilaalle tuo se, että hoitaja on todellakin perehtynyt syömishäiriön luonteeseen, hoitomuotoihin, tarjolla oleviin hoidollisiin palveluihin, sekä tuntee ravitsemusta ja ihmisen fysiologiaa. Usein potilas myös testaa, onko hoitaja oikeasti kiinnostunut hänen tilanteestaan. Potilas voi houkutella ikävällä käytöksellään hoitajan ansaan, eli saa hoitajan turhautumaan, jopa suuttumaan, jolloin potilaan

kielteinen kuva itsestään vain vahvistuu. Hoitavan henkilön kärsivällisyydestä ja lempeydestä tulee usein terapian luottamusta synnyttävä ja paranemista edistävä elementti (Charpentier 2008).

Hoitajalta vaaditaan kykyä validaatioon, eli kykyä ottaa vastaan ilman arvottamista kaikki potilaan esille tuomat ongelmat ja tunteet, sekä tunnetyöhyön. Vastaanottaminen ei tarkoita mukaan menemistä, eikä sitä että hoitaja uskoo absoluuttisena totuutena kaiken kuulemansa. Esille tulleita teemoja voidaan hoidon / terapian myöhemmässä vaiheessa tarkastella eri näkökulmista ja testata niiden totuusarvoa. Syömishäiriöistä kärsivät potilaat korostavat aidosti kuulluksi tulemisen kokemusta jopa merkittävimpänä tekijänä luottamuksellisen hoito- tai terapiasuhteen syntymiselle (Syömishäiriöpäivät 2009). Aidolla kohtaamisella voi olla myös tärkeä merkitys itsetunnon ja -

arvostuksen kokemisen kannalta. Erittäin ikävänä ja yhteistyötä torpedoivana tekijänä syömishäiriöstä toipuneet henkilöt pitivät sitä, jos hoitaja tai terapeutti olettaa automaattisesti tietävänsä mitä heidän elämänsä syömishäiriön kanssa on!

Syömishäiriöpotilaat ovat herkkiä toisten reaktioille ja pyrkivät säästämään muita ihmisiä ikävyyksiltä uhraten mieluummin oman hyvinvointinsa. Potilas ajattelee hoitajan parasta ja tätä säästääkseen jättää kertomatta omat pahimmat ongelmansa. Hän toivoo sisimmässään, että hoitaja kestäisi inhottavimmat oireet ja kauheimmat ajatukset, mitä potilaan mielessä liikkuu, mutta todellisuudessa potilas ei jaksa uskoa siihen, että kukaan olisi niin vahva. Lisäksi potilas saattaa ajatella, että hänellä ei ole oikeutta vaivata toisia ihmisiä omilla vaikeuksillaan. Charpentierin (2008) mukaan johdonmukaisella, lempeällä, mutta päättäväisellä otteella ja lukemattomien toistojen kautta hoitava henkilö osoittaa potilaalle, että hän kestää murtumatta potilaan pahanolon.

### **3. KOGNITIIVINEN JA KOGNITIIVISBEHAVIORAALINEN TERAPIA**

#### **3.1. Kognitiivisen psykoterapian käsite**

Kognitiivinen psykoterapia on käsite, joka kattaa monia teoreettisia malleja ja käytännön sovelluksia. Yhteistä niille on kognitiiviseen psykologiaan perustuva käsitteistö ja tietyt yleiset työskentelytavat, kuten terapian tavoitteellisuus, tutkiva työote, sekä terapeutin ja asiakkaan välinen aktiivinen, tasavertainen yhteistyösuhde. Eri mallit eroavat toisistaan sen suhteen, kuinka paljon niiden sisällössä korostetaan rationaalisuutta, tunteiden osuutta, kehityshistoriaa tai terapeutin vuorovaikutuksen merkitystä (Hakanen 2008).

Terapeuttien lähestymistapojen moninaisuus selittyy ensinnäkin sillä, että kognitiivisten terapioiden historialle on ollut tyypillistä aktiivinen psykoterapioiden ja käytäntöjen kehittäminen. Ensimmäisistä masennuksen ja ahdistuksen hoitoa koskevista sovelluksista on muokattu runsain määrin terapiasovelluksia muita psyykkisiä häiriöitä varten. Uusien hoitomenetelmien kehitys varsinkin parin viime vuosikymmenen aikana on tuonut mahdolliseksi tarjota terapiapalveluja jopa sellaisille potilasryhmille, joita aikaisemmin on pidetty psykoterapiaan soveltumattomina (Hakanen 2008).

Kognitiivisten psykoterapiamuotojen suureen määrään on myös vaikuttanut se, että kognitiivinen psykoterapia on teorianmuodostuksessa aina ottanut nopeasti huomioon tieteellisen

perustutkimuksen merkittävät tutkimustulokset ja omaksunut ne omien selitysmallien taustaksi. Historiallisesti tärkeimpänä teoreettisena taustavaikuttajana voidaan pitää 1950 – ja 1960 – luvuilla tapahtunutta kognitiivista vallankumousta, lisäksi keskeisessä roolissa ovat Bolwbyn kiintymyssuhdeteoria, kognitiivinen kehityspsykologia ja uusimpina vaikuttajina kognitiivinen neurotiede, neuropsykologia ja kehitysneuropsykologia (Hakanen 2008)

Kognitiivisen terapian taustalla olevan teoreettisen näkemyksen mukaan ihminen muodostaa käsityksen itsestään ajatusten, tunteiden, käyttäytymisen, ympäristön ja fyysisten kokemusten kautta. Ajatukset, oletukset ja uskomukset pitävät yllä joko positiivista tai negatiivista käsitystä itsestä ja tämä käsitys muokkaa käyttäytymistä, jolloin syntyy ikään kuin itseään ylläpitävä kehä. Kognitiiviset prosessit noudattavat tiettyjä lainalaisuuksia, joiden olemassaolosta yksilö ei ole useinkaan tietoinen. Psykkisiin ongelmiin liittyy yleensä tiedon prosessoinnin vääristymistä, jolloin hierarkisesti etenevä ajattelutoiminta ohjaa ja vahvistaa negatiivisen minäkokemuksen syntyä. (Neenan & Dryden 2006).

Keskeiset kognitiivisessa terapiassa tarkasteltavat ilmiöt ovat asiakkaan 1. automaattiset ajatukset, 2. ehdolliset oletukset ja 3. perususkomukset. Automaattiset ajatukset aktivoituvat ongelmallisiksi koettujen tilanteiden yhteydessä joko reaaliajassa tai etukäteen mielikuvien kautta. Ehdolliset oletukset ilmentävät henkilölle muodostuneita käyttäytymistä ohjaavia sääntöjä ja ”elämänohjeita”. Oletusten mukainen päättely on usein kaavamaista ja ehdotonta. Perususkomukset ovat laajoja käsityksiä henkilöstä itsestään, yhtäläillä kuin käsityksiä toisista ihmisistä ja maailmasta yleisesti. Elämäkokemuksen kautta muodostuneet perususkomukset auttavat jäsentämään elämää, mutta painottuessaan negatiivisesti vääristävät ajattelua psyykeä kuormittavalla tavalla. (Neenan & Dryden 2006).

Kognitiivisten mekanismien kautta ajateltuna psyykkiset ongelmatilanteet muodostuvat tavallaan järjestyksessä 3, 2, 1, eli negatiiviset perususkomukset aktivoituvat tilanteessa, jossa henkilön positiivinen oletus itsestä romuttuu ja laukaisee mielessä negatiiviset automaattiset ajatukset. Terapiassa edetään päinvastaisessa järjestyksessä. Ensin on tavoitteena tunnistaa automatisoituneet ajatukset, jonka jälkeen tarkastellaan niiden vaikutusta ehdollisiin oletuksiin ja lopuksi tavoitteena on muodostaa uusia positiivisempia peruskomuksia. (Neenan & Dryden 2006).

### **3.2. Syömishäiriöiden kognitiivinen terapia**

Syömishäiriöiden kognitiivisessa terapiassa tarkastellaan sitä, millaiset ajattelumallit ylläpitävät syömishäiriötä ja ovat olleet vaikuttamassa sen syntymiseen. Terapia keskittyy näiden ajattelumallien tunnistamiseen ja korjaamiseen. Kognitiivisesta lähestymistavasta on vuosien saatossa muotoutunut erilaisia versioita, joista syömishäiriöpotilailla käytetään menestyksekkäimmin kognitiivis-behavioraalista ja interpersoonallista lähestymistapaa. Kognitiivis-behavioraalinen eli kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) korostaa syömishäiriöiden hoidossa tärkeää konkreettisen käyttäytymisen korjaamista haitallisten ajatusmallien korjaamisen lisäksi. Interpersoonallinen terapia paneutuu ihmissuhteissa ilmenevien ongelmien käsittelemisen kautta syömishäiriöiden voittamiseen. Kaikki kognitiivisen terapian muodot on todettu hyödyllisiksi syömishäiriöiden hoidossa (Syömishäiriöliitto).

### **3.3. Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT) syömishäiriöiden hoidossa**

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on käyttäytymisterapian osa, jossa painotetaan kognitiivisten tekijöiden merkitystä (Tuomisto 2005). Kognitiivisia tekijöitä ovat esim tietoinen ajattelu, informaation prosessointi, mieli- ja muistikuvat, sekä näihin prosesseihin liittyvät tunteet. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan kuluvat kaikki ne menetelmät, joita voidaan pitää kognitiivisina tai käyttäytymisterapeuttisina menetelminä, eli kattavat kaikki ne menetelmät, joilla on yhteinen näkemys tieteellisyyden vaatimuksista. Tuomisto (2005) jatkaa vielä, että kognitiivinen käyttäytymisterapia voidaan määritellä synonyymiksi sanalle käyttäytyminen, jolloin käyttötapa perustuu käyttäytymisanalyyttiseen määritelmään, jonka mukaan ihmisen kaikki aktiviteetit, mukaan lukien muun muassa ajatukset ja hermostojärjestelmien välittämät fysiologiset reaktiot ovat käyttäytymistä.

Syömishäiriöiden kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu näkemykseen, jonka mukaan syömishäiriön synnyssä on keskeistä yksilön psyyken rakenne, mutta syömishäiriötä ylläpitää myös näläntunteen aiheuttama fysiologinen ansa (Kuusinen 1997). Terapian ensimmäisessä vaiheessa keskitytään käyttäytymisen muutokseen (McFarlane, ym 2008) eli ohjaamalla noudattamaan täsmäsyömistä, korjaamaan aliravitsemustilaa ja lopettamaan kompensatiokäyttäytyminen. Kuusisen (1997) mukaan jo tässä vaiheessa on välttämätöntä jossain määrin käsitellä myös syömiseen ja painon nousuun liittyviä kognitioita, käytännössä osastohoidossa syömiseen ja painonnousuun liittyviä automaattisia ajatuksia ja niiden ahdistusta lisäävää merkitystä.

Mikäli yksilön ravinnon tarve on tyydytetty säännöllisellä syömisellä, alkavat syömiseen liittyvät

psykkiset kytkennät tulla korostuneemmin esiin. Terapian toisessa vaiheessa opetetaan ongelmanratkaisutaitoja ja kognitiivista uudelleen määrittelyä, sekä käsitellään painon ja kehonkuvan muutoksen tuottamaa ahdistusta. (McFarlane ym 2008). Terapian loppuvaiheessa, mikä toteutuu avohoidossa, työskennellään lyhyemmässä terapiassa keskeisesti relapsin ehkäisyn kanssa ja pidemmässä terapiassa on mahdollista käsitellä enemmän yksilön tunteidensäätelyä, minäkäsitystä ja ihmissuhdeongelmia (Kuusinen 1997).

Kiinteänä osana koko hoito- tai terapiaprosessia on psykoedukaatio, jossa potilaalle annetaan tietoa sairautensa fyysisistä ja psyykkisistä vaikutuksista. Terapiaan kuuluvat tapaamisten välillä toteutettavat välitehtävät, joiden avulla potilas opettelee hallitsemaan oireitaan. Hoidon kesto vaihtelee sairauden vakavuudesta riippuen 6 kuukaudesta 2-3 vuoteen, vakavimmissa tapauksissa se voi kestää useitakin vuosia. Kognitiivisen käyttäytymisterapian toteutus sovitetaan potilaan oireiden vakavuuden mukaan, joten terapia voidaan aloittaa myös erittäin huonokuntoisilla potilailla (Keski-Rahkonen, ym.2008).

#### **4. SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDON YLEISET LINJAUKSET JA KÄSITTEELLISTÄMINEN**

##### **4.1. Hoidon linjaus ja osa-alueet**

Syömishäiriöiden hoito tapahtuu pääosin avohoidossa. Mikäli syömishäiriöihin erikoistuneita yksiköitä ei ole käytettävissä, osastohoitoa tarvitsevat potilaat sijoittuvat psykiatriselle osastolle tai fyysisen tilan niin vaatiessa sisätautiosastoille. Moision sairaalassa on syömishäiriöpotilaiden hoito keskitetty osastolle 4. Osastohoidon tavoitteena on korjata henkeä uhkaavat fyysiset komplikaatiot, korjata aliravitsemustila ja käynnistää säännöllinen syöminen. Tärkeänä tavoitteena on herättää hoitomotivaatiota ja alkuun suojella sairastuneita tilanteilta, joissa he joutuvat oireilemaan ja joissa heidän toipumisensa estyy. Tämän vuoksi hoidon alkuvaiheessa hoitajat ovat runsaasti läsnä hankalissa ja riskialttiissa tilanteissa, kuten ruokailuissa ja ulkoiluissa. Hoidon haasteet pyritään mitoittamaan sairastuneen kykyyn ottaa itse vastuuta itsestään. Vastuuta annetaan sairastuneelle vähitellen hoidon edetessä ja loppuvaiheessa sairastunut vastaakin täysin itse ruokien annostelusta sekä liikunnan määrästä ja pärjää itsenäisesti pitkilläkin kotilomilla (Haponen ja Valtonen 2005).

Akuutissa vaiheessa hoito painottuu näkyvien oireiden korjaamiseen. Oireiden helpottuessa hoidon painopiste siirtyy psyykkisten oireiden hoitoon. Psykoedukaatiota tarjotaan em, linjojen rinnalla

koko hoidon ajan (Charpentier 2008). Hoidon keskeinen parantava osa on hoitosuhteessa syntyvä turvallisuuden tunne ja luottamus. Turvallisuuden kokemuksen synnylle oleellista on terapeutin / hoitajan kyky olla lempeällä tavalla peräänantamaton ja pitää sitkeästi toivoa yllä. Tavoitteena on psyyken rakenteiden korjaantumisen ohella vähintäänkin pienimuotoisesti ravitsemustilan korjaantuminen. Huolimatta siitä toteutuuko hoito avohoidossa vai osastolla, syömishäiriöiden hoidossa on kolme rinnakkaista linjaa, joita toteutetaan läpi hoidon. Painopisteet muuttuvat sairauden vaiheen mukaan.

1. Ravitsemustilan, syömiskäyttäytymisen ja muiden näkyvien oireiden korjaaminen.
2. Psykkisten oireiden korjaaminen.
3. Tiedon antaminen eli psykoedukaatio.

Hoidon osa-alueita ovat:

1. Hoitoon motivointi
2. Painon ja syömisnormaalisointi
3. Pakko-oireiden ja kehonkuvan häiriöiden hoito
4. Ahdistuksen tasaamisen harjoittelu
5. Tarvittaessa muitten psyykkisten häiriöiden hoito.

#### **4.2. Kognitiivis-behavioraalinen käsitteellistäminen**

Kognitiivinen potilastapauksen käsitteellistäminen on tapa esittää ongelmat tavalla, joka tekee ne ymmärrettäviksi ja muokattaviksi. Käsitteellistämisen merkitys on sitä suurempi, mitä enemmän ongelmia potilaalla on. Ilman käsitteellistämisen tarjoamaa ”punaista lankaa” terapeutti voi päätyä hoitamaan yksittäisiä oireita yhä uusien menetelmin, jotka ovat sinänsä tehokkaita, mutta ei kohtaa tilanteesta toiseen samana säilyviä uskomuksia, jotka toimivat muutoksen jarruna. Hoito, jossa ikään kuin hypitään oireesta toiseen ilman kokonaisnäkemystä potilaasta, ei johda toivottuihin tuloksiin (Holmberg ja Kähkönen 2006).

Käsitteellistäminen alkaa ongelmalistauksen laatimisesta ja etenee funktionaalisen analyysin kautta kompensatiokeinoihin ja perususkomuksiin ottaen huomioon myös muita ongelmia ylläpitäviä persoona- ja ympäristötekijöitä. Jälkimmäisiä voivat olla esimerkiksi emotionaalinen haavoittuvuus, joka vaikeuttaa ongelmien tehokasta ratkaisua, tai sosiaalinen verkosto, joka tukee ja vahvistaa haitallista käyttäytymistä (Holmberg ja Kähkönen 2006).

Ongelmalistaus on muutosta vaativan käyttäytymisen konkreettinen kuvaus käyttäytymisen laajaa määrittelyä hyödyntäen. Laajasti määriteltynä käyttäytymisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joita ihmisessä tapahtuu. Näitä ovat esimerkiksi kognitiiviset eli tiedolliset, emotionaaliset ja motoriset reaktiot sekä prosessit. Käyttäytymismuotoja ovat motorinen (tekeminen, eleet, ilmeet), näkeminen ja kuuleminen (myös mielikuvitus), verbaalinen käyttäytyminen (puhe ja ajattelu) sekä tunne ja fysiologiset reaktiot (Miller, 2006). Eli Mitä asiakas tekee? Mitä hän sanoo? Mitä hän ajattelee? Mitä hän tuntee? Mitä fysiologisia reaktioita hänellä on?

Funktionaalinen analyysi tai käyttäytymisanalyysi tarjoaa merkittäviä etuja perinteisen lääketieteellisen diagnoosiluokituksen rinnalle. Lappalaisen (2007) mukaan diagnoosijärjestelmään liittyy psykologian kannalta joitakin ongelmia. Pelkän diagnoosin perusteella on vaikea tehdä psykologista hoitoa, koska psykologinen hoito perustuu tarkkaan yksilölliseen analyysiin, jossa täytyy ottaa huomioon eri käyttäytymisalueiden vuorovaikutus. On esimerkiksi huomioitava miten tunteet, ajatukset ja käyttäytyminen ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Diagnooseja myös käytetään yleiskäsitteen muodossa antaen niille liian suuren selitysarvon, kun taas käyttäytymisanalyysin tarkoitus on kuvata ongelmallista ilmiötä monesta näkökulmasta, jolloin on paremmat mahdollisuudet huomioida erilaisia ongelmaan vaikuttavia tekijöitä ja löytää tarkempia selityksiä (Lappalainen 2007).

Oppimispsykologiaan pohjautuvalle funktionaalille käyttäytymisanalyysille luonteenomaisia ovat suhdeanalyysit. Psykologisen hoidon kannalta suhdeanalyysit ovat tärkeitä, koska hoito edellyttää asioiden välisten suhteiden muuttamista. Uusi oppimispsykologinen teoria, suhdekehysteoria, kuvaa eri käyttäytymismuotojen välisiä riippuvuussuhteita. Johdetut suhteet ovat loogisen päättelyn perusta, mutta toisaalta ne voivat olla myös psykologisen kärsimyksen taustalla. Esimerkkejä mielessä johdetuista suhteista ovat itsen arvostelu ja vertailu muihin (Lappalainen 2007). Holmberg ja Kähkönen (2006) toteavat, että potilaan käyttäytyminen ei tapahdu sosiaalisessa tyhjiössä. Ympäristön vahvistussuhteet muovaavat kaikkia toimintojamme. Siksi on myös hyvä arvioida kasvuympäristön vahvistussuhteiden myötä kehittyneiden uskomusten ja käyttäytymisten funktiota eli sitä, mitä seurauksia potilas pyrkii huomaamattaan tuottamaan tietyllä ajatuksella ja käyttäytymisellä tai kokemalla tai ilmaisemalla tietyn emotion.

Käyttäytymisanalyysin perusoletuksena onkin, että ihmisen ajattelulla ja toiminnalla on kiinteä suhde siihen tilanteeseen ja kontekstiin, jossa ne esiintyvät. Toinen perusoletus on, että jonkin

toiminnan esiintymistilanteilla on yhteisiä vaikuttavia tekijöitä silloin, kun toiminta esiintyy toistuvasti (esim. ahmiminen). Funktionaalista analyysiä käytetään näiden suhteiden tunnistamiseen ja kuvaamiseen. Tavoitteena on tarkastella käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia ja sitä ylläpitäviä tekijöitä. Käyttäytymisen lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutuksia, käyttäytymistä edeltäviä tekijöitä, sekä itse käyttäytymistä ja seurauksia (Tuomisto, ym. 1998).

Analyysi etenee monipuolisella tiedon keruulla: Kartoittamiseen varataan aikaa 1-5 tapaamiskertaa, jolloin myös koti- tai välitehtävinä toteutetut itsehavainnoinnit tuovat arvokasta lisätietoa. Tiedonkeruun jälkeen mietitään asioiden keskinäiset yhteydet toisiinsa ja valitaan mitä analysoidaan tarkemmin ja mitä hoidetaan. Terapiassa yhdistetään käyttäytymisanalyysin eri puolia: edetään globaalista funktionaalista analyysistä (LIITE 1A,B) yksityiskohtaiseen tarkkaan ja / tai ketjuanalyysiin (LIITE 2A,B). Tällöin käyttäytymiskuvaukset ovat toisaalta riittävän laajoja, jotta yhdellä kertaa hoidon kohteena olevien eri käyttäytymisten sama funktio (merkitys tai vaikutus) voidaan tavoittaa, mutta toisaalta riittävän tarkkoja, jotta kaikki mahdollisuudet auttaa ongelmien ratkaisussa pystytään hyödyntämään (Tuomisto, ym 2005).

## 5. LAIHUUSHÄIRIÖN (ANOREKSIAN) HOITO

### 5.1. Laihuushäiriön psykoterapiasta

*"Ensimmäisen sairaalahoidon jälkeen aloin käydä terapiassa. Vapauden ehtona ja äidin mieliksi. Lähtökohdat tervehtymiselle terapiassa eivät siis olleet hyvät. En oikein uskaltanut avautumaan psykologille, vaikka hän pikkuhiljaa sai luottamukseni. Kahden vuoden terapiassa en parantunut, mutta sain sisäisiä välineitä ja keinoja analysoida ongelmiani. Niistä oli apua, kun myöhemmin ammattiin valmistumiseni jälkeen muutin toiselle paikkakunnalle aloittamaan itsenäistymistä vanhemmista ja lapsuuskodistani. Vaikka anorektinen osa minussa on vähentynyt, stressien aikaan oireita tulee edelleen. Vähitellen oireet ovat kuitenkin lieventyneet. Anoreksia on enää kapea varjo minuuteni reunamalla. Täysin vapaa en ole, mutta se ei enää hallitse minua. "*

Pohjolainen ja Karlsson (2005) siteeraavat useita 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia katsauksessaan ja toteavat aliravitsemustilassa laihuushäiriöpotilaan psykoterapiasta saaman hyödyn olevan vähäinen, joskaan ei olematon. Eri psykoterapiamuotoja vertailevien tutkimusten mukaan mikään terapioista ei ole osoittautunut erityisesti toistaan tehokkaammaksi, joskin aikuisten kohdalla yksilöterapia näyttäisi olevan perheterapiaa tehokkaampi myös hoidon alku vaiheessa. Aliravitsemuksesta toipuneiden laihuushäiriöpotilaiden psykoterapeuttisesta hoidosta on tehty vain vähän kontrolloituja tutkimuksia. Nuorten, alle kolme vuotta laihuushäiriötä sairastaneiden potilaiden on todettu

hyötyvän perheterapiasta enemmän kuin yksilöterapiasta sairaalahoidon jälkeen. Perheterapian lisäksi myös perhetapaamiset on todettu hyödyllisiksi. Sairalahoidon jälkeisen psykoterapian vaikuttavuutta aikuispotilailla on selvitetty yhdessä tutkimuksessa. Siinä lähes normaalipainon saavuttaneet potilaat jaettiin satunnaisesti kognitiivisen psykoterapian ja ravitsemusneuvonnan ryhmiin. Vuoden kuluttua kognitiivista psykoterapiaa saaneista oli toipunut 44 % ja ravitsemusneuvontaa saaneista 7 %. Kognitiivisen psykoterapian ryhmässä hoidon keskeyttäminen oli vähäisempää (0 % vs 20 %), samoin sairauden uusiutuminen (22 % vs 55 %). Tulosten perusteella laihuushäiriöstä kärsivät aikuispotilaat hyötyvät kognitiivisesta psykoterapiasta siinä vaiheessa, kun he ovat lähellä normaalipainoan.

Keski-Rahkonen, ym. (2008) tuovat esille, että tutkimuksissa terapian tavoitteeksi määritellään paraneminen mahdollisimman yksiselitteisesti esim. siten, että pääoireiden tulee olla poissa hoidon lopussa, jotta hoidon voidaan katsoa tehonneen. Käytännön työssä terapian / hoidon teho näyttäytyy monella tavalla. Pitkään sairastanut voi saada hoidosta yksinkertaisesti sen hyödyn, että saa lohtua ja apua psyykkisen kivun kestämässä, vaikka oireissa ei tapahdu merkittävää muutosta. Tai hengenvaarallinen alipaino voi kohota lähemmäs normaalia, mutta sairastunut kärsii edelleen alipainosta. Ei voida puhua paranemisesta, mutta hengenvaara on saatu väistymään.

*"Sydänmuutosten palautuminen on ollut hidasta, onneksi kuitenkin olen fyysikan osalta toipunut aika hyvin. Liian raju liikunta ja harmikseni avantouinti ovat edelleen kiellettyjä. Liikuntaa saan kuitenkin harrastaa. Olen myös opetellut lempeämpiä elämäntapoja, että kehoni kestäisi. Se, mitä keho on kestänyt nuorena ja vielä kolmekymppisenä, läheskään kaikkea samaa se ei enää kestä. Pitkäaikainen sairauteni on sydämen lisäksi heikentänyt myös luustoani. Säännöllinen uni, riittävä terveellinen ravinto ja kohtuullinen liikunta kuulostavat klliseisen yksinkertaisilta. Mutta ei ole helppoa päästä eroon painon jatkuvasta kontrollista, kun olen niin kauan elänyt sen mielettömän logiikan mukaan. En ehkä koskaan pääse kokonaan eroon sairaudestani, mutta haluan oppia elämään niin, ettei se hallitse liikaa eikä uhkaa terveyttä."*

Anoreksiapotilaan hoidon alkuvaiheessa korostuu ristiriita oireiden tuottaman epätoivon ja paranemisen edellytyksenä olevien muutosten aiheuttaman kauhun välillä. Sairauden aiheuttamat kärsimykset, kuten väsymys, ahdistus, vatsakivut ja pakko-oireet ovat toisinaan niin voimakkaita, että potilaan paranemishalut kasvavat, eli hän jaksaa uskoa kykyynsä tehdä tarvittavat muutokset. Suurimman osan aikaa kuitenkin oireiden, kuten pakkotoimintojen, paastoamisen ja yliliikkumisen tuoma turvallisuuden tunne ja näiden ahdistusta lievittävä vaikutus pitävät kiinni oireilussa. Ristiriidan sietämisessä auttaa hoitajan tai terapeutin rauhallisuus, johdonmukaisuus ja kyky olla

lankeamatta potilaan virittämiin kielteisiin ansoihin, kirjoittaa Charpentier (2008). Potilaan kanssa ei käydä väittelyä siitä mitä, miten ja miksi hän oireilee. Potilaan tuodessa ilmi väsymystään oireisiin, vahvistetaan tervehtymisen näkökulmaa, tutkitaan paranemisen esteitä ja seikkoja joiden vuoksi hän haluaa päästä sairaudesta eroon.

*"Ehkä en täysin ehjäksi tule milloinkaan. Onko kukaan ihminen ehjä kokonaan? Minulla on kuitenkin elämän lahja ja siivet."*

## 5.2. Oireiden kartoitus ja syömishäiriön käyttäytymisanalyysi

Osastolle tullaan läheteellä ja usein valmiiksi asetetulla diagnoosilla. On erityisen tärkeää, että tutustutaan potilaan yksilöllisiin oireisiin ja pyritään kohdentamaan hoitotoimet niihin kohtiin, joissa osastohoidon rajallisella ajalla olisi mahdollista saada aikaan muutosta. Yleiskäsitteiden, kuten masennus, syömishäiriö, pakko-oireet, varassa on mahdollonta kohdentaa hoitotoimenpiteitä ja tehdä hoitosuunnitelmaa, puhumattakaan hoidon vaikuttavuuden arvioinnista. Käyttäytymisanalyysin tavoitteena on sekä hahmottaa potilaan tilanteen kokonaisuus, että tuoda konkreettisesti, arvioitavissa olevassa muodossa esille ne oireilun osa-alueet, joihin vaikuttamalla voidaan olettaa psyykkisen voinnin kohenevan.

Käyttäytymisanalyysin tavoitteena on ymmärtää ja kuvata miksi syömishäiriöisen on vaikea syödä ja mitkä tekijät voisivat selittää vähän syömistä (Lappalainen 2008). Analyysissa tarkastellaan aluksi kahta tekijää; syömistä ohjaavia sisäisiä ja ulkoisia vihjeärsykykeitä, sekä syömiseen ja siihen liittyvien toimintojen seuraamuksia; palkitsevia ja estäviä tekijöitä. Kognitiivinen työskentely kannattaa aloittaa vasta sitten, kun potilas on saanut alustavia havaintoja ja vakuuttuneisuutta siitä, että vihje ja seuraamusoppiminen säätelevät hänen oireitaan (Laakso). On myös hyvä huomioida, että keskittyminen sairauden syntyyn ja etiologiaan nykyhetken sijaan voi toimia muutosesteenä (Lappalainen 2008, luento)

Laihuushäiriön oirekartoituksen ja käyttäytymisanalyysin tavoitteena on saada kokonaisvaltainen käsitys syömiseen liittyvistä vaikeuksista. Kartoitusta voidaan tehdä sekä terapiaistunnossa että ruokailutilanteessa. Istunnon aikana tehdyssä kartoituksessa pyritään ymmärtämään ja kuvaamaan sitä miksi on vaikea syödä. Mitkä tekijät voisivat selittää vähäistä syömistä? Mitä emotionaalisia reaktioita syömiseen liittyy, samoin mitä ajatuksia? Minkälaista syömiskäyttäytyminen on? Minkälaisia sääntöjä syömiseen liittyy? Minkälainen on potilaan kehonkuva ja minkälaista tarkistuskäyttäytymistä sairastuneella ilmenee? Miten edellä mainitut seikat liittyvät toisiinsa ja

minkälaisia yksilöllisiä ongelmia ja esteitä paranemiselle on? Syömisen aikana tehtävässä kartoituksessa päästään tarkentamaan ruokailun aikaisia tunnemuutoksia, välttämiskäyttäytymistä, syömisen esteitä ja hallintakeinoja, sekä selvitetään sairastuneen omia selityksiä ja kuvauksia tilanteesta (Lappalainen 2004).

### 5.3. Syömisen normalisointi

*”Variaatioita on monia ja niiden vallitsevuus on vaihdellut stressien ja muun elämän tilanteen mukaan. Olen paastonnut, mm. aina ennen kyläilyjä, korvannut ja siirtänyt aterioita kahvilla, elänyt välillä pelkällä salaattilla ja muulla kevyellä. Välillä olen ahminut karamelleja ja oksentanut ne pois. Olen myös oksentanut terveellisiä ruokia, milloin olen syönyt liikaa sisäisen mielen mielestä, ts. myös ilman ahmimista. Olen käyttänyt yliannoksia laksatiiveja saadakseni itseni tyhjäksi. Olen myös liikkunut kuluttaakseni kaloreita mm. kuntosalilla. Sairauden pitkäaikaisena seurauksena on ollut terveyteni vahingoittuminen. Vakavimpina sydänmuutokset.”*

“Anoreksia potilaan klassinen, mutta mahdoton toive on parantua anoreksiasta nostamatta painoa ja lisäämättä syömistä”. Realistista paranemisen mahdollisuutta ei kuitenkaan ole ilman sekä syömiskäyttäytymisen että painon normalisoitumista. Potilas saattaa vaikuttaa etenevänsä paranemisprosessissa pystyessään tarkastelemaan syvällisesti ajatuksiaan, tunteitaan ja käyttäytymistään, mutta mikäli syöminen ei onnistu, eikä paino nouse, on se osoitus siitä, että vielä ei ole päästy ongelman ytimeen. Näin ollen muutoksen pakottaminen syömiskäyttäytymiseen nostaa pintaan psyykkisiä prosesseja, jotka muuten jäisivät turvallisesti piiloon syömisoireen alle. Syömiskäyttäytymisen ja psyykkisen paranemisen välillä on saumaton yhteys, jonka vuorovaikutuksesta hoitajan tai terapeutin on oltava tietoinen. Hoitavan henkilön mukanaolo konkreettisten oireiden korjaamisessa osoittaa potilaalle kehon ja mielen kiinteää yhteyttä ja sitä että toista ei voi parantaa ilman toista (Charpentie 2008).

Avohoidossa oleva potilas pitää ruokapäiväkirjaa, jonka avulla saadaan kuva siitä, kuinka ruokailu todella sujuu. Osastohoidossa tarkastelua päästään tekemään havainnoimalla ja haastattelemalla potilasta. Huomioidaan syömisen määrä, ruokailupaikka, rituaalit, joita voi olla ennen ja jälkeen ruokailun, sekä ruokailun aikana. Huomio suunnataan myös syömiseen liittyviin ahdistaviin ajatuksiin ja tunteisiin. Lievemmin sairastuneet voivat tehdä ruokalisäykset itsenäisesti terapeutin tuen, kannustuksen ja toistuvan psykoedukaation avulla, esimerkiksi yksi lisäys / viikko (200 - 700 kcal). Akuutisti sairaan kohdalla terapeutti on aktiivinen ja tekee suunnitelmat potilaan puolesta.

Kaloreista ei puhuta potilaan kanssa, kaloreihin liittyy kauhumielikuvia. Ruoka-aineista puhuminen korostaa myös sitä, että ruoka sisältää muutakin kuin energiaa, eli välttämättömiä ravintoaineita (Charpentier 2008)

Moision sairaalassa osastolla 4 potilaan ruokailu käynnistetään ravitsemusterapeutin tekemää ateriaohjetta noudattaen, usein paaston jälkeistä ohjetta käyttäen, eli hyvin matalalla energiatasolla. Ruokailu tapahtuu hoitosopimukseen määritellyllä tavalla ja sopimusta / suunnitelmaa tarkastetaan viikoittain. Sopimusta tehdessä arvioidaan potilaan tarvitsema konkreettinen tuki eli pystyykö hän aluksi kokoamaan aterian itse vai tekeekö sen hoitaja. Hoitosopimusta tehtäessä arvioidaan myös, tapahtuuko ruokailu omassa huoneessa vai yleisissä tiloissa ja onko hoitaja koko ajan vierellä, vai riittääkö harvempi tarkkailu. Lisäksi aluksi pidetään myös nestelistaa ja mikäli ateriaohjeen noudattaminen jää vajaaksi, on hyvä kirjata ylös se, mitä potilas sai todella syödyksi (Haponen & Valtonen 2005).

Ruokailussa pyritään 3-4 tunnin välein tapahtuvaan täsmäsyömiseen. Anoreksiaa sairastava on menettänyt normaalin kyvyn aistia nälkää ja kylläisyyttä. Sairastunut vastustaa yleensä säännöllistä ruokailu koska hän pelkää lihovansa suunnattomasti. Säännöllisen ruokailun pitkän aikavälin tavoitteena on kuitenkin saavuttaa syömisen hallinnan lisäksi painonhallinta (Keski-Rahkonen 2008). Anoreksian akuutissa vaiheessa tavoitteena on ylipäättään saada potilas syömään pieniä aterioita säännöllisin välein. Täsmäsyöminen ei tarkoita sitä, että päivittäin syötäisiin tismalleen samoihin aikoihin. Oleellista on, että ateriavälit pysyisivät suunnilleen kolmessa tai neljässä tunnissa (Viljanen, ym 2005).

Ruokamäärän normalisoinnin jälkeen on tavoitteena ruokailun laadullinen normalisointi, eli asteittain otetaan mukaan myös pelottavimpia ruoka-aineita. Pääsääntöisesti tähän vaiheeseen ei ehditä osastollamme, vaan altistaminen tapahtuu avohoidossa. Osastohoidossa aterian laadulliseen sisältöön vaikutetaan kuitenkin niin, että ateria koostuu normaalista sairaala ruoasta, joka on poikkeuksetta huomattavasti monipuolisempaa, kuin mihin anoreksiaa sairastavat henkilöt ovat ennen

osastolle tuloa tottuneet. Aterioihin sisältyvien jälkiruokien ja leivonnaisten syöntiin kannustetaan myös, koska näiden haasteellistenkin ruokien syömisen harjoittelu on hyvä aloittaa heti hoidon alusta (Viljanen, ym. 2005). Syy miksi potilas ohjataan alusta alkaen normaaliruokavalioon, on se, että näin ehkäistään anoreksiaan liittyvää virheajatuksiin pohjautuvaa ruokailua. Viikoittaisen hoitosuunnitelman arvioinnin etuna on myös se, että potilasta on helpompi rohkaista kokeilemaan

uutta käyttäytymistä viikon ajan, kuin ohjata pelottavaan muutokseen ikään kuin lopuksi elämää.

Ravitsemusterapeutti tekee jatkossa potilaalle henkilökohtaisen ateriasuunnitelman potilaan toiveiden ja tottumusten mukaan siinä määrin kuin se osaston ja sairaalan ravitsemuskeskuksen linjojen mukaan on mahdollista ilman että joudutaan tinkimään ravinnon monipuolisuudesta. Esimerkiksi potilas voi vaihtaa maidon juustoksi, painottaa aamu- tai iltapalaa siirtämällä jompaankumpaan lisää leipää tai jakamalla ruoka useampiin kertoihin ottamalla käyttöön ylimääräisen välipalan (Viljanen, ym. 2005). Ruokavaliota voidaan lisäksi rikastaa tai käyttää lisänä täydennysravintovalmisteita.

Syömiseen liittyviä ajatuksia ja tunteita päästään tarkastelemaan suoraan ruokailutilanteissa tai ruokailun jälkeisessä valvonnassa, jotka ovat omahoitajalle tai terapeutille kullannarvoisia hetkiä. Toiset potilaat haluavat syödä hiljaisuuden vallitessa, toisia helpottaa ruokailun lomassa käyty keskustelu. Hoitavan henkilön on hyvä saada tarkka kuva potilaan mielessään käymästä ruokaan ja painoon liittyvästä sisäisestä keskustelusta, (sisäisestä puheesta, anoreksian äänestä) jota hoidollisissa keskusteluissa jatkotyöstetään. Voimakas sisäinen puhe soimaa ja saa potilaan tuntemaan olonsa huonoksi, epäonnistuneeksi, ulkopuoliseksi. Kielteinen ajattelu yleistyy pian kattamaan kaiken toivoa herättävän, samoin toisten kommentit (Charpentier 2008). Hoitaja voi kirjata esiin tulevia ajatuksia muistiin, mutta potilaan itse pitämä ajatuspäiväkirja on suositeltavaa, koska sitä kautta potilas voi jatkossa nähdä ajattelussaan tapahtuneen muutoksen.

#### **5.4. Painon normalisointi**

Syömishäiriöpotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on henkilölle ominaisen hyvinvointipainon (biologinen normaalipaino) saavuttaminen ja siinä pysyminen ilman epänormaaleja syömis- tai liikuntatottumuksia. Välittömästi hoidon alussa ei ole tarpeen puhua tarkoista painotavoitteista, vaan biologisesta normaalipainosta, joka vaihtelee elämän aikana 5 – 10 kg johtuen iästä, raskauksista, elämäntavoista. Useimmilla ihmisillä biologinen normaalipaino asettuu painoindeksillä välille 19 - 25, mutta yksilöllistä vaihtelua voi olla esimerkiksi välillä 17 - 27. Hoidossa keskitytään ensisijaisesti syömiskäyttäytymisen normalisointiin, jonka kautta paino vähitellen normalisoituu (Viljanen, ym. 2005). Potilaskohtaisesti asetetaan osastohoidon painoraja, kuitenkin niin ettei potilaan kotiutuminen liity pelkästään tietyn painon saavuttamiseen vaan osastohoidon tarve määrittyy potilaan kokonaisvoinnin mukaan.

Paino on tärkeä mittari, joka kertoo kehon tilan lisäksi myös psyykkisestä tilasta. Aliravitsemus heikentää abstraktia ajattelukykyä, lisää ahdistusta ja masennusta. Mielialan kohoaminen ilman painon nousua kertoo sairauden pysymisestä ei paranemisesta, joten terapeutti korostaa kaikessa puheessaan ja toiminnassaan aliravitsemustilan ja psyykkisen oireilun yhteyttä (Charpentier 2008).

*”Ensin olin keskussairaalaassa tiputuksessa ja sydäntarkkailussa. Kun kriittiset veriarvot korjaantuivat, siirrettiin minut toiseen sairaalaan. Itse en olisi ikinä mennyt suljetulle osastolle. Mutta sitä ei kysytty minulta! Siellä makasin kaksi kuukautta totaalilevossa. Unessa, valveilla ja unettomana. Lukittujen ikkunoiden takana. Puoli tuntia päivässä sain maata pihalla varjossa. Välillä päivät tuntuivat pitkiltä. Useammin ajattomilta, sillä kaikki päivät olivat samanlaisia. Helteen hehkua ja pääsköjen liitoa sirppisiivin taivaan sinessä. Kaipausta ja lohtu katsella niitä. Mieleni kuitenkin muuttui muutaman viikon jälkeen. Parempi näin kuin sydänpysähdys. Vähitellen sain aloittaa kävelyn. Kuljin sairaalan ympäristössä - puutarhassa ja poluilla lampia ympäri. Viikkojen myötä kunto koheni ja lenkit pitenevät monin verroin. Syyskuun lopulla sain aloittaa käynnit tanssiharjoituksissa, mikä nosti matalaa mielialaani.”*

Osastohoidossa paino mitataan aamulla, ennen ruokailua alusvaatteissa kahdesti viikossa. Hoitava henkilö ottaa vastuun painon seurannasta ja potilas vapautetaan painonsa pakkomielleisestä tarkkailusta. Toisille potilaille tämä on helpotus, toisilla taas ahdistus voi aluksi lisääntyä, kun rutiini rikkoutuu. Painon mittauksessa on harkittava, näkeekö potilas painolukeman vai ei. Charpentierin (2008) mukaan usein akuutissa vaiheessa olevat potilaat ahdistuvat tarpeettomasti nähdessään painonsa jolloin painon näkeminen todennäköisimmin tukee sairautta ylläpitävää ajattelua. Toisaalta taas on hoidollisesti mielekästä, että potilas hoidon edetessä kuulee painonsa, jolloin hän voi työstää muutosta tavoitteena, että painon ylikorostunut merkitys potilaan ajatuksissa vähenee. Lisäksi tieto painosta vähentää pelkoa suhteettomasta painon noususta ja on todisteena hoidon etenemisestä (Viljanen, ym. 2005).

Painon nousutavoite on osastohoidossa aliravitulla potilaalla keskimäärin 0,5 - 1,5 kg viikossa. Painon noususta ei tehdä suurta numeroa, eikä puhuta lihomisesta, vaan painon normalisoitumisesta. Syömishäiriöstä toipuneen puheenvuorossa Oulun syömishäiriöpäivillä 1 / 09 saatiin kuulla innostavampia vaihtoehtoja kriittisille sanoille ja vastine “lihomiselle” voisi olla vaikka “kehonrakennus”, “vahvistuminen”, “hyvinvointipaino”, “tasapainoinen keho”!

Punnituksen jälkeisissä keskusteluissa kannattaa huomiota suunnata painon normalisoitumisen

mukanaan tuomiin positiivisiin muutoksiin (Viljanen, ym. 2005) kuten parempi jaksaminen, parantunut keskittymiskyky, vähentynyt palelu, mielialan piristyminen.

### 5.5. Pakko-oireiden hoito

Pakko-oireet liittyvät yritykseen tehdä ympäristö turvalliseksi, ennustettavaksi ja luotettavaksi. Pyrkimällä kontrolloimaan kaikkea sairastunut varmistaa, ettei mitään yllättävää ja pelottavaa pääse tapahtumaan (Charpentier 2008). Monet suunnittelevat päivän ohjelman minuutin tarkkuudella ja ahdistuvat suunnattomasti, jos rutiineihin tulee muutoksia. Pakko-oireiden työstäminen tapahtuu käyttäytymisen, ajattelun ja tunteiden tasolla.

Oireista luopuminen lisää ahdistusta. On hyvä pitää tunnepäiväkirjaa muutoksen tuottamasta ahdistuksesta ja pelosta. Päiväkirjaa käydään läpi yhdessä hoitajan / terapeutin kanssa. Oleellista on, että potilas pyrkii sietämään kielteisiä tunteitaan turvautumatta pakko-oireisiin. Tavallista on, että potilas kokee oireista luopumisen yhtä aikaa sekä helpottavana että haastavana.

Pakko-oireet **listataan** ja kuvaillaan konkreettisesti minkälaisia, kuinka paljon ja kuinka ahdistavia ne ovat. Seuraavaksi sovitaan mitä yritetään muuttaa ja miten. Työstettäväksi otetaan yksi oire kerrallaan ja muutoksen kokeiluun varataan rajallinen aika, esim. viikko, jonka jälkeen arvioidaan muutoksen toteutumista ja sen vaikutusta potilaan käyttäytymiseen, ajatteluun ja tunteisiin. Osastohoidossakin soveltaen käytettynä hyvä apu on itsehoito-opas: Kerrasta poikki. Vapaaksi pakko-oireista ja rituaaleista: Foa, E. ja Wilson, R. (1991).

Oireiden listaamisen etuna on se, että päästään tarkastelemaan johdonmukaisesti toisinaan hyvinkin laajaa oirekokonaisuutta, joka usein tuntuu sairastuneesta valtavalta, epämääräiseltä alueelta, josta ei voi saada mitään otetta. Oireet järjestetään ryhmiin sen mukaan kuinka ahdistaviksi potilas ne kokee ja kuinka yleisiä oireet ovat. Oireiluun saadaan struktuuria, joka ohjaa myös valitsemaan mistä oireesta aloitetaan, koska liian vaikeaa ja suurta muutosta ei kannata kerralla yrittää. Apuna voidaan käyttää pakko-oireiden listaus lomaketta (LIITE 3 A, B, C).

Tärkeää on painottaa potilaalle sitä, että muutos yhdessä oireessa voi tuottaa helpotusta ja tervettä hallinnantunnetta tavalla, joka yleistyy muihinkin oireisiin. Tarkoitus ei ole, että jokaista yksittäistä oiretta harjoitellaan erikseen.

Kun on valittu oire, valitaan tapa jolla oiretta työstetään. Foa ja Reid (1991) esittelevät kirjassaan viisi erilaista tapaa rikkoa rituaali / pakko-toiminta.

**1. Siirtäminen:** Kun potilas tuntee pakkoa ritualisointiin, sovitaan että hän siirtää pakko-toimen aloittamista sovitun ajan. Aika voi olla puoli minuuttia tai sovitusti vaikka useamman päivän, sen verran kuin potilas arvioi pystyvänsä. Tärkeintä on, että automaattinen kaava katkaistaan ja potilas saa kokemuksen siitä, että hän voi sietää ahdistuneisuutta ilman että alkaa välittömästi toteuttamaan pakkotoimia. Rituaalin siirtäminen lisää myös hallinnan tunnetta. Onnistumalla siirtämään pakkotoimia useamman kerran ja asteittain pidemmän aikaa potilas huomaa, että ahdistus heikkenee ajastaan itsestään, ilman rituaalejakin.

**2.** Siirtämisen lisäksi pakonomaista käyttäytymismallia voi pyrkiä muuttamaan **hidastamalla** pakkotoimen aikaista ajattelua ja kehon liikkeitä. Ahdistuneena on yleensä jännittynyt ja hätäinen olo. Hidastamalla rituaaliin liittyvä kiihkeys vähenee ja pakottavuus saattaa heiketä, lisäksi muisti toimii yksityiskohtaisemmin. Pakko-oireiset epäilevät usein, että he eivät ole ritualisoineet tarpeeksi ja alkavat epäillä, että he eivät ehkä tehneet rituaaliaan oikein, jolloin se täytyy tehdä uudestaan ja uudestaan, uupumukseen asti.

**3.** Rituaalisen **kuvion muuttaminen** edellyttää ensin rituaalin huolellista analysointia. Mitä toimintoja ja ajatuksia rituaaliin kuuluu. Suorittamisjärjestys. Toistojen määrä. Käytetyt esineet. Asennot. Asentoja vastaavat tuntemukset. Ritualisointi paikat. Rituaalin laukaisevat ajatukset ja toiminnot. Jotain kohtaa rituaalissa muutetaan ja harjoitellaan muutaman päivän ajan. Tietoisien muuntelun avulla tahdosta riippumaton käyttäytyminen saadaan tahdon alle.

**4.** Rituaaliin voidaan myös **liittää seuraamus**. Ilman että pakkotoimea mitenkään siirretään tai muutetaan, sovitaan että rituaaliin liitetään jokin ylimääräinen tehtävä, joka ei mitenkään liity potilaan pakko-oireiluun, mutta pakottaa rikkomaan normaalin päiväjärjestyksen. Seuraamus ei ole rangaistus, mutta se saa tuntua rasittavalta. Seuraamuksen on tarkoitus viedä paljon aikaa ja vaivaa ja tavoitteena on, että ritualisointi ylläkkeen herätessä potilas epäröisi ja pysähtyisi ajattelemaan onko viisasta antaa pakko-oireelle nyt periksi.

**5.** Edellä mainitut tekniikat auttavat kehittämään valinta-asennetta ja helpottamaan lopullista **päätöstä lopettaa pakko-oireilu kokonaan**. Harjoittelun tavoitteena on, että potilas kokisi olevansa “valmis lopettamaan”, ennemminkin kuin, että hänen olisi “pakko lopettaa”. Päätös olla ritualisoimatta on päätös kohdata ahdistus suoraan ja sitoumus lakata varjelemasta itseä ahdistavilta

ajatuksilta pakkotoimintojen avulla. Nyt on tavoitteena kulkea kohti ahdistusta, eikä siitä pois päin. Tueksi matkalle mielihyvää ja rentoutumista edistäviä menetelmiä, sekä keskusteluapua.

## 5.6. Kehonkuvan häiriön hoito

Laihuushäiriöstä kärsivä potilas näkee itsenä lihavana ja vaikka näkisi itsenä laihana, tuntee itsenä lihavaksi. Lihavuus liittyy usein kylläisyyden tunteeseen ja apeaan mielialaan, jolloin hyvänä päivänä peilikuva saattaa jopa näyttää vääristymättömän totuuden. Aliravitun ihmisen mieliala on kuitenkin pääsääntöisesti alakuloinen ja ahdistunut, joten psyykkisesti ”huono olo” saa sanallisessa ilmaisussa muodon ”läski olo”. Tavatonta ei myöskään ole ristiriita: ”Vihaan kehoani lihavuuden vuoksi ja häpeän mennä uimarannalle laihuuden vuoksi” (Charpentier 2008).

Osastohoidossa kehonkuvan häiriön hoito tapahtuu yhteistyössä fysioterapeutin kanssa. Moision sairaalassa toteutettavan psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on potilaan ruumiinkuvan eheytyminen ja realisoituminen, ruumiin tuntemusten tunnistamisen edistyminen ja myönteistyminen. Lisäksi myös rentoutumisen edistyminen, lihasmassan säilyminen / kasvaminen, luuston mineraalitiheyden lisääntyminen, lihasjoustavuuden ja nivelliikkuvuuden ylläpitäminen / edistyminen (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2007).

Ajatusten ja tunteiden työstämisen tasolla hoitaja /terapeutti käsittelee potilaan kanssa lihavuuden ja kielteisten tunteiden yhteyttä. Apukeinona voi olla ajatus ja tunnepäiväkirjan pitäminen esimerkiksi ”läski olo” ilmentymistä. Merkittävää on huomioida, että ”läski olo” ei poistu laihtuttamalla, vaan esimerkiksi kohottamalla itsetuntoa, pitämällä puolensa ja vaatimalla muilta tarvitsemiaan asioita! Kehonkuvan häiriö helpottuu usein painon normalisoitumisen myötä, mutta lihomisen pelko jää liittyen esimerkiksi hylkäämisen pelkoon, halveksuntaan, laiskuuteen. Lihomisen pelko ja painonhallinta vaativat paljon työskentelyä läpi hoidon, myös normaalipainon vakiintumisen jälkeen (Charpentier 2008).

## 5.7. Psyykkisten oireiden työstäminen

Keski-Rahkonen, ym. (2008) kirjoittavat, että aiemmin vallalla olleen käsityksen mukaan syömishäiriöpotilaalle ei kannata aloittaa psykoterapiaa ennen kuin painoindeksi on vähintään 17,5 koska aliravitsemustila heikentää kognitiivisia toimintoja siinä määrin ettei potilas pysty hyödyntämään terapiaa. Nykyään tiedetään, että psykoterapiasta on apua myös vaikeassa nälkiintymistilassa oleville. Terapia auttaa oireista luopumisen herättämän ahdistumisen ja pelkotilojen sietämisessä, mikä osaltaan voi nopeuttaa paranemista. Psykoterapia sovitetaan vaativuudeltaan vastaamaan sairastuneen kulloistakin ajattelukykyä (Keski-Rahkonen, ym. 2008)

Psyykkiset oireet käsitteellistetään, sovitaan mitä osastohoidon aikana työstetään ja asetetaan välitavoitteet. Ongelmia voidaan tarvittaessa työstää myös erilaisiin teemoihin liittyvien koti- / välitehtävien avulla. Terapeutti käyttää omaa herkkyyttään tunnustellessaan millainen työskentelytapa auttaa potilasta tutkimaan ongelmiaan ja rohkaistumaan paranemisen mahdollistavien muutosten tekoon (Charpentier 2008).

Kognitiivisessa psykoterapeuttisessa työskentelyssä on keskeistä selvittää millaiset ajattelu- ja toimintamallit ylläpitävät oireita ja pyrkiä korjaamaan ne. Sairastunut saattaa usein ajatella olevansa muita huonompi lähes kaikessa, ulkopuolinen ympäristössään, vastenmielinen muiden silmissä tai muulla tavalla ihmisarvoltaan muiden alapuolella. Terapiassa tutkitaan näitä ajattelumalleja, niiden merkitystä, syntyä ja ilmenemistä arkielämässä, sekä etsitään uusia terveyttä edistäviä ajattelutapoja ja asennetta itseän (Keski-Rahkonen, ym. 2008).

Itseen liittyvät negatiiviset uskomukset istuvat tiukassa, edustavat sairastuneelle totuutta, jonka hän vähitellen elämäkokemuksensa perusteella on omaksunut. Ajatuksista luopuminen saattaa tuntua itsestä luopumiselta. Terapiassa opetetaan uusia tapoja käsitellä ahdistusta ja pelkoja. Tavoitteena on saada elämään terve hallinnantunne ja kokemus selviytyä normaaleista elämän haasteista (Keski-Rahkonen, ym. 2008).

Terapiassa tutkitaan myös mitkä seikat ovat sairauden taustalla ja mikä merkitys oireilla on sairastuneelle. Tavallisesti taustalla on esim. tarve tulla kuulluksi ja huomatuksi, itsenäistymiskamppailu, elämähallinnan menettämisen pelko, perusturvattomuus ja kyvyttömyys käsitellä vaikeita tunteita. Sairastunut pyrkii tiedostamattaan ratkaisemaan ongelmia syömishäiriön avulla (Keski-Rahkonen, ym. 2008).

## 5.8. Erityispiirteitä

Laihuushäiriötä sairastavan potilaan psykologisessa hoidossa on joitain erityispiirteitä verrattuna muitten psykologisten häiriöitten hoitoon. Ensinnäkin **toiston merkitys**. Aliravitut ja paniikinomaisessa ahdistustilassa olevat omaksuvat terapiassa esiin tulevat asiat äärimmäisen hitaasti. Psykoedukaatioon ja sairautta ylläpitävien ajatusten muuttamiseen liittyvät asiat vaativat kymmeniä, jopa satoja toistoja (Charpentier 2008). Hoitajalta vaaditaan paljon kärsivällisyyttä ja varsinkin vakavassa aliravitsemustilassa olevaa hoidettaessa selkeää, konkreettista kieltä ja sen lisäksi kertaamista.

Toiseksi **itsetunnon ja itsearvostuksen korostettu käsitteleminen** varsinkin nuorilla potilailla (Charpentier 2008), mutta myös aikuisten kohdalla. Ihmisellä on oikeus tulla rakastetuksi ja hyväksytyksi ilman, että sitä tarvitsee mitenkään ansaita. Apuna voi käyttää esim. Omien oikeuksien listaa (LIITE 4) ja jatko työstämisessä Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan liittyvä arvotyöskentelyä (LIITE 8A,B,C,D), sekä taitopuutteiden korjaamiseen tähtäävä jämäkkyysharjoittelu (kts. s.43).

Kolmanneksi **sosiaaliset pelot** ovat anorektikoilla tavallisia ja ilmenevät etenkin vaikeutena syödä toisten joukossa ja olla isommissa ryhmissä. Pelkojen taustalla on uskomus, että toiset kiinnittävät heihin kohtuuttomasti kielteistä huomiota ja arvostelua. Nämä on hyvä ottaa terapiassa puheeksi, mutta usein ei vaadita erillistä työstämistä, kuten varsinaisissa sosiaalisissa peloissa (Charpentier 2008).

Neljäntenä erityispiirteenä on anoreksiaa sairastavan **vaikeutunut tunnetyöskentely**. Taustalla on opittu näkemys, että kielteiset tunteet ovat vaarallisia. Toiset tunnistavat tunteet, mutta eivät osaa niitä ilmaista, jolloin terapeutin kanssa harjoitellaan ilmaisemaan tunteita rakentavalla tavalla erilaisissa tilanteissa. Toiset eivät tunnista tunteitaan, jolloin terapeutti opettaa tunteiden tunnistamista, nimeämistä, hyväksymistä ja ilmaisemista (Charpentier 2008).

Viides hyvin leimallinen piirre anoreksiaa sairastavan oirehtimisessa on jatkuva, mielessä kaikuva **kielteinen sisäinen puhe**, joka tyypillisesti syyttää ja sättii sairastunutta, saa hänet tuntemaan itsensä huonoksi ja epäonnistuneeksi, kaikin puolin vastenmieliseksi. Sisäinen puhe on luonteeltaan jankkaavaa ja laajenee nopeasti synkistämään kaikki pientäkin myönteisyyttä ja toivoa ilmentävät potilaan omat ajatukset, sekä muiden lausahdukset (Charpentier 2008).

Kielteisen puheen käsittelemisessä on todettu tehokkaaksi erilaiset ulkoistamistekniikat. Puheen voi esim. nimetä jonkun ulkoisen, sairautta ylläpitävän tekijän ääneksi, kuten vaikka “anoreksia piru”, “peikko”, “käärme”. Sairastunut nimeää itse puheen tuottajan. Seuraavaksi opetellaan tunnistamaan mikä osa ajattelua on “peikon” tuottamaa, mikä omaa ja kuinka hahmon tuottama puhe estää sairastunutta paranemasta, jos sen mukaan toimii. Ajatuksia voidaan yhdessä kirja fläppitaululle tai potilas voi pitää ajatuspäiväkirjaa. Seuraavaksi etsitään yhdessä kielteiselle mielelle terveyttä edistäviä vastineita. Tavoitteena on, että sairastunut alkaisi vähitellen automaattisesti kääntämään kielteiset ajatukset myönteisemmiksi ja saisi sisäisen puheen vaimenemaan (Charpentier 2008).

## **6. AHMIMISHÄIRIÖN (BULIMIAN) HOITO**

### **6.1. Bulimian psykoterapiasta**

Aron Beck kehitti kognitiivisen käyttäytymisterapian 1960-luvulla masennuspotilaiden hoitomenetelmäksi. 1980-luvulla englantilainen Christian Fairburn alkoi soveltaa KKT hoito-otetta bulimian hoidossa ja kehitti selkeän hoitomallin sekä ahmintahäiriön (BED) että ahmimishäiriön (bulimia) hoitoon 1993.

Bulimian hoito-ohjelma kestää yleensä 3-6 kuukautta (10-20 tapaamista). Terapeutin rooli on aktiivinen: hän antaa tietoa syömisestä ja sen vaikutuksista (psykoedukaatio), neuvoo, tukee ja rohkaisee. Sovellettuja tekniikoita ovat ajatusten ja toiminnan itsetarkkailu ruokapäiväkirjan ja harjoitusten tai kotitehtävien avulla. Terapian taustalla on ajatus siitä, että ahmimishäiriö johtuu suurelta osin painoon, ruumiin muotoon ja itsetuntoon liittyvistä ajatusvääristymistä, jotka voidaan tietoisesti oikaista ja korjata. Alkuvaiheessa potilas saa tietoa bulimiasta ja sitä ylläpitävistä tekijöistä sekä oppii itsetarkkailun avulla syömään säännöllisemmin ja vastustamaan tarvetta ahmia ja tyhjentäytyä. Terapian toisessa vaiheessa tarkastellaan bulimiaan liittyviä ajatuksia ja asenteita ja muokataan niitä terveeseen suuntaan (esimerkiksi ruokavalion laajentaminen, suhde omaan vartaloon). Terapian päätösvaiheen tavoitteena on muutoksen tekeminen pysyväksi ja relapsin ehkäisykeinojen omaksuminen (Keski-Rahkonen ja Palmer 2001).

Fairburnin 20 tapaamista sisältävä 5 kuukauden bulimian kognitiivinen hoito-ohjelma on kehitetty ensisijaisesti avohoidossa toteutettavaksi yksilöterapiaksi. Ryhmäterapia sovelluksia käytetään myös ja lisäksi Fairburn on kehittänyt itsehoitomanuaalin. Terapian pidempi muoto (40

tapaamiskertaa) on suunnattu sairastuneille, joiden painoindeksi on alle 17,5.

Ohjelmaa voidaan soveltaa myös osastohoidossa toteutettavaksi. Bulimiatilailta käytettävä kognitiivinen psykoterapia on yksi eniten tutkituista terapiamuodoista (Fairburn, ym.1993).

Bulimian hoito porrastetaan oireilun vaikeusasteen mukaan. Suurin osa sairastuneista hyötyy kotona toteutettavasta itsehoidosta tai psykiatrisesta avohoidosta. Jos ahmimis- ja tyhjentäytymiskäyttäytyminen ovat äärimmäisen voimakkaita, voi lyhyt (viikosta kuukauteen) osastohoito olla välttämätön syömiskäyttäytymisen hallintaan saamiseksi. Bulimia potilailla on usein myös muita vaikeita psyykkisiä oireita, joiden vuoksi psykiatrinen osastohoito on tarpeen (Keski-Rahkonen, ym. 2008).

## 6.2. Terapiasuhteen luominen

Motivointia tarvitaan yleensä vähemmän kuin anoreksiassa, koska potilaalla on selkeämmin halu parantua. Bulimikko kärsii oireistaan ja häpeää niitä. Suurin este toipumiselle on häpeän tunne, joka estää kertomasta terapeutille yksityiskohtaisesti oireistaan ja ristiriitaisista tunteistaan. Oireista luopuminen on tuskallista, tarvitaan täysi luottamus terapeuttiin ja sitä kautta riittävä turvallisuuden tuntu. Potilaalle tyypillistä on kokemus, että on itse syyllinen sairauteensa ja tähän liittyen itseinho. Terapeutin / hoitajan tehtävänä on osoittaa, että oireet ovat keino kestää pahaa oloa. Terapeutti ei tuomitse, eikä paheksu oireita. Läpi hoidon, mutta erityisesti alku vaiheessa psykoedukaation antaminen korostuu. Tietoa annetaan ahmimisen ja oksentamisen, sekä muiden kompensatiokeinojen vaikutuksesta fyysiseen ja psyykkiseen vointiin, sekä sairastuneen sosiaaliseen elämään (Charpentier 2008).

## 6.3. Oireiden kartoitus

Bulimian käyttäytymisanalyysissä on tavoitteena saada kattava kuva ahmimis- ja tyhjentäytymiskäyttäytymisestä, minkä vuoksi on olennaista selvittää **ahmimistiheys**. Ongelmien kokeminen on subjektiivista, eikä diagnoosikriteereihin kannata nojautua orjallisesti. Bulimiaan sairastuneet ovat tuoneet esille kokemaansa oireiden vähättelyä, mikäli ahminta – oksennus kohtaukset eivät täytä diagnostista raamia 2 x viikko kolmen kuukauden ajan.

**Ahmimisen laukaisevia tekijöitä** selvitetessä kartoitetaan yksityiskohtaisesti ahmimista

edeltävät, sen aikaiset ja jälkikäteen esiintyvät ajatukset, tunteet ja toiminta. Tyypillisesti kohtausten laukaisee jokin sosiaalinen tilanne, kielteinen tunne tai ajatus. Vähitellen pyritään saamaan kuvaus kohtausten etenemisestä jopa minuutilleen. On huomioitava, että mielensisällön kuvailu on usein vaikeaa, koska ahmiessaan bulimiam sairastava menee ikään kuin transsiin ja tietoisuus yksityiskohdista hämärtyy. Aika ahminnan ja tarkastelukyvyn välillä voi olla useitakin tunteja! (Charpentier 2008).

Sen lisäksi, että hoitaja / terapeutti saa mahdollisimman tarkan kuvan ahmintaa laukaisevista tekijöistä, ohjaa kohtausten täsmällinen tarkastelu pois transsinomaisesta tilasta. Kun on henkisesti läsnä ahminta tilanteessa, alkaa ahminta tuntua vastenmieliseltä ja tämä jo itsessään saattaa vähentää ahmitun ruoan määrää (Charpentier 2008).

*"Aluksi olin paastoava anorektikko. Ensimmäisen sairaalahoidon jälkeen äiti alkoi vahtia syömistäni niin, etten voinut mitenkään vältellä sitä kuten halusin. Tämän seurauksena opettelini oksentamaan. Aluksi työnsin sormet kurkkuun, mutta pian sain oksennusrefleksin pelkällä ajatuksella. Vähitellen ajauduin siihen, että menin aina syönnin jälkeen oksentamaan. Kotona en voinut tehdä sitä aina salaa, niinpä lähdin heti syötyäni kirjastoon tai lenkille. Kirjastossa luin ja lainasin kirjoja, mutta tärkeintä oli saada ruoka ulos! Lenkeillä metsässä oksensin kannonkoloon tai sammalten alle peittäen jälkeäni. Välillä kävin huoltoasemien vessoissa."*

**Ahmimiskohtausten sisällön** tarkastelussa määritellään ruoan määrää. On syytä erottaa objektiivinen ja subjektiivinen ahminta. **Objektiivisella ahminnalla** tarkoitetaan sitä, kun potilas syö kerralla suuren määrän ruokaa, suuremman kuin terve ihminen söisi missään olosuhteissa, usein yli 1 000 kcal. Syöminen on hallitsematonta, sitä ei voi lopettaa ennen kuin ruoka loppuu, potilas tyhjentäytyy tai on aivan täynnä ahminnasta, "sammuu" ruoasta. Tällöin hoidon painopisteenä syömiskäyttäytymisen osalta on harjoitella ahmimisen hallintaa ja normalisoida syöminen. **Subjektiivisessa ahminnassa** potilas kokee menettävänsä syömisensä hallinnan, vaikka hänen syömänsä ruokamäärä on tosiasiasa pienehkö; esimerkiksi pari leipäviipaleita, muutama pikkuleipä tai normaali; kuten tavallinen ravintola- tai koululounas. Subjektiivinen ahminta on yleistä erityisesti bulimiasta toipuvilla ja buliimista anoreksiasta kärsivillä (Fairburn & Wilsson 1993).

*"Ahmimiset aiheuttivat suunnatonta itseinhoa. Itseinho seurasi myös kohtuullisia syömisä, sillä koin myös ne ahmimisena ja pahana. Parasta olisi ollut, kun ei olisi ikinä tarvinnut syödä eikä ikinä tulisi yhtään nälkää! Sairauden keskellä kadotin taidon tunnistaa nälkää. En tiennyt, milloin se oli viesti, että elimistö tarvitsee ravinnon antamaa energiaa. Milloin paha halu, mikä pitäisi tukahduttaa. En myöskään huomannut, milloin olisi*

*pitänyt tuntea tervettä nälkää sen sijaan, että ajatuskin syömisestä inhotti. Pitkällä paranemisen tiellä olen oppinut kuuntelemaan kehoni viestejä, tunnistamaan niitä ja toimimaan terveyden puolesta.”*

Charpentier korostaa (2008), että lisäksi tulee selvittää **syöminen ahmimiskohtauksen ulkopuolella**. Tyypillistä on pidättäytyä ruoasta päiväsaikaan, jolloin illalla keho on jo tilapäisessä nälkiintymistilassa ja syöminen hallitsematonta. Kaoottisen syömisestä ja päivittäisen nälkiennyttämisen johdosta sairastunut on tavallisesti kadottanut kyvyn tunnistaa kehon nälkä- ja kylläisyysviestejä.

**Ahmimiskohtauksen luonteessa** voi olla eroja. Syömishäiriötä sairastavalle on tyypillistä mustavalkoinen joko – tai ajattelu. Toisilla ahmimisimpulssi käynnistyy jo ruoan ajattelusta. Sairastunut voi kokea, ettei mitään ole enää tehtävissä. Ajateltuaan ruokaa hänen täytyy hankkia ruokaa ja ahmia. Toisilla ahminta käynnistyy silloin, kun he kokevat syöneensä enemmän, kuin olisivat itselleen sallineet. Pienikin ylitys suunnitellussa ruokamäärässä tai sallitussa ruoka-aineessa laukaisee impulssin ahmia samalla kaikilla saatavilla oleva. Joillain ahminnan laukaisee voimakas tunnetila. Ahminnat ovat saattaneet olla pitkäänkin sairastuneen ainoa keino paeta edes hetkeksi ongelmallisista ajatuksista, vaikeaa arkea, tai tapa siirtää tuonemmaksi ikäviin tehtäviin ryhtymistä, jopa tapa rentoutua (Viljanen, ym. 2005). Ahminnan tehtävänä on yleensä tukahduttaa jokin sietämätön tunnetila tai paeta tunnetta, huolimatta siitä mikä kohtauksen näennäisesti on laukaissut (Charpentier 2008).

Ahmintaoireen kartoituksessa voidaan käyttää apuna 3 – 5 vuorokauden ajan ruokapäiväkirjaa, johon merkitään ruoan lisäksi ahmintaan liittyvät tilanteet, tunteet ja ajatukset. Päiväkirjan käyttö tulee suhteuttaa siihen, mitä kirjaaminen sairastuneelle merkitsee. Toisille ruokien kirjaaminen voi lisätä syömisestä hallinnan tunnetta, toisille lisätä ahdistusta ja häpeää kun suuret ruokamäärät tulevat näkyviksi. Bulimiaa sairastavan ruokavalio voi vaihdella kuitenkin päivittäin niin suuresti, että muuten hyvää kuvaa syömisestä ei saada (Charpentier 2008).

#### **6.4. Syömisestä normalisointi**

Merkittävin tekijä ahminnan lopettamisessa on säännöllisen ruokailurytmin aloittaminen. Potilasta ohjataan jopa 5 – 7 kertaa vuorokaudessa tapahtuvaan täsmäsyömiseen, jonka avulla tavoitteena on saavuttaa tasapainotila ahmimisen ja oksentamisen sekoittamassa kehossa, sekä palauttaa normaali nälkä- ja kylläisyysrefleksi (Charpentier 2008). Moisio sairaalassa osastolla 4 potilaat noudattavat

ravitsemusterapeutin suunnittelemaa ateriaohjetta ja hoitaja on potilaan kanssa ruokailun jälkeen tunnin ajan ehkäisemässä oksentamista ja tukemassa syömisestä nousseen ahdistuksen sietämistä (Haponen & Valtonen 2005).

Ahmimisen hallintaan tarvitaan työstämistä sekä toiminnan tasolla (täsmäsyöminen, kompensatiokeinojen rajaaminen) että tunnetasolla (psykologinen hoito, psykoedukaatio). Muutoksen pysyvyydeksi tarvitaan myös merkittävä muutos kyvyssä tunnistaa ja käsitellä vaikeita tunteita, sekä sietää ahdistusta. Tämä edellyttää ahminnan taustalla olevien tunteiden ja tarpeiden tunnistamista, sekä kykyä oppia vastaamaan niihin asianmukaisella tavalla. (Charpentier 2008).

Pitkäaikaisesta oireesta luopuminen vaatii surutyötä. Oireilu on saattanut täyttää potilaan koko elämän ja oireesta luopuminen tuo tyhjiön, jonka täyttämiseksi sairastunut tarvitsee tukea (Viljanen, ym. 2005). Oireista luopuminen on kaikkein pelottavinta silloin, kun sitä ei ole vielä uskaltanut kokeilla. Oireilu saattaa täyttää lähes koko valveillaoloajan, jolloin on vaikea mieltää mitä tekisi, ellei ahmisi ja oksentaisi. Kun potilas uskaltaa luopua oireistaan tulee yleensä luonnollisesti tilalle työhön, kouluun tai ihmissuhteisiin liittyvää elämänsisältöä (Charpentier 2008).

Ahmimisen lopetus voidaan tehdä joko kerralla tai suunnitellusti vaiheittain (Charpentier 2008). Osastohoidossa luonnollisesti pyritään ehkäisemään kaikkien kompensatiokeinojen käyttö, mikä ei käytännössä kuitenkaan ole täysin mahdollista. Viimeistään siinä vaiheessa, kun potilas alkaa käydä lomilla, saattavat ahminta ja oksentaminen alkaa uudelleen. Potilasta kannattaa kuitenkin rohkaista jatkamaan oireesta irtaantumisen harjoittelua, koska pienikin muutos aiemmin kaoottisessa ahminta – oksennus käyttäytymisessä parantaa potilaan elämän laatua. “Repsahdukset” kuuluvat paranemisprosessiin. Oleellista on, että ahminnan jälkeen ei jätetä väliin seuraavaa ateriakertaa, vaan palataan heti täsmäsyömiseen (Viljanen 2005).

Tukena muutoksessa voidaan käyttää esim. mielialapäiväkirjaa, jossa ohjataan tarkastelemaan muutoksen myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia. Mukaan voidaan liittää potilaan itse tekemä mielialan ja / tai psyykkisen voinnin arviointi asteikolla 0 – 10. Muutoksen esteitä kannattaa käsitellä tarkasti. Tavoitteena on tunnistaa mielialan ja elämäntapahtumien yhteys oirehdintaan ja saada viitettä siitä vaatiiko oireista luopuminen tehostettua ahdistuksen hallinta harjoittelua tai syvällisempää tunnetyöskentelyä (Charpentier 2008).

## **6.5. Psykkisten oireiden työstäminen**

Syömishäiriöoireiden psykologinen tehtävä useimmilla potilailla on psykikkisen pahanolon tai kivun lievittäminen, vaikeiden tunteiden pakeneminen, pahanolon viestiminen ympäristölle tai muu yritys kestää vaikeuksien kourissa.

Bulimiassa ja sen hoidossa korostuvat muutamat seikat, joista tärkeimmät seuraavassa.

Bulimiasairastavilla esiintyy tavallisesti voimakasta itseinhoa, kyvyttömyyttä hyväksyä itsensä sellaisena kuin on, sekä ulkopuolisuuden ja tyhjyyden tunnetta. Ahdistuneisuusoireet ja toivottomuuden tunteet ovat tavallisia. Ihmissuhteissa sairastuneet kokevat olevansa riittämättömiä ja kelpaamattomia. Sairastunut pystyy hyväksymään itsensä vain täyttäessään tietyt kauneus-, ahkeruus ja ruokakurivaatimukset (Charpentier 2008). Itsen rankaiseminen on tyypillistä. Ahdistuksen hallinta keinoina ovat ahminta ja tyhjentäminen, kun anoreksiaa sairastavalla korostuvat pakko-oireet. Sairastuneelle muodostuu itseään ylläpitävä ja voimistuva noidankehä, jossa oireet ja henkinen pahaolo voimistuvat. Hoidon alussa korostuvat negatiivisen minäkuvan käsittely ja kyseenlaistaminen (Charpentier 2008).

Terapian keskeisenä tehtävänä on opettaa potilas tunnistamaan mielen sisäinen kielteinen vuoropuhelu ja kyseenalaistamaan itsetuntoa heikentäviä perususkomuksia. Apuvälineenä voidaan käyttää esimerkiksi tyhjän tuolin tekniikkaa ja mielikuvaharjoitteita. Ahmintaoireiden väistyttyä pintaan nousevat usein oireiden alla piilevät psykikkiset oireet. Saattaakin näyttää siltä, että potilaan vointi heikkenee. Usein tämä on kuitenkin osoitus siitä, että tärkeät asiat pääsevät käsittelyyn (Charpentier 2008). Psykiatrisessa osastohoidossa hoidettavilla bulimiapotilailla on usein monia muita psykikkisiä oireita ja impulsiivista käyttäytymistä. Yhden oireen kuriin saaminen saattaa laukaista toisen oireen pintaan nousun, esimerkiksi viiltelyn tai päihteiden käytön. Hoito painottuu kulloisenkin oirekuvan vaatimalla tavalla, merkittävää kuitenkin on, että osa oireilusta saadaan hallintaan ja tätä kokemusta voidaan käyttää rohkaisuna luopumaan yksitellen muistakin oireista (Antony, ym. 2008).

## **7. KKT MENETELMIÄ SYÖMISHÄIRIÖOIREIDEN TYÖSTÄMISEKSI**

### **7.1. Behavioraalisia menetelmiä**

**Käyttäytymisen aktivoinnissa ja toiminta-aikataulujen suunnittelussa potilasta autetaan**

huomioimaan, mitkä osa-alueet hänen elämässään vaikuttavat toimivan huonosti ja miten näitä puutteita voidaan käyttäytymisen aktivoinnilla poistaa. Merkittävää on myös oppia huomaamaan onnistumiset esimerkiksi positiivisten asioiden allakoinnin avulla. Toiminta-aikataulun avulla (esimerkiksi viikko-ohjelmaa tekemällä) voidaan ohjata sisällyttämään arkeen sopivasti velvoitteita ja mielihyvää sekä rentoutusta tuottavia osa-alueita (Holmberg ja Kähkönen 2006).

**Jämäkkyys harjoitteet.** Jämäkkyys harjoitteet ovat osa sosiaalisten taitojen harjoittelusta, jossa korjataan taitopuutteita esimerkiksi rooliharjoituksia hyödyntäen. Rooliharjoitteessa henkilö harjoittelee ongelmallista käyttäytymistä (kieltäytyminen, omien tarpeiden puolustaminen, virheen oikaiseminen, jne.) asettumalla omaan ja / tai vastapuolen rooliin. Harjoitteessa käydään tilannekohtainen vuoropuhelu terapeutin kanssa, myöhemmin asiakas kokeilee samaa terapian ulkopuolella käytännön tilanteessa (Duckworth 2003). Apuna voidaan käyttää myös omien oikeuksien listaa (LIITE 4), joka ohjaa huomioimaan ihmiselle yleisesti kuuluvia oikeuksia rajanvetämisessä itsen ja ympäristön välillä.

Pienen **tauon rakentaminen vihjeen ja toiminnan välille** hyödyttää monia impulssiongelmista kärsiviä. Yllykkeen lauettua pyritään viivästyttämään oireilua, esimerkiksi oksentamista aluksi esimerkiksi parin minuutin ajan, josta asteittain jatketaan aikaa muutamalla minuutilla (Laakso)

Helposti käyttöön otettavia tehokkaita keinoja ovat erilaiset **rentoutusharjoitteet**. Voimakkaasti ahdistuneille potilaille tutustuminen rentoutumisen tunteeseen voi tapahtua aluksi myös hieronnan kautta, mutta on tärkeää, että potilaalle opetetaan omatoimisia rentoutuskeinoja (Charpentier 2004). (LIITE 5A,B,C).

Menetelmiä on tarkoitus toteuttaa pääsääntöisesti **koti- tai välitehtävinä**, jolloin henkilö testaa kokeilun omaisesti terapiassa harjoiteltuja taitoja ja tapoja ajatella uudella, terveyttä edistävällä tavalla (Laakso). Kirjoittaja korostaa sitä, että samalla tulee arvioiduksi uskooko asiakas todella uuteen filosofiaansa, vai onko uusi uskomus vain suggeroiva väite, joka ei elä todellisessa elämässä.

## 7.2. Kognitiivisia menetelmiä

**Ajatuspäiväkirja:** Omien ajatusten ja mielenliikkeiden tarkkailemisen kautta potilaalle syntyy käsitys siitä, miten sairautta ylläpitävät ajatukset hänen kohdallaan toimivat. Hoidon alussa potilas usein pystyy tarkastelemaan ja kirjaamaan mielenliikkeitään vasta ahdistavan tilanteen jälkeen,

saatuaan hieman etäisyyttä sietämättömäksi kokemaansa emootioon, kirjoittaa Charpentier (2004).

**Ajatus - tunne - käyttäytyminen ketjutus** : Kirjataan ylös ongelmallisen tilanteen eteneminen. A. Aktivoiva tilanne. B. Ajatus. C. Seurauksena heräävä tunne. D. Käyttäytyminen.

Seuraavaksi asiakas harjoittelee reagoimaan tapahtumaketjuun tekemällä aktivoivasta tilanteesta uuden, vähemmän uhkaavan tulkinnan / ajatuksen, jolloin tunnereaktio lievittyy ja tilanteeseen on mahdollista reagoida toisella tavalla myös käyttäytymisen tasolla (Leahy 2003). (LIITE 6A,B)

**Ajatusvääristymien tunnistaminen.** Ahdistukseen liittyy usein katastrofia ennakoivia mielikuvia ja ajatuksia. Syömishäiriötä sairastavilla nämä liittyvät usein kontrollin menettämiseen suhteessa syömiseen, lihomiseen tai elämään yleisesti, sekä hylätyksi tulemiseen ja epäonnistumiseen (Charpentier 2004). Syömishäiriötä sairastavalle on myös tyypillistä käyttää ehdotonta mustavalko ajattelua. Tavoitteena on tunnistaa omat, oireilua ylläpitävät ajatusvääristymät (LIITE 7), huomioida kuinka ne vaikuttavat tulkintaan ja käyttäytymiseen, sekä opetella vähemmän haitallisia ajatustapoja, sekä oppia erottamaan oma ajatus absoluuttisesta totuudesta. Esimerkiksi negatiivisen ajattelun tunnistaminen, jolloin asiakas kirjaa ylös kielteisen ajatuksen ja pyrkii löytämään ajatukselleen uusia näkökulmia automaattisen tulkintansa lisäksi (Leahy 2003).

**Sokraattinen kysely.** Sokraattisen kyselyn avulla potilas oppii tunnistaman ja kyseenalaistamaan ajattelussaan olevia vääristymiä. Usein käytettyjä kysymyksiä ovat: Mitä ajattelit sillä hetkellä? Millä muulla tavoin voisit ajatella tästä asiasta? Mitä tämä merkitsee sinulle? Mistä tiedät, että asia on juuri noin? (Holmberg ja Kähkönen 2007). Sokraattinen kysely on myös keskeinen motivoivan haastattelun tekniikka.

**Kielteisen sisäisenpuheen tunnistaminen:** Kirjataan vihkoon automaattisesti laukeava oiretta ylläpitävä anorektinen, tilannekohtainen ajatus. Esimerkiksi: "En saa syödä. Syöminen tarkoittaa, että olen tyhmä, laiska ja heikko kun en pysty vastustamaan nälkää" (Claude-Pierre 2000)

**Kognitiivisen tyylin muuttaminen, esimerkiksi vaihtoehtojen tarkastelu ja aineiston kerääminen puolesta ja vastaan** (Leahy 2003). Em. "Sisäinenpuhe"vihkoon kirjataan oiretta vastustavaa ja terveyttä edistävää materiaalia "Saan syödä. Terapeutti sanoi, että syöminen ja aliravitsemuksen korjaantuminen vähentävät väsymystä ja palelua, sekä lievittävät masennus- ja

ahdistusoireitani (Claude-Pierre 2000). Pohditaan mikä puoltaa henkilön tapaa ajatella tottumallaan tavalla ja mitä haittaa ajatuksista on.

**Ongelman ulkoistaminen**, esimerkiksi tyhjän tuolin tekniikka, jossa kielteinen mielenosa ja tervehtymistä tukeva mielenosa keskustelevat keskenään.

Tavoitteena on, että henkilö oppisi tunnistamaan taipumuksensa soimata itseään ja suhtautumaan mieltensä sisäisiin moitteisiin neutraalimmin ja ymmärtämään, etteivät ne ole aiheellisia (Charpentier 2008).

**Mielikuvaharjoitteet** ongelmallisen ajatuksen ja tunteen alkuperän tunnistamiseksi, jossa henkilö ohjataan eläytymään kulloinkin pinnalla olevaan tunteeseen ja jäljittämään sen alkuperäsi lapsuudenkokemuksiin. Tavoitteena on auttaa potilasta saamaan aidon kosketuksen tunteisiin ja kokemaan myötätuntoa itseä kohtaan itseinhon sijaan (Charpentier 2008). Mielikuvaharjoitteita voidaan käyttää myös apuna ahdistuksen sietämisessä luomalla miellyttävä ”turvapaikka”, johon ajatuksissa palataan vaikeilta tuntuville tilanteille. Lisäksi mielikuvaharjoitteiden avulla voidaan tukea uuden käyttäytymistavan toteuttamista kuvittelemalla ahdistava tilanne mahdollisimman yksityiskohtaisesti tuoksuja ja ääniä myöten. Mielikuvissa käydään koko tilanne läpi hetki hetkeltä sellaisena, kuin se onnistuneesti tapahtuisi. Näin autetaan synnyttämään mielikuva onnistumisen ja selviytymisen kokemuksesta (Charpentier 2006).

**Vahvistussuhteiden tunnistus ja niiden hallinta** tähtää lisäämään potilaan toivottua, terveyttä edistävää käyttäytymistä, sekä vähentämään ei toivottua käyttäytymistä. Hankalaa käyttäytymistä ei palkita esimerkiksi empaattisella kriisikeskustelulla ja rakentavaa käyttäytymistä ei jätetä huomioimatta (Holmberg ja Kähkönen 2007).

**Arvotyöskentely** jatkotyöskentelynä. On myös hyvä tunnistaa sairastuneen henkilökohtaiset arvot ja tutkia kuinka syömishäiriö tukee niitä, tai vaikuttaa niihin (McFarlane, ym 2008). (LIITE 8A,B,C,D)

## **8. PSYKOEDUKAATIO JA MOTIVOINTI SUHTEESSA SAIRAUDEN JA MUUTOKSEN VAIHEISIIN**

## 8.1. Sairauden vaiheet

*"Mielentilani ja mielialani nousi sairauden alussa. Laihtuminen ja runsaan liikunnan kohentama kunto sai minut miltei euforiseen tilaan. Uskoin, että onnistun kaikessa mitä haluan, jos vain yritän tarpeeksi. Tämä vaihe ei jatkunut kauan, sillä sairauden edetessä törmäsin kerta toisensa jälkeen epäonnistumisen kokemukseen. Täydellisyyden tavoitteluni törmäsi mahdottomuuteen, kun en ollut eikä minusta tullut täydellistä. Kadotin itseni ja menin sisäisesti rikki."*

Charpentier (2005) kuvaa syömishäiriösairauden vaiheita. Sairauden vaiheella on merkitystä sekä psykoedukaation antoon, että motivointiin. Sairauden **alkuvaiheessa** useimmat sairastuneet kokevat saavuttavansa oireiden avulla helpotusta ja olon kohenemista. Elämä saattaa tuntua olevan ensimmäistä kertaa hallinnassa ja alemmuuden sekä huonouden tunteet lievittyvät, jolloin mieliala hetkeksi kohenee. Helpotuksen tunne saattaa tulla siitäkkin, että oireilu vaatii niin paljon huomiota, ettei ahdistavia asioita ehdi ajatella.

*"En pitänyt itseäni sairaana. Se ei edes tullut mieleeni. Tunsin vain itseni liian lihavaksi ja halusin laihduttaa aina vähän lisää. Halusin olla kevyt, liikunnallinen ja kauniin hoikka. Paradoksaalista oli, että, mitä pienemmäksi painoni tuli, sitä kauemmaksi tavoitteeni liukui. Peilikuvani oli ihan toisenlainen kuin ystävät ja äiti sanoivat. En kuunnellut ketään. Olin omasta mielestäni täysin oikeassa. Uskoin myös, että voin lopettaa laihduttamisen, milloin haluan. Mutta en halunnut. Meni muutama vuosi. Eräänä iltana en saanut unta, kun oli kova nälkä (yleensä en tuntenut nälkää tai torjuin sen tunteen). Hain kaapista kuivan näkkäripalan ja söin sitä peiton alla. Sen jälkeen minulle tuli suunnaton katumus ja yritin oksentaa. Se ei onnistunut, kyyneleet tulivat ja mieleen hiipi ensimmäisen kerran havainto, että jotain on pielessä. En antanut sille sijaa."*

**Kärsimysvaiheessa** sairastunut alkaa reagoida nälkiintymisen fyysisiin ja psyykkisiin vaikutuksiin. Ensimmäiset epämiellyttävät oireet ovat vatsakivut, päänsärky, väsymys, ärtyneisyys ja mielialan lasku. Ihmissuhteet alkavat kärsiä. Perheenjäsenet kiukustuvat ja turhautuvat syömättömyyteen, riidat lisääntyvät. Sairastunut keskittyy entistä enemmän sairastamiseen ja kaverit ympäriltä kaikkoavat. Vaikka sairastunut kokee tämän menetyksenä, on sairaus jo siinä vaiheessa, ettei sitä useimmiten pysty enää lopettamaan ilman apua. Oireista luopuminen tuntuu jo mahdottomalta, mielessä on pelko, että olo muuttuisi vieläkin pahemmaksi, jos hän luopuisi oireistaan.

Ajan kuluessa sairastunut tulee väistämättä huomaamaan, että oireilu helpottaa vain hetkeksi ja hän alkaa miettiä mahdollisuuttaan luopua oireista. Ollaan vaiheessa, jossa on **toive muutoksesta**, mutta ei vielä konkreettista kykyä muuttaa tilannetta. Sairastunut miettii mitä oireista luopuminen

toisi tullessaan, mutta pelko estää kokeilun. Oireilla on hänelle kuitenkin tärkeä mielialaa tasaava ja lyhytaikaista helpotuksen tunnetta tuova vaikutus. Tyypillinen ajatus sairastuneen mielessä on. Miten selviän, jos lopetan oireilun?

**Muutoksetekovaiheessa** sairastunut vihdoin oivaltaa, että hänen tilanteensa ei helpotu, jos hän ei luovu oireistaan. Muutos tapahtuu pienin askelin. Ruokalisäyksiä tehdessä tulee kauhuntunteita ja sairastunut saattaa palata oireittensa pariin, mutta edistystäkin tapahtuu, mikä lisää onnistumisen kokemuksia ja rohkeutta lähteä yhä haastavampiin muutoksiin. **Paranemisvaihe** on yksilöllinen, mutta joka tapauksessa pitkä, usein vuosia kestävä. Painon ja syömisen normalisoitumisen jälkeen täytyy paranemisen eteen työskennellä psykoterapiassa vielä 2-3 vuotta.

## 8.2. Muutoksen vaiheet

Prohascan ja DiLementen (1984) transteoreettinen muutosvaihemalli sisältää viisi eri vaihetta: esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaiheet. Tavoitteena on sovittaa hoidolliset ja terapeuttiset toimenpiteet siten, että ne tukevat kulloisessakin muutoksen vaiheessa potilaan sisäistä motivaatiota ja edistävät muutosta (McFarlane, ym. 2008). Oleellista on ymmärtää miten vaikeaa ja pelottavaa muutos on syömishäiriöpotilaille (Viljanen, ym. 2005). Hoitoon tullessaan potilaat ovat useimmiten esiharkinta- tai harkintavaiheessa.

*”En halunnut mitään apua, sillä omasta mielestäni minulla ei ollut mitään syömisongelmia! Ne olivat äidin, kouluterveydenhoitajan ja muiden elämäni ihmisten ongelmia. Tämä teki auttamiseni mahdottomaksi ennen kuin olin jo pahasti sairauden vallassa. Avun tarjouksia ja ystävällisiä kysymyksiä sain muutamia ystäviltä ja luokanvalvojalta äidin lisäksi. Torjuin kaikki. Olen joskus jälkempäin miettinyt, kunpa joku olisi saanut minut pysähtymään ja paranemisen tielle ennen kuin olin pahasti pulassa.”*

**Esiharkintavaiheessa** potilas ei vielä tunne tarvetta muutokseen tai edes tiedosta, että hänellä on ongelma. Tässä vaiheessa potilas hyötyy sairauteensa liittyvästä tiedosta (psykoedukaatio), mutta ei suorista ohjeista. Potilaalta voidaan kysyä mistä hän itse tai hänen läheisensä ovat huolissaan? (Viljanen, ym. 2005). Potilas ei ehkä ole valmis harkitsemaan muutosta ennen kuin hän tuntee fyysisiä ja psyykkisiä komplikaatioita. Tässä vaiheessa tulisi muodostaa terapeuttisen yhteistyön malli, jossa potilas voisi suhtautua hoitajaan / terapeuttiin tukea antavana resurssina ja päättää, haluaako hän puuttua syömishäiriöön tulevaisuudessa (McFarlane, ym. 2008).

**Harkintavaiheessa** potilas alkaa tiedostaa sairauden tuottamia ongelmia ja suhtautuminen oireiluun muuttuu ristiriitaiseksi. Hän miettii hyötyjä ja haittoja ja suunnittelee tekevänsä asialle jotain ehkä myöhemmin. Oireen houkuttelevuutta pyritään vähentämään ja potilaan huolestuneisuutta omasta tilastaan lisäämään. Potilas on avoin tiedolle, mutta ei vielä valmis sitoutumaan (Viljanen, ym. 2005). On tärkeää että hoitaja / terapeutti ei yritä puhua muutoksen puolesta, vaan tarjota eri näkökulmia muutoksen harkintaan.

Potilasta autetaan tunnistamaan häiriön hyödyt ja haitat, oireilun tehtävät sekä selvittämään muutoksen syyt. Motivaatiohaastattelu on tässä vaiheessa tärkeää (McFarlane, ym. 2008).

*"Fyysisiin oireisiin sain hoitoa vastentahtoisesti, kun vastuulliset ihmiset veivät minut lääkäriin. Hoidosta en uskaltanut livistä, vaikka olisin halunnut toimia omin päin suhteessa ruokaan ja liikuntaan. Jollainlailla kuitenkin olin helpottunut, kun en ollut aivan yksin sairauteni kanssa. Sanallisesti enkä asenteellisesti en pystynyt jakamaan vaikeuksiani, mutta hyväksyin kuitenkin säännölliset paino- ja verikontrollit. Sairaalaan jouduin kolme kertaa pitkäksi aikaa. Siellä kehoni vähän toipui ja tervehtyi. Samalla millipisaraksi vähentyneet voimani alkoivat palautua. Paranemisen halu syntyi siitä, etten halunnut joutua takaisin letkuruokintaan, niin äärettömän kamalaa se oli. Minulle on sanottu, että olen hyvin lähellä kuolemaa. Onneksi elämä voitti kaikesta huolimatta."*

**Valmistautumisvaiheessa** potilas haluaa tehdä muutoksia ja kaipaa apua pienten, pysyvien konkreettisten muutosten tekemiseksi, mutta voi olla vielä epävarma ja pelokas (Viljanen, ym. 2008). Tässä vaiheessa hoitajalla / terapeutilla on hyvä mahdollisuus auttaa potilasta toimintavaiheeseen kehittämällä yksilöllinen, konkreettinen hoitosuunnitelma.

**Toimintavaiheessa** potilas on sitoutunut muutokseen ja alkanut jo muuttaa käyttäytymistään. Potilas tarvitsee käytännön vinkkejä, tiivistä tukea ja rohkaisua. Toimintavaiheessa potilas hyötyy myös mahdollisesti osastohoidosta eniten (Viljanen, ym. 2005). Se, että potilas on valmis hoitoon, ei välttämättä tarkoita sitä, että hän olisi toimintavaiheessa. Ennen hoidollisten menetelmien valintaa on tärkeää selvittää mikä potilasta motivoi ja missä muutoksen vaiheessa hän on (McFarlane, ym. 2008)

**Ylläpitovaiheessa** potilas työskentelee luodakseen pysyviä toimintatapoja ja ehkäistäkseen uudelleen sairastumista. Sairastunut saattaa edelleen suhtautua ristiriitaisesti paranemiseen ja

takapakkeja saattaa tulla. Repsahdukset kuuluvat toipumiseen. Potilas ei etene suoraviivaisesti muutosvaiheesta toiseen, vaan palaa edelliseen vaiheeseen tai käy vaiheet läpi useampaan kertaan ennen lopullista toipumista (Viljanen, ym. 2005).

### **8.3. Psykoedukaatio**

Syömishäiriöiden hoidossa psykoedukaatio ja hoitoon motivointi kulkevat käsi kädessä ja tukevat toisiaan. Huonokuntoisen, sairautentunnottoman anoreksiapotilaan motivaation herättelyssä voidaan käyttää psykoedukatiivisia komponentteja (Viljanen, ym. 2005). Bulimiapotilaan hoidon alussa ei yleensä tarvita yhtä paljon motivointia kuin anoreksiaa sairastavan, mutta oikean tiedon antaminen ja vääristyneiden käsitysten korjaaminen on välttämätöntä.

Psykoedukaation eli tiedollisen ohjaamisen tavoite on antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, ravitsemuksesta ja sen toteuttamisesta, biologisesta normaalipainosta ja painon säätelystä, sekä liikunnasta, laihduttamisesta ja painonlaskusta. Ohjausta annetaan myös ahmimisen ja oksentamisen vaikutuksesta ruumiiseen, mieleen ja ihmissuhteisiin, sekä sairauden uusiutumisen estosta. Psykoedukaation tavoitteena on myös tutustua syömishäiriön taustalla oleviin uskomuksiin ja tarvittaessa muuttaa niitä, jotta ne eivät olisi paranemisen esteenä (Viljanen, ym. 2005).

Psykoedukaatiota antavat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt. Tiedon on oltava yhdenmukaista ja on hyvä käyttää opastuksen tukena kirjallisia ohjeita. Etenkin huonokuntoisen anoreksia potilaan voi olla vaikea käsitellä annettua tietoa ja muistaa kuulemaansa, joten asioita kerrataan hoidon aikana useaan otteeseen. Psykoedukaatiota annetaan myös sairastuneen perheelle ja läheisille (Viljanen, ym. 2005)

Sairastuneelle kerrotaan neutraalisti, tuomitsematta tai pelottelematta mitä tiedetään sairauden riskeistä ja kuinka tilannetta voi itse alkaa korjata. Ohjausta annetaan luontevassa tilanneyhteydessä, esim. kun potilas ilmaisee itse jonkin huolen. Voidaan myös kysyä teemoihin liittyviä kysymyksiä, esim. Mitä potilas tietää oksentamisen hammashaitoista? (Viljanen, ym. 2005)

#### **8.3.1 Vääristyneet uskomukset**

Medialla on suuri vaikutus ihmisten käsityksiin ravitsemuksesta, liikunnasta ja laihduttamisesta. Terveystietä on tullut arvo, jonka tavoittelemisessa valitettavasti kehon ja mielen terveys voivat

joskus jäädä pahasti taka-alalle. Vääristynyttä tietoa on välillä vaikea erottaa asiallisesta tiedosta ja syömishäiriöön sairastuneen kohdalla saattaa käydä niin, että asiallinenkin tieto muokataan tukemaan sairasta käyttäytymistä. Sairastuneen ajatusrakennelmat ovat kuitenkin hänelle tosia ja niiden vähätteleminen tai torjuminen johtaa potilaan vastarintaan. Potilaan ajatuksiin kannattaa suhtautua kiinnostuneen uteliaasti. Vääristyneitä käsityksiä pyritään lähestymään ja ymmärtämään kysymysten avulla. Tavoitteena on saada sairastunut huomaamaan ristiriita terveystavoitteen ja epäterveen käyttäytymisen välillä. (Viljanen, ym. 2005).

*"Olin jo terveellisen syömiseni aikoihin kiinnostunut kaloreista. Minulla oli taulukko useiden peruselintarvikkeiden energiamääristä. Opin sen ulkoa ja valitsin syömisiäni sen mukaan. Aloin kiertellä kaupoissa. Toimin kolmella eri tavalla, jotka vaihtelivat. Ensimmäinen versio oli tuoteselostusten tutkiminen ja lukeminen. Saatoin viettää kaupassa pitkän aikaa niiden äärellä. Silloin en ostanut mitään tai vähän jotain terveellistä. Toinen versio oli viipyillä karkki-, keksi- ja muiden herkkuhuyllyjen äärellä ja kuvitella, miltä ne maistuvat. Joskus luin silloinkin tuoteselostuksia, useammin vain haaveilin kielletyistä herkuista. Kolmas versio oli ostaa jäätelöä ja karkkia, jotka sitten ahmin väistämättömin seurauksin."*

### 8.3.2 Ravitseminen

Sairastuneen tietoisuus rajoittuu usein ruokien energia- ja rasvapitoisuuksiin, sekä laihduttamiseen (Viljanen, ym.2005) Moninaiset laihdutusohjeet saattavat antaa ikään kuin oikeutuksen karsia ruokavaliosta joitain ravintoaineita kokonaan pois. Esimerkiksi vähähiilihydraattinen ruokavalio toteutetaan karsimalla kaikki hiilihydraatit, jolloin ravintokuidun ja suojaravintoaineiden saanti heikkenee merkittävästi. Liikunta ja ravitsemussuosituksia ylitulkitaan ja niihin suhtaudutaan mustavalkoisesti, joten asiallisen tiedon saamiseksi ja vääristymien korjaamiseksi tiedollinen ohjaus on varsin tarpeellista.

### 8.3.3 Fyysiset ja psyykkiset ongelmat

Fyysiset ja psyykkiset ongelmat tulee osoittaa potilaalle. Somaattiset ongelmat johtuvat alipainosta tai ahminnasta ja kompensaatiokäyttäytymisestä. Ongelmat korjaantuvat pääosin kun paino normalisoituu tai syömishäiriökäyttäytyminen loppuu. Palautumattomia muutoksia ovat hammasvauriot ja luumassan menetys. Pahimmillaan fyysiset komplikaatiot johtavat kuolemaan. Hitaasti syntyneet komplikaatiot eivät aluksi tunnut tai näy millään tavalla. Lihaskunnan heikkenemiseen sopeutuu huomaamattaan ja esimerkiksi luun haurastuminen ilmenee ainoastaan

painon laskuna. Varsinaisten sairauden merkkien puuttuessa ihminen tottuu olotilaansa (Viljanen, ym. 2005).

*"Vähitellen menin niin huonoon kuntoon, että jouduin sairaalaan. Maatessani tiputuksessa ja nenämahaletkussa viikkoja myönsin itselleni, että olen sairas. En kuitenkaan halunnut "parantua", sillä lääkärin mukaan painon nousu on ainut tie kohti terveyttä. Sairaalasta halusin pois, mieluiten olisin halunnut kuolla. Suhtauduin kuitenkin kuolemaan passiivisesti enkä itse tehnyt mitään itsemurhayrityksiä. Toivoin vain nukahtavani ikuiseseen uneen. Kun niin ei käynyt, uskaltauduin tarkastelemaan omaa kaltoin kohteilemaani kehoa: Kaikki verisuonet olivat pinnassa, ne olivat kuin etanat pitkin jalkojani ja käsiäni. Jokaisen selkänikaman päällä sekä lonkkaluissa oli isot mustelmat, jotka tulivat tehdessäni jumppaliikkeitä. Ihoa peitti ohuenohut nukkakarva. Hiuksista lähti isoja tukkoja ja ohut tukkani oli eloton. Kynnet lohkeilivat ja silmien alla oli mustat varjot. Minua paleli aina. Koko keho tuntui raskaalta ja voimattomalta. Välillä en jaksanut edes nousta istumaan yrityksistä huolimatta."*

Sairastunutta itseään huolestuttavat yleensä ulkoiset, "kevyemmät" oireet, kuten hiusten lähtö, kynsien haurastuminen, lanugokarvoitus, vatsavaivat ja palelu. Sairastunut ei ole välttämättä tiedostanut tai halunnut tiedostaa vaivojen johtuvan aliravitsemuksesta. Potilaalle kerrotaan myös pitkittyneen aliravitsemuksen ja laihduttamisen aiheuttamista psyykkisistä komplikaatioista, kuten masennus, ahdistus, pakko-oireet, ruoan ja painon jatkuva ajattelu, heikentynyt keskittymiskyky, univaikeudet. Viljanen , ym. (2005) opastavat, että tapaamisissa käytetään hyväksi jokainen otollinen tilaisuus, jossa voidaan osoittaa ongelmien johtuvan syömishäiriöstä.

#### **8.3.4 Nälkiintymisen seuraukset**

Keskeinen ongelma syömishäiriössä on ruoan rajoittaminen. Anoreksia potilaalla se aiheuttaa laihtumista ja bulimia potilaalla ahmintaa. Tie pois fyysisistä ja psyykkisistä ongelmista on laihduttamisen lopettaminen. Potilaalle annetaan tietoa nälkiintymisen vaikutuksista, kuten aineenvaihdunnan hidastumisesta, sydänlihaksen, aivokudoksen, luumassan ja lihaskudoksen vähenemisestä, sekä hormonitoiminnan häiriöistä, elimistön kuivumisesta ja psyykkisistä oireista. Viljanen, ym. (2005) painottavat tekstissään, että syömishäiriöpotilaalle ei voi olla liiaksi korostamatta sitä, ettei hoidon tavoite ole liikapaino tai lihavuus, vaan ravitsemusohjaus tähtää itse asiassa matalimpaan mahdolliseen painoon, jossa potilas voisi toipua syömishäiriöstään ja elää terveenä. Syömishäiriöpotilaan hoitoon kuuluu ehdottomasti myös painonhallinnan ohjaus.

## 8.4. Motivaatio

Oireista luopuminen on monille vaikein ja pelottavin asia, jonka he ovat koskaan joutuneet tekemään. Tässä tilanteessa on tärkeää, että hoitava henkilö on turvallinen ja osaa tukea potilasta tässä hänen elämänsä ehkä suurimmassa haasteessa. Kysy hoitajana / terapeuttina itseltäsi, kuinka paljon uskot potilaan kykyyn parantua tai kroonistunutta syömishäiriötä sairastavan kohdalla kykyyn toipua elämänlaadullisesti selvästi paremmalle tasolle? Arvioi itsesi asteikolla 0 – 100. Syömishäiriötä hoitavalla henkilöllä tulisi olla järkähtämätön usko paranemiseen / toipumiseen – potilaalla sitä ei hoidon alussa juurikaan ole!

Syömishäiriöpotilaalla ei usein olekaan kyse motivaation, vaan rohkeuden puutteesta. Oireista luopuminen nostattaa voimakasta ahdistusta, joka koetaan välittömänä psyykkisenä tuskana, eikä suinkaan helpotuksena. Oireista luopuminen vaatii luottamuksellista, turvallista hoitosuhdetta, jonka varassa rohkaistutaan kokeilemaan oireista luopumista. Tähän tarvitaan terapeutin järkähtämätön usko potilaan toipumiseen ja jatkuvaa toistamista. Syömishäiriötä sairastavan ajattelu on luonteeltaan äärimmäisen kielteistä, sekä ahdistuksen, että pelon ohjaamaa, joten myönteinen ajattelu ei kanna aluksi kuin hetken. (Charpentier 2008)

### 8.4.1 Motivointi kokemustiedon valossa - Miten tuen sairastuneen parantumismotivaatiota?

Syömishäiriöliiton järjestämällä Oulun Syömishäiriöpäivillä tammikuussa 2009 tehtyjen ryhmätöiden antia: Ryhmissä oli osallistujina syömishäiriötä sairastavia, sairaudesta toipuneita, sairastuneiden omaisia ja ammattihenkilöstöä eri asteisista hoitojärjestelmistä läpi Suomen. Ryhmissä vaihdettiin tietoa ja näkemyksiä syömishäiriöiden hoidosta ja etenkin paranemismotivaation tukemisesta. Seuraavassa esiteltynä keskeiset esille nousseet teemat.

**Toivon antaminen** ja muistuttaminen siitä, että takapakitkin kuuluvat asiaan. Motivaatiota tukee sen selvittäminen, mitä asioita haluaa tehdä päivittäisessä elämässään ja miettiminen mikä oli kivaa ennen sairastumista, haaveilu, unelmat, eli oman elämäntarinan rakentaminen. Lisäksi toivoa ja motivaatiota vahvistaa se, että työntekijä mahdollistaa muutoksen sanoittamalla sen ja osoittamalla jo tapahtuneet pienet muutokset, sekä ohjaamalla huomioimaan muutoksen merkityksen.

**Yksilöllisyyden huomioiminen** koettiin muutosmotivaatiota tukevan tekijänä. On tärkeää, että sairaus ja ihminen nähdään erillisinä. Ei puhuta syömishäiriöisestä vaan esim. ”Annasta joka

sairastui syömishäiriöön”. Ihmisestä ollaan kiinnostuneita persoonana, jolla on oma tarina ja omat arvot. Käydään avointa, rehellistä keskustelua ja todella kuunnellaan mitä asiakkaalla / potilaalla on sanottavana. Sanoitetaan myös eri osapuolten välillä olevaa ristiriitaa. Lisäksi on tärkeää tuoda esille positiivisia asioita ja hakea hyviä asioita sairastuneesta. Hoitavalta henkilöltä vaaditaan luonnollisesti herkkyyttä tunnistaa asiakkaan motivaatio.

**Oikeanlaisen tiedon antaminen** potilaalle ja verkostolle siitä miten sairastuneen ajattelu ja sairastuneen käyttäytyminen eroavat terveestä. Tiedon antamisessa on keskeistä riittävä toisto ja muistuttaminen, koska kognitiivinen kapasiteetti ei aliravitsemuksessa ole normaalilla tasolla

**Turvallisuuden luominen** johdonmukaisella toiminnalla, pysymällä rinnalla ja luomalla luottamuksellista hoitosuhdetta. Tärkeää on, että ihminen on tuttu ja tilakin on tuttu. Turvallisuutta luo myös läheisten motivaation tukeminen ottamalla perhe mukaan hoitoon.

#### **8.4.2 Käytännön ongelmia tai mahdollisuuksia sekä auttajan että sairastuneen näkökulmasta**

Oulun syömishäiriöpäivillä 2009 puhui myös syömishäiriöterapeutti Taakala, joka tarkasteli hoitosuhteen ja luottamuksen luomiseen sekä motivaation tukemiseen liittyviä ongelmallisia tilanteita sekä auttajan että asiakkaan näkökulmista. Alla on kuvattuna käytännössä esiin tulleita... ja tulevia hankalalta tuntuja tilanteita, joihin kuitenkin voi suhtautua terapeuttisen työskentelyn mahdollisuuksina, ei esteinä!

#### **Auttajan ongelmia . . . ja ratkaisuja.**

Tavallista on, että asiakas ei myönnä syömishäiriötään => Hän tarvitsee syömishäiriötä, eikä vielä tunnista ongelmaa, mutta hänellä on varmasti jotain, minkä suhteen hän tarvitsee muutosta, joten siitä kannattaa yhteinen matka aloittaa.

Hoito keskeytyy tai asiakas ei sitoudu => Vaatimukset ovat olleet liian järeitä, liian lempeitä, tai voimattomia. Auttajan on hyvä kertoa mitä tekee ja miksi, jolloin päästään arvioimaan toimenpiteiden sopivuutta.

Asiakas valehtelee tai vastustaa => Todennäköisesti asiakas suojelee itseään, joka tapauksessa syömishäiriön kanssa eläminen on ristiriitaisuudessa taistelemista.

Asiakkaalta puuttuu motivaatio => Asiakas ei ole tullut katsoneeksi asiaa riittävän monelta kantilta, tai häntä ei ole autettu löytämään omaa tervettä tahtoaan. Kaikilla ihmisillä on sekä kyky että halu onnellisuuden ja hyvän elämän kokemiseen. Syömishäiriökin on hyvän tavoittelua, joskin keino on tuhoava.

Asiakas on negatiivinen => Voi tuntua turvalliselta olla kielteinen, kun kokee ettei pysty vastaamaan odotuksiin.

Asiakas on liian myönteinen => Pahaa oloa on liian vaikea kohdata, myönteisyys pitää yllä turvallisuuden tunteen illuusiota.

Asiakas on vaikea => ”Hänellä on vaikeaa ja minulla on vaikeaa”. Syömishäiriö on vaikea tila ja syömishäiriö on vaikea mielenilmiö.

Syömishäiriökäytös on käsittämätöntä, hämmentävää => Näin se on myös sairastuneen mielestä, vaikka samalla itsestään selvää, pakonomaista. Sairauden luonne on ymmärrettävä; se on väliaikaisesti varastanut henkilön minuuden paikan.

Asiakas ei hyödy hoidosta => Tukiverkosto ei ole riittävä, tai auttaja turhautuu kykyihinsä. Tarvitaan luovuutta, tietoa, rakkautta, lujuutta ja tahtoa.

### **Sairastuneen ongelmia**

”Minua ei kuunnella.”

”Minua ei kunnioiteta.”

”Auttaja ei ymmärrä.”

”En ole riittävä, en osaa olla asiakas.”

”En voi luottaa.”

”Minua ei oteta vakavasti, edellytetään sairaampaa.”

”Painokeskeisyys tuntuu riittämättömältä.”

”Minuun suhtaudutaan liian vakavasti / ankarasti.”

”Lähestymistapa on ahdistava ja ahdistus on liian vaikeaa.”

”Pelkään muutosta.”

”Jään liian yksin, pelkkä kuuntelu ei riitä.”

”Syöminen on uhkaavaa, ymmärrys ruuan merkityksestä on vääristynyt.”

”Tunteiden kokeminen ja säätely ovat hukassa.”

”Minua syyllistetään, rankaistaan.”

”Syömishäiriötäni yleistetään.”

”Auttaja liioittelee.”

Työntekijän on osattava tuntea ja olla tunteiden kanssa. Hän menee asiakkaan kanssa sinne, missä tämä on heikko, haavoittuva, yksinäinen ja epävarma. (Linda Taakala 2009).

### **8.5. Motivoiva haastattelu**

Motivoivan haastattelun tekniikat ja motivaatiota vahvistavat hoitomallit ovat potilaskeskeisiä menetelmiä, joiden tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen. Oleellista on, että henkilö asettaa itse tavoitteet toivotulle muutokselle. Työntekijä pyrkii valottamaan ristiriitaa ongelmakäyttäytymisen ja henkilön asettamien tavoitteiden välillä.

Motivaatio ei ole motivoitavan persoonallinen ominaisuus tai vakiintunut olotila, jota on tai ei ole, vaan se syntyy henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa, vahvistaa tai tuhota. Motivoivan haastattelun menetelmä on tavoite- ja voimavarasuuntautunut vuorovaikutusprosessi. Hyvät tavoitteet etsitään ja nimetään yhdessä asiakkaan kanssa. Lyhyen ja pitkän tähtäimen tavoitteet määritellään myönteisenä toimintana mahdollisimman konkreettisesti (Miller & Rollnick 2002).

Työntekijä käyttää erilaisia strategioita ja avaintaitoja tukeakseen asiakasta, joka etenee muutosvaiheesta toiseen ratkaistakseen kestävästi sisäisen ristiriitansa. Ambivalenssia tutkitaan punnitsemalla nykyisen toiminnan ja muutoksen jälkeisen toiminnan hyötyjä ja haittoja.

Motivoivassa hoitohaastattelussa avoimet kysymykset ovat vallitseva tyyli. Kysymys alkaa m- tai k-alkuisella kysymyssanalla kuten; mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa, kuinka. Avoimet kysymykset tuottavat runsaita vastauksia, joita on oltava aikaa ja malttia kuunnella. Näin jää tilaa asiakkaan sisäiselle prosessille ja sen tuottamalle muutospuheelle. Avoimet kysymykset antavat paljon informaatiota ja mahdollistavat pohdiskelua. Ne edistävät näin motivoitumisprosessia. Suljetut kysymykset puolestaan alkavat verbi-alkuisella teonsanalla, joka

päätyy -ko, -kö kuten; käytätkö, oletko, haluatko, menetkö, aiotko, teetkö. Ne tuottavat helposti lyhyitä yksisanaisia vastauksia esim. kyllä, ei, joo yms. Ne ovat paikallaan asioita tarkennettaessa mutta eivät yhtä hyvin edistä motivoitumisprosessia (Miller & Rollnick 2002).

Reflektoiva eli heijastava kuuntelu on keskeinen taito. Se on puhujan sanomaa valikoivasti takaisin heijastavaa arvaavaa toteamista. Reflektoidessa ei oteta asiaan kantaa tai kysytä, mutta luonnollisesti se, mihin asiaan ja sanoihin reflektoidaan, on kannanotto. Reflektointi ei ole passiivista vaan valitsevaa ja ohjaavaa. Reflektoinnin tasoja on erilaisia: sanotun toisto, sanotun uudelleen muotoilu, selventävä muunnelma (sanotun merkityksen) ja tunteiden heijastaminen. Usein keskustelun alussa keskitytään ensiksi mainittuihin syventäen sitä ymmärryksen lisääntyessä. On tärkeää, että

haastateltava voi oikaista/korjata haastattelijan päätelmiä tai arvauksia. Vahvistaminen kiinnittää huomion muutoksen kannalta myönteisiin asioihin. Se rakentaa yhteistyösuhdetta, lujittaa avointa tutkimista, rohkaisee haastateltavaa muutokseen ja luo toiveikkuutta. Reflektoiva kuuntelu on sinällään vahvistavaa (Miller & Rollnick 2002).

Yhteenvedot lisäävät tietoisuutta ja hallinnan tunnetta, auttavat päätöksenteossa ja edistävät muutosprosessia. Ne voivat olla kokoavia, yhteen liittäviä tai siirtymäyhteenvetoja. Yhteenveto sisältää esim. asiakkaan perustelut muutokselle, ambivalenssin, ”objektiiviset näytöt” eli faktat ja henkilön muutosta koskevat haluamiset, aikomiset, suunnitelmat. Myös haastattelijan näkemykset henkilön tilanteesta voi vetää yhteen. Muutospuhetta yhteen vetämällä mahdollistetaan se, että asiakas kuulee oman muutospuheensa, mikä edistää motivoitumista (Miller & Rollnick 2002).

Vastustus on puolustautumista, jonka voi nähdä voimavarana. Vastustusta ei ryhdytä murtamaan, vaan se nähdään luonnollisena reaktiona. Sitä vältetään nostattamasta tai lisäämästä, jotta muutos on mahdollinen eikä asiakas jäisi tulematta. Vastustus on ymmärrettävästi muiden lähettämillä henkilöillä suurempi kuin omaehtoisesti tulleilla. Vastustaminen on asiakkaan viesti työntekijälle: Peruuta tai vaihda strategiaa (Miller & Rollnick 2002)!

Muutospuheen esiin houkuttelu on tarttumista ns. itseä motivoiviin lausumiin. Se ilmenee ongelman tunnistamisena, huolen ilmauksena, muutosaikomuksena tai muutosoptimismina. Reflektointi muutospuheeseen selventää ja rohkaisee. Muutospuheen yhteen vetäminen antaa asiakkaan vielä kerran kuulla oman sanomansa, mikä vahvistaa sen merkitystä (Miller & Rollnick 2002).

Motivoiva haastattelu ei ole manipulointia, ”näytön” osoittamista ongelmista, painostamista tai kiirehtimistä. Ihminen motivoituu omista lähtökohdistaan omien arvojensa ja pyrkimystensä suunnassa siinä tahdissa kun se on hänelle mahdollista. Motivoiva haastattelija on tietoinen käyttämästään menetelmästä ja aktiivinen, vaikka ei aina siltä vaikuta. Kun haastattelu sujuu, haastateltava henkilö puhuu yli puolet ajasta ja etenee omassa motivoitumisprosessissaan. Motivoituminen on viime kädessä hänen tehtävänsä (Miller & Rollnick 2002).

## **8.6. Kokeilu**

Toinen keino kannustaa potilaita harkitsemaan muutosta heidän epäröinnistään huolimatta on ehdottaa heille sitä kokeiluna. Potilaalle voi ehdottaa jaksoittaista toipumista esimerkiksi muutaman kuukauden jaksoista vaikka vuoteen (McFarlane, ym. 2008). Lyhyempiä kokeiluja voi hyvin käyttää pienten osatavoitteiden kohdalla, kuten esimerkiksi viikon jaksoissa tapahtuvat muutokset ruokavaliossa, ruokailun käytännön toteuttamisessa tai kompensaatiokeinojen rajaamisessa. Jos potilas epäilee, ettei hän voi elää ilman syömishäiriötä, häntä voi muistuttaa, että hän voi aina halutessaan palata takaisin syömishäiriöön. Toipumisen käsitteleminen kokeellisena antaa epävarmoille potilaille vapauden ja mahdollisuuden muuttua ja pitää muutoksesta kiinni (McFarlane, ym. 2008).

## **9. POHDINTA**

Syömishäiriöiden hoitomallit ovat niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin kehitetty pääasiassa psykiatriseen avohoitoon ja itsehoitomanuaaleiksi. Suuntaus luo mielikuvan siitä, että varsinkin terapeutin hoito tapahtuu vuodeosaston ulkopuolella. Käsitystä vahvistaa olettaus, että psykoterapiaa pystytään hyödyntämään vasta psykiatrisen sairauden akuutin vaiheen jälkeisessä tilassa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian lähestymistapa painottaa potilaan kokonaistilanteen hahmottamista ja käyttäytymiseen vaikuttamista kognitiivisilla, sekä käyttäytymisterapeuttisilla menetelmillä. Näkökulma sopii hyvin syömishäiriöiden hoitoon, jossa ei voida erottaa toisistaan syömiskäyttäytymisen muutoksen käytännönläheistä tukemista ja syömiseen, sekä painonnousuun liittyvien pelkojen ja ahdistuksen käsittelemistä. Vuodeosastotyössä terapian hyödyntäminen vaatii vielä tehostamista. Lopputyön tavoitteena on ollut omalta pieneltä osaltaan edistää tätä muutosta rohkaisemalla ottamaan psykiatriseen osastohoitoon mukaan psykoterapeuttisia elementtejä.

Psykiatrisella osastolla kohdataan usein koko psykiatrisen diagnostiikan laaja kirjo.

Syömishäiriöpotilaat ovat määrällisesti pieni osa verrattuna osaston muihin potilaisiin. Kuitenkin yksikin anoreksiaa tai bulimiaa sairastava voi laajalla ja vaikealla oireilullaan olla osaston arjessa suuressa merkityksessä. Syömishäiriöpotilaan hoidon järjestäminen edellyttää aina moniammatillista yhteistyötä ja ruokailujen järjestäminen, sekä valvonta erityisjärjestelyjä ja henkilöresursseja enemmän kuin muitten potilasryhmien kohdalla yleisesti. Tavallista on myös hoitohenkilökunnan epävarmuus omien tiedollisten ja taidollisten edellytysten riittävydestä. Ongelmallisena koetaan usein myös tilanne, jolloin osastolla on useampia syömishäiriöpotilaita yhtä aikaa. Huolta aiheuttaa se, vaikuttavatko syömishäiriöpotilaat toisiinsa sairautta tukevalla tavalla, esimerkiksi vertailemalla ja kilpailemalla keskenään syömättömyydessä ja laihuudessa. Vertailu- ja kilpailuilmiotä on todennäköisesti olemassa jossain määrin varsinkin sairauden akuutissa vaiheessa huolimatta siitä onko potilas hoidossa vai ei. Ilmiö on hyvä ottaa keskustelujen kohteeksi ja korostaa kunkin potilaan yksilöllistä hoito-ohjelmaa ja tavoitteita.

Syömishäiriöiden diagnostiikka on saanut osakseen kritiikkiä hoidon saatavuuden yhteydessä. Mikäli diagnostisten kriteerien puuttuminen on este hoidon saamiselle, jää järkyttävän suuri osa potilasta ilman hoitoa. Häiriintyneen syömisestä ja vääristyneen kehonkuvan tuottamaa kärsimystä esiintyy paljon enemmän kuin diagnosoinnin alle mahtuu. Kognitiivisen terapian ongelman käsitteellistäminen auttaa erittelemään potilaan oirekuvaa huolimatta siitä, millä diagnoosilla potilas on hoitoon lähetetty ja voi osaltaan auttaa kohdentamaan hoitotoimenpiteitä vastaamaan paremmin yksilöllisiä tarpeita.

Hoidon vaikuttavuus ja tulosten arvioiminen psykiatrisessa hoitamisessa on usein ongelmallista. Mikä on paranemista? Paranemisen määrittelee jokainen potilas itse ja sen kuulemiselle tulee olla herkkä. Syömishäiriöissä osittainen toipuminen, akuutin vaiheen ohittaminen, fyysisten oireitten lievittyminen tai muuten elämänlaadun koheneminen ovat arvokkaita edistymisiä. Joskus hoidon tulos voi olla huolestuneisuuden tai alustavan motivaation herättäminen, ehkäpä kokemus arvokkaalla tavalla kuulluksi tulemisesta. Hoitajan näkökulmasta mitään ei ehkä varsinaisesti saavutettu, mutta hyvän hoidollisen kohtaamisen jättämän kokemuksen rohkaisemana potilas saattaa myöhemmin hakea itselleen apua. Hoitajan jaksamisen kannalta pienten tulosten huomioiminen on myös tärkeää. Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia, eikä voi unohtaa sitä karua tosiasiaa, että anoreksiaan liittyy suurin kuolleisuus verrattuina muihin psykiatrisiin sairauksiin!

Psykoedukaatio ja motivointi ovat erityisen merkittävässä osassa psykiatrisella vuodeosastolla kohdattaessa syömishäiriöistä kärsiviä henkilöitä, jotka eivät yleensä koe tarvitsevansa minkäänlaista hoitoa, eivätkä ole huolestuneita terveydentilastaan. Hoitajalle hoitoa vastustava

potilas on haaste, jonka edessä keinottomuuden ja turhautumisen tunteet voivat joskus yllättää kenet meistä tahansa. En usko, että yksikään syömishäiriötä sairastava ihminen haluaisi elää siinä kärsimyksessä, mikäli hän olisi kykenevä muihin vaihtoehtoihin. Vastustuksen näkeminen rohkeuden ja kyvyttömyyden puutteena ennemminkin kuin halun tai motivaation puutteena on asenteellinen muutos, jota kannattaa kokeilla. Parhaimmillaan uusi näkökulma antaa tilaisuuden tarkastella hoitoon sitoutumisen esteitä, rakentaa luottamuksellista ja turvallista hoitosuhdetta, sekä auttaa hoitajaa jaksamaan paremmin vaativassa tehtävässään. Mikäli emme hoitajina pysty asettumaan sairastuneen rinnalle kamppailemaan yhdessä sairautta vastaan, olemme silloin samalla puolella ”anoreksia pirun kanssa”. Kuka on potilaan puolella?

Kokemustiedon hyödyntäminen auttaa ymmärtämään sairauden luonnetta, räätälöimään hoitomenetelmiä, sekä asettamaan hoidollisia tavoitteita. Kokemuksellisen ymmärryksen huomiotta jättäminen on liian yleistä kaikessa psykiatrisessa hoitamisessa, vaikka lausetta ”Potilas on sairautensa paras asiantuntija” viljelläänkin laajalti. Yksi kognitiivisen terapian keskeinen tavoite on tuoda ilmiöt käyttäytymisen tasolle. Kuinka hoitajina ja terapeutteina toteutamme käytännössä tämän ”asiantuntijuuden” hyödyntämistä? Potilaat tuovat esille kaikkein eniten hoitosuhdetta sabotoivana tekijänä sitä, että hoitaja olettaa tietävänsä mitä potilaan elämä sairauden kanssa on. Ei meidän sitä tarvitse tietää, meidän tarvitsee vain antaa potilaan kertoa mitä hänen elämänsä on!

## LÄHTEET

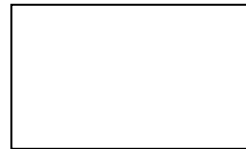
- Charpentier, P. (2004) Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. *Lääkärilehti* 59(36):3269-3273
- Charpentier, P. (2008) Syömishäiriöt. Teoksessa *Kognitiivinen psykoterapia*. Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Charpentier, P. Syömishäiriöt – mistä niissä on kysymys – miten niitä hoidetaan. Luento Moisioin sairaalassa (2006)
- Claude-Pierre, P. (2000) Syömishäiriöiden salainen kieli - Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiam. Tammi
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. ja Wilson, G.T. (1993) *Cognitive Behavior Therapy for binge eating and bulimia nervosa: A treatment manual*. Teoksessa *Binge eating: Nature, assessments and treatment*. C.G. Fairburn ja G.T Wilson (toim.) (s.361 - 404). New York: Guilford Press.
- Foa, E. ja Wilson, R. (2001) *Stop Obsessing!: How to Overcome Your Obsessions and Compulsions*. Bantam Books.
- Hakanen, A. Kognitiivisen psykoterapian luonne ja kehityshistoria (2008). Teoksessa *Kognitiivinen psykoterapia*. Kähkönen, S., Karila, I. ja Holmberg, N. (toim.). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Haponen, A. ja Valtonen, U. (2005) Moisioin sairaalan osasto 4:n syömishäiriöiden hoitomalli. *Esshp:n julkaisuja*.
- Holmberg, N. ja Kähkönen, S. (2006). Kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. *Duodecim* 2006;122:711–19
- Holmberg, N. ja Kähkönen, S. (2007) *Kognitiivinen psykoterapia*. Lääkärin käsikirja. Duodecim.
- Kaipainen, P. ja Kuha-Putkonen, A.-K. (2007). *Anoreksia nervosa potilaan fysioterapiaohje* Moisioin sairaalassa. *Esshp:n julkaisuja*.
- Kataja, J. (2004). *Rentoutuminen ja voimavarat*. Edita Publishing Oy.
- Katajainen, A., Lipponen, K. ja Litovaara, A. (2005) *Voimavarat käyttöön*. Kustannus Oy Duodecim
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. ja Viljanen, R. (2008) Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. *Keuruu: Otavan kirjapaino*.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W. ja Treasure, J. (2001). Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Duodecim* 2001;117(8):863-8
- Keski-Rahkonen, A. ja Palmer, B. (2001) *Bulimian hoito*. Duodecim 2001;117(8):875-81

**LIITE 1A LAAJA FUNKTIONAALINEN ANALYYSI** (Lappalainen, Miettinen ja Lehtonen 2007)

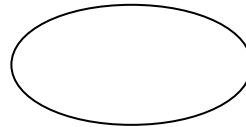
Terapeutti piirtää ongelmaluettelossa mainituista asioista ja niiden yhteydestä toisiinsa laajan funktionaalisen analyysin. Potilaalla on tavallisesti useita käyttäytymisongelmia, jotka ainakin osittain ovat yhteydessä toisiinsa. Joudutaan pohtimaan, mitkä ovat keskeiset ongelmat ja mitä ongelmaa analyysin avulla halutaan selittää. Käytännössä edetään siten, että terapeutti kirjoittaa paperin keskelle keskeiset ongelmat suorakulmioon. Seuraavaksi paperille sijoitetaan keskeisten ongelmien ympärille muut ongelmaluettelossa mainitut asiat soikioiden sisälle. Toisiinsa liittyvät ongelmat yhdistetään viivalla tai nuolella. Menneisyydessä tapahtuneet asiat kuvataan siten, että ongelmien syntyyn vaikuttaneet aikaisemmin tapahtuneet asiat, joihin ei voi enää vaikuttaa, merkitään vinoneliöllä.

**Käyttäytymisongelmat:**

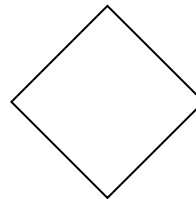
Keskeiset ongelma, joita halutaan selittää



**Syytekijät:** Keskeiseen ongelmaan liittyvät tai sitä selittävät tekijät

**Menneisyydessä olevat syyt:**

Asiat, joita ei voi enää muuttaa



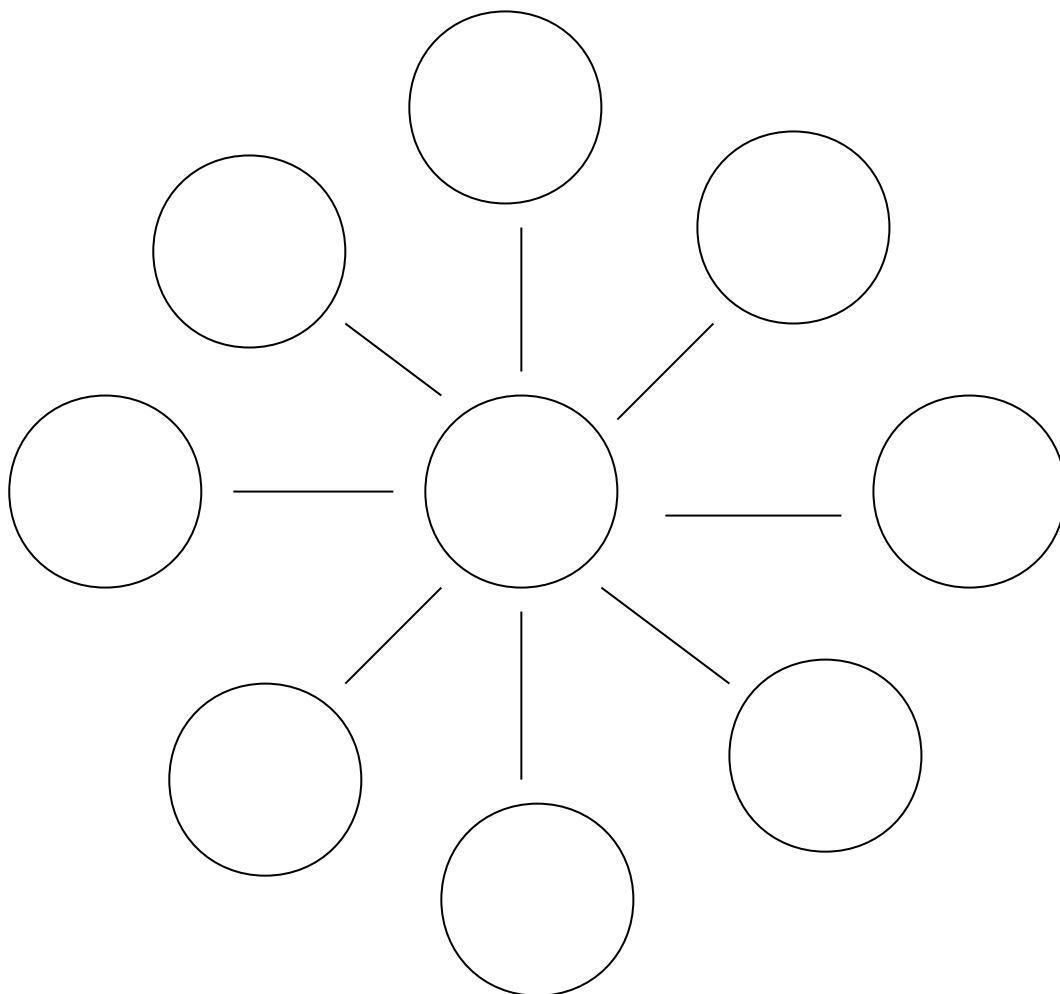
**Viivat / nuolet:** Viivan vahvuus osoittaa suhteen voimakkuuden ja nuolet suunnan.

**LIITE 2 A**

(Lappalainen, Miettinen &amp; Lehtonen 2007)

**ANALYYSILOMAKE YKSINKERTAISTA TARKKAA ANALYYSIÄ VARTEN**

Kuvion keskelle asetetaan asia, jota halutaan selittää tai ymmärtää. Ympäriille kirjoitetaan asioita tai tekijöitä, joiden oletetaan olevan yhteydessä selitettävään asiaan.



**LIITE 3 A PAKKO-OIREIDEN KARTOITUS**

(Foa 2001)

Kirjaa **tilanteita, esineitä, asioita, mielikuvia, ylläkkeitä** jotka eniten aiheuttavat sinulle tuskaa, ahdistusta tai häpeää, tai jotka saavat sinut useimmin ritualisoimaan. Arvioi kirjaamasi tilanteet ahdistusasteikolla 0 - 100. Sijoita alla olevaan taulukkoon vähintään kohtalaista ahdistusta (50) aiheuttavat tilanteet. Merkitse useita tilanteita, kaikkia 10 kohtaa ei tarvitse täyttää.

Ahdistuksen määrä 0 -100

0 = ei ahdistusta

100 = suurin mahdollinen ahdistus

1.		n. 50
2.		n. 60
3.		n. 70
4.		n. 70
5.		n. 80
6.		n. 80
7.		n. 90
8.		n. 90
9.		n. 95
10.		n. 100

**LIITE 3 B RITUALISOINNIN ITSEHOITO VAIHTOEHDOT**

(Foa 2001)

1. RITUALISOINTI ALKAA =&gt;

2. AHDISTUS NOUSEE =&gt;

3. TULEE TARVE RITUALISOIDA =&gt;

VAIHTOEHTOINA: RITUALISOINTI TAI  
RITUAALIN MUUNTELU

<p style="text-align: center;"><b>MUUTA RITUAALIA</b></p> <p><b>Keino:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>HIDASTA RITUAALIA</b></p> <p><b>Keino:</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>LYKKÄÄ RITUAALIA</b></p> <p><b>Keino:</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>LISÄÄ SEURAAMUS</b></p> <p><b>Keino:</b></p>

**PÄÄTÖS: Olen valmis lopettamaan pakko-oireen kokonaan**

Valitse ensin pakko-oire kartoituksesta vähiten ahdistusta tuottava rituaali ja valitse sitten jokin ylläolevista tavoista muuttaa ritualisointiasi. Etene pienin tavoittein ja harjoittele alkuun lyhyen aikaa astettain tavoitetta ja aikaa lisäämällä. Harjoittelu auttaa sinua sietämään ahdistuneisuutta pidempään ja saat kokemuksen siitä, että sinä hallitset ahdistuneuttasi, eivätkä pakko-oireet hallitse sinua.

**LIITE 3 C VÄLTÄMISKÄYTTÄYTYMISEN KARTOITUS**

(Foa 2001)

**TILANTEITA, JOITA VÄLTÄT TUNTEAKSESI OLOSI TURVALLISEKSI.**

Kirjaa alla olevaan taulukkoon sellaiset, tilanteet, esineet, ajatukset tai toiminnot, joita kartat tunteaksesi olosi turvalliseksi. Jos vältät jotakin tilannetta vaikka 50 prosenttisesti, merkitse sille pistemääräksi 50, jne.

0 = en vältä koskaan

100 = vältän aina täysin

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Pelon voittamiseksi sinun tulee kulkea pelkoa päin

Tee suunnitelma, kuinka kohtaavat ahdistavat ja pelottavat tilanteet. Aloita harjoittelu listaamastasi vähiten ahdistusta tuottavasta tilanteesta ja harjoittele pelon kohtaamista päivittäin ensin vähän aikaa sitten, asteittain aikaa lisäten.

**LIITE 4 OMIEN OIKEUKSIEN LUETTELO**

(Katajainen, ym. 2005)

1. Minulla on oikeus pyytää haluamaani.
2. Minulla on oikeus vastata kieltävästi pyyntöihin tai vaatimuksiin, joita en voi täyttää.
3. Minulla on oikeus ilmaista kaikkia - sekä myönteisiä että kielteisiä - tunteitani.
4. Minulla on oikeus muuttaa mieleni.
5. Minulla on oikeus tehdä virheitä ja olla epätäydellinen.
6. Minulla on oikeus toimia omien arvojeni ja moraalikäsitysteni mukaan.
7. Minulla on oikeus sanoa ei kaikelle, mihin en koe olevani valmis, mikä tuntuu vaaralliselta tai mikä loukkaa arvojeni.
8. Minulla on oikeus päättää omien asioitteni tärkeysjärjestyksestä.
9. Minulla on oikeus olla vastaamatta muiden käytöksestä, teoista, tunteista tai ongelmista.
10. Minulla on oikeus odottaa muilta rehellisyyttä.
11. Minulla on oikeus suuttua rakastamalleni ihmiselle.
12. Minulla on oikeus olla täysin oma itseni.
13. Minulla on oikeus pelätä ja sanoa, että minua pelottaa.
14. Minulla on oikeus sanoa: "En tiedä."
15. Minulla on oikeus olla selittelemättä tai puolustelematta käytöstäni.
16. Minulla on oikeus tehdä päätöksiä tunteitteni pohjalta.
17. Minulla on oikeus kaivata omaa tilaa ja aikaa.
18. Minulla on oikeus olla leikillinen ja kevytmielinen.
19. Minulla on oikeus olla läheisiäni terveempi.
20. Minulla on oikeus olla ympäristössä, jossa minua ei kohdella huonosti.
21. Minulla on oikeus saada ystäviä ja viihtyä ihmisten seurassa.
22. Minulla on oikeus muuttua ja kasvaa.
23. Minulla on oikeus siihen, että muut kunnioittavat tarpeitani ja toiveitani.
24. Minulla on oikeus saada arvokasta ja kunnioittavaa kohtelua.
25. Minulla on oikeus olla onnellinen.

**LIITE 5 A JÄNNITÄ-RENTOUTA HARJOITUS**

(Kataja 2004)

1. Käy selinmakuulle ja laita silmät kiinni. (Kuuntele rauhallista ja rentouttavaa musiikkia.)
    - On tärkeää erottaa jännittynyt ja rento lihas ja on tärkeää myös aluksi harjoitella tätä.
  2. Jännitä molemmat kätesi lujasti nyrkkiin.
    - Pidä jännitys molemmissa käsissä samalla hengittäen sisään.
    - Pidätä hengitystä ja tunne jännitys kädessäsi ja rinnassasi
    - Hengitä ulos ja anna käsien ja koko vartalon rentoutua.
    - Aisti jännittyneen ja rennon olon ero.
  3. Jännitä jalkojasi vetämällä varpaita voimakkaasti kohti kasvoja.
    - Tunne jännitys varpaissa ja jaloissa.
    - Jännitä ja rentouta. Jalat lepäävät painavina ja rentoina alustaa vasten.
  4. Paina varpaita voimakkaasti pois päin kasvoista, nilkat ojentuen.
    - Tunne jännitys jalkaterissä ja pohkeissa.. Purista vielä hetki...ja rentoudu.
    - Aisti jännittyneen ja rennon lihaksen ero.
  5. Hengitä sisään, purista pakarat yhteen ja jännitä vatsasi voimakkaasti.
    - Pidä puristusta vielä. Pidätä hengitystä
    - Purista...ja rentoudu kokonaan.
  6. Paina käsivarsiasi suorina voimakkaasti alustaa vasten.
    - Paina lujasti. Tunne jännitys...ja rentoudu täydellisesti.
- Kädet, vartalo ja jalat tuntuvat mukavan rennoilta alustaa vasten.**
7. Paina pääsi voimakkaasti alustaa vasten.
    - Tunne jännitys niskassa. Paina... paina...ja rentoudu kokonaan.
    - Pää lepää alustaa vasten raukeana ja raskaana.
  8. Jännitä kaikki kasvojen lihakset rajuun irvistykseseen.
    - Tunne kova jännitys kasvoissa, irvistä...ja laske kasvoillesi rentoutunut ilme.
  9. Seuraa hetki miten hengität.
    - Hengitätkö rinnalla vai vatsalla? Hengitä vuoroin rintahengitystä ja vuoroin vatsahengitystä.
    - Koeta tunnistaa kumpi on rentouttavampi tapa hengittää. Jatka sillä, joka tuntuu luonnollisemmalta.
  10. Jännitä vatsalihaksia niin, että vatsasi on aivan kova.
    - Jatka kuitenkin hengittämistä rintakehällä. Tunne jännitys vatsassa...ja rentoudu kokonaan.
    - Huomaa miellyttävä rentouden tunne vatsassasi ja koko kehossasi. Tunne ja koe, kuinka energia nousee lihaksiin. Hengitä hitaasti ja rauhallisesti.
  11. Tunnustele miltä tuntuu, kun hengität sisään...ja hengität ulos.
    - Huomaat, että rentous lisääntyy, kun hengität ulos.
  12. Hengitä nyt sisään ja täytä keuhkot.
    - Pidätä hengitystä. Tunne jännitys rintakehässä ja vatsassa, pidätä vielä hetki.
    - Anna rintakehän löystyä...ja rentouden seurata uloshengitystä.
  13. Jatka rentoutumista hengittämällä tasaisesti ja rauhallisesti.
    - Jokaisella uloshengityksellä rentouden tunne lisääntyy.
  14. Anna rentouden vallata kehosi ja mielesi.
    - Lihakset tuntuvat painavilta ja lämpimiltä. Sinulla on hyvä olo.
    - Saat tuntea miellyttävän rentouden olotilan ja irrottautua arjesta. Hengitä syvään ja rauhallisesti.
  15. Tunnet rentoutuksen jälkeen itsesi levänneeksi...tunnet saaneesi uusia voimia.
  16. Mielesi on varma ja rauhallinen. Alat vähitellen herätä. Hengitä syvää.. Liikutele pikkuhiljaa jäseniäsi. Kun tunnet itsesi heränneeksi, voit avata silmäsi.

**LIITE 5 B** AUTOGEEENINEN PERUSHARJOITUS

(Kataja 2004)

Minun on hyvä olla.

Vasen käteni tulee painavaksi, raskaammaksi, raskaammaksi, lyijynraskaaksi.

Minun on hyvä olla.

Oikea käteni tulee painavaksi, raskaammaksi, raskaammaksi, lyijynraskaaksi.

Minun on hyvä olla.

Vasen jalkani tulee painavaksi, raskaammaksi, raskaammaksi, lyijynraskaaksi.

Minun on hyvä olla.

Oikea jalkani tulee painavaksi, raskaammaksi, raskaammaksi, lyijynraskaaksi.

Minun on hyvä olla.

Vasen käteni tulee lämpimäksi, lämpimämmäksi, lämpimämmäksi, miellyttävän lämpimäksi.

Minun on hyvä olla.

Oikea käteni tulee lämpimäksi, lämpimämmäksi, lämpimämmäksi, miellyttävän lämpimäksi.

Minun on hyvä olla.

Vasen jalkani tulee lämpimäksi, lämpimämmäksi, lämpimämmäksi, miellyttävän lämpimäksi.

Minun on hyvä olla.

Oikea jalkani tulee lämpimäksi, lämpimämmäksi, lämpimämmäksi, miellyttävän lämpimäksi.

Minun on hyvä olla.

Sydämeni lyö tasaisesti, rauhallisesti ja voimakkaasti. (Toista yhdestä neljään kertaan.)

Rintakehässäni on hyvä olo. (Toista yhdestä neljään kertaa.)

Vatsani on pehmeä ja ystävällinen. (Toista yhdestä neljään kertaan.)

Vatsassani on hyvä olo. (Toista yhdestä neljään kertaan.)

Otsani on viileä ja ajtukseni ovat kirkkaat ja selkeät. (Toista yhdestä neljään kertaan.)

Minulla on hyvä olo.

Kun lasken mielessäni viidestä yhteen, palaan arkitietoisuuteen virkeänä, rentona, ehjänä ja kokonaisena: Viisi, neljä, kolme, kaksi, yksi.

**LIITE 5 C PERUSSUGGESTIORENTOUTUS**

(Kataja 2004)

Etsi itsellesi hyvä asento ja hengitä muutaman kerran hyvin syvään ja rauhallisesti. Jos haluat jossain vaiheessa tämän rentoutuksen aikana lopettaa harjoituksen, voit tehdä sen milloin vain avaamalla silmäsi ja olet välittömästi täysin hereillä, toimintakykyinen ja pirteä.

Kun olet löytänyt itsellesi hyvän asennon, hengitä vielä pari kertaa hyvin syvään. Samalla voit sulkea silmäsi kevyesti. Voit havaita, kuinka miellyttävä rentouden tunne alkaa vallata koko olemuksesi. Ulkopuoliset äänet jäävät taustääniksi ja voit vaipua niiden mukana yhä miellyttävämpään rentouden tilaan.

Hengityksesi tasaantuu. Jokaisella uloshengityksellä pääset yhä syvemmälle ja syvemmälle, miellyttävään, turvalliseen rentoutumisen tilaan. Myös aika ja paikka menettävät merkityksensä, olet kuin ajattomassa tilassa.

Renoutuminen alkaa olkapäistä. Anna olkapäiden painua rentoina alaspäin ja tunnet kuinka miellyttävä rentouden tunne valtaa ne. Voit tuntea kuinka lämpö valuu alaspäin käsivarsiasi pitkin kohti sormenpäitiasi. Tunnet, kuinka tuo miellyttävä rentouden tila saavuttaa kätesi lihakset ja ne tulevat raskaiksi, miellyttävän raskaiksi. Molemmat kätesi, olkapäistä sormenpäihin saakka voivat rentoutua vieläkin paremmin. Tunnet kuinka kätesi rentoutumisen myötä lämpenevät. Käsilläsi on hyvä olla.

Päänseudun lihakset rentoutuvat. Tunnet kuinka tuo miellyttävä, raukea rentouden tila leviää nyt päänseudun lihaksiin. Päälaki rentoutuu. Otsa rentoutuu ja painuu raskaana alaspäin, samalla myös silmän lihakset rentoutuvat. Poskien lihakset rentoutuvat ja painuvat alaspäin, miellyttävän rentoina. Kaikki suunseudun lihakset rentoutuvat. Hengitysilhakset rentoutuvat. Samalla myös ajatuksesi rentoutuvat ja jokainen uloshengitys rentouttaa sinua yhä enemmän.

Kaulasi rentoutuu. Kaikkiin kaulan lihaksiin leviää miellyttävä rentouden tunne. Kurkunpää rentoutuu, niskan lihakset rentoutuvat, miellyttävä lämmön tunne leviää kaikkialle kaulanlansitudun lihaksiin. Myös hartiasi rentoutuvat. Ne painuvat raskaina alaspäin. Rentoutumisen myötä hartioihin leviää miellyttävä lämmön tunne. Tuo miellyttävä lämpö laskeutuu nyt rinnanseudun lihaksiin.

Rinnanseudun lihakset rentoutuvat. Hengitys sujuu helposti ja rauhallisesti. Jokaisella uloshengityksellä vaivut yhä syvemmälle ja syvemmälle rentoutumisen tilaan.

Rentouden tila leviää nyt selän lihaksiin. Voit tuntea, kuinka miellyttävä lämmön tunne valtaa rentoutumisen myötä selkäsi lihakset. Huomaa, kuinka jokainen uloshengitys vie sinut yhä syvempään rentoutumisen tilaan.

Voit jopa nähdä selkäsi rentoutuvan vieläkin paremmin. Voit tuntea, kuinka selkäsi painautuu yhä lujemmin alustaa vasten ja selän lihakset rentoutuvat yhä paremmin ja paremmin. Tunnet miellyttävän lämmön ja painavuuden lisääntyvän selän lihaksissa ja ne rentoutuvat vieläkin paremmin. Jokaisella uloshengityksellä selän lihakset rentoutuvat paremmin ja samalla rentoutuminen etenee pidemmälle ja pidemmälle.

Nyt rentoutuvat vatsan ja pallean seudun lihakset. Miellyttävän lämmin rentouden tila leviää vatsanseudun lihaksiin. Jokainen uloshengitys rentouttaa vatsan aluetta yhä enemmän ja enemmän.

Myös pakaralihakset muuttuvat miellyttävän rennoiksi. Voit tuntea, kuinka alusta suorastaan vetää pakaralihaksia puoleensa, ne ovat kuin yhtä alustan kanssa.

Pakarseudun lihaksista rentoutuminen leviää jalkojen lihaksiin. Reisilihakset rentoutuvat. Miellyttävä raukeuden tunne valtaa reisilihakset. Reisilihaksesi muuttuvat miellyttävän lämpimiksi. Ne tulevat täysin rennoiksi. Tuo miellyttävä rentouden tunne valtaa myös sääarten ja pohkeitten lihakset. Sääresi ja pohkeesi tulevat hyvin raskaiksi, myös ne rentoutuvat. Voit tuntea kuinka varpaasi rauhoittuvat, miellyttävän lämmin tunne leviää varpaisiin. Kaikki jalkojesi lihakset ovat nyt hyvin rennot, miellyttävän rennot. Jaloillasi on hyvä olla. Jokaisella uloshengityksellä vaivut yhä syvempään ja parempaan rentoutumisen tilaan.

Koko ruumiisi on nyt rentoutunut, ja mikä tärkeintä, mieleksi rentoutuu. Ajatuksesi ovat rentoutuneet. Hengityksesi on rauhallinen ja tasainen. Jokainen lihas ja hermo rentoutuu yhä paremmin ja paremmin. Etenet ajatonta, miellyttävää rentouden tilaa kohti.

Olet nyt rentoutunut, mutta voit edetä vieläkin parempaan rentoutumisen tilaan. Rentoutumisesi muuttuu yhä miellyttävämmäksi. Silmäsi muuttuvat vieläkin raskaammiksi ja painavimmiksi. Vaivut yhä syvempään ja syvempään rentoutumisen tilaan. Hyvin syvälle.

Vaivut miellyttävään hämäärään, unesi syvenee syvenemistään ja olet rauhallisen rentoutunut, kuuntelet vain minun ääntäni.

Jokainen uloshengitys vie sinut yhä syvempään, miellyttävämpään rentoutumisen tilaan, ajattomaan uneen. Vaivut miellyttävään, usvaan ajattomaan hämäärän. Turvalliseen uneen.

Hetken kuluttua lasken numerot yhdestä kymmeneen, jokaisella numerolla rentoutumisesi etenee vieläkin syvemmäksi. Jokainen numero vie sinut miellyttävään rentouttavaan tilaan..

1 – syvälle, 2 – hyvin syvälle, 3 – vieläkin syvemmälle ja 4.. ja 5 – hyvin syvälle, oikein syvälle, olet jo puolessa välissä, 6- syvemmälle, hyvin syvälle miellyttävään rentouttavaan uneen, 7- nuku, nuku, 8 ja 9 – ja kohta olet hyvin syvällä miellyttävässä unessa, 10 – olet nyt hyvin syvällä miellyttävässä unessa.

Hetken kuluttua alan laskea numeroita kymmenestä yhteen. Jokaisella numerolla piristyt yhä enemmän ja enemmän. Kun sanon numeron yksi, aukaiset silmäsi ja olet täysin hereillä, pirteä, elinvoimainen ja täynnä toimintatarmaa. Olet yhtä kokemusta rikkaampi. Seuraavalla kerralla rentoutumisesi tulee olemaan vieläkin syvempää ja vaivut jokaisella kerralla helpommin ja helpommin rentoutumisen tilaan. Myös kaikki ylimääräiset tunteet katoavat, kun alan laskea numeroita kymmenestä yhteen. Kaikki elintoimintosi palaavat täysin normaaleiksi.

10 – alat vähitellen herätä, 9 – jokaisella sisäänhengityksellä piristyt paremmin ja paremmin, 8 – muutut yhä pirteämmäksi ja elinvoimaisemmaksi, voit tuntea, kuinka jokaisen sisäänhengityksen aikana vedät raikasta, puhdasta ilmaa sisääsi, mikä piristää sinua yhä paremmin, 7 – kaikki puutuneisuus katoaa jäsenistäsi, tulet yhä pirteämmäksi, myös aika ja paikka palaavat tietoisuuteesi, 6 – silmäsi tulevat täysin normaalin tuntuisiksi, kaikki ylimääräinen painontunne katoaa niistä, ne muuttuvat täysin normaaleiksi, 5 – heräät yhä paremmin ja paremmin, ulkopuoliset äänet alkavat kiinnostaa sinua yhä enemmän ja enemmän ja niiden mukana muutut pirteämmäksi ja elinvoimaisemmaksi, 4 – tulet hyvin iloiseksi, hyvin elinvoimaiseksi, kaikki unisuus katoaa sinusta, 3 – olet jo melkein hereillä, myös elintoimintosi ovat muuttuneet täysin normaaleiksi, 2 – voit hengittää muutaman kerran hyvin syvään ja piristyt aina paremmin, olet hyväntuulinen, täynnä toimintatarmaa, 1 – nyt voit aukaista silmäsi. Olet täysin hereillä ja elinvoimainen, täynnä itseluottamusta ja toimintatarmaa.

## LIITE 6 A AJATUS – TUNNE – KÄYTTÄYTYMINEN KETJUTUS

(Leahy 2003)

A = Aktivoiva tapahtuma	B = Ajatukset	C = Seuraukset: Ajatukset	D = Seuraukset: Käyttäytyminen
Esim: Ystävä ei lähtenyt kanssani elokuvaan	Minusta ei pidetä	Olen epämiellyttävä	Päätin olla syömättä

Negatiiviset ajatukset	Muut mahdolliset selitykset
Esim. en saanut seurata elokuvaan, koska olen epämiellyttävä ihminen	Kaverilla oli työkiireitä. / Hän oli jo nähnyt elokuvan. / Kaverin lapsi oli sairaana.....



## LIITE 7 AJATUSVÄÄRISTYMÄT

(Timonen 2007, Koffert & Kuusi 2005)

1. **Suodattaminen:** Huomio kohdistetaan negatiivisiin asioihin ja positiiviset asiat pyritään rajaamaan pois. => Vaihda huomion kohdetta ja tarkastele asioita eri tavoin.
2. **Ääripäillä ajattelu:** Asiat nähdään ääripäiden kautta, joko kauheina tai hienoina ilman mitään keskivaihetta. => Pyri välttämään musta- valkoisten arviointien tekemistä. Ajattele suhteellisesti ja osissa.
3. **Liika yleistäminen:** Tehdään liiallisia yleistyksiä perustuen varsin epämääräisille tiedoille asioiden todellisesta luonteesta. => Tee arviointeja asioiden todellisista suhteista. Etsi näyttöä näkemyksillesi. Ei ole olemassa absoluuttisia vaihtoehtoja. Vältä negatiivisten nimikkiedien käyttämistä.
4. **Ajatusten lukeminen:** Omataan käsitys, että henkilö tietää mitä toiset ajattelevat ja tuntevat. => Tarkista pitävätkö ajatuksesi paikkansa. Etsi näyttöä. Etsi vaihtoehtoisia selityksiä.
5. **Katastrofiajattelu:** Oletetaan, että pahin mahdollinen vaihtoehto tapahtuu. => Pyri suhteuttamaan ajatuksesi tilanteen mukaisesti. Ajattele vaihtoehtojen mukaisesti.
6. **Suurentelu:** Vaikeuksien näkeminen suurempina ja positiivisten vaihtoehtojen huomaamisen väheneminen. => Etsi asioiden välille realistisia suhteita ja jaa ne osiin. Pyri ajattelemaan, ettei ole mitään syytä suurennella asioita.
7. **Henkilöllistäminen ja itsen leimaaminen:** Oletetaan, että toisten henkilöiden reaktiot kohdistuvat aina itseä kohtaan. Toisten vertaaminen itsen. => Tarkista näkemyksesi. Pyri ajattelemaan, että meillä kaikilla on heikkoja ja vahvoja kohtia itsessämme. Vertailu on turhaa.
8. **"Pitäisi" sisällöllä ajattelu:** Pitäytyminen keinoitekoisiin sääntöihin arvioitaessa itsen ja toisten käyttäytymistä. => Pyri löytämään joustavia sääntöjä itsellesi. Arvot ja arvostukset ovat aina henkilökohtaisia asioita.
9. **Itsensä syyttäminen:** Uskomus, että ikävät tapahtumat ovat aina omaa syytä. => Tarkista näkemyksesi. Pyri lähestymään asiaa eri näkökulmista.
10. **Itsensä tunnustuksetta jättäminen:** Uskomus, että myönteiset asiat tapahtuvat vain hyvällä onnella ja jonkun muun ansiosta, ei koskaan omien ponnistusten tuloksena. => Listaa mitä todella teit asian eteen.

**LIITE 8 A**

(Lappalainen, Miettinen &amp; Lehtonen 2007)

**KYSYMYKSIÄ ARVOKESKUSTELUJA VARTEN**

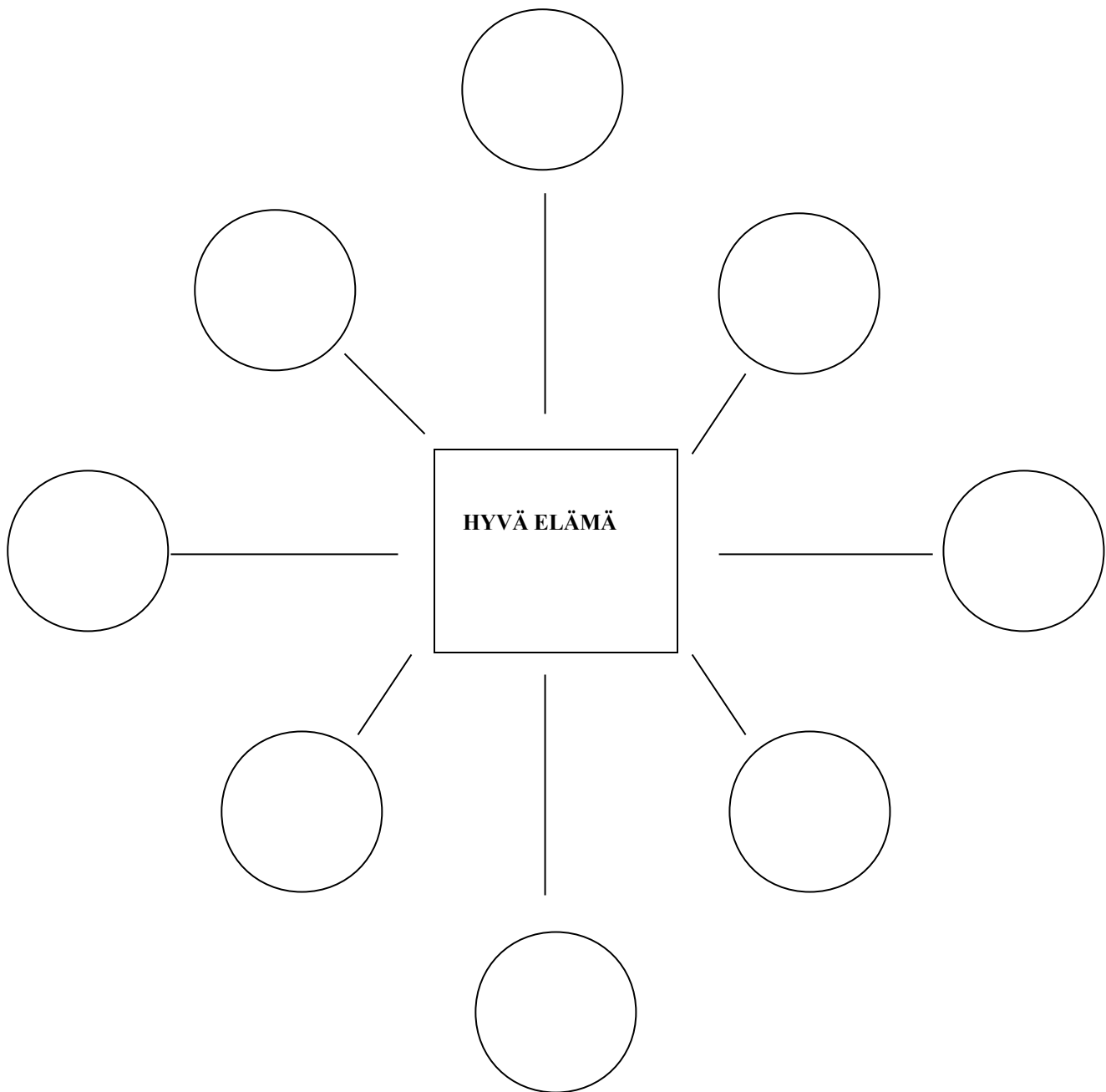
1. **Avoliitto / parisuhde / intiimit suhteet:** Millainen haluaisit suhteen tai suhteiden olevan?
2. **Perhesuhteet:** Kuvaa millainen veli / sisar, poika / tytär, isä / äiti haluat olla? Minkälaisia haluaisit noiden suhteiden olevan?
3. **Ystävyys ja sosiaaliset suhteet:** Mitä tarkoittaa, että olet hyvä ystävä? Jos voisit olla paras mahdollinen ystävä, miten käyttäytyisit ystäviäsi kohtaan?
4. **Työ:** Minkälaista työtä haluaisit tehdä? Millainen työntekijä olisit työnantajasi ja työtovereittesi kanssa?
5. **Koulutus ja itsensä kehittäminen:** Miten haluaisit kehittää itseäsi? Haluaisitko koulutusta tai haluaisitko hankkia joitain taitoja tai jopa uuden ammatin? Miksi tällainen koulutus tai taitojen hankkiminen miellyttää sinua?
6. **Vapaa-aika:** Millaista haluaisit vapaa-aikasi olevan? (harrastukset, laiskottelu, urheilu, jne)
7. **Henkisyys:** Mitä henkisyys tai hengellinen kehittyminen sinulle merkitsevät? (Tämä ei liity välttämättä uskontoon, vaan yleensä ”hengelliseen” kehittymiseen.)
8. **Yhteiskunnallinen toiminta:** Kuinka tärkeitä yhteiskunnalliset asiat ovat sinulle? Mitkä ja miksi? Haluaisitko osallistua johonkin yhteiskunnalliseen toimintaan?
9. **Fyysinen hyvinvointi:** Miten tärkeää fyysinen hyvinvointi on sinulle? Mitä haluaisit tehdä ja mitä pidät tärkeänä? Miten tärkeitä asioita sinulle ovat uni, ruokavalio, liikunta, tupakointi, jne.?
10. **Muu sinulle tärkeä asia.**

**LIITE 8 B**

( Lappalainen, ym 2007)

**HYVÄN ELÄMÄN ANALYYSI**

Kirjoita ympyröihin tekijöitä, jotka vaikuttavat tai ovat yhteydessä hyvään elämään.

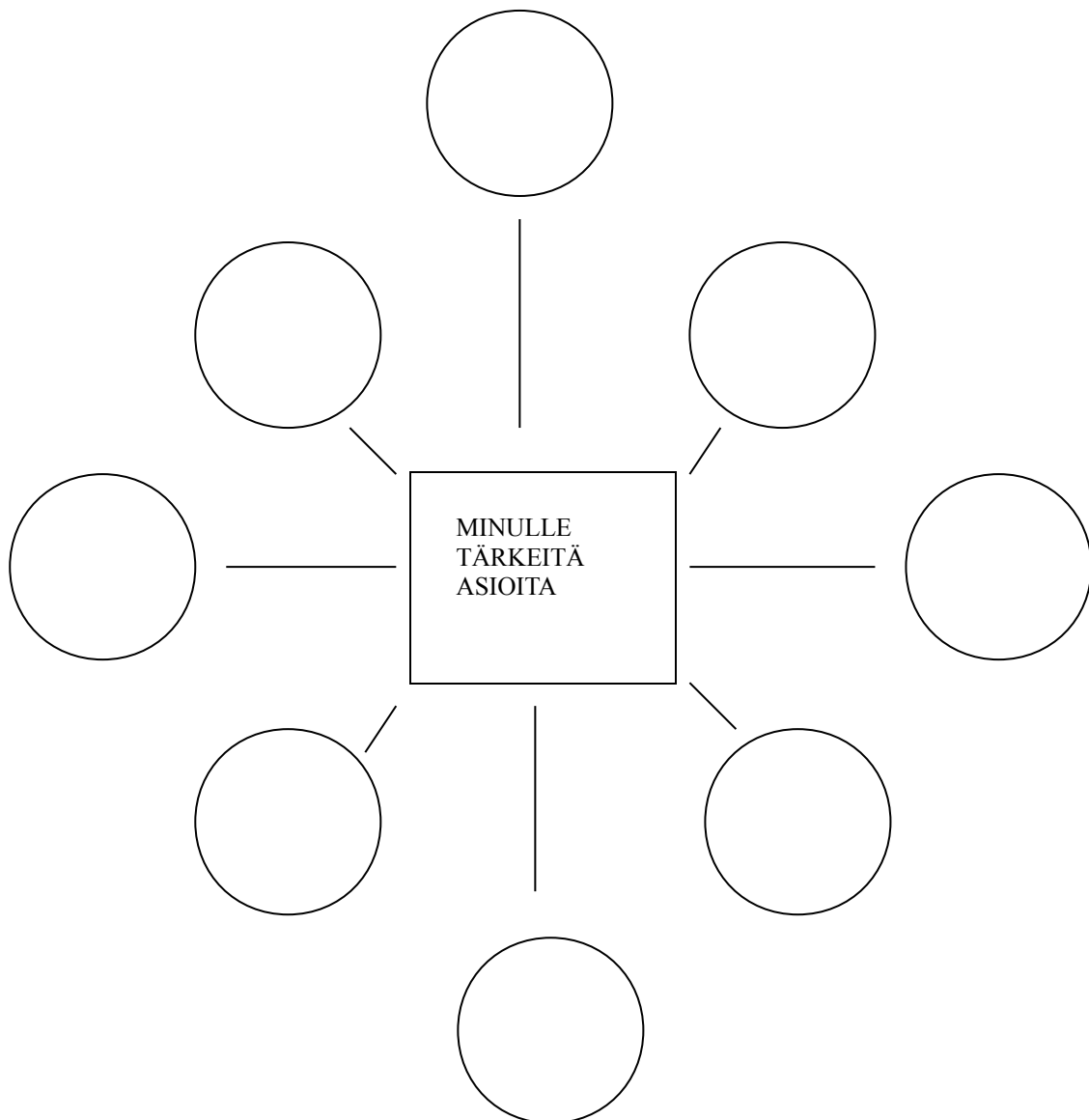


**LIITE 8 C**

(Lappalainen, ym. 2007)

**ARVOTYÖSKENTELY : MINULLE TÄRKEÄT ASIAT**

Kirjoita ympyröihin tekijöitä, jotka ovat sinulle tärkeitä.



**LIITE 8 D**

( Lappalainen &amp; Turunen 2006)

**ARVOJEN ANALYYSI**

Nimi \_\_\_\_\_ Pvä \_\_\_\_\_

1. Mitkä asiat Hyvän elämän analyysissä ovat sinun mielestäsi elämäsi kannalta tärkeimmät?
2. Valitse muutamia asioita, joita tarkastelet lähemmin. Kirjaa ne alla olevaan taulukkoon. Mieti jokaisen kohdalla mitä haluat (tavoite), mahdollisia esteitä tavoitteiden toteutumiseksi, sekä mitä tekoja voit tehdä mennäksesi kohti hyvää elämää.

Oman elämän kannalta tärkeä asia	Tavoite	Mahdollisia esteitä	Teot: Mitä voin tehdä

3. Mitä tekoja voisit tehdä hyvän elämän saavuttamiseksi? Kokeiltavat muutokset:

1.
2.
3.

LIITE 1B

