



**MUSIIKKITERAPIA SYÖMISHÄIRIÖISTÄ
KUNTOUTUMISEN TUKENA**
**Musiikkiterapiaryhmään osallistuneiden
opiskelijoiden kokemuksia terapiaprosessista**

Emily Elo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Sosiaalialan koulutusohjelma
Musiikkiterapian suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Musiikkiterapian suuntautumisvaihtoehto

ELO, EMILY: Musiikkiterapia syömishäiriöistä kuntoutumisen tukena. Musiikkiterapiaryhmään osallistuneiden opiskelijoiden kokemuksia terapiaprosessista.

Opinnäytetyö 90 s., liitteet 1 s.
Toukokuu 2011

Tämän laadullisen tapaustutkimuksen tarkoituksena on tutkia, miten syömishäiriötä sairastavat opiskelijat kokivat toteutuneen musiikkiterapiaprosessin. Musiikkiterapiaryhmään osallistui kaksi opiskelijaa ja terapiaprosessi toteutettiin yhteistyössä Turun Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kanssa syksystä 2010 kevääseen 2011. Musiikkiterapiaryhmä oli osa musiikkiterapeuttiopiskelijan opintoihin kuuluvia harjoitteluja. Aineisto koostuu syksyn aikana pidetyistä 11 terapiakerrasta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin avoimia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta, tutkittavien omaa kirjallista pohdintaa sekä sen pohjalta toteutettua teemahaastattelua. Tutkija teki myös osallistuvaa havainnointia terapeutin roolista käsin.

Tutkimustuloksista hahmottui neljä kokemusaluetta: kokemus terapiaan osallistumisesta, kokemus terapiamenetelmistä, kokemus pienryhmästä ja kokemus terapian merkityksestä. Terapiakokemus on aina yksilöllinen, johon vaikuttavat useat eri tekijät. Opiskelijoiden elämäntilanne vaikutti terapiaan osallistumiseen. Musiikkiterapiamenetelmistä opiskelijoiden kokemukset olivat melko erilaisia, mutta myös yhtäläisyyksiä löytyi. Pienryhmässä mahdollistui ryhmäläisten keskinäinen vuorovaikutus ja vertaistuki terapeutin tuen lisänä. Terapialla oli välitöntä vaikutusta opiskelijoiden mielialaan ja varsinkin rentoutusharjoitukset muuttivat mielialaa terapiakertojen aikana. Syksyn aikana molemmat opiskelijat olivat alkaneet tehdä itsekseen rentoutusharjoituksia myös kotona. Terapiaprosessin aikana opiskelijat kokivat muutosta myös terapian ulkopuolella omassa musiikkisuhteessaan ja kokemuksessaan itsestä.

Yksilön kokemus on subjektiivinen, mutta sen kautta voidaan kuitenkin kuvata laajempaa ilmiötä. Opiskelijoiden kokemukset menetelmistä olivat samansuuntaisia musiikkiterapiakirjallisuuden tutkimusten kanssa. Opinnäytetyö kuvaa miten syömishäiriötä sairastavien parissa voidaan tehdä musiikkiterapiaa ja opiskelijoiden kokemukset kertovat millaisia ajatuksia ja tunteita menetelmät saattavat herättää. Työ antaa musiikkiterapiasta kiinnostuneelle lisää tietoa menetelmistä ja terapiaprosessin kulusta käytännössä sekä antaa lisää tietoa melko yleisestä psykiatrisesta sairaudesta.

Asiasanat: musiikkiterapia, syömishäiriöt, anoreksia, bulimia

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
Music Therapy

ELO, EMILY: Music therapy in supporting rehabilitation for eating disorders. Students' experiences of a group music therapy process.

The thesis 90 p., attachment 1 p.
May 2011

This study describes how music therapy can be used with people suffering from eating disorders. The students' experiences described show what kind of thoughts and emotions may appear when music therapy methods are used. This study gives more information about methods and music therapy process in practice as well as about eating disorder. The aim of this qualitative case study was to examine how students with eating disorders experienced a music therapy process.

Two students participated in a music therapy group and the therapy process was arranged with Finnish Student Health Service from autumn 2010 to spring 2011. The group music therapy was a part of the researcher-therapist's own practical training and belonged to her music therapy studies. The data was gathered from 11 therapy settings. The research method was a questionnaire survey, students' written self-reflection and theme interviews based on self-reflection. The researcher also made observations from the role of the therapist.

Four main domains of experiences emerged from the data: experiences of participating in the therapy, experiences of therapy methods, experiences of the small group, and experiences of the meaning of therapy. The experience of therapy is always subjective and there are many different matters affecting it. Also, students' life situations affected their participation in therapy. The experiences of music therapy methods were rather different, but similarities were also found. Interaction and peer support as well as the therapist's support became possible in the small group. Music therapy has immediate influence on students' emotions; especially relaxation practices changed the students' feelings during therapy sessions. During the autumn the students started to make relaxation practices at home. During the therapy process students also experienced change in their self-image and relation with music outside therapy settings.

The individual experiences subjective. However, an individual experience can increase the understanding of a larger phenomenon. Similarities between students' experiences and music therapy literature and research were also found.

Keywords: music therapy, eating disorders, anorexia, bulimia

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	7
2.1	Tutkimuksen termien määrittelyä	7
2.2	Tutkimuskohde	9
2.3	Tutkimusmenetelmät	9
3	SYÖMISHÄIRIÖT	12
3.1	Anoreksia	17
3.2	Bulimia	20
3.3	Ahmintahäiriö BED	24
3.4	Epätyypilliset syömishäiriöt	26
4	SYÖMISHÄIRIÖIDEN ETENEMINEN JA HOITO	28
4.1	Syömishäiriöiden eteneminen	28
4.2	Syömishäiriöiden hoito	32
4.2.1	Hoidon tavoitteet	32
4.2.2	Hoitotahot ja vertaisryhmätoiminta	33
4.2.3	Hoitomuodot	36
5	MUSIIKKITERAPIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA	40
5.1	Musiikkiterapia	42
5.2	Musiikkiterapian menetelmiä	44
5.2.1	Musiikin kuuntelu	45
5.2.2	Improvisointi	46
5.2.3	Laulaminen ja ääniharjoitukset	47
5.2.4	Tunnekuvat	48
5.2.5	Rentoutuminen	48
6	TERAPIAPROSESSIN KUVAUS	49
6.1	Tavoitteet	50
6.2	Terapiaistuntojen sisällöt	50
6.2.1	Alkuvaihe, istunnot 1-7	53
6.2.2	Työskentelyvaihe 8-11	53
6.3	Omat kokemukset ja oppiminen	54
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	56
7.1	Aineiston kerääminen	56
7.2	Aineiston analyysi	57
8	TUTKIMUSTULOKSET	59
8.1	Kokemus terapiaan osallistumisesta	59
8.2	Kokemus terapiamenetelmistä	61
8.2.1	Rentoutuminen	63
8.2.2	Keskustelu	64
8.2.3	Yhteissoitto	65
8.2.4	Ääniharjoitukset	68
8.3	Kokemus pienryhmästä	69
8.4	Kokemus terapian merkityksestä	71
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	74
10	POHDINTA	79
	LÄHTEET	82
	LIITE	87

1 JOHDANTO

Lähes puolet yläasteikäisistä tytöistä kokee olevansa ylipainoisia. Rasmus Iso-maan tekemän väitöstutkimuksen mukaan joka kymmenes oli kärsinyt tautiluokituksen mukaisesta syömishäiriöstä ennen 18 vuoden ikää. (Åbo Akademi 2011.) Syömishäiriön tai syömishäiriöisen käyttäytymisen voidaan siis sanoa olevan varsin tavallista nuorten naisten parissa. Miehillä syömishäiriötä esiintyy huomattavasti vähemmän, noin yksi kymmenestä syömishäiriötä sairastavasta on mies.

Syömishäiriö on ensisijaisesti mielen sairaus, vaikka oireet ovatkin vahvasti somaattisia. Sairastuneen hoidossa tuleekin huomioida ihminen kokonaisvaltaisesti. Sairastunut tarvitsee ravitsemusneuvontaa ja tukea fyysisen hyvinvoinnin saavuttamiseen, mutta myös mahdollisuuden käsitellä omia tunteitaan, minäkuvaansa ja pahan olon, ahdistuksen tai masennuksen taustalla olevia syitä. Syömishäiriöiden taustalla on hyvin monenlaisia tekijöitä, mutta niissä on aina kyse pahasta olostä ja sen aiheuttamasta oirehdinnasta. Syömishäiriö toimii ratkaisuyrityksenä ongelmiin, joita ei osata muuten käsitellä tai ratkaista (Broström 2010).

Syömishäiriötyyppinen käyttäytyminen on monille varsin tyypillinen tapa reagoida eri tilanteisiin ja tunteisiin. Syömishäiriön laadusta tai sairauden vaikeusasteesta riippumatta käyttäytymisen taustalla on pohjimmiltaan vääristynyt kuva itsestä. Kuva, joka on syntynyt elämän varrella, kokemus siitä, ettei ole arvokas sellaisena kun on. Tätä kokemusta ruokkii varsin tehokkaasti myös ympäröivä yhteiskuntamme. Syömishäiriöisten ongelmien ja kokemusmaailman tunteminen on terapeutille hyväksi, mutta terapeutin on samalla tärkeää olla hereillä niiden tunteiden ja ajatusten kanssa mitä asiakkaan kanssa työskenteleminen herättää.

Musiikkiterapiaa tehdään syömishäiriötä sairastavien kanssa. Laajempia tutkimuksia ei aiheesta ole Suomessa tehty, mutta Mäkinen (2002) on opinnäytetyössään tutkinut syömishäiriötä sairastavien musiikkiterapiaa haastattelemalla

kohderyhmän parissa työskenteleviä musiikkiterapeutteja. Mäkinen ehdottaakin jatkotutkimusaiheeksi syömishäiriötä sairastavien omia kokemuksia siitä, mikä musiikkiterapiassa on heitä auttanut. Aiheesta löytyy myös sekä suomalaisia ja ulkomaisia tapauskertomuksia, osa erilaisissa kokoelmateoksissa. (mm. Heal & Wigram 1999, Dokter 2000, Tervo 2003.) Syömishäiriöistä kertovaa kirjallisuutta löytyy hyvin laajasti.

Opinnäytetyöni taustalla on musiikkiterapeutin opintoihini kuulunut harjoittelu, jonka toteutin Turun Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) kautta. Tapaus tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten musiikkiterapiaryhmään osallistuneet opiskelijat kokivat toteutuneen terapiaprosessin syksyn 2010 aikana. Tutkimusaineisto koostuu opiskelijoiden täyttämistä kyselylomakkeista ja heidän kirjoittamistaan pohdintatehtävistä sekä haastatteluista. Musiikkiterapiaryhmään osallistui kaksi opiskelijaa. Tämän lisäksi terapiaprosessin kuvauksessa on käytetty aineistona terapeutin omaa terapiapäiväkirjaa.

Opinnäytetyössä en ole halunnut keskittyä vain yhteen syömishäiriöön, sillä kaikkien syömishäiriöiden taustalla vaikuttaa samankaltainen tunnemaailma. Syömishäiriö usein myös muuntuu sairastuneen elämän aikana epätyypillisen syömishäiriön suuntaan, kuten toisella musiikkiterapiaryhmään osallistuneella oli käynyt. Tutkimuksessa syömishäiriötä sairastaneesta käytetään termejä syömishäiriöinen, anorektikko ja bulimikko. Halusin sisällyttää opinnäytetyöhöni melko laajan osion syömishäiriöistä, niiden eri muodoista ja hoidosta, sillä sitä kautta lukija saa käsityksen siitä kuinka monitahoisesta ja vaikeasta sairaudesta on kyse.

Tapaus tutkimuksen tavoitteena ei ole tuottaa laajalti yleistettävää tietoa, vaan syventää ymmärrystä tietyistä aiheista, tässä tapauksesta syömishäiriötä sairastavien kokemuksesta musiikkiterapiasta. Tutkimus pyrkii antamaan tietoa paitsi siitä, miten terapiassa käytetyt menetelmät ja osa terapiaprosessista koettiin, myös siitä mitä opiskelijat kokivat saaneensa itselleen terapiaprosessin aikana. Tutkimuksessa pohditaan myös sitä, miten musiikkiterapia voi olla omalta osaltaan tukemassa kuntoutumista syömishäiriöistä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia musiikkiterapiaa syömishäiriöiden hoito- ja kuntoutusmuotona. Tutkimuksessa tarkastellaan musiikkiterapiaryhmään osallistuneiden kokemuksia musiikkiterapiasta. Tutkimus on kvalitatiivinen, eli laadullinen tapaustutkimus.

Tutkimuskysymykseksi muotoutui: Miten syömishäiriötä sairastavat opiskelijat kokivat toteutuneen musiikkiterapiaprosessin?

Tutkimuksen perusoletuksena on, että musiikkiterapialla voitaisiin tukea syömishäiriötä sairastavien kuntoutumista myös tämän lyhyen terapiaprosessin aikana ja että terapiaryhmään osallistuneet saisivat sellaisia kokemuksia, jotka tukevat heidän kuntoutumistaan. Tutkimuksen tavoitteena onkin selvittää, onko tutkimushypoteesi tosi.

2.1 Tutkimuksen termien määrittelyä

Tutkimuskohteen kokemusten tutkimisella tarkoitetaan sen tarkastelua, miten opiskelijat itse määrittelevät oman, subjektiivisen kokemuksensa heti terapiakerrojen lopussa sekä omat kokemuksensa, kun terapiakerroista oli kulunut jo jonkin verran aikaa ja niihin oli saanut etäisyyttä.

Kuntoutumisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ihmisen kokonaisvaltaista tervehtymistä. Kuntoutus on ihmisen henkilökohtaisen kehittymisen prosessi, jonka tavoitteena on kuntoutuminen, eli ihmisen psykofyysisen toimintakyvyn koheneminen, sosiaalisen selviytymisen sekä työkyvyn ja ammatillisten valmiuksien paraneminen, yhteiskunnan toimintaan osallistuminen, hyvinvoinnin koheneminen sekä yksilöllisten elämäntavoitteiden saavuttaminen. Lääkinnällisen kuntoutuksen menetelmien ulottuvilla on näistä lähinnä psykofyysisen toimintakyvyn koheneminen. (Leino 2007, 95.)

Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä myös ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista, monialaista ja usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Se eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuudesta ja menetelmiensä vuoksi, vaikka hoidon ja kuntoutuksen raja onkin monessa tilanteessa veteen piirretty viiva. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Musiikkiterapiatutkimuksen punainen lanka on selvittää musiikin mahdollisuuksia hoidon välineenä. Tällöin tutkimuksen kohteena on aina ihminen. Yleinen tutkimuksellinen lähestymistapa musiikkiterapiaan onkin ns. laadullinen tapaus-tutkimus, jossa tutkija ottaa tutkimuksensa kohteeksi musiikkiterapiaa saavan yksilön tai ryhmän. Tutkimuksen tavoitteena on silloin kuvata monipuolisesti terapeuttisen prosessin olennaisia sisältöjä. Tutkija keskittyy usein johonkin edellä mainituista musiikkiterapian peruskohdennustasoista (tapahtuminen, kokemukset, henkilöt, tuotokset) tai niiden yhdistelmiin. Musiikkiterapiatutkimuksen tulokset lähes poikkeuksetta hyödyntävät suoraan alan kliinistä käytäntöä. Tutkimukset ovat pitkälti soveltavaa tutkimusta, eli käytännöstä nousevaa tai käytäntöä palvelevaa tutkimusta. Kuvaileva tutkimus kerää informaatiota meillä olevista prosesseista tai jäljittää ja tunnistaa tapahtumia muotoilevia tai niille oleellisia toimintakaavoja tai teemoja. Musiikkiterapiassa kuvailevaa tutkimustyyppiä käytetään, koska sen eri alalajit soveltuvat hyvin kompleksien kliinisten prosessien tutkimiseen. (Erkkilä 2005, 296–298.)

Tapaus-tutkimuksessa tuotetaan yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta. Tällöin joudutaan tinkimään yleistettävyydestä, mutta saavutetaan syvempää ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Aineiston keruussa käytetään yleensä useita menetelmiä ja niillä tavoitellaan ilmiöiden kuvailemista. Tapaus-tutkimuksessa tutkijalla on käytössä lähes rajattomat mahdollisuudet toteuttaa tutkimuksensa. Siksi hänen on erityisen huolellisesti perusteltava tekemänsä valinnat ja tehdä näkyväksi koko tutkimusprosessi. (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 158–159.)

2.2 Tutkimuskohde

Opinnäytetyön tutkimuskohdeena ovat syömishäiriötä sairastavat opiskelijat, jotka osallistuivat musiikkiterapiaryhmään. Musiikkiterapiaryhmä toteutettiin yhteistyössä Turun Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kanssa ja ryhmäläiset saivat YTHS:ltä tiedon musiikkiterapiaryhmän alkamisesta. Opiskelijat ilmoittautuivat terapeutille, joka haastatteli ryhmästä kiinnostuneet loppukeväältä 2010. Neljästä haastatellusta kaksi loppujen lopuksi pystyi osallistumaan ryhmään. Terapeutti-tutkija ei siis valinnut tutkittavia henkilöitä tai määritellyt tutkimuskohdeensa muodostumista sen jälkeen kun yhteistyötaho (ja tutkimusaiheen kautta kohderyhmä) oli selvinnyt.

Yleensä ryhmäksi kutsutaan joukkoa, johon kuuluu vähintään kolme henkilöä, jotka ovat suorassa vuorovaikutuksessa keskenään ja joilla on tavoitteena saavuttaa yhteisiä päämääriä (Kielijelppi). Tässä tapauksessa ryhmän määritelmä ei toteudu, koska terapiaprosessiin osallistui vain kaksi henkilöä sekä terapeutti. Kahden henkilön muodostamaa vuorovaikutusta ei varsinaisesti kutsuta ryhmäksi, vaan käytetään nimitystä dyadi (Kielijelppi.) Tutkija on kuitenkin päättänyt käyttämään sujuvampaa termiä pienryhmä.

Tutkittavat olivat nuoria aikuisia, joiden elämää rajoittaa syömishäiriö. Syömishäiriön aktiivisin ja pahin kausi oli molemmilla jo takanapäin eikä enää hallinnut elämää samalla tavalla kun silloin, kun he hakeutuivat YHTS:n palvelujen piiriin. Siitä huolimatta syömishäiriö ja siihen liittyvät oireet vaikuttivat yhä tutkittavien elämään, vaikka he olivatkin hyvin eri vaiheessa sairautensa kanssa. Tutkittavat hakeutuivat ryhmään itse, joten molemmilla oli motivaatiota asioiden työstämiseen musiikkiterapian keinoin. Musiikkiterapiaryhmä alkoi lokakuussa 2010 ja jatkui helmikuulle 2011 saakka.

2.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat ensisijaisesti tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksistä käsin tutkija pohtii, millaista aineistoa tarvitsee ja millä

menetelmällä sen saa parhaiten hankittua. Ihmiselle on tunnusomaista kommunikoida symboleilla, erityisesti kielellä. Kieli ohjaa havaintoja eri merkitysten kautta, joita tutkimuksella pyritään tavoittamaan. Merkityksen tutkiminen onkin keskeistä laadullisessa tutkimuksessa. Menetelminä käytetään laadullisia menetelmiä, kuten osallistuvaa havainnointia, päiväkirjoja, piirustuksia, kirjoitelmia tai teemahaastattelua. Näillä menetelmillä voidaan tavoittaa niitä merkityksiä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille. Menetelmien kautta pääsevät esiin tutkittavien oma näkökulma ja heidän äänensä, jota tässä tutkimuksessa halutaan tavoittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 15, 23, 28.)

Toisaalta musiikkiterapiaprosessia tutkittaessa on otettava huomioon tutkimuskohteen erityispiirteet. Tutkijan on valittava menetelmät kliinisen asetelman ehtoilla, pohdittava mikä tutkimustapa on paras terapiatilanne ja asiakasryhmä huomioiden. Erkkilän mukaan musiikkiterapeutin omaksuma malli eli musiikkiterapeuttinen lähestymistapa (sisältäen esimerkiksi arviointiperiaatteet, hoitokäytännöt, teoreettiset periaatteet, tavoitteet ym.) vaikuttaa oleellisesti terapeutin toimintaan musiikkiterapiatilanteessa sekä siihen, miten hän tilannetta analysoi ja tulkitsee. Toimiessaan tutkijana, musiikkiterapeutti valitsee samalla tavalla todennäköisimmin sellaisia tutkimusmenetelmiä, jotka ovat suhteessa hänen omaksumaansa kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan. (Erkkilä 2005, 293–295.)

Käytettäessä useampaa eri tiedonkeruumenetelmää saadaan esiin laajempia näkökulmia ja voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Tämän tutkimuksen kohdalla puhutaan ns. menetelmätriangulaatiosta, jossa käytetään eri menetelmiä samassa tutkimuskohteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 38–39.) Tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa terapiaryhmään osallistuneiden kokemuksista. Sen vuoksi valittiin menetelmiksi avoimia kysymyksiä sisältävä kyselylomake sekä tutkittavien kirjallinen pohdinta, joka toimi pohjana teemahaastattelulle. Tämän lisäksi tehtiin terapiaprosessin aikana osallistuvaa havainnointia terapeutin roolista käsin. Menetelmät täydentävät toisiaan ja niiden kautta on mahdollista lähestyä samaa tutkimusongelmaa eri tavoin ja saada monipuolisempaa tietoa tutkittavasta asiasta.

Yksilöteemahaastattelu valittiin muiden tutkimusmenetelmien lisäksi, koska siten voitiin syventää kirjallisessa pohdinnassa esiin tulleita asioita, selventää vastauksia ja kuulla tutkittavien itse kertomana heidän kokemuksistaan. Hirsjärven & Hurmeen mukaan haastattelu on hyvin joustava menetelmä ja se soveltuu moniin eri tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, joten haastattelutilanteessa mahdollisuus suunnata tiedonhankintaa itse tilanteessa ja on mahdollista saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastattelu ei kuitenkaan ole menetelmänä ongelmaton. Haastattelu ja nauhoitusten litterointi vievät aikaa. Haastattelu voi myös sisältää monia virhelähteitä, joita aiheutuu niin haastateltavasta kuin haastattelijastakin. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää esimerkiksi haastateltavan taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 34–35.)

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Kielellä on hyvin keskeinen merkitys haastattelulle. Ihmiset pyrkivät käsitteellisesti välittämään omaa mielellistä suhdettaan maailmaan ja haastattelijan tehtävänä on saada selville, miten haastateltavalla jonkin objektin tai asiointilan merkitykset rakentuvat. Haastattelutilanne on kielellinen vuorovaikutustilanne, jossa haastatteluvastaus heijastaa aina myös haastattelijan läsnäoloa ja hänen tapaansa kysyä asioita samoin, kuin edeltäviä kysymyksiä ja vastauksia. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 47–49.)

Yleisiä laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi & Hurme 2006, 20). Tässä tutkimuksessa nämä on huomioitu tutkimusluvan pyytämällä, tutkittavien informoinnilla, nauhoitusluvan pyytämällä ja huolehtimalla, ettei tutkittavien henkilöllisyyttä voida tunnistaa tutkimustuloksista. Tutkittavien henkilökohtaisiin, terapiaprosessissa läpikäytyihin asioihin ei myöskään viitata tutkimuksessa.

3 SYÖMISHÄIRIÖT

Moni on kokenut tilanteen, jolloin ruoka ei maistu tai sitä on syönyt aivan liikaa. Erilaiset tunnetilat, kuten jännittäminen tai suru, voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta, sen sijaan notkuva buffet herkkuihin houkuttelee ahmimaan yli hyvänolontunteen. Sen jälkeen mielessä saattaa käydä pelko lihomisesta, tyytymättömyys omasta ulkonäöstä tai lupaus laihdutuskuurista. Monenlaiset tilanteet ja tunteet voivat saada aikaan tilapäistä häiriökäyttäytymistä syömisessä. Syömishäiriöt ovat kuitenkin paljon enemmän, kuin tilapäinen huono omatunto ahmimisesta, joulun jälkeinen paasto tai erilaisten tunnetilojen aiheuttama hetkellinen ruokahaluttomuus.

Millaista on häiriintynyt syöminen? Sitä ymmärtääkseen on hyvä miettiä, mikä on niin sanottua normaalia syömistä. Psykologian tohtori, psykoterapeutti Susanna Anglé on päätenyt siihen, että normaali syöminen on säännöllistä, monipuolista, joustavaa ja sallivaa, kohtuullista ja näiden kautta myös nautinnollista. Syömishäiriössä yllämainitut ovat hukassa – syöminen on kaotettua, rajoittunutta, ehdotonta, liian niukkaa tai runsasta, ahdistunutta, kontrolloitua tai holtitonta. (Anglé 2010.) Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry:n projektipäällikkö Kirsi Broström toteaa, että normaalin ja häiriintyneen syömisajan rajanveto ei ole aina helppoa. Oireesta muodostuu häiriö, kun se on toistuva ja alkaa selvästi haitata fyysistä terveyttä tai arkista toimintakykyä (Broström 2010).

Suokas & Rissanen määrittelevät, että syömishäiriöt ovat poikkeavaan syömisikäyttäytymiseen liittyviä oireyhtymiä, joihin liittyy psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Syömishäiriöt jaotellaan laihuushäiriöön (anoreksia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa) ja epätyypilliseen syömishäiriöön. (Suokas & Rissanen 2010, 355.)

Arviot syömishäiriöiden yleisyydestä vaihtelevat hieman, mutta syömishäiriön esiintyvyys on melko samanlaista kaikissa länsimaissa. Nykyisin arvioidaan, että suomalaisista naisista noin 2 % sairastuu elämänsä aikana anoreksiaan ja 2 % bulimiaan. Miehillä syömishäiriöt ovat huomattavasti harvinaisempia, noin

5–10 % syömishäiriöön sairastuneista on miehiä, joskin muista syömishäiriöistä poiketen BED (ahmintahäiriö) saattaa olla lähes yhtä yleinen miehillä kuin naisillakin. Ahmintahäiriötä ilmenee noin 2–3 %:lla aikuisista. Epätyypillistä syömishäiriötä sairastaa suunnilleen 3–4 % naisista. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 22; Mustajoki 2009.) Toisen arvion mukaan anoreksia puhtaassa muodossaan esiintyisi 0,5–1 %:lla, bulimia 1–3 %:lla ja näiden sekoitus, epätyypillinen syömishäiriö (jonka alle luetaan kaikki muut syömishäiriöt) 5–10 %:lla väestöstä. Jonkinasteista oireilua ilman, että kyseessä olisi varsinainen syömishäiriö, arvioidaan olevan 10–20 % väestöstä. (Nikkinen 2011.) Todellisuudessa luvut ovat todennäköisesti paljon suurempia, sillä vain pieni osa syömishäiriöpotilaista hakeutuu tai pääsee oireittensa vuoksi hoitoon (Keski–Rahkonen ym. 2008, 22–23). Broström toteaa, että esimerkiksi syömishäiriöliiton toimintaan osallistuu paljon sellaisia henkilöitä, jotka itse kokevat syömisen ongelmaksi, mutta heillä ei ole virallista diagnoosia sairaudestaan (Broström 2010).

Syömishäiriöitä pidetään nuorten naisten sairauksina ja anoreksia ja bulimia alkavatkin tyypillisesti murrosiässä. Anoreksia alkaa keskimäärin hieman aiemmin kuin bulimia, mutta molempien esiintymishuippu osuu noin 15–25 vuoden ikään. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 23.) Psykiatrian erikoislääkäri Heikki Nikkinen arvioi, että valtaosa sairastuneista on 12–25-vuotiaita nuoria naisia. Kuitenkin syömishäiriöön voi sairastua minkä ikäisenä tahansa (Nikkinen 2011). Anoreksiasta ja bulimiasta poiketen BED alkaa usein nuoruuden loppuvaiheella, mutta oireilun alkamisikä vaihtelee hyvin yksilöllisesti. Ahmintahäiriön vuoksi hoitoon hakeutuva on tyypillisesti aikuinen, usein jo keski-ikäinen mies tai nainen, joka kärsii lisäksi myös ylipainosta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöistä ja muista lihavuuden liitännäissairauksista. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 23.)

Syömishäiriöiden taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka näkyy häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä. Syömishäiriö toimii usein ratkaisukeinona, se voi esimerkiksi olla keino välttää psyykkistä pahaa oloa, pelkoja tai tunnesolmuja. Syömisen ja oman kehon kontrollointi tuottavat (virheellisen) tunteen itsensä ja elämänsä hallinnasta. Toisaalta syömishäiriö voi ilmetä myös hallinnan menettämisenä. Pikkuhiljaa syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi ja alkavat määrittelemään arkea. (Broström 2010.) Eri syömishäiriöillä on omat

erityispiirteensä, mutta yhteistä kaikille syömishäiriöille on Broströmin mukaan se, että ajatukset, tunteet ja toiminta ovat keskittyneet ruoan ja oman kehon ympärille. Yhteisiä piirteitä ovat myös esimerkiksi mustavalkoinen ajattelu ja ehdottomuus, tyytymättömyys omaan itseen, itseinhon tunteet ja ahdistuneisuus. Syömishäiriötä sairastavilla on enemmän yhdistäviä, kuin erottavia tekijöitä. Kokemukset ovat erilaiset, mutta tunnemaailma sama. (Broström 2010; Lälönen 2010, 8–10.)

Kontrolli onkin sekä anoreksiaa, että bulimiaa yhdistävä tekijä, kun mutkaton syöminen hukkuu kontrolloimisen pyrkimykseen. Anoreksiassa syöminen kontrollointi saattaa kärjistyä syömättömyyteen saakka, bulimiassa kontrollointi kaa-tuu omaan mahdollisuuteensa, joka johtaa hallitsemattomaan syömiseen. Ruoan lihottavuutta pyritään kontrolloimaan kompensoimalla (pakonomainen liikkuminen) tai tyhjentäytymällä. Kontrollointi ulottuu myös syödyn ruoan laadun ja määrän kontrollointiin ehdottomilla ja jäykillä säännöillä ja rituaaleilla. Samalla pyritään kontrolloimaan oman kehon tarpeita ohittamalla kehon omat luonnolli-set viestit. Näin kontakti omaan kehoon ja sen viestien kuuntelemiseen häviää. Kontrollista voi tulla avainsana myös muilla elämän osa-alueilla ja elämä muut-tua kurinalaiseksi suorittamiseksi. (Anglé 2010.)

Sairastuminen tapahtuu usein ”vahingossa”. Kyse on Anglén mukaan pyrkimyksestä hallita pahaa oloa. Kontrolloimisen mahdollisuus tuo turvallisuuden tun-teen. Aluksi kontrolloiminen tuntuu toimivalta ja laihtuminen saattaa tuoda mu-kanaan positiivisia asioita, kuten energisemmän olon, paremmin istuvat vaatteet ja ihailevat kommentit. Kontrolli ja kuri kuitenkin johtavat ongelmiin ja oireet al-kavat ylläpitää itseään lisäämällä pahaa oloa (häpeää, masennusta, ahdistusta, huonommuuden tunnetta jne.) (Anglé 2010.)

Syömishäiriön taustalla olevat syyt jaotellaan altistaviin, laukaiseviin ja sairautta ylläpitäviin tekijöihin. Altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi psykologiset tai kulttuu-risidonnaiset tekijät. Syömishäiriön laukaisee usein tietoinen laihtuttaminen, jolla yritetään lisätä omanarvontuntoa ja hallinnan kokemusta omasta elämästä. (Suokas & Rissanen 2010, 358–359, 369.) Ympäristötekijöillä on yhteys syö-mishäiriön syntyyn, esimerkiksi muutto vieraaseen ympäristöön, kiusatuksi tu-

leminen tai muut vaikeat elämänolosuhteet ja -tapahtumat saattavat laukaista syömishäiriön. Ratkaisevaa ei kuitenkaan ole niinkään itse elämäntapahtuma, vaan sen yksilöllinen kokeminen. Merkittävällä osalla syömishäiriöön sairastuneista ei kuitenkaan ole mitään selkeää, yksittäistä tekijää syömishäiriön taustalla. Myös tietyt harrastukset tai ammatit, esimerkiksi esiintymiseen liittyvät ammatit, joissa ulkoinen olemus on keskeisessä asemassa (esimerkiksi malli, näyttelijät, tanssijat) tai jotkut liikunta- ja urheilulajit voivat lisätä riskiä sairastua syömishäiriöön. Urheilu ja liikunta eivät itsessään lisää syömishäiriöitä, mutta tiettyihin liikuntalajeihin, kuten tanssiin, voimisteluun tai luisteluun liittyy tiukkoja ulkonäkövaatimuksia, jotka lisäävät häiriintynyttä syömistä erityisesti kilpaurheilun ja ammattilaistasolla. Toisaalta ei voida sanoa, sairastuttavatko ulkonäkökeskeiset urheilulajit tai ammatit nuoria, vai hakeutuvatko näiden pariin sellaiset henkilöt, jotka ovat valmiiksi alttiita sairastumaan syömishäiriöihin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 35, 39–40.)

Lehdestähän sen voi lukea, että mistä se tulee. Että sehän tulee siitä, ku kattelee muotilehtiä, haaveilee, että haluaisin olla saman näköinen kuin nuo mallit tuolla. No ei tosiaankaan! Mua oikeesti suuttuttaa se, et ihmiset kuvittelee edelleenki, että se on niinku teinityttöjen leikkiä tai jotain tämmöstä, on kuitenkin kysymys tappavasta taudista. Ja ku kukaan ei edelleenkään tiä, mistä se tulee...
– Marja (Pakomatka anoreksiasta 2010.)

Erään tutkimuksen mukaan lähes puolet syömishäiriöiden vuoksi sairaalahoitossa olleista naisista kärsi samanaikaisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä (Gleaves ym. 1998, Huttusen 2001 mukaan). Traumaattiset kokemukset ja niihin liittyvät ahdistavat tunnemuistot saattavat olla tärkeä syömishäiriöön altistava tekijä ainakin osassa vaikeahoitoisimmista syömishäiriöistä. Tästä huolimatta valtaosalle traumaattisia tapahtumia kokeneille ei kehity sen enempää syömishäiriötä kuin muitakaan psykiatrisia häiriöitä. (Huttunen 2001.)

Varsinkin länsimaisessa kulttuurissamme ruoka ja syöminen ovat latautuneita aiheita. Ylipainon terveystarpeista puhutaan paljon ja usein negatiiviseen sävyyn. Oikeanlainen, terveellinen ruokavalio ja liikunta yhdistetään terveyteen. Terveys-suositukset muuttuvat ja tarjolla on hyvän elämän tueksi erilaisia, usein keskenäänkin ristiriitaisia ruokavalioita ja -ideologioita. Toisaalta ruoka yksin ja yhdessä nautittuna on yksi ihmiselämän keskeisiä mielihyvän lähteitä. Naisten-

lehtien jälkiruokareseptikilpailut ja laihdutusextrat asettuvat sopusoinnussa vierekkäin. Myös ulkoiseen kauneuteen ja hyvinvointiin halutaan panostaa ja kauneusleikkaukset ja niistä kertovat muodonmuutos-ohjelmat ovat saaneet runsaasti suosiota. Ristiriitaiset viestit hämmentävät monia. Päällimmäiseksi saattaa jäädä tunne siitä, että olen vääränlainen, että omalle ulkonäölle, painolle tai vartalolle pitäisi ehdottomasti tehdä jotakin ja aina löytyy jotain korjattavaa. Yhteiskunta ja tiedotusvälineet viestittävät, että hoikka nainen on menestyvä, viehättävä, onnellinen, hyväkuntoinen ja suosittu. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 33–34; Suokas & Rissanen 2010, 359.)

Ulkonäkökeskeinen kulttuuri ei ole pelkästään harmitonta viihdettä, sillä vaarana on, että erityisesti itsetunnon hauraat nuoret ottavat nämä muuttumisviestit liian vakavasti ja turvautuvat äärimmäisiin tai terveydelle haitallisiin keinoihin ihanneulkonäköä tavoitellessaan (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34). Ritva Näräkkä Etelä-Suomen syömishäiriöperheet ry:stä on sitä mieltä, että yhteiskunnan kauneusihanteet voivat välillisesti vaikuttaa syömishäiriöön, mistä saadaan helposti idea, mitä voi tehdä, jotta kokisi itsensä hyväksyttäväksi (YLE Puhe 2010).

Stakesin tutkimuksen mukaan suomalaisten nuorten, etenkin tyttöjen keskeisin huolenaihe on oma ulkonäkö ja paino. Lihavaksi itsensä tuntee jopa 41 % normaalipainoisista tytöistä ja alipainoisistakin jopa 8 %. Laihuuden vaatimus on monen tytön mielestä ehdoton, luonnollinen ja itsestään selvä asia, jolle ei voi mitään. (Perttula 2000, 9 ja Tolonen 2001, 81–84 Savukosken 2008, 15 mukaan) Jopa 80 % suomalaisista nuorista terveistä naisista on ilmoittanut olevansa tyytymätön painoonsa ja sama määrä on joskus myös pyrkinyt säätelemään sitä laihduttamalla. (Kysy syömishäiriöistä! 2010; Suokas & Rissanen 2010, 359.) Laihduttamisen lisäksi osa käyttää myös enemmän tai vähemmän arveluttavia keinoja tehostaakseen laihtumistaan. Noin 10–20 % ihmisistä myöntää joskus kokeilleensa laihdutusvalmisteita, -lääkkeitä, paastoamista tai suolentyhjennystä ja tahallista oksentamista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 11.) Paineet sopeutua yhteiskunnan ulkonäkövaatimukseen saattavat kasvaa liian suuriksi ja olla osaltaan tukemassa syömishäiriöön sairastumista.

3.1 Anoreksia

Mä en ehkä tienny tarpeeksi siitä, että anoreksia on mielen eikä kropan sairaus. Kukaan ei tavallaan sanonu mulle, että se on tosi pelottava tauti ja siihen voi kuolla. – Sirpa (Selviytymistarina: Sirpa ja anoreksia 2010.)

Anoreksia (Anorexia Nervosa) eli laihuushäiriö on nälkiintymistila, joka on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty. DSM–IV tautiluokituksessa anoreksian kriteerit täyttyvät, kun sairastuneessa henkilössä todetaan oireina merkittävä alipainoon johtava painonlasku, kasvun pysähtyminen, voimakas pelko painon noususta ja lihomisesta vakavasta alipainosta huolimatta ja häiriintynyt kehonkuva, johon liittyy painon ja ulkonäön kohtuuton vaikutus siihen, millaiseksi henkilö kokee itsensä tai nykyisen vakavan alipainoisuuden kieltäminen. Oireenkuvaa kuuluu lisäksi naisilla kuukautisten poisjääminen (vähintään kolmen peräkkäisen kuukautiskierron, mikäli kuukautiset ovat jo alkaneet) tai ensimmäisten kuukautisten tulon viivästyminen. Miehillä tähän verrattavat muutokset ovat seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 13; Suokas & Rissanen 2010, 355.)

Anoreksian keskeiset piirteet, pyrkimys hyvin alhaiseen painoon ja ruumiinkuvan häiriö ovat riippumattomia sukupuolesta. Osa saattaa kärsiä anorektisista oireista, mutta kaikki ehdot eivät täysin täyty. Silloin puhutaan ns. epätyypillisestä syömishäiriöstä, josta lisää luvussa 2.4. Anoreksia on jaoteltu kahteen päätyyppiin: ruoasta pidättäytyvään anoreksiaan sekä ahmimista ja erilaisia tyhjentäytymiskeinoja suosivaan anoreksiaan. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 13.)

Lääketieteelliset seuraukset ovat yleisiä ja usein vakavia, mikäli häiriö on jatkunut pitkään. Sairastuneella voidaan todeta luukatoa tai muita aliravitsemuksen ja mahdollisen oksentelun tai lääkkeiden käytön seurauksia. Anorektikko voi olla huomattavasti laihtunut, hänellä voi olla sinertävät raajat, kuiva iho, sydämen harvalyöntisyys, matala verenpaine ja ohutta lanugokarvoitusta. Perusaineenvaihdunta on hidastunut ja elimistö pyrkii säilyttämään tärkeimmät elintoiminnot. (Suokas & Rissanen 2010, 357.)

Anoreksiaa sairastavat eivät varsinkaan sairauden alkuvaiheessa ole itse huolissaan laihtumisestaan. Painotavoite alenee laihtuksen myötä ja laihdutus muuttuu pakonomaiseksi suorittamiseksi. Sairastuneella on hyvin kapeutuneet ja niukat ruokailutavat ja liikunta muuttuu pakonomaiseksi. Myös ajattelu, tunteet ja sosiaalinen elämä kapeutuvat. Häiriön edetessä mielialan vaihtelut lisääntyvät ja sairastunut kieltää yhä enemmän oireensa. (Suokas & Rissanen 2010, 356–357.)

Anoreksiaa sairastava pelkää lihomista ja paastoaminen voi antaa turvallisuuden tunteen. Se kuitenkin johtaa ennen pitkää nälkiintymiseen. Aliravitsemustila aiheuttaa myös psyykkisiä oireita, joita ovat mm. mielialan lasku, ärtyisyys, lisääntynyt levottomuus ja ahdistuneisuus sekä erilaiset ruokaan liittyvät pakkoajatukset, pakko-oireet ja rituaalit. Oireet usein vahvistuvat aliravitsemustilan pahentuessa. Samalla kuitenkin nälkiintymistila aiheuttaa päihtymisen kaltaisen epätodellisen tilan, joka katkaisee terävimmän kärjen ahdistukselta. Nälkiintymistila voi olla niin voimakas, että anorektikon todellisuudentaju hämärtyy psyykoottiseksi käyttäytymiseksi, kun elimistö alkaa polttaa rakennusaineitaan käyttöenergiaksi ja elimistön hätäravinnoksi. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 30, 81.)

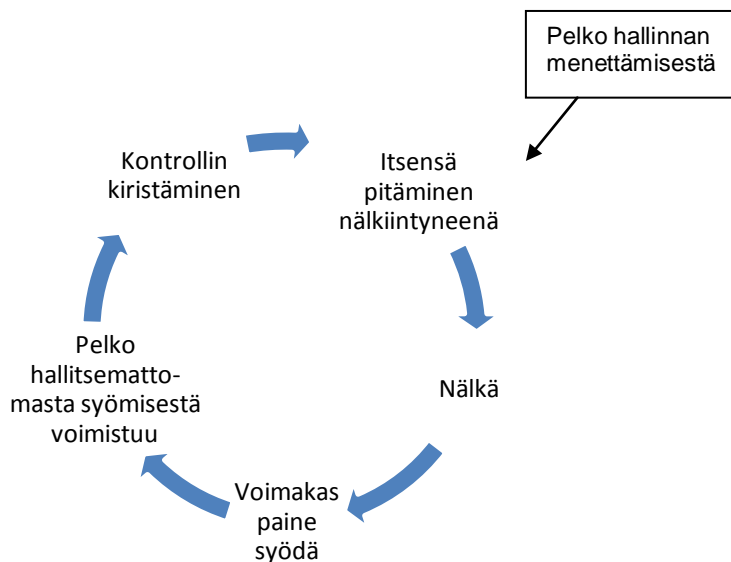
Pelko saa liikkeelle, pakottaa toimimaan tai piiloutumaan, kutistumaan pieneksi tai vielä pienemmäksi. Pelko paljastumisesta, lihomisesta, laihtumisesta ja liian suurista viipaleista. Vaakapelko! Ja mitä, jos pelon alta löytäisin itseni, en sitä laihtunutta tai lihonutta, vaan ihmisen? – Mari (Hakala 2000, 58)

Rutiinit ja rituaalit rytmittävät anorektikon elämää. Ne toistuvat päivästä toiseen ja aina samaan kellonaikaan. Pelko ja ahdistus saavat anorektikon toimimaan, pakottavat liikkumaan ja piiloutumaan paitsi muulta maailmalta myös itseltään (Savukoski 2008, 14). Tämä voi ilmetä esimerkiksi rituaaleina ruokailujen yhteydessä: ruoan tarkkana mittaamisena, ruoan pilkkomisena pieniksi paloiksi, vain tietyistä astioista syömisenä, ruoan piilotteluna, viimeisen suupalan syömittä jättämisenä ym. Pakkoajatukset voivat ilmetä syömiseen liittyvinä sääntöinä ja kieltoina, kuten esimerkiksi kalorirajoina, joita ei saa ylittää, sääntönä syödä aina vähemmän kuin muut tai vaikkapa ravintolassa tai kylässä syömisestä välttämisenä. Anorektikon ajatukset pyörivät lähes pelkästään ruoka- ja painoasioiden ympärillä. Tyypillistä on, että anorektikko tutkii ja keräilee erilaisia re-

septejä ja valmistaa ruokaa muille, kuitenkin itse syömättä. Pakko-oireet voivat liittyä myös siisteyteen ja puhtauteen, joka ilmenee ruoanlaitossa ja keittiöissä käsien pesemisenä toistuvasti tai astioiden pesemisenä ja pintojen pyyhkimisenä. Mitä enemmän anorektikon paino laskee, sitä voimakkaammaksi ahdistus, syömiseen ja painoon liittyvä pakonomaisuus sekä mahdolliset muut pakkotoiminnot yltyvät. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 29–30.) Ruusa–Mari Koistinen kertoi omasta kokemuksestaan Aamusydämellä–ohjelmassa:

Mullahan oli jossain vaiheessa kaiken näköisiä pakkoajatuksia ja pakkoliikkeitä. Jos multa vaikka kynä tippu lattialle, niin mun piti esimerkiksi kymmenen kertaa tiputtaa se sinne ja ottaa takasin, että ei satu mitään kamalaa. Johonki aikaan ne oli hirveen voimakkaita ja äitiki rupes ihan niinku kattomaan kauhulla, et se näytti kuulemma ihan hirveeltä. Se oli vaan pakko tehdä. (Aamusydämellä: Anoreksia kalvaa perhettä 2008.)

Osalla syömishäiriöpotilaista, varsinkin anorektikoilla, elämää sävyttää tiukka kontrolli, itseuri ja askeesi. Elämästä tulee hyvin suorituskeskeistä, mikä näkyy esimerkiksi työelämässä tai opiskeluissa. Vain parhaat arvosanat kelpaavat ja tehtävien viimeistelyyn kuluu loputtomasti aikaa. Oireet saavat aikaan hetkellisen helpotuksen ahdistukseen ja näin ylläpitävät sairautta; helpotuksen tunne saa oireista luopumisen tuntumaan pelottavalta, lähes mahdottomalta. Oireet saavat aikaan toisiaan ylläpitävän noidankehän. Taustalla vaikuttaa pelko hallinnan menettämisestä; joko oman kehon, syömisen tai elämän hallinnan, jotka ovat usein anoreksiaan sairastuneen mielessä sama asia. Sairastunut luo harhakuvan siitä, että oma keho, käyttäytyminen ja sitä kautta koko elämä olisi hallittavissa. Tästä seuraa voimistuva itsekontrolli syömättömyydellä ja usein myös muilla elämän osa-alueilla. Pitkittyneen nälkiintymisen seurauksena sairastunut ei enää tunnista näläntunnettaan tai ei halua tunnustaa tuntevansa nälkää, joka on sairastuneen mielessä merkki heikkoudesta tai epäonnistuneesta itsensä ja kehon hallinnasta. Nälästä seuraa yhä kasvava paine syödä ja ahdistus kasvaa. Sairastuneen käyttäytyminen on hänen yrityksensä saada jatkuva henkinen paaholo ja hätä helpottumaan. Oireilemalla hän vahingossa tuleekin vahvistaneeksi pahaa oloaan sen sijaan, että se olisi helpottanut pientä hetkeä pidemmäksi ajaksi. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 30, 81–83.)



KUVIO 1. Anoreksian oirekierre (Keski–Rahkonen ym. 2008, 80)

Seurantatutkimusten mukaan hoidon jälkeen noin puolet toipuu täysin. 30 %:lla oireilu jatkuu ja 20 % kärsii kroonisesta sairaudesta. Anoreksia on hengenvaarallinen tauti, kokonaiskuolleisuus on noin 5 %. Usein anoreksiaa sairastavilla on elämänsä aikana muita enemmän myös muita mielenterveyden häiriöitä, erityisesti vakavaa masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä. (Suokas & Rissanen 2010, 357.)

3.2 Bulimia

Bulimia Nervosassa, eli ahmimishäiriössä ahminta ja laihduttaminen muodostavat noidankehän, jonka perusongelmana on toistuva syömisestä hallinnan katoaminen. Taustalla vaikuttava lihomisen pelko ja painon tarkkailu johtaa yrityksiin estää painon nousu esimerkiksi oksentamisen, laksatiivien, nesteidenpoistolääkkeiden (diureettien), paaston tai ylettömän liikunnan avulla. Anoreksian ja bulimian psykologiset piirteet ovat monelta osin samanlaisia. Kummassakin sairastuneella on liiallinen huoli ruumiin muodosta ja painosta. Lisäksi bulimiaa sairastavat kärsivät usein puutteellisesta itsetunnosta, masentuneisuudesta tai persoonallisuuden epävakauksesta. Bulimikko perustaa itsetuntonsa ja itsearvostuksensa pitkälti ulkonäkönsä ja painoonsa. Paino saattaa vaihdella paljonkin ahmimisen myötä, samalla myös mielialat ja omanarvontunne aaltoilevat. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 15; Suokas & Rissanen 2010, 366–367.)

Puhtautta on olla ajattelematta ruokaa ja sitä, mitä on ahminut. Puhtautta on tyhjentää itsestään kaikki se, mitä on juuri sisäänsä sullonut. Puhtautta on suolihuuhtelukannu ja laksativipurkki. Kylmän suihkun, joka puhdistaa ja nopeuttaa verenkiertoa, on pakko olla puhtautta. Nälkäkramppi valkoisen keittiön lattialla ja vilu kesäpäivänä on erityisen puhdasta. Usein mä olen likainen. Likainen, kuin sulanut suklaa valkoisella paidalla. Laiska, mukavuudenhaluinen, ahne. Likainen. Mutta minä yritän puhdistautua, yritän ja yritän. – Annukka (Hakala 2000, 109.)

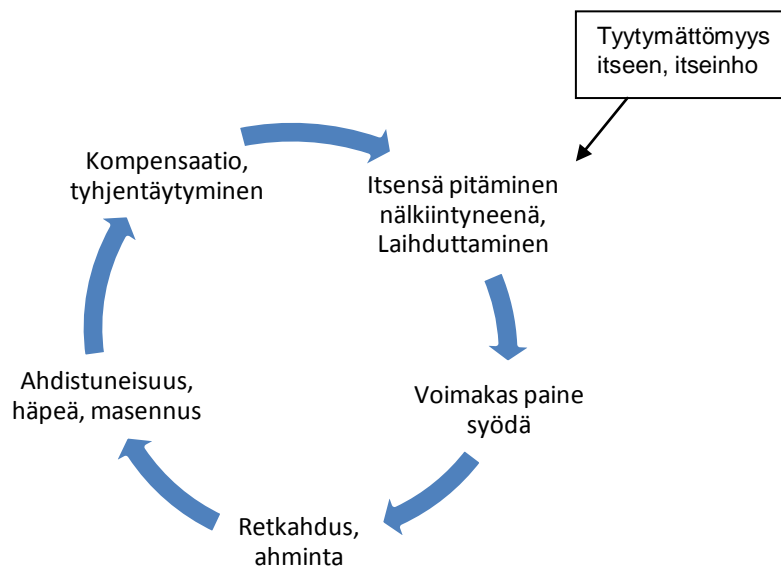
DSM-IV:n mukaan diagnostiset kriteerit täyttyvät, kun potilaalla on toistuvia ahmimisjaksoja (selvästi normaalia suuremman ruokamäärän syöminen tietyn ajanjakson aikana, kuin mitä useimmat ihmiset söisivät samassa ajassa ja olosuhteissa sekä tunne syömisen hallinnan puutteesta jakson aikana). Tämän lisäksi oireenkuvaan liittyy toistuva kompensatiokäyttäytyminen lihomisen estämiseksi. Ahminta sekä kompensatiokäyttäytyminen esiintyvät ainakin kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan. Kehon muoto ja paino vaikuttavat kohtuuttomasti siihen, millaisena sairastunut pitää itseään. Häiriö ei myöskään esiinny ainoastaan laihuushäiriön aikana (jolloin kyse on anoreksian bulimiestä alatyypistä). ICD-10:n mukaan ahmimisdiagnoosi annetaan potilaalle kuitenkin aina, kun syömishäiriön oireyhtymässä on mukana ahmintaa. (Suokas & Rissanen 2010, 366.) Vaikka oksentamista pidetäänkin bulimian tunnusmerkkinä, osa sitä sairastavista eivät oksenna koskaan tai tekee niin hyvin harvoin. Suomessa melko yleinen muoto bulimiasta on ns. paasto-liikunta-alatyyppi, jossa ahminnassa saatu ylimääräinen energia yritetään polttaa pois ankaralla laihdutuskuurilla ja rankalla liikunnalla. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.)

Bulimiassa on jonkin verran eroavaisuutta naisten ja miesten välillä. Sairastuneiden miesten on todettu olevan taipuvaisia ylipainoon tai lihavuuteen ennen sairauden puhkeamista. Miehillä esiintyy myös vähemmän tyhjentäytymiskäyttäytymistä kuin naisilla, tyypillisempiä kompensatiokeinoja ovat pakonomainen liikunta ja erilaisten lisäravinteiden käyttö. Sekä anoreksiaa että bulimiaa sairastavilla miehillä liikunta on usein vieläkin runsaampaa ja pakonomaisempaa kuin naisilla. Usein miehet kärsivät samalla myös muista psyykkisistä ongelmista, kuten masennuksesta, päihteiden ongelmakäytöstä ja pakko-oireisista häiriöistä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 20.)

Tyypillinen ahmintakohtaus tapahtuu esimerkiksi pitkän työ- tai koulupäivän jälkeen. Päivä on saattanut olla kamala, väsyttää ja olo on levoton ja ahdistunut. Syöminen on jäänyt huonoksi kiireen tai laihdutuskuurin vuoksi ja kaupasta tarttuu mukaan suuri määrä herkkuja. Tunnin kuluttua kotiin saapumisesta, ahmimisesta on jäljellä enää tyhjät keksipaketit, sipsipussi ja suklaalevyn kääreet. Ahmintaa ei yleensä pysty lopettamaan, ennen kuin olo on tuskallisen täysi. Ahminnan jälkeen iskee masennus: laihdutuskuuri on pilalla, olo on kamala ja oma käyttäytyminen hävettää. Ahmimisen aiheuttamasta häpeästä ja liiasta ruoasta yritetään päästä eroon eri kompensatiokeinoin. Tyhjentämiskeinot saattavat samalla tuntua sekä helpottavilta, että rankaisevilta. Ne ovat keino pyrkiä palauttamaan itsekuri ja -kunnioitus, päätös entistä tiukemmasta laihdutuskuurista ja paremmasta elämästä. Ennen pitkää ”ryhdistäytyminen” kuitenkin päättyy uuteen ruokaretkahdukseen ja noidankehä on valmis. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 16.)

En pysty lopettamaan. Käteni lakkaavat tottelemasta ja lappavat vain yltiöpäisesti ruokaa suuhun. Pian vatsanväänneet saavat minut hahtumaan. Miten tässä taas näin kävikään? --- Vaikka olen jo tyhjentänyt koko mahalaukkuni sisällön, se tuntuu riittämättömältä. Vedän risat lenkkarit jalkaani ja päätän juosta vitosen, jotta kaikki kalorit varmasti kuluvat. Ulkona sataa, mutta ei se haittaa. Päinvastoin, ajattelen, ihan oikein tällaiselle paskalle. Syvän itseinhon vallassa lähden hölkkäämään hämärtyvään iltaan ja pakotan itseni juoksemaan niin, että henki tuntuu salpautuvan keuhkoihini. – Siru (Hakala 2000, 123.)

Bulimiapotilas voi toistuvan laihduttamisen seurauksena kärsiä lievistä aliravitsemuksesta ja nälkiintymisestä, joka johtaa psyykkisiin ja fyysisiin muutoksiin sekä jatkuvaa ruoan ajatteluun. Ahminta usein pahenee, jos oireyhtymään liittyy oksentelua, sillä pelko ahminnan lihottavasta vaikutuksesta lievenee. Ahmimisesta ja oksentelusta tai muista tyhjentäytymisrituaaleista muodostuu itseään ylläpitävä ja hallinnasta riistäytyvä kierre, jota ylläpitävät sairauteen liittyvät sekä fysiologiset, että psyykkiset muutokset, esimerkiksi kylläisyyden tunteen häiriintyminen, mahan tyhjenemisen hidastuminen ja erityisesti masennuksen ilmaantuminen tai pahentuminen. (Suokas & Rissanen 2010, 369.)



KUVIO 2. Bulimian oirekierre

Bulimiaan liittyvä pakonomainen oksentelu tai oksennus-, ummetus- ja nesteenpoistolääkkeiden käyttö voivat aiheuttaa haitallisia, joskus jopa hengenvaarallisia seurauksia. Turvotus, hammaseroosio, kiilteen vaurioituminen, sylkirauhasten ja ruokatorven limakalvon vaurioituminen sekä vatsakivut ja pahoinvointi ovat jatkuvan oksentamisen aikaansaamia. Oksennus- ja virtsaneritystä lisäävien ja ummetuslääkkeiden käyttö saattaa johtaa kaliumin puutteeseen, sydämen rytmihäiriöihin tai sydänlihaksen tulehtumiseen. Noin 80 %:lla bulimiasairastavista on myös muita mielenterveyden häiriöitä ja noin puolella on kuvattu olevan vakava masennustila. Myös ahdistuneisuushäiriöt ja epävakaa persoonallisuushäiriö ovat yleisiä. (Huttunen 2010; Suokas & Rissanen 2010, 367.)

Psykodynaamisesta näkökulmasta tarkasteltuna bulimiasta kärsivillä potilailla on separaatio-individuaatiokehitykseen liittyviä ongelmia, jotka heijastuvat ruokaan liittyvässä ambivalenssissa. Traumatausta, kuten seksuaalinen hyväksikäyttö, turvaton lapsuus, rikkonainen perhetausta tai psykiatrinen oirehdinta perheessä sekä muut psykiatriselle oireilulle altistavat tekijät näyttävät olevan yleisempiä bulimiapotilailla kuin terveillä. (Suokas & Rissanen 2010, 368.) Gleaves ja Eberenz (1994) ovat tehneet tutkimuksen, jossa he jakoivat 464 ahmimishäiriöstä kärsivää naista hoitovasteen mukaan kolmeen eri ryhmään. Tutkijat totesivat, että yli 70 % vaikeahoitoisista bulimiapotilaista oli joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi lapsuuden tai murrosiän aikana. Huttunen toteaa, että vaikka erilaiset traumaattiset kokemukset eivät ole sen enempää edellytys kuin riittävä syykään erilaisten syömishäiriöiden kehittymiselle, käytännös-

sä näiden ahdistavien muistojen olemassaolon ja luonteen yksityiskohtaisella selvittelyllä on kuitenkin tärkeä merkitys. (Gleaves ym. 1994, Huttusen 2001.)

Bulimia on jatkunut tavallisesti vuosia, ennen kuin sairastunut hakee apua tilanteeseensa. Asianmukaista hoitoa saaneen bulimiatilaan välitön ennuste on yleensä hyvä. Seurantatutkimuksissa on todettu bulimian osalta samankaltaisia tuloksia kuin anoreksiankin: keskimäärin puolet hoitoa saaneista pääsee oireistaan pysyvästi, 30 %:lla häiriö jatkuu jaksoittaisena ja noin 20 %:lla kroonisena. Persoonallisuushäiriö, impulsiivisuus sekä päihteiden väärinkäyttö viittaavat huonoon ennusteeseen. Hoitoon hakeutumattomien ennusteesta ei ole tietoja. (Suokas & Rissanen 2010, 367.)

3.3 Ahmintahäiriö BED

Lihavan ahmintahäiriö BED (Binge Eating Disorder) on yksi bulimian epätyypillisistä muodoista. Syömishäiriöön kuuluu ahmimista, joka aiheuttaa voimakasta psyykkistä kärsimystä, häpeää ja ahdistusta. BED:iin ei liity bulimian tavoin kompensatiokeinoja, kuten oksentamista tai pakonomaista liikuntaa. Keski-Rahkonen toteaa kuitenkin, että vaikka BED-oireyhtymää kutsutaan Suomessa toisinaan lihavan ahmintahäiriöksi, noin puolet ahmintahäiriötä sairastavista ei kuitenkaan vielä ole ylipainoisia. Ahmiminen johtaa liialliseen energiansaantiin, mikä ajan mittaan ilmenee painon nousuna. Näin ollen hoitamattomana sairaus johtaa vaikeaan lihavuuteen. Vaikka BED on hyvin lähellä paastoliikuntatyyppistä bulimiam, se on vähitellen nostettu omaksi itsenäiseksi tautityypikseen, koska siitä kärsivät henkilöt poikkeavat usein selvästi iältään, sukupuoleltaan ja oheissairauksiltaan muista syömishäiriöpotilaista. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 17; Trötschkes 2006.)

Ahmintahäiriössä tyyppioireet ovat yleensä sukupuolesta riippumattomia. Tyyppilliseen BED-taudinkuvaan kuuluvat DSM-IV:n mukaan toistuvat ahmintakoh-
tauokset, joissa henkilö syö suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa ja joihin liittyy kokemus hallinnan menettämisestä. Ahmintakohtauksen aikana todetaan vähintään kolme oheisista oireista: tavallista nopeampi syöminen, syömisen jatkumi-

nen aina pahoinvointiin saakka, syöminen siitä huolimatta, ettei ole nälkä, yksin syöminen (koska syömiseen ja ruokamäärään liittyy häpeää) sekä syömisen aiheuttama itseinho, masennus ja syyllisyyden tunne. Ahmintakohtauksia on esiintynyt keskimäärin kaksi kertaa viikossa puolen vuoden aikana ja ahmiminen aiheuttaa voimakasta ahdistuneisuutta ja häpeää. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 18; Suokas & Rissanen 2010, 372.)

Rissanen toteaa, että ahmintahäiriöstä tulisi puhua enemmän, koska se on usein kroonisen laihduttajan ongelma. Vaikean lihavuuden takia hoitoon hakeutuvista jopa viidennes kärsisi ahmintahäiriöstä. Ahmintahäiriötä sairastaneiden on todettu epäonnistuvan muita useammin laihdutuksessaan ja suuret painonvaihtelut ovat tyypillisiä. Ahmimishäiriön perussyitä ei vielä tiedetä, mutta siitä kärsivillä on todettu muita ylipainoisia useammin myös muita psyykkisiä oireita. Noin neljänneksellä on kuvattu epätyypillinen masennustila, johon liittyy mielialan vaihtelut, yleinen alavireisyys ja haluttomuus sekä liiallinen ruokahalu ja unentarve. (Mustajoki 2009; Suokas & Rissanen 2010, 372; Kysy syömishäiriöistä! 2010.)

Ahmintaan taipuvalle henkilölle rajoittavat helposti syömistään erilaisilla dieeteillä, johon saattaa liittyä aterioiden väliin jättämisiä. Nämä lisäävät selvästi taipumusta ahmintaan. Sekä ahmimishäiriössä, että lievemmässä ahmimistaipumuksessa tärkeintä olisi dieettien lopettaminen ja syömisrytmin säännöllistäminen. Kun päivään kuuluvat aamupala, lounas, päivällinen ja sopivat välipalat, ahmiminen vähenee. Usein ahmimishäiriö voi ajan mittaan lievittyä ja saattaa parantua kokonaan. Mikäli ateriaritmin säännöllistäminen ei onnistu ja ahmimishäiriö häiritsee elämää, harkitaan muita hoitomuotoja. Yleinen hoitomuoto on kognitiivinen psykoterapia, jonka on todettu auttavan monia ahmimishäiriöstä kärsiviä. Myös lääkkeillä voidaan ahmimista vähentää. (Mustajoki 2009.)

Anna Keski–Rahkosen mukaan monimuotoista ahmintahäiriötä ei pystytä parantamaan hoitamalla vain lihavuutta. Häiriöön on monenlaisia tehokkaita hoitoja, mutta ahmintahäiriön ja siihen usein liittyvän lihavuuden hoidon välillä vallitsee ristiriita (Trötschkes 2006.)

3.4 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillinen syömishäiriö on yleisin syömishäiriön muoto. On arvioitu, että noin puolet syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuneista sairastaa jossain määrin epätyypillisiä syömishäiriöitä. Syömiskäyttäytyminen on selvästi poikkeavaa, pakonomaisen painonhallinnan, ahmimisen tai haitallisten tyhjentäytymiskeinojen sävyttämää, mutta se ei täytä anoreksian tai bulimian määritelmää. Taudinkuva saattaa muistuttaa anoreksiaa tai bulimiaa, mutta jokin keskeinen oire puuttuu, esimerkiksi nainen täyttää muut anorexia nervosan kriteerit, mutta kuu-kautiset tulevat normaalisti. Tyypillistä on myös se, että eri taudinkuvat vaihtelevat sairastuneella eri vaiheessa. Anoreksiaa sairastavista jopa puolet kokee kestoltaan vaihtelevan bulimisen jakson anoreksian jälkeen. Oireenkuvan muutos ei kuitenkaan ole sairauden pysyvä lopputila vaan usein tilapäinen välivaihe syömishäiriöprosessissa. Bulimia kääntyy harvemmin anoreksiaksi, sen sijaan anoreksia saattaa laantua vähitellen taudinkuvaltaan epätyypilliseksi bulimiaksi tai BED:iksi. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 18, 22; Suokas & Rissanen 2010, 372.)

Tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on bulimiaa muistuttava ahmintahäiriö BED. Epätyypillinen syömishäiriö vaatii usein samanlaista hoitoa, kuin tyypillinen anoreksia ja bulimia. Epätyypillisten syömishäiriöiden kirjo on laaja ja siihen mahtuu hyvin erityyppistä oirehdintaa. Itsenäiseksi aladiagnoosiksi on jo eriytynyt BED, mutta on arvioitu, että tulevaisuudessa joukosta eriytyy muitakin muotoja. Tällainen voisi olla esimerkiksi NES (Night Eating Disorder), jossa ahmintakohtaukset tapahtuvat pääosin yöaikaan ja taudinkuvaan liittyy myös voimakas vuorokausirytmien häiriintyminen. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 18–19.)

Ortoreksiaa, pakonomaista pyrkimystä yliterveelliseen ruokavalioon ja askeettiseen elämäntyyliin, ei vielä pidetä Suomessa itsenäisenä sairautena eikä virallinen tautiluokitus tunne ortoreksiadiagnoosia. Ortoreksia saattaa edeltää alkavaa syömishäiriötä ja voi myös oirekuvansa perusteella kuulua epätyypilliseen anoreksiaan. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 19.) Ortoreksiaa ei virallisesti tunnusteta sairaudeksi, mutta siitä puhutaan paljon ja monet pitävät sitä itsenäisenä sairautena. Ortoreksia lähtee yleensä liikkeelle viattomasta halusta tulla ter-

veemmäksi ravinnon avulla, mutta alkaa vähitellen muuttua pakkomielteeksi. Tuoteselosteet luetaan mahdollisimman tarkkaan, muutenkin kuin rasva- ja kalorimäärien osalta. Sinänsä hyvä asia, terveellinen ruokavalio, alkaa saada kohtuuttomia mittasuhteita ja ortoreksiaa sävyttää sama pakkomielteinen suhtautuminen ruokaan, kuin muitakin syömishäiriöitä. Syömishäiriöihin erikoistunut psykologi Pia Charpentier arvioi Ylen Akuutti-ohjelmassa Sairaana terveellistä elämää, että ortoreksiaan sairastuneet ovat ihmisiä, jotka pyrkivät elämään terveellisesti ja kontrolloimaan elämää, haluavat elämään hallinnan tunteen. Tiukat dieetit ja teoriat tuovat turvaa ja turvallisuudentunnetta. Ihminen saattaa kokea, että selkeät ohjeet siitä, miten ruoka pitää nauttia, kasvattaa, kypsentää, tarjoilla, tekee elämästä selkeää ja turvallista. (Mesimäki 2002.)

Ortoreksian lisäksi viime vuosina on puhuttu miesten (tai naisten) pakonomaisesta tarpeesta kuntoilla ja muokata vartaloon mahdollisimman lihaksikkaaksi. Tästä on käytetty esimerkiksi nimityksiä ”bigareksia” ja ”adonis-kompleksi”. Nykyisin termiksi on vakiintunut ”lihasdysmorfia”, jota pidetään psykiatrisessa tautiluokituksessa kuvatun kehonkuvahäiriöryhmän eräänä ilmentymismuotona. Lihasdysmorfiasta kärsivät ovat yleensä erittäin lihaksikkaita, mutta anoreksiaa sairastavien tavoin heidän ruumiinkuvansa on häiriintynyt niin, että he joko näkevät itsensä pieninä ja lihasmassaltaan olemattomana tai heillä on tarve olla hyvin lihaksikkaita, jotta he tuntisivat olonsa edes siedettäväksi. Mikäli henkilö ei pääse kuntosalille harjoittelemaan suunnitelman mukaiseksi, siitä seuraa voimakasta ahdistuneisuutta. Runsas, muuta elämää ja sosiaalisia suhteita häiritsevä sekä tiukkojen sisäisten sääntöjen alainen painoharjoittelu kuuluu oireenkuvaan. Häiriöstä kärsivät käyttävät tyypillisesti lihasmassaa lisääviä sallittuja ja kiellettyjä aineita. Miesten syömishäiriöt voivat esiintyä päällekkäin ruumiinkuvahäiriön kanssa. Niissä on myös hyvin paljon yhtäläisyyksiä, sekä syömishäiriössä että ruumiinkuvan häiriöissä keskeisenä oireena voi esiintyä voimakasta tyytymättömyyttä omaan kehoon ja vartalon lihaksistoon. Lisäksi kehonkuvan häiriintyminen, pyrkimys täydellisyyteen, vaativuus omaa itseään kohtaan, pakonomainen liikunta, pakkoajatukset ja -toiminnot, vartalon jatkuva peilaaminen, mittaaminen tai punnitseminen ovat syömishäiriöille ja ruumiinkuvahäiriöille yhteisiä piirteitä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 19–21.)

4 SYÖMISHÄIRIÖIDEN ETENEMINEN JA HOITO

4.1 Syömishäiriöiden eteneminen

Syömishäiriön ajattelemisen prosessina auttaa ymmärtämään syömishäiriöön sairastuneen käyttäytymistä sairauden eri vaiheissa. Syömishäiriöt ovat usein jatkuneet pitkään ennen kuin sairastunut tai hänen lähipiirinsä havahtuu tilanteen vakavuuteen. Varsinkin sairastunut itse pyrkii salailemaan ja peittelemään omaa tilannettaan. Anoreksian kohdalla sairaus huomataan siinä vaiheessa, kun on tapahtunut jo merkittävää laihtumista, mutta muut syömishäiriöt ovat vaikeampia havaita ulospäin ja syömishäiriöt saattavat pysyä pitkäänkin piilossa, jopa vuosien ajan. Suurin osa sairauden oireista ei näy ulospäin eikä itseinho ja häpeä omasta vartalosta välttämättä välity ulkopuolisille. Anorektikon laihtumista ei helposti huomaa tämän pukeutuessa useampaan kerrokseen vaatteita. Ahmimishäiriöitä sairastavat taas ovat erityisen taitavia salaamaan käyttäytymistään muilta, ahminnat ja mahdollinen tyhjentäytyminen tapahtuvat yksin ja salassa. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 25–26, 41.)

Aloitin salailun. Se alkoi puoliksi syödyistä ylimääräisistä karkkipusseista kirjoituspöydän laatikossa, sitten tyynyn alla, takin taskussa, maton alla, kirjapinon takana... Yksinäisiä ahminnan hetkiä. Salaa ja äkkiä. Se alkoi ruuasta, mutta levisi vähitellen. Opin hoitamaan asioita, joita epäilin sellaisiksi, mistä vanhempani eivät pitäisi, samalla tavalla. Salaa, nopeasti. – Annukka (Hakala 2000, 99.)

Kuherrusvaiheessa sairastunut ei näe tilanteensa vakavuutta vaan hän tuntee saavansa oireistaan enemmän hyötyä kuin haittaa. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 43.) Laihtumisesta saatetaan saada ihailevia ja kannustavia kommentteja ja itsetunto kohenee hetkellisesti kehujen ja laihtumisen myötä. Kurinalainen elämäntapa vahvistaa tunnetta oman elämän hallinnasta ja hetkellisesti oma paha olo helpottuu. Sairauden haittapuolet, ruuasta pidättäytyminen, oksentaminen tai muihin tyhjentäytymiskeinoihin turvautuminen eivät ole sairastuneen mielestä epänormaalia. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.) Yleistä on heikko sairautentunto ja sairastunut vastustaa voimakkaasti muiden sekaantumista asiaan. Sairauden edetessä oireiden negatiiviset vaikutukset alkavat muuttua voimak-

kaammaksi kuin positiiviset vaikutukset ja motivaatio oireista luopumiseen kehittyvät vähitellen. Hoidon onnistumisen kannalta on viisainta odotella kuherrusvaiheen ohimenoamista, mikäli sairastuneen fyysinen tila sen sallii. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42–43.)



KUVIO 3. Sairauden eteneminen/Pia Charpentier (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b)

Kärsimysvaiheessa negatiiviset oireet, kuten syömiseen, ruokaan, liikuntaan ja muihin asioihin liittyvät pakkoajatukset ja rituaalit vahvistuvat. Myös sairastuneen mielestä sairaudessa alkaa olla enemmän negatiivisia kuin positiivisia puolia. Väsymys, keskittymiskyvyn puute ja muut fyysiset oireet lisääntyvät. Sairaudentunto saattaa silti edelleenkin olla puutteellinen; sairastunut ei välttämättä edelleenkään koe olevansa sairas siitä huolimatta, että säännöt ja rituaalit rajoittavat hänen elämäänsä. Negatiivista puolista huolimatta syömishäiriö vielä ”toimii” ja oireet tuntuvat tuovan helpotusta kaaokseen. Läheiset kokevat tilanteen kuormittavaksi ja sairastuneen ja hänen läheistensä välille syntyy helposti riitoja. Sairastuneen toiminta tuntuu raivostuttavalta, käsittämättömältä ja pelottavalta. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.)

Omaa hulluuttaan kieltäytyä näkemästä. Vaikka muut yrittävät toimittaa hoitoon, vaikka ruumis on hajoamispisteessä ja elämä käynyt vähintäänkin hankalaksi, on silti houkuttelevampaa pitäytyä yhdessä ongelmassa, laihduttamisessa, kuin avata silmänsä kaikelle sille, mikä on oikeasti vialla. En useinkaan halua parantua. Tämän pienen, synkän maailman ulkopuolinen todellisuus tuntuu vielä pahemmalta. – Emma (Hakala 2000, 83.)

Pikkuhiljaa sairastuneelle herää toive muutoksesta, kun hän havahtuu siihen, että kysymys on syömishäiriöstä. Sairastunut kokee häpeää omasta käyttäytymisestään ja kamppailee sen kanssa, että hänen oikeaksi uskomansa toimintatapa osoittautuukin sairaudeksi. Vaihe on henkisesti hyvin raskas. Toisaalta sairastunut ymmärtää, ettei voi jatkaa samalla tavalla, mutta toisaalta muutos pelottaa. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.)

Muutosten tekeminen on hidasta, vaikeaa ja pelottavaa. Niiden sääntöjen ja rituaalien hylkääminen, jotka ennen toivat hetkellistä helpotusta ahdistukseen, tuntuu vain lisäävän ahdistusta. Paraneminen tuntuu hetkittäin mahdottomalta, kun takapakit ja epäonnistuminen ovat enemmän sääntö kuin poikkeus. Huonoina hetkinä luovuttaminen ja palaaminen tuttuihin toimintatapoihin voi tuntua helpoimmalta vaihtoehdolta. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.) Tässä vaiheessa sairastunut tarvitsee erityisesti tukea, hoitoa ja terapiaa (Broström 2010). Potilaan paranemista hidastava käytös ja yhteistyön takkuileminen tulkitaan usein motivaation puutteeksi. Tavallisesti kyse on ennemminkin rohkeuden kuin motivaation puutteesta; Oireista luopuminen aiheuttaa useimmille aluksi enemmän tuskaa kuin helpotusta ja saa aikaan voimakasta, jopa henkiseltä kivulta tuntuva ahdistusta, jota potilas pyrkii välttämään pitämällä kiinni sairaudestaan. Pakkoajatusten ja oireiden lievittyessä terve käyttäytyminen hiljalleen vahvistuu ja hyviä päiviä alkaa tulla enemmän kuin huonoja. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 73; Charpentier 2008, 274; Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.)

Anoreksia on kauhean palkitseva sairaus. Se tuottaa tyydytystä, kun sä kykenet siihen, sä kykenet laihtumaan, sä kykenet kieltämään itseltäsi nautinnot, sä saat elämän semmoseen nättiin, kontrolloituun pakettiin. Sillä kun sä hallitset syömisesi, sä hallitset kaiken. Mutta sitten kun siitä uskaltaa luopua, niin se on ensin kauhean pelottavaa ja tyhjää. Sulla ei oo yhtään mitään ja sun elämä putoaa semmoseen, ihan tyhjän päälle, että miten sä nyt rakennat tämän kaiken? Mutta sitten kun sä olet uskaltanut sen hypyn tehdä, niin niitä palkintoja alkaa yhtäkkiä tulla jostain muualta. – Sirpa (Selviytymistarina: Sirpa ja anoreksia 2010.)

Toipumisen varhaisvaiheessa tyypillistä on oman olemuksen, painon, vartalon ja ulkonäön vertailu muihin. Monet syömishäiriöistä toipuneet ovat kuvanneet tiedostaneensa itsessään selkeitä syömishäiriöisiä ajattelu- ja toimintamalleja,

joista pyritään aktiivisesti eroon. Parantumisprosessin edetessä häiriintyneet ajatukset jäävät taka-alalle ja luottamus omiin kykyihin selvitä vaikeistakin tilanteista vahvistuu. Lähipiirin tuki edistää osaltaan paranemista. Paranemisen kannalta on merkittävää, että sairastunut oppii keinoja käsitellä niitä tunteita, joiden tukahduttamiseksi syömishäiriö alun perin kehittyi. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 72; Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.)

Ei ole olemassa yhtä ja selkeää määritelmää siitä, kuka on parantunut syömishäiriöistä. Yleensä toipuneeksi katsotaan henkilö, jonka fyysinen ja psyykinen tila on kohentunut; paino on biologisessa normaalipainossaan, naisilla kuukautiskierto on luontainen ja sukupuolihormonitoiminta on normaalia. Syömishäiriö ei enää oireile voimakkaasti ja oireetonta aikaa on ollut muutamasta kuukaudesta vuoteen. Syömishäiriöpotilaiden oma määritelmä on laajempi; toivotaan, että sairastamisvaihe on pysyvästi jäänyt taakse, että opinnot, työ ja läheiset ihmissuhteet alkavat olla kunnossa ja syömisen, ruoan, painon ja oman vartalon ajattelemisen ei enää ole pääasia elämässä. Tutkimusten mukaan 80 % sairastuneista paranee niin hyvin, että kykenee elämään normaalia elämää (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70–71.) Osalla ilmenee syömishäiriöistä käyttäytymistä stressaavissa elämätilanteissa ja kriiseissä. Kroonistuneessa syömishäiriössä sairaus jumiutuu kärsimysvaiheen ja muutostoihevaiheen alueelle, eikä sairastunut kykene tekemään sellaisia muutoksia toiminnassaan, että paraneminen olisi mahdollista. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b.)

Moni sairastunut kokee, että syömishäiriö voi muistuttaa olemassaolostaan pitkänkin oireettoman ajan jälkeen. Ruoka ja syöminen jäävät ns. Akilleen kantapääksi, elämäalueeksi, jossa kykenee toimimaan ja ajattelemaan normaalisti, mutta jota ei tule koskaan pitämään vahvuutenaan. Parantuminen on hidas prosessi, lopullinen psyykinen kuntoutuminen voi viedä useita vuosia. Moni syömishäiriöstä toipunut on kuvannut paranemistaan tietoisesti päätökseksi, se on kuin ankaraa puskemista läpi harmaan kiven. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 72, 74.)

4.2 Syömishäiriöiden hoito

4.2.1 Hoidon tavoitteet

Syömishäiriöiden kokonaisvaltaisen hoidon tavoitteina ovat painon ja syömis-käyttäytymisen normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen sekä psyykkisten oireiden häviäminen, psyykkisten keinojen ja sosiaalisuuden lisääntyminen. Hoito koostuu lääketieteellisen seurannan lisäksi ravitsemusneuvonnasta, psykoedukaatiosta sekä psykoterapiasta. Hoidon tavoitteet määritellään yksilöllisesti riippuen oireiden vakavuudesta sekä sairaus- ja hoitohistoriasta. Moniammatillisen tiimin yhteistyö tukee tavoitteiden saavuttamista. Hoidon aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa parantaa tervehtymisennustetta ja nopeuttaa paranemisprosessia. Hoitoon hakeudutaan perusterveydenhuollon kautta eli terveyskeskuksen tai koulu-, opiskelu- tai työterveydenhuollon kautta, josta annetaan tarvittaessa lähete erikoissairaanhoidon piiriin. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 41–42.)

Käypä hoito-suosituksista löytyy suositus lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidosta. Suosituksessa todetaan, että psykososiaalisten interventioiden tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään ravitsemustilan ja fyysisen kuntoutumisen merkitys, tunnistamaan omia tunteitaan, ymmärtämään ja muuttamaan haitallista käyttäytymistä ja vääristyneitä ajatuksia syömishäiriöstä, sekä parantaa toimintakykyä ja helpottaa muuta psykopatologiaa ja liitännäisoireita. Täysipainoista psykoterapiaa ei kuitenkaan ole hyvä aloittaa taudin akuutissa, ravitsemustilan korjausvaiheessa. Suosituksen mukaan tärkeitä seikkoja syömishäiriöiden hoidossa ovat mm. terapiasuhteen laatu ja yhteistyö sekä motivointi. Potilaan luottamuksen syntyminen vie aikaa, ja siksi hoidossa on tärkeää, että potilas kokee terapeutin ymmärtävän empaattisesti häntä ja näin tukevan hänen sisäistä kasvuaan. (Käypä hoito 2009.)

4.2.2 Hoitotahot ja vertaisryhmätoiminta

Perustason moniammatilliseen hoitoon osallistuvat lisäksi lapsen iästä ja kunnasta riippuen perheneuvola, fysioterapeutti, mahdolliset yksityiset terapeutit ja oppilashuollon työntekijät (psykologi, koulukuraattori ym.) Kouluterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon tiimi tekevät yhteistyössä potilaan ja hänen vanhempiansa kanssa hoitosuunnitelman, joka sisältää painotavoitteet, psyykkisen tuen järjestelyt ja somaattiset hoitojärjestelyt. (HUS 2009.) Kuvio 4 esittelee syömishäiriöiden hoitoketjun ja hoidossa käytettyjä menetelmiä.



KUVIO 4. Menetelmät ja palvelut (Taakala 2009, muokattu)

Hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan paino, somaattinen tila ja hoitomotiivaatio. Pääsääntöisesti hoito pyritään toteuttamaan avohoitona. Mikäli avohoito ei ole riittävän tehokasta, sairaalahoito on tarpeen. Päiväosastohoito on tarvittaessa välivaihe sairaalasta avohoitoon siirryttäessä. Se voi olla myös vaihtoehto-

to niille, joiden sairaus ei välttämättä vaatisi sairaalahoitoa, mutta joiden syömishäiriö haittaa vakavasti toimintakykyä. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 42; Suokas & Rissanen 2010, 361–362.)

Suomessa syömishäiriöihin erikoistuneita tahoja on sekä sairaanhoitopiirien että julkisen sairaanhoidon puolella. Monissa kaupungeissa tai sairaanhoitopiireissä on omat syömishäiriöön erikoistuneet yksikkönsä/osastonsa. Näistä esimerkiksi HYKSin psykiatriakeskuksessa toimiva syömishäiriökliniikka, joka on aikuisten (yli18 v.) syömishäiriöpotilaiden erityishoidon yksikkö sekä syömishäiriöosasto 4, joka on yliopistosairaalan avo-osasto. Osasto palvelee HUS–alueen väestöä ja tarvittaessa maksusitoumuksella myös ulkokuntia. (HUS 2011a; HUS 2011b.)

Tämän lisäksi syömishäiriöiden hoitoon ovat erikoistuneet erilaiset yksityisen puolen hoitotahot sekä kolmannen sektorin palveluntuottajat. Elämän Nälkään ry:n Syömishäiriökeskus tarjoaa sekä avohoitoa että ympäri vuorokautista hoitoa syömishäiriöistä kärsiville. Avohoidossa hoito koostuu yksilöllisten tarpeiden mukaan psykoterapiasta, ravitsemusterapiasta, toimintaterapiasta, fysioterapiasta, erilaisista luontaishoidoista sekä psykiatrisesta seurannasta. (Syömishäiriökeskus 2011a.) Syömishäiriökeskuksella on myös kuntoutus- ja hoitoyksikkö, johon otetaan 13 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia syömishäiriöistä kärsiviä henkilöitä. Hoitomalli on suunniteltu vaikeasti sairaille anoreksiasta ja bulimiasta kärsiville henkilöille ja siinä korostetaan lempeyttä ja kärsivällisyyttä sekä pyritään aktivoimaan sairastuneita vaikuttamaan itse omaan hoitoonsa mahdollisimman paljon. Syömishäiriö kuormittaa myös sairastuneen perheenjäseniä. Useissa nuorten hoitopaikoissa tarjotaankin tavallisesti vanhemmille mahdollisuus tavata heitä varten osoitettua työntekijää. (Syömishäiriökeskus 2011b.)

Kolmannen sektorin puolella aktiivista työtä tekee Syömishäiriöliitto–SYLI ry, joka on valtakunnallinen syömishäiriöön sairastuneita ja heidän läheisiään edustava järjestö. SYLI:n tehtävänä on lisätä kokemukseen perustuvaa syömishäiriötietoutta ja -osaamista sekä edistää syömishäiriöön sairastuneiden hoitoa ja kuntoutusta, toimia jäseniensä oikeuksien valvojana, tehdä tunnetuksi syömishäiriön erityispiirteitä sekä tukea alueellisten jäsenyhdistystensä toimintaa.

Jäsenyhdistykset vastaavat paikallisesta toiminnasta, mm. läheisille ja sairastuneille suunnatusta vertaistukitoiminnasta. (Syömishäiriöliitto–SYLI ry 2011a.)

Syömishäiriöliitto pyrkii nostamaan esiin hoidon keskeisiä ongelmia; moniammatillisen hoidon puute, aikuisten syömishäiriöisten hoitopaikkojen vähyyys ja se, ettei etenkin epätyypillisiin syömishäiriöihin puututa (Läylönen 2010, 9). Syömishäiriöliiton toiminnanjohtajan Marja-Leena Laiho–Lehdon mukaan suurin epäkohta syömishäiriöiden hoidossa on siinä, että hoitoa ei välttämättä ole tarjolla tai jos on, hoidon taso voi olla hyvinkin erilaista riippuen siitä, missä päin Suomea asuu tai tarvittavia jatkohoitopaikkoja ei ole saatavilla (Elämänkumppanina anoreksia 2009).

Syömishäiriöliiton paikallisyhdistykset saavatkin kuulla monista hylätyistä terapiihakemuksista. Moni syömishäiriötä sairastava haluaisi terapiaan, koska oireilee ja oireet aiheuttavat kärsimystä. Kirsi Broström kertoo, että yhdistyksen kokemuksen mukaan Kelan linja vaikuttaa olevan, että jos potilaan syömishäiriö oireilee, hän ei saa Kelan tukemaa terapiaa. Toisin sanoen, mikäli päädiagnoosina on syömishäiriö, terapiaa ei myönnetä. Broströmin mukaan tämä on ongelma, koska ei ole olemassa syömishäiriötä joka ei oireilisi. Terapian saamiseksi syömishäiriötä sairastavalle saatetaan laittaa terapiihakemukseen päädiagnoosiksi keskivaikea masennus. Tämä kuitenkin vääristää syömishäiriötilastoja eikä sairastuneiden määrästä saada luotettavampaa tietoa, jos oireilu ei saa näkyä terapiihakemuksissa. Broström arvioikin, että syömishäiriötä sairastavien määrä on tilastojen mukaan alhaisempi kuin todellisuudessa, koska sairaus on ”siivottu” pois potilaiden papereista. (Läylönen 2010, 9.)

Aina Kelan päätökset tai sairastuneen hoito eivät tunnu sairastuneesta ja hänen lähipiiristään kohtuullisilta tai tarkoituksenmukaiselta. Pakomatka anoreksiasta-ohjelmassa (2010) Marja ja hänen äitinsä pohtivat tilannetta:

Haettiin mulle Kelalta semmosta... kuntoutuksena sitä psykoterapiaa ja tadaa, tulikin päätös, että ei myönnetä. Ja se peruste oli, että se Kelan terapia, niin se ei riittäis mulle siis pituudeltaan, kun sitä voi saada vaan, onks se kolme vuotta korkeintaan. Et mun terapian tarve on pidempi, niin mulle ei sit myönnetty sitä lyhyttäkään terapiaa. – Marja

Sitähän vois lähteä sitä hoitoa hakeen vaikka Ruotsista, missä näitä toimivia hoitopaikkoja on, koska ei niitä... tai sitte edes kokeilla sitä yksityisen puolen sitä... syömishäiriökeskuksen sitä hoitoa, vaikka sinnekin jonot on, mut kuitenkin... Mutta kun tässä nyt maksetaan ite sitä terapiaa, missä Marja nyt käy, kun se tuli Kelalta se kielteinen päätös siitä. Ja sitte Marja siitäki itteensä syyllistää, että joka kerran kun hän siellä on, hän laskee sitä, miten paljon se meille maksaa. – Marjan äiti

4.2.3 Hoitomuodot

Syömishäiriöiden hoitoon käytetään erilaisia hoito- ja terapiamenetelmiä. Ravitsemustilan korjaantuminen on edellytys paranemiselle ja psykoterapiasta hyötymiselle, sillä nälkiintymistila on yksi tärkeimmistä oireista ylläpitävistä tekijöistä. Anoreksiaan liittyvät mieliala- ja pakko-oireet poistuvat usein aliravitsemustilan korjaantumisen myötä. Hoidossa tulee tukea potilasta kantamaan itse vastuuta omista syömisistään ja oppimaan oikeanlaista tapaa syödä. (Keski–Rahkonen ym. 2008,45; Suokas & Rissanen 2010, 363.)

Lääkehoidosta ei anoreksian hoidossa ole todettu olevan juurikaan hyötyä, koska pakko-oireet ja mielialaoireet helpottuvat ravitsemustilan parannuttua (Keski–Rahkonen ym. 2008, 45–46). Masennuslääkkeistä on sen sijaan todettu olevan hyötyä ahmimishäiriöiden (bulimia ja BED) hoidossa, joskaan ei niin paljon kuin kognitiivisbehavioraalista hoidosta (Suokas & Rissanen 2010, 371).

Perheterapian toimivuudesta anoreksian hoitomuotona on vahvin tutkimusnäyttö. Se näyttää olevan yksilöterapiaa tehokkaampi apu anoreksian hoidossa sellaisilla nuorilla, joiden syömishäiriö ei ole vielä kroonistunut. Anoreksian hoidossa on todettu olevan hyötyä myös erilaisista yksilöpsykoterapioista (kuten kognitiivisanalyttisesta terapiasta, kognitiivisbehavioraalista terapiasta, interpersonallisesta terapiasta sekä lyhyistä psykodynaamisista terapioista), mutta vahva ja pitävä tutkimusnäyttö näiden hoitomuotojen tehosta puuttuu toistaiseksi. Psykoterapioiden keskeinen ongelma anoreksian hoidossa on, että merkittävä osa potilaista ei tunne itseään sairaaksi, pitää hoitoon sitoutumista tarpeettomana ja keskeyttää terapian muutaman käynnin jälkeen. Syömishäiriöiden

hoidossa sairastuneen oma motivaatio on tärkein edellytys hoidon onnistumiselle. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 42, 45.)

Psykodynaamisesti orientoitunut psykoterapia tähtää syömishäiriön taustalla mahdollisesti olevien, sairauteen vaikuttavien persoonallisuushäiriöiden hoitoon, potilaiden psykologisen itsetuntemuksen lisäämiseen ja kypsymisprosessin tukemiseen. Lyhytkestoinen yksilöterapia näyttää olevan nuorten anoreksiapotilaiden hoidossa yhtä vaikuttavaa kuin ravitsemusterapeutin antama toistuva ja tiivis ohjaus. Syömishäiriöpotilaiden vanhemmat ovat kokeneet terapeuttien vetämien vanhempienryhmien olevan hyödyllisiä. Perheryhmiin suunnattu psykoedukaatio voi olla yhtä vaikuttava kuin perheterapia. Perheterapiaa voidaan toteuttaa joko koko perheen terapiana tai siten että vanhempia tavataan erikseen. (Käypä hoito 2009.) Terapian tarve arvioidaan jatkohoidon aikana. Tämän lisäksi erilaiset vertaisryhmät syömishäiriöpotilaille ja heidän omaisilleen sekä hoidon aikana että sen jälkeen voivat olla avuksi. (Suokas & Rissanen 2010, 365.)

Bulimiapotilaat ovat yleensä motivoituneempia hoitoon kuin anoreksiapotilaat. Lievissä häiriöissä hoidoksi riittää laihdutuksen lopettaminen, tiedon antaminen ja ohjaus säännölliseen ruokailurytmiin. (Suokas & Rissanen 2010, 370.) Osalle ahminnasta kärsiville on suurta hyötyä yksinkertaisista, kotona toteutettavista hoitokeinoista, kuten ruokapäiväkirjan pitämisestä. Tämän lisäksi erilaiset käyttäytymis- ja oppimisterapiaa soveltavat itsehoito-oppaat ovat osoittautuneet hyödyllisiksi ahmintaongelmien hoitomuodoiksi. Mikäli näistä ei ole merkittävää hyötyä, hoitona voidaan käyttää psykoterapiasta ja ravitsemusohjauksesta muodostuvaa yhdistelmähoitoa. Erityisesti kognitiivisbehavioraalisen terapiasta ja interpersoonallisesta psykoterapiasta on todettu olevan hyötyä bulimian ja BED:in hoidossa. Sekä yksilöterapian että ryhmäterapian tehosta on vahvaa näyttöä. (Keski–Rahkonen ym. 2008, 46.)

Eniten käytetty ja tutkittu hoitomalli bulimian hoidossa perustuu kognitiivisbehavioraaliseen lähestymistapaan. Mallin lähtökohtana on, että laihduttaminen ja ruoasta pidättäytyminen käynnistää ahminnan, joka puolestaan johtaa sellaisiin käyttäytymismalleihin, jotka pahentavat laihduttamisen, ahminnan ja kompen-

saatiokäyttäytymisen kierrettä. Hoidossa keskitytään väljentämään joustamattomia ruokasäännöksiä sekä korjaamaan itsetuntoa ja painoon ja ulkonäköön liittyviä ajatusvääristymiä. BED:in hoidossa ei ole vielä vakiintuneita käytäntöjä, vaan hoito mukailee bulimian hoitoa. Hoidossa on tärkeää kiinnittää huomio potilaan kokonaisterveydentilaan. Mikäli potilas on huomattavasti ylipainoinen, ahminnan hallintaan suunnatun psykoterapian tai lääkityksen painoa vähentävä vaikutus on yleensä hyvin vaatimaton. Sen vuoksi painonnousun pysäyttäminen ja maltillinen painonpudotus tulisi ottaa omaksi hoitotavoitteekseen (Suokas & Rissanen 2010, 371–372.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa on tavoitteena opetella tunnistamaan negatiiviset, sairautta (syömishäiriötä) ylläpitävät ajatukset, esim. "jos lihon, kukaan ei enää pidä minusta ja jään täysin yksin" ja korvaamaan ne terveyttä tukevilla ajatuksilla, esim. "olen arvokas juuri tällaisena kuin olen". Terapiassa tutkitaan myös ajatusmallien alkuperää sekä opetellaan tunnistamaan, kohtaamaan ja käsittelemään vaikeita tunteita. Terapian apuna käytetään kotitehtäviä, joiden avulla työestetään haitallisia ajatusmalleja ja tunnelukkoja. "Kognitiivisen psykoterapian tavoitteena opettaa potilaalle terveyttä tukevia ongelmanratkaisu- ja tunteidenkäsittelymalleja, jotta sairauden uusimisen todennäköisyys saataisiin mahdollisimman pieneksi." (Syömishäiriökeskus 2011a.)

Syömishäiriöiden hoidossa käytetään erilaisia luovia terapiamuotoja, kuten kuvataideterapiaa, tanssi- ja liiketerapiaa ja musiikkiterapiaa. Syömishäiriöistä kärsivälle voi olla erittäin terapeutista kokemus siitä, ettei itsearvoa saavuteta-kaan suorittamalla. Luovissa terapioiden ei ole olemassa oikeaa tai väärää, kaunista tai rumaa – siellä tekemiseen haetaan tasapainoa, kaaokseen rytmiä ja järjestystä, paikalleen pysähtyneeseen liikettä ja suuntaa. Luovilla terapioiden pyritään myös mieltä kohottavaan, aktivoivaan ja inspiroivaan, mutta myös rauhoittavaan vaikutukseen. Tekemisen kautta mahdollistuu itsensä ilmaisu ja se herättää oivalluksia, joita voidaan käsitellä sanallisesti. (Lieppinen & Willman 2008, 9.)

Monipuolisia hoito- ja terapiamuotoja käyttää esimerkiksi syömishäiriökeskus, jossa yksilöllisen psykoterapian, omahoitajakeskustelujen, ravitsemusterapian,

psykoedukaation ja fysioterapian lisäksi käytetään esimerkiksi musiikkiterapiaa, tanssi- ja liiketerapiaa ja toimintaterapiaa. Runsaan hoitotarjonnan tarkoituksena on, että hoidon aikana sairastunut tekee aktiivisesti työtä paranemisensa eteen. (Syömishäiriökeskus 2011b.)

Charpentierin (2008) mukaan syömishäiriöisten kanssa työskentelevän (psyko)terapeutin on tunnettava ainakin jonkin verran ihmisen somaattisia toimintoja sekä hallittava ravitsemustieteen perusteet. Tämän lisäksi terapeutin on tärkeää ymmärtää syömishäiriön psykologinen luonne. Psyhyksen rakenteiden korjaamisen lisäksi hoidossa on usein oleellisena osana myös ravitsemustilan korjaantumisen ohjaus ja seuranta. Syömishäiriöpotilaat herättävät useimmissa heitä hoitavissa henkilöissä monenlaisia voimakkaita tunteita huolesta ja pelosta ahdistukseen ja turhautumiseen. Sen vuoksi terapeutin on oltava taitava omien kielteisten tunteidensa käsittelyssä. Oireista luopuminen vaatii luottamuksellista terapiasuhdetta ja sen tuomaa turvallisuuden tunnetta, joka herättää riittävän rohkeuden oireista luopumiseen. Terapiasuhteen aikana potilas tarvitsee terapeutin järkähtämättömän luottamuksen ponnistelunsa mielekkyyteen. Terapeutti voi käyttää psykoedukaatiota, jossa tosiasiat puhuvat puolestaan ja auttavat potilasta löytämään luottamuksen paranemiseen. Tämän lisäksi väsymätön asioiden toistaminen vahvistaa potilaan toivoa. Varsinkin aliaravitut ja paniikinomaisessa ahdistustilassa elävät anorektikot omaksuvat terapiassa esiin tulleet asiat äärimmäisen hitaasti. Istunnon aikana potilas vaikuttaa ymmärtävän asiat, mutta ne katoavat hyvin pian mielestä terapiaistunnon päätyttyä. Puhutut asiat eivät kannu kovinkaan pitkälle eikä terapeutin kannata sitä edes olettaa. Sekä psykoedukaatioon että sairautta ylläpitävän ajattelun muuttamiseen liittyvän toiston avulla myönteinen ajattelutapa alkaa kantaa myös terapiaistunnon ulkopuolelle. Terapian keskeisenä tehtävänä on myös työstää vääristynyttä kehonkuvaa, opettaa potilasta tunnistamaan mielensä sisäinen negatiivinen vuoropuhelu ja kyseenalaistamaan itsetuntoa heikentäviä perususkomuksia. (Charpentier 2008, 273–274, 285.)

5 MUSIIKKITERAPIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA

Syömishäiriöistä on tehty lukuisia tutkimuksia, pro gradu-töitä ja opinnäytetöitä. Tämän lisäksi kirjallisuutta löytyy syömishäiriöistä runsaasti. Sen sijaan tutkimustietoa musiikkiterapiasta syömishäiriöiden hoidossa löytyy melko vähän. Musiikkiterapia-alan kokoelmateoksista löytyy muutamia tapauskertomuksia/-tutkimuksia musiikkiterapiasta syömishäiriöisten hoito- ja kuntoutusmuotona (osa Suomesta, osa ulkomailta). Musiikkiterapiasta syömishäiriöiden hoidossa on aiemmin tehty ainakin yksi suomalainen opinnäytetyö Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa (Mäkinen 2002).

Mäkinen haastatteli viittä musiikkiterapeuttia ja selvitti musiikkiterapian merkitystä syömishäiriöiden hoidossa sekä sitä, miten syömishäiriöiden keskeiset piirteet ovat näkyneet musiikkiterapiassa (Mäkinen 2002, 28). Mäkisen mukaan musiikkiterapian käyttö syömishäiriöpotilaiden hoidossa on perusteltua. Musiikkiterapia soveltuu sairastuneen hoitoon sairauden eri vaiheissa. Osa Mäkisen haastattelemista musiikkiterapeuteista oli kokenut, että musiikkiterapialla tavoitettiin sellaisiakin potilaita, joilla oli ollut vaikeuksia motivoitua muunlaiseen hoitoon. Musiikkiterapiaa voidaan käyttää syömishäiriöiden hoidossa sekä muihin terapiamuotoihin valmistelevana ja niitä täydentävänä että pääasiallisena hoitomuotona potilaan tilanteesta riippuen. Musiikkiterapiassa voidaan asettaa syömishäiriöiden hoidolle samanlaisia tavoitteita kuin muissakin terapiamuodoissa, menetelmät ovat vain erilaisia. Jokaisen asiakkaan kohdalla hoitomuodon tai -muotojen valinta on tehtävä huolella. (Mäkinen 2002, 42–43, 45.)

Ahosen (1997) mukaan musiikkiterapian tavoitteena anoreksian hoidossa ja kuntoutuksessa voi olla esimerkiksi itsekontrollin ja elämänhallinnan lisääminen ja sitä kautta ymmärryksen herääminen siitä, että asiakkaalla ei ole kontrollia itsestään, vaikka hän anorektikkona saattaa niin luulla. Sairauden aiheuttama pakonomainen kontrollointi ulottuu syömisen lisäksi myös tunteiden ja käyttäytymisen kontrollointiin, minkä vuoksi tunteiden ilmaisun ja purkamisen on tärkeää. Musiikin ja tanssin avulla voidaan pyrkiä kehittämään omaa kehonkuvaa ja minäkuvaa realistisemmaksi. Musiikin kuuntelu ja maalaaminen sekä laulun

sanoista tai musiikin sisältämästä tunteesta keskusteleminen voi auttaa asiakasta hahmottamaan paremmin omaa elämäänsä ja siihen liittyviä mahdollisia pelkoja. Musiikin avulla voidaan työstää naiseksi (tai mieheksi) kasvamiseen liittyviä erilaisia tunteita, nimetä ja ymmärtää niitä sekä oppia hyväksymään ne tai muuttamaan niitä. Erilaisten musiikillisten harjoitusten avulla voidaan suuntautua tulevaisuuteen, suunnitella sitä ja tukea asiakasta suhtautumaan tulevaisuuteen luottavasti ja toiveikkaasti. (Ahonen 1997, 276–277.)

Slobodan (2000) mukaan musiikkiterapia voi olla hyödyllistä, vaikka potilaat olisivat hoitavassa yksikössä ainoastaan muutamia viikkoja, sillä työskentely esimerkiksi improvisaation kautta voi herättää voimakkaitakin tunteita. Terapiatilanteessa, jossa tarjotaan mahdollisuus non-verbaaliseen ilmaisuun, potilaan reaktio voi olla erilainen, kuin puhtaasti verbaalisessa terapiassa. Se tarjoaa arvokasta informaatiota muulle hoitavalle henkilökunnalle. (Sloboda 2000, 250.)

Musiikilla voidaan ilmaista ja työstää omia tunteitaan. Sloboda pitää lisäksi tärkeänä sitä, että musiikin tekeminen on fyysistä toimintaa, johon liittyy kehon liikkeitä ja rytmiä. Se tarjoaa sen vuoksi mahdollisuuden tutkia suhdetta omaan kehoon, siihen jota halveksitaan ja jonka kontrolloimisen eteen sinnikkäästi ponnistellaan. Musiikin kautta pyritään herättelemään ja ottamaan käyttöön se luovuuden säihke, joka voisi saada sairastuneet jälleen kaipaamaan elämää, ruokkimaan itseään sen sijaan, että näännyttävät itsensä hengiltä. Osallistumalla musiikin luomiseen mahdollistuu myös oman kehon rytmien ja tarpeiden kuunteleminen ja tunnistaminen. (Sloboda 2000, 252, 255.)

Musiikkiterapian tarkoituksena on saada syömishäiriötä sairastavat löytämään omia vahvuuksiaan sekä edistää heidän luovuuttaan musiikin, liikkeen ja puheen kautta. Musiikin kautta on mahdollista löytää jokaisen henkilökohtaisia voimavaroja. Syömishäiriön kanssa eläminen on elämänmittainen matka, mutta Lejonclou & Trondalen kokemuksen mukaan tärkeintä ei ole päästä kokonaan eroon vanhoista käyttäytymismalleista vaan oppia käsittelemään niitä positiivisella tavalla. Erilaiset musiikkiterapian menetelmät, kuten runojen kirjoittaminen, laulut, melodioiden säveltäminen, improvisaatio ja laulaminen yhdessä antavat asiakkaalle mahdollisuuden luovaan ja positiiviseen esillä olemiseen tarjoten

väylän ilmaista toiveita, haaveita ja monia erilaisia tunteita. Se luo vastakohtan sille negatiiviselle häpeän tunteelle, joka on sekä anoreksian että bulimian keskeinen piirre. (Lejonclou & Trondalen 2009, 86–87.)

Dokterin (2000, 15) mukaan pieni ryhmä (neljästä kuuteen ryhmäläistä) on vaakaampi kuin suurempi. Ryhmän kootessa tulee ottaa huomioon ryhmäläisten poisjäämisen todennäköisyys, mikä syömishäiriöisten kanssa on varsin korkea. Dokterin mielestä sekä anorektikkojen, että bulimikkojen tuleminen samaan ryhmään on hyödyllistä, sillä vaikka he peilaavatkin toistensa pahimpia pelkoja, he voivat myös oppia toinen toisiltaan. Samasta syystä olisi hyvä, jos vähintään yksi ryhmäläisistä olisi tavoitteellisessa painossaan. Ryhmäterapiassa yksilökerrojen tarjoaminen voi sekä auttaa estämään keskeyttämistä että valmistaa oman henkilökohtaisen materiaalin tuomista ryhmään myöhemmin.

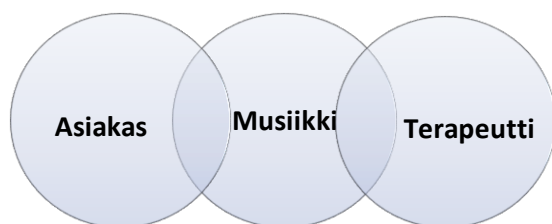
5.1 Musiikkiterapia

Suomen musiikkiterapiayhdistys määrittelee musiikkiterapian seuraavalla tavalla:

Musiikkiterapia on hoito- ja kuntoutusmuoto, jossa musiikkia ja sen eri elementtejä (rytmi, harmonia, muoto, sointiväri, dynamiikka jne.) käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Ala-Ruona ym. 2009, 2.)

Musiikkiterapiaa antaa aina ammatillisen musiikkiterapiakoulutuksen saanut henkilö. Terapeutin läsnäolo on terapian edellytys (Erkkilä 2005, 292). Musiikkiterapiassa painottuu itse prosessi eli se, mitä ihminen sen aikana itse kokee tai tuntee, millaisia havaintoja hän tekee itsestään tai omasta elämästään ja millä tavalla hän voi siinä purkaa ja läpityöskennellä tunteitaan. Musiikkiterapialle määritellään aina asiakkaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaiset tavoitteet. Asiakkaan ongelmat ja lähtötaso vaikuttavat tavoitteiden määrittelyyn ja menetelmien valintaan. Musiikkiterapia sisältää aina myös terapiaprosessin seurannan ja arvioinnin. (Ahonen 1997, 22, 30, 31.)

Musiikkiterapiassa on aina mukana kolme tekijää: asiakas, musiikki ja terapeutti. Musiikki on väline tavoitteiden saavuttamiseen, ei itsetarkoitus. (Ahonen 1997, 31–32.) Keskeistä on terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Musiikki toimii terapiatilanteessa yhteisenä ja yhdistävänä elementtinä, jonka sekä terapeutti että asiakas kokevat eri tavoin, mutta jonka kautta asiakkaan ja terapeutin on mahdollista työskennellä tavoitteiden mukaan. (ks. kuvio 5.)



KUVIO 5. Vuorovaikutus musiikkiterapiassa

Musiikkiterapiassa voidaan tarkastella musiikin merkitystä kahdesta näkökulmasta. Toisaalta musiikki toimii terapian välineenä (music in therapy) ja on kuin ”avain, joka avaa ovet.” Terapiasuhdetta pidetään ratkaisevana ja musiikki on vain yksi osatekijä. Musiikki voi myös toimia terapiana itsessään (music as therapy), jolloin musiikki on kuin ”ovi, josta yhdessä astutaan sisään.” Silloin musiikki toimii ensisijaisena, terapian tärkeimpänä työkaluna. (Ahonen-Eerikäinen 1998, 6; Bruscia 1998, 44.) Terapeutin suuntautuneisuudesta ja kohderyhmästä riippuu, kumpaa musiikin ominaisuutta korostetaan.

Kela korvaa musiikkiterapiaa vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena sekä kuntoutuspsykoterapiana 16–25-vuotiaille. Musiikkiterapeutin tulee olla Kelan hyväksymä palveluntuottaja, jotta Kela korvaa musiikkiterapiaa. Lisäksi asiakkaalla tulee olla kuntoutussuunnitelma, jossa musiikkiterapiasta on sovittu. Musiikkiterapeutti voi olla mukana kuntoutussuunnitelman laatimisessa tai tarkistamisessa. Musiikkiterapian tarkoitus on musiikin keinoin tukea fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä ja toimintakykyä. (KELA 2010.)

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvattava psykoterapia muuttui lakisääteiseksi kuntoutuspsykoterapiaksi vuoden 2011 alusta, joka tarkoittaa sitä, ettei määrärahojen niukkuus enää rajoita uusien asiakkaiden pääsyä psykoterapiaan. ”Kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on tukea ja parantaa kuntoutujan työ-

ja opiskelukykyä. Kuntoutuksella turvataan työelämässä pysyminen tai sinne siirtyminen, työhön paluu tai opintojen edistyminen.” Kela on korvannut kuntoutusterapiana erilaisia psykoterapian muotoja, kuvataideterapiaa sekä 16–25-vuotiaille nuorille musiikkiterapiaa. (KELA 2011.)

5.2 Musiikkiterapian menetelmiä

Mäkisen haastattelemat musiikkiterapeutit käyttivät syömishäiriöasiakkaiden kanssa työskennellessään fysioakustista tuolihoitoa, soitonohjausta, yhteissoittoa ja improvisointia, laulamista ja hengitysharjoituksia sekä musiikin kuuntelua, johon on voitu liittää esimerkiksi maalausta, liikkumista tai tanssia. (Mäkinen 2002, 35–37.)

Fysioakustista menetelmää käytetään osastohoidossa olevien syömishäiriöpotilaiden hoidossa (Arponen 2011; Pyhäluoto 2011). Rentoutuminen on monille syömishäiriöistä kärsiville nuorille haastavaa. Tämä korostuu esimerkiksi ruokailujen jälkeen, jolloin potilaan tulisi olla tietty aika levossa (tietyssä hoidon vaiheessa). Fysioakustisen hoidon tavoitteena on rentoutuminen ja rentoutumisen kokemus. Hoito voi myös auttaa kehon hahmottamisessa sekä mielihyvän tuottamisessa. Fysioakustiseen hoitoon liittyy myös musiikin kuuntelu, jolloin musiikki toimii tunteiden säätelijänä ja mahdollistaa mielikuvatyöskentelyä. Arponen kokemuksen mukaan moni syömishäiriöinen nuori on kertonut rentoutuvansa parhaiten juuri fysioakustisessa tuolissa. (Arponen 2011.) FA–menetelmää voivat käyttää myös muut kuin musiikkiterapeutit ja silloin musiikkiterapeutin tehtävään voi kuulua myös konsultointia. Toinen musiikkiterapeuteista kertoi tekevänsä yhteistyötä fysioterapeutin kanssa lähinnä konsultoimalla häntä FA-tuolin ja sen hoito-ohjelmien käytössä. (Pyhäluoto 2011).

Ann Sloboda on työskennellyt syömishäiriöpotilaiden kanssa ja käyttänyt terapiakerroillaan sekä verbaalista keskustelua että musiikillista improvisaatiota. Useimmin hän käytti menetelmänä vapaata improvisointia, joka joskus pohjautui teemaan, kuten tunteet tai joku tietty henkilö. Teema valittiin usein aiemman keskustelun pohjalta ja sen saattoi valita potilas itse tai terapeutti. Myös musii-

killista roolileikkiä käytettiin, tällöin valittiin henkilö tai henkilöt joita (ja joiden suhdetta) soiton kautta työstettiin. Musiikki-improvisaatiot äänitettiin ja niitä kuunneltiin terapiakertojen aikana. Tämä tarjosi potilaalle mahdollisuuden kommentoida musiikkia, ääniä joita hän oli tehnyt, omaa rooliaan vuorovaikutuksessa terapeutin kanssa tai mitä tahansa ajatuksia tai mielikuva joita hänelle tuli mieleen musiikkia kuunnellessa. (Sloboda 2000, 249–250.)

Laaja-alaisen musiikkiterapeutin ote on eklektinen. Tämä tarkoittaa, että terapeutti käyttää asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisinta viitekehystä (esimerkiksi psykodynaaminen tai kognitiivinen terapia) ja menetelmiä. Ahonen-Eerikäisen (1998) mukaan, ideaalitulanteessa musiikkiterapeutilla olisi käytössään kokonainen työkalupakki, jossa on useita työkaluja ja joista hän voi tarpeen tullen valita tilanteeseen sopivan. Terapeutti osaisi myös osaa käyttää työkalujaan syvällisesti, mutta joustavasti. Työkalupakki on voitu koota sekä koulutuksen, että työ- ja elämäkokemuksen aikana. Toisenlaisessa ideaalitulanteessa terapeutti on erikoistunut tietyn työkalun käyttöön siten, että on sen käytössä asiantuntija ja itse tietää, mihin väline sopii ja mihin ei, mitä sillä voi saada aikaan ja mitä taas ei. (Ahonen-Eerikäinen 1998, 11.) Seuraavissa alaluvuissa käsitellään tarkemmin niitä musiikkiterapian menetelmiä, joita käytettiin tutkimukseen liittyvässä musiikkiterapiaprosessissa.

5.2.1 Musiikin kuuntelu

Musiikin kuuleminen on subjektiivinen kokemus. Ihmiset kuuntelevat musiikkia hyvin eri tavoin – yksi kiinnittää huomiota laulun melodiaan ja harmoniaan, toinen laulussa esiintyviin sanoihin. Yhdelle merkitsee musiikin soundi, toiselle musiikin herättämät mielikuvat. Se millaisia tunteita musiikki herättää, riippuu ajasta, paikasta ja kuuntelijan mielentilasta. Sama musiikki voi myös puhutella eri tavoin eri aikoina. (Ahonen 1997, 182.)

Musiikin kuuntelua käytetään sekä passiivisen että aktiivisen musiikkiterapian menetelmänä. Passiivisessa musiikkiterapiassa musiikki tuodaan asiakkaan luokse aktivoimaan tahdosta riippumattomia ruumiintoimintoja; musiikki vaikut-

taa esimerkiksi hengitykseen, pulssiin ja verenkiertoon sekä saa aikaan neurofysiologisten toiminnan lisääntymistä. Aktiivisessa musiikkiterapiassa musiikin kuuntelu toimii asiakkaiden toiminnallisuutta lisäävästi, stimuloi mielikuvitusta (jota voidaan tuoda esiin maalaten tai liikkeen kautta) sekä herättää tunteita ja ajatuksia, joita voidaan terapiassa työstää. On yleistä, että kuuntelija pitää musiikista, josta hän voi löytää itsensä ja josta hän voi tunnistaa omat tunteensa. Musiikin kautta vaikeita tunteita voi olla helpompi käsitellä. Musiikin kuuntelutilannetta voidaan terapeuttisesti käyttää säilyttämään, vahvistamaan tai purkamaan tiettyä tunnetilaa, ymmärtämään itseä ja omia tunteitaan, ristiriitojen läpityöskentelyyn sekä auttamaan ongelmanratkaisussa. (Ahonen 1997, 184–186.)

5.2.2 Improvisointi

Improvisoinnilla tarkoitetaan vapaata musisointia, musiikin tuottamista, säveltämistä ”tässä ja nyt” spontaanisti, ilman ennakkosuunnitelmaa (Lehtonen 2011,76). Improvisaatio alkaa tutustumisvaiheella, jossa soittajat yrittävät löytää samaa aaltopituutta, yhteyttä. Improvisaation alku onkin kuin minkä tahansa matkan alun tai uuden ihmissuhteen tunnelmia; odotellaan, pidetään pientä välimatkaa, annetaan aikaa, kuulostellaan ja tutustutaan. Tästä alkaa yhteyden rakentaminen, jossa otetaan ja vaihdetaan rooleja, lähetetään ja vastaanotetaan viestejä, kommunikoidaan. Soittajat etsivät yhteyttä toinen toisiinsa, mutta myös itseensä. Improvisaatio on etsimistä ja odottamista, yhteyden löytämistä, kohtaamista, matkan aloittamista ja sen tekemistä, jännityksen kasvattamista ja purkamista, perille tulemistä, kellumista musiikissa ja lopulta musiikin tuntemista ja siinä olemista. (Ahonen 2011, 19–20, 29.)

Improvisoinnissa on kyse vuorovaikutuksesta, valinnoista ja riskin ottamisesta. Miten toinen reagoi jos toimin tällä tai tällä tavalla? Miten vastaan kuulemaani musiikkiin? Mitä olen valmis tuomaan yhteiselle ”leikkikentälle”? Improvisoijat tekevät musiikillisia valintoja tuntemattomaan hyppäämisen ja turvallisella vyöhykkeellä seisomisen välillä, kasvun ja turvallisuuden, riskinoton ja paikalleen jäämisen välillä (Ahonen 2011, 23). Improvisaatioon heittäytyminen voi tuntua vaikealta tai pelottavalta, samoin kuin omien tunteiden tavoittaminen ja kana-

voiminen soittoon. Improvisaatiossa, samoin kuin koko terapiatilanteessa on tärkeää luoda luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri – ”tule sellaisena kuin olet!” Improvisaatioon ”sisälle pääseminen” voi viedä aikaa ja saatetaan tarvita useampia istuntoja, ennen kuin asiakas tulee uuden ilmaisuvälineen kanssa niin tutuksi, että voi heittäytyä ”virran vietäväksi” (Erkkilä 2007, 77).

Musiikki voi toimia vaihtoehtoisena kommunikaatiokanavana kahden ihmisen välillä silloin, kun verbaali kommunikaatio on syystä tai toisesta estynyttä tai mahdotonta. Musiikki ei ole kommunikaation välineenä yhtä helposti tulkittavaa kuin sanat, mutta se saattaa tuoda esiin ihmisestä jotain aidompaa, kuin mitä sanat kertovat. Terapeutin ja asiakkaan yhdessä aikaan saama musiikki voi tarjota paljon tietoa niin terapeutisesta suhteesta, henkilön psyykestä kuin hänen suhteestaan ympäröivään maailmaan. (Ahonen 2011, 30.)

5.2.3 Laulaminen ja ääniharjoitukset

Laulaminen tai oman äänen käyttö muulla tavoin kuin puheessa on hyvin intiimi kokemus, koska silloin instrumenttina on ihminen itse (Lehtonen 2011, 84). Laulaminen on hyvin kokonaisvaltaista. Laulaessaan ihminen sekä kuulee että tuntee kehossaan äänen värähtelyn. Laulaminen saattaa herättää monia tunteita, kuten pelkoa tai häpeää – tai itseilmaisun iloa. Ihmisen fyysinen ja psyykinen yhteys voi katketa esimerkiksi sairauksien, stressin tai kiireen takia. Laulaminen voi toimia yhtenä keinona säilyttää tämä yhteys ja kokea elämyksiä omasta olemassaolostaan. Laulun avulla ihminen voi löytää yhteyden itseensä. (Ahonen, 1997, 214.)

Laulamista voidaan käyttää hyvin eri tavoin. Toisaalta on terapeutisesti tärkeää itse laulaminen, prosessi ja se mitä sen aikana tapahtuu, mutta terapiassa voidaan hyödyntää myös laulun teknisen puolen oppimista ja esittämistä. Vapaa ääni-improvisaatio antaa mahdollisuuden päästä kosketuksiin itsensä kanssa, kuuntelemalla oman laulunsa tuottamaa ääntä ja värähtelyä kehossa sekä niitä vaikutuksia ja tuntemuksia, joita laulaminen herättää. Terapeutisessa lauluryhmässä laulaminen antaa sosiaalisia kokemuksia, kommunikointikokemuksia ja

tarjoaa mahdollisuuden tunteiden ilmaisuun ja niiden purkamiseen. (Ahonen, 1997, 214–215.)

5.2.4 Tunnekuvat

Tunteiden tunnistaminen ja niiden sanallinen ilmaisu voi olla vaikeaa. Tunnekuvia tai -kortteja käytetään tunteiden ilmaisun ja kuvaamisen helpottamiseen. Tunnekuvat tekevät tunteet näkyviksi. Kortit voivat olla selkeitä ilmeitä, esimerkiksi hymiöitä tai tilanteita, maisemia tai abstrakteja kuvioita, joiden kautta asiakas voi pohtia, miltä minusta tuntuu? Mikä on ollut viikon päällimmäinen tunnetila? Minkä tunnetilan haluaisin itselleni? Tunnekuvat helpottavat puhumista, kun on jokin konkreettinen asia, kuten kortin kuva, josta voi lähteä liikkeelle.

5.2.5 Rentoutuminen

Musiikkia voidaan käyttää yhdessä rentoutusharjoitusten kanssa. Rentoutusharjoitusten aikana asiakas voi oppia erottamaan rentoutuneet ja jännittyneet reaktiot toisistaan ja sitä kautta myöhemmin soveltamaan rentoutuneita reaktioita ahdistaviin ja stressaaviin tilanteisiin. (Ahonen 1997, 120.)

Rentoutuminen auttaa keskittymään tähän hetkeen ja omaan kehoon. Sillä voidaan vaimentaa elimistön taistelee tai pakene -reaktiota. Rentoutumisessa kohdistetaan tietoisuus yhteen kohtaan, esimerkiksi omaan hengitykseen. Rentoutusreaktio ei ole stressireaktion tavoin automaattinen, vaan sen aikaansaamiseksi käytetään erilaisia tekniikoita, joita voi harjoitella. Rentoutumisella on sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia. Välitön vaikutus tulee heti, kun ihminen rentoutuu ja kohdistaa ajatukset tiettyyn kohteeseen: silloin verenpaine, sydämen lyöntinopeus, hengitysnopeus ja hapenkulutus alenevat. Rentoutusharjoitusten pitkäaikaisvaikutuksia ovat ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden väheneminen sekä parempi selviytyminen stressitilanteissa. (Vainio 2009.)

6 TERAPIAPROSESSIN KUVAUS

Musiikkiterapiaryhmä oli osa opintoihin kuuluvia harjoittelujani. Keväällä 2010 sovin musiikkiterapiaprosessin toteuttamisesta Turun ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön mielenterveyspalvelujen kautta. Kevään ja kesän ajan hoitavat lääkärit informoivat niitä mielenterveyspalvelujen asiakkaita, joiden he ajattelivat hyötyvän tämän tyyppisestä toiminnasta. Ryhmästä kiinnostuneet opiskelijat ilmoittautuivat alkuhaastatteluihin mielenterveyspalvelujen kautta ja haastattelut toteutettiin loppukevästä 2010. Alkuhaastatteluihin ilmoittautui neljä opiskelijaa, joista kaksi perui loppukesästä osallistumisensa. Ryhmäkooksi varmistui kaksi, josta tässä kuvauksessa käytän termiä ”pienryhmä.”

Musiikkiterapiaryhmään osallistuneet opiskelijat olivat hakeutuneet YTHS:n mielenterveyspalveluihin syömishäiriönsä vuoksi. Heidän sairautensa ei ollut enää akuutissa vaiheessa, mutta paranemisprosessi oli molemmilla vielä kesken. Opiskelijoiden syömishäiriötaustat olivat oirehdinnaltaan ja kestoltaan erilaiset, hoitokontaktissa molemmat olivat olleet useamman vuoden. Opiskelijat eivät olleet aiemmin käyneet musiikkiterapiassa ja olivat terapiaa kohtaan uteliaita ja kiinnostuneita. Musiikkiterapia toteutettiin YTHS:n tiloissa. Tila toimii kokous- ja luentotilana, lisäksi tilassa kokoontuvat erilaiset opiskelijoille suunnatut ryhmät. Tilassa oli käytettävissä cd-soitin ja piano sekä istuinpatjoja, muut soittimet ja musiikit toin itse.

Terapiaprosessi alkoi lokakuussa 2010. Terapiaryhmä kokoontui syksyllä 11 kertaa ja tammikuussa 2011 haastattelin opiskelijoita opinnäytetyötä varten. Osa terapiakerroista muodostui yksilötapaamisiksi, kun jompikumpi opiskelijoista ei päässytkään paikalle. Kahtena terapiakertana ei kumpikaan opiskelijoista päässyt terapiaan. Sain etukäteen tiedot poissaoloista.

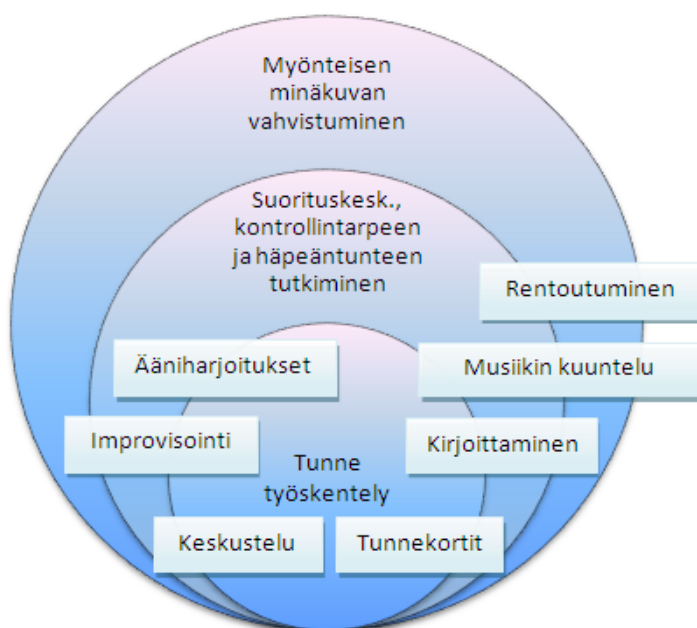
Harjoittelun tukena oli koko terapiaprosessin ajan opintoihin kuuluva ryhmätyönohjaus keskimäärin 2-3 kertaa kuukaudessa. Tämän lisäksi kirjoitin terapian kulusta omaa terapiapäiväkirjaani, johon kirjasin terapiaistuntojen sisällöt ja tekemiäni havaintoja sekä itsereflektointia.

6.1 Tavoitteet

Terapiaprosessille määriteltiin seuraavanlaiset tavoitteet:

- 1) Tunnetyöskentely: tunteiden tunnistaminen, ilmaisu ja käsittely
- 2) Suorituskeskeisyyden, kontrollintarpeen ja häpeäntunteen tutkiminen
- 3) Myönteisen minäkuvan vahvistuminen

Tavoitteet ohjasivat terapian sisältöä ja valittuja menetelmiä (kuvio 6). Tavoitteet eivät ole itsenäisiä, erillisiä osiaan vaan menevät lomittain ja täydentävät toisiaan. Samoin menetelmät täydentävät toisiaan ja tukevat useampaa tavoitetta. Kaavio pyrkii hahmottamaan tavoitteiden ja menetelmien suhdetta ja sitä, kuinka kunkin menetelmän käyttöä mietittiin tavoitteisiin peilaten. Menetelminä musiikiterapiaryhmässä käytettiin keskustelua, improvisointia, tunnekortteja keskustelun ja improvisoinnin tukena, musiikin kuuntelua, kirjoittamista, ääniharjoituksia sekä rentoutus- ja hengitysharjoituksia.



KUVIO 6. Terapiaprosessin menetelmät ja tavoitteet

6.2 Terapiaistuntojen sisällöt

Terapiakerrat alkoivat aina kuulumisten kysymisellä tunnekorttien kautta. Tunnekortit olivat kuvia, jotka kuvasivat erilaisia tunnetiloja ja tilanteita. Kuvat aut-

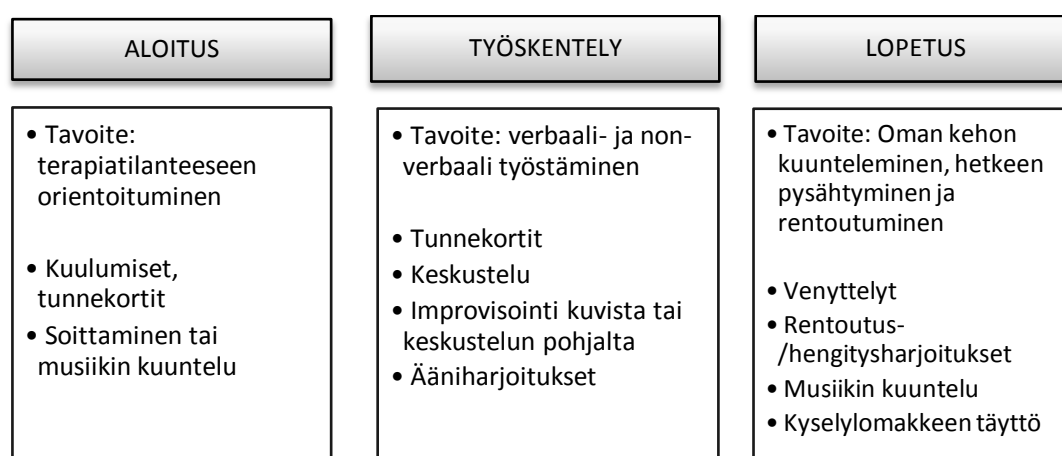
toivat pysähtymään tilanteeseen ja kuuntelemaan, mitä itselle tässä hetkessä kuuluu. Kortteja käytettiin kahta kertaa lukuun ottamatta jokaisella kerralla. Kokemukseni oli, että opiskelijoiden vastaukset olivat pinnallisempia ja yleisluonteisempia, kuin silloin, kun kortit olivat vastausten tukena ja ryhmäläiset olivat kortteja valitessaan pysähtyneet miettimään kysymystä. Korttien kautta opiskelijat pysähtyivät kuuntelemaan omia tunteitaan ja omaa tilannettaan, joista sitten keskusteltiin ja usein myös improvisoitiin. Muutaman kerran tehtävänä oli myös valita kortti, jonka jälkeen siirryttiin suoraan improvisoimaan kuvasta ja keskusteltiin vasta sen jälkeen.

Keskusteluissa mahdollistui asioiden verbaali työstäminen ja analysointi. Keskustelun aiheet nousivat usein opiskelijoilta itseltään. Terapian aikana pohdimme keskusteluissa mm. seuraavia teemoja: terapian sisällöt, opiskelijan tässä- ja nyt tilanne kuulumisten kautta, elämänkaarityöskentely, syömishäiriö, täydellisyyden tavoittelu, minäkuva, oman mukavuusalueen työstäminen sekä soiton ja musiikin herättämät mielikuvat.

Improvisointi oli osa jokaista terapiakertaa. Improvisointi tapahtui joko pianolla tai tuoduilla soittimilla (kanteleet, sormipiano, rummut ja sadeputki). Molempien opiskelijoiden ollessa paikalla improvisointi tapahtui joko terapeutin ja opiskelijoiden tai pelkästään opiskelijoiden kesken. Improvisoinnin teema nousi useimmiten keskustelun tai tunnekorttien herättämistä ajatuksista ja tunteista. Improvisoinnin kautta opiskelijat pystyivät ilmaisemaan itseään eri tavalla kuin keskustelussa. Improvisoinnin kautta oli mahdollista ylittää omia rajojaan sekä työstää esimerkiksi omaa suorituskeskeisyyttään ja epävarmuuden tunteitaan tekemällä jotain sellaista, mitä ei ole aiemmin tehnyt. Improvisoinnissa pystyin myös kiinnittämään huomiota ryhmän sisäiseen vuorovaikutukseen ja siihen, miten opiskelijat ottivat itselleen tilaa soitossa ja kuinka soitto kehittyi terapiaprosessin aikana.

Ääniharjoitukset tehtiin seisten tai istuen, kasvot pois päin muista. Tämä antoi mahdollisuuden omaan tilaan yhteisessä hetkessä, kun toisia ei tarvinnut katsoa päin. Ääniharjoituksissa etsittiin omaa ääntä tuottamalla pientä ”mmmm” tai ”aaaa”-äännettä itselle sopivalta korkeudelta. Ohjeistuksena annettiin, että sil-

mät kiinni oleminen auttaa keskittymään itseen ja harjoitukseen. Ääntä voi ko- keilla eri korkeuksilta, matalalta ja korkeammalta ja kuunnella, missä kohtaa kehoa ääni värähtelee, resonoi. Harjoituksen jälkeen ollaan vielä hetki omassa rauhassa, ennen tilanteen purkoa ja harjoitukseen voidaan käyttää aikaa aivan rauhassa. Tilanteen herättämistä tunteista keskusteltiin harjoituksen jälkeen. Ääniharjoitusten tavoitteena oli saada opiskelija pysähtymään hetkeen ja roh- kaistumaan oman äänen tuottamiseen sekä tunnustella ja käsitellä harjoituksen herättämiä tunteita ja reaktioita.



KUVIO 7. Terapiaistuntojen kulku ja sisällöt

Syömishäiriöstä kärsivät usein ovat hyvinkin tietoisia omasta kehostaan, usein negatiivisella tavalla. Rentoutusharjoitusten tarkoituksena oli auttaa kuuntelemaan omaa kehoaan lempeästi ja kuuntelemaan, millaista liikettä tai venytystä se tarvitsee. Loppurentoutus koostui venyttelyistä ja liikkeistä, jotka olivat osit- tain ohjattuja sekä oman hengityksen kuuntelusta sekä venyttelyjen aikana että risti-istunnossa kumartuneena, jolloin kehon liikkeen hengityksen aikana pystyi tuntemaan erityisen hyvin. Rentoutuksessa oli mukana terapeutin valitsemaa, pääsääntöisesti instrumentaalimusiikkia. Musiikin tehtävänä tässä oli helpottaa liikettä. Ajattelin, että musiikki herättää ihmisessä halun liikkeeseen ja tanssilli- suuteen ”kuin varkain”, vaikka tehtävänä näissä harjoituksissa ei ollutkaan tans- si, vaan oman kehon kuuntelu. Rentoutus päättyi musiikkikappaleen kuuntele- miseen, jonka aikana opiskelija sai vapaasti istua tai maata patjoilla. Musiikin- kuuntelun jälkeen oli mahdollisuus keskustella musiikin herättämistä ajatuksista.

6.2.1 Alkuvaihe, istunnot 1-7

Ensimmäisellä terapiakerralla kävimme läpi terapian käytännön asioita sekä keskustelimme terapian tavoitteista. Toin esiin itse miettimiäni yhteisiä tavoitteita ja opiskelijat miettivät omia tavoitteitaan itselleen. Opiskelija A halusi saada ryhmässä enemmän omaa ääntään kuuluviin ja koki, että minäkuvan työstäminen on tärkeää, koska syömishäiriö on seurausta monista muista ongelmista (kuten minäkuvan ongelmat) ja ajatteli, että niiden käsittelemisen kautta ehkä syömishäiriökin lieventyisi. Opiskelija B haluaisi päästä eroon kontrollintarpeesta ja vähän ylittää omia rajojaan.

Alkuvaiheessa osallistujat tutustuivat sekä toisiinsa ja terapeuttiin että terapiassa käytettäviin menetelmiin (musiikin kuuntelu, tunnekuvat, soittaminen ja rentoutumis- ja hengitysharjoitukset) ja terapeutin tuomiin soittimiin (sormipiano, kanteleet, pikkurummut, sadeputki). Keskustelimme opiskelijoiden tilanteesta ja historiasta. Aloitimme elämänkaarityöskentelyä, jota jatkomme myöhemmin, kun molemmat opiskelijat olivat jälleen paikalla.

Alkuvaiheessa opiskelijoilla oli muutamia poissaoloja, opiskelija A:lla kaksi ja opiskelija B:llä kolme kertaa. Tämä vaikutti terapeutin mielestä terapiaprosessin alkuvaiheeseen hidastavasti, kun ryhmäytyminen ja vuorovaikutus eivät päässeet kehittymään. Terapeutista kuudes kerta, jolloin molemmat olivat jälleen paikalla, oli jälleen kuin ”uusi aloitus”. Opiskelijat saivat tehtävänannon tuoda kappaleen, jonka kautta haluaa kertoa jotain itsestään. Kappaleiden käsittely siirtyi kuitenkin myöhemmäksi, kun toinen opiskelijoista oli poissa seuraavalta kerralta.

6.2.2 Työskentelyvaihe 8-11

Opiskelijoiden tuomat kappaleet kuunneltiin ja niistä keskusteltiin. Mukaan otettiin myös ääniharjoitukset. Työskentelyvaiheen pääpaino oli minäkuvan ja oman epämukavuusalueen työstämisessä, tunnetyöskentelyssä sekä ilmaisun vahvistamisessa. Opiskelijat kirjoittivat ylös väitteitä itsestään: ”Millainen kuva minulla

on itsestäni, millainen olen?” Keskustelimme väitteistä ja niiden herättämistä ajatuksista ja purimme keskustelua improvisoinnilla. Teemaa jatkettiin pohtimalla ”Onko tämä väite itsestäni tosi?” ja ”Mitä voisin näille tehdä?” Syksyn viimeisellä kerralla (kerta 11) kumpikaan opiskelijoista ei ollut paikalla. Lopetusvaihetta tässä terapiaajaksossa ei tullut, sillä terapia jatkui vielä keväällä 2011.

6.3 Omat kokemukset ja oppiminen

Heidi Ahosen mukaan terapian tekeminen vaatii terapeutilta ennemminkin nöyryyttä tuntemattoman edessä kuin kaikkietävää asennetta (Ahonen-Eerikäinen 1998, 6) Itselleni tämän kaltaisen terapiaryhmän pitäminen oli hyppy tuntemattomaan, niin kuin jokainen harjoitteluryhmä opintojeni aikana. Syömishäiriöistä minulla oli perustiedot olemassa, mutta miten tämän kohderyhmän kanssa tulisi tehdä terapiaa? Millainen minä olen terapeuttina? Mitä menetelmiä tulisi käyttää? Mitä osaan tehdä? Mennäänkö oikeaan suuntaan, pitäisikö jotain tehdä toisin? Monenlaisia kysymyksiä risteili mielessäni ennen terapiaprosessin aloittamista ja sen aikana.

Harjoittelun aikana korostui työnohjauksen merkitys. Työnohjausryhmässä kävimme läpi terapiaprosessia aina tavoitteiden asettelusta loppulausuntojen kirjoittamiseen. Työnohjaus auttoi löytämään terapiaprosessille keskeiset tavoitteet, havainnoimaan pienryhmää sekä keskittämään omaa toimintaani terapeuttina oleellisiin asioihin. Sen sijaan, että terapeuttina tuotan jatkuvasti uutta materiaalia ryhmäläisiltä, tulisi keskittyä jo tuotetun materiaalin työstämiseen.

Terapeuttina ja tutkijana tein havainnointia. Pysin tarkastelemaan ryhmäläisten välistä vuorovaikutusta sekä löytämään keinoja, joilla yksilöllisesti voitaisiin työstää terapiaprosessin tavoitteita: opiskelijoiden itsensä asettamia ja minun terapeuttina miettimiäni tavoitteita. Havainnoin verbaalisen ilmaisun lisäksi myös non-verbaalia vuorovaikutusta sekä soitossa että fyysisessä olemuksessa, kuten eleet, ilmeet, asennot ym. Kirjasin terapiapäiväkirjaan omia havaintojani ja terapiakertojen toteutuksen. Otin apuvälineeksi nauhurin, johon nauhoitin mietteitäni heti terapiakerran jälkeen, mikäli tiesin, etten pääse välittömästi kir-

joittamaan päiväkirjaa. Nauhoitetut ajatukset kirjoitin koneelle. Usein kirjoittaessa tuli kuitenkin mieleen vielä sellaista, mitä en ollut nauhoittaessa huomannut mainita. Havainnointi on aina subjektiivista ja aivan kuten ryhmäläisten kokemuksiin, myös terapeutin kokemuksiin ja havainnointiin vaikuttavat monta eri tekijää. Näitä havaintoja pystyin tarkastelemaan työnohjauksessa.

Kyselylomakkeet antoivat materiaalia paitsi tutkimukseen, myös tietoa heti terapiatilanteessa. Kyselylomakkeiden kautta sain informaatiota, joka ei ollut tullut esille terapiatilanteessa tai jota en ollut huomannut. Jäinkin pohtimaan vastaavanlaisten kyselyjen hyötyä terapiatilanteissa ylipäätään, mikäli ne sopivat kohderyhmille. Toisaalta kaikki tarvittava informaatio on jo asiakkaalla, terapeutin pitäisi vain osata kysyä.

Osa terapiakerroista muodostui ”yksilökerroiksi” toisen ryhmäläisen ollessa pois. Näillä kerroilla pyrittiin säilyttämään terapiatilan järjestys ja menetelmät samoina ja kokemus siitä, että olemme edelleen pienryhmä vaikka yksi jäsen puuttuukin. Näillä kerroilla en halunnut ottaa mukaan mitään uusia menetelmiä, jotka olisivat seuraavalla kerralla toiselle tuttuja, toiselle uusia. Menetelmistä mietin eniten ääniharjoitusten mukaan ottamista, koska ne herättivät toisessa ryhmäläisistä voimakasta vastustusta. Asiaa pohdittiin myös työnohjauksessa. Päädyin jatkamaan ääniharjoituksia, sillä menetelmä oli tavoitteiden kannalta oleellinen. Syksyllä emme ehtineet tehdä ääniharjoituksia kuin kahdella kerralla, mutta uskon, että harjoitusten työstäminen useamman kerran peräkkäin olisi voinut helpottaa tilanteeseen liittyvää jännitystä ja häpeäntunnetta.

Syksyn 11 terapiakertaa olivat kuin pitkähkö arviointijakso. Terapiajakson aikana kävimme läpi opiskelijoiden taustoja ja tämän hetkistä tilannetta. Oma kokemukseni oli, että vasta loppusyksyn kerroilla ryhmä alkoi toimia yhdessä ja pääsimme oleellisten asioiden äärelle, josta jatkettiin kevään 2011 terapiakerroilla.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Aineiston kerääminen

Aineisto koostuu syksyn 2010 aikana pidetyistä 11 terapiakerrasta ja niiden aikana kerätyistä kyselylomakkeista (liite). Kyselylomakkeiden tarkoituksena oli kerätä tietoa heti terapiakerran jälkeen, jolloin terapiakokemus oli opiskelijoilla vielä tuoreessa muistissa. Kyselylomakkeet täytettiin jokaisen terapiakerran lopussa ja keräsin lomakkeet itselleni.

Kyselylomakkeiden lisäksi opiskelijat kirjoittivat itserefektion syksyn kokemuksestaan. Pohdintatehtävä oli tarkoitus kirjoittaa syksyn viimeisellä terapiakerralla, mutta molemmat opiskelijat olivat poissa. Lähetin sähköpostilla ohjeistuksen kirjoittamiseen. Ohjeistuksena annettiin:

Kerro vapaasti omista kokemuksistasi syksyn terapiajaksosta. Miten olet kokenut terapiajakson ja mitä merkitystä/merkityksiä sillä on sinulle ollut? Voit lähestyä aihetta myös näiden lisäkysymysten kautta: Mitkä asiat nousevat terapiajaksosta päällimmäisenä mieleen? Mikä oli sinulle antoisinta? Mitä koet saaneesi terapiajaksosta itsellesi? Miksi? Perustele vastauksesi. Vastauksessa voit vapaasti pohtia kaikkea syksyn terapiajaksoon ja omaan osallistumiseesi liittyvää.

Sain pohdintatehtävät takaisin sähköpostitse joulukuun 2010 lopulla ja suunnitelin tammikuussa 2011 toteutetut yksilöhaastattelut osittain kirjallisten itsereflektioiden pohjalta tarkentaen ja syventäen niissä esiin tulleita teemoja. Yksilöhaastatteluiden nauhoittamiseen pyydettiin lupa haastateltavilta.

Haastatteluaineisto litteroitiin kokonaisuudessaan sekä haastateltavan että haastattelijan puheenvuorojen osalta. Litteroinnista jätettiin pois ainoastaan haastattelun loppuvaihe, jossa varsinaisesta haastattelusta siirryttiin musiikkiterapiaryhmän käytännön asioista keskusteluun. Pohtiessani litterointitarkkuutta päädyin siihen, ettei litterointia ole tarkoituksenmukaista tehdä sanasta sanaan jokainen äänne, tauko ja täytesana huomioiden, koska aineistosta ei tehdä keskustelunanalyysiä. Litteroinnissa pyrin kuitenkin olemaan mahdollisimman tarkka asiasisältöjen ja lauserakenteiden suhteen, jotta haastateltavan ääni tulisi

mahdollisimman autenttisenä esiin litteroidusta aineistosta. Hirsjärvi ja Hurme muistuttavatkin, että jos tutkija ei ole varma siitä, tarvitseeko niin tarkkaa litterointia kuin keskustelunanalyysissä edellytetään, ei kannata ryhtyä niin yksityiskohtaiseen työhön (Hirsjärvi & Hurme 2006, 140).

Musiikkiterapiaryhmä jatkui kuusi kertaa vielä keväällä 2011, mutta kevään koontumisia ei enää otettu mukaan tutkimukseen tutkimusaikataulullisista syistä. Oma harjoittelupäiväkirjani toimi terapiaprosessin tukena ja tutkimuksessa apuna terapian sisältöjen merkitsemiseen.

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysivaiheessa eritellään ja luokitellaan aineistoa, pyritään luomaan kokonaiskuvaa ja esittämään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä (Hirsjärvi & Hurme 2006, 142). Hirsjärvi ja Hurme toteavat, että aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi, mutta samalla ongelmalliseksi ja työlääksi. Analyysivaihe voidaan kokea tuskalliseksi ja aikaa vieväksi, kun tutkija yrittää luoda järjestystä ilmiöihin, etsiessään merkityksiä ja yrittäessään tulkita oikein haastateltavien vastauksia. Usein tutkijalla ei ole käytössään yhtä tiettyä analyysitapaa, vaan hän toimii parhaaksi näkemällään tavalla saadakseen merkitykset esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 135, 138.)

Analyysin perustana on aineiston kuvaileminen, joka tarkoittaa sitä, että henkilöiden, tapahtumien tai kohteiden ominaisuuksia tai piirteitä pyritään kartoittamaan. Aineiston luokittelu on myös olennainen osa analyysiä. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 145–151.) Tutkimus perustuu tutkittavien omiin kokemuksiin terapiaistunnoista ja niiden vaikutuksesta tutkittavien elämässä. Tämä ohjasi aineiston analyysia, jota lähdin purkamaan etsimällä kohtia, jotka mielestäni vastasivat suoraan tutkimuskysymykseen, eli kertoivat opiskelijan kokemuksesta.

Luokittelemalla jäsennetään tutkittavaa ilmiötä vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa. Luokittelun jälkeen aineistoa järjestellään uudelleen ja samalla pohdi-

taan luokittelun toimivuutta. Aineiston yhdistelyssä pyritään löytämään luokkien esiintymisen välille joitakin säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Etenkin kvalitatiivisissa ja haastatteluaineistoihin perustuvissa tutkimuksissa tutkijan pyrkimyksenä on päätyä onnistuneisiin tulkintoihin. Onnistuneessa tulkinnassa saman näkökulman omaava lukija voi löytää tekstistä ne asiat, jotka tutkijakin löysi. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 145–151.) Analyysivaiheessa koodasin värein sekä litteroidusta tekstistä että tutkittavien tuottamasta kirjallisesta pohdinnasta lauseita, jotka luokittelin teemojen mukaan. Aineistosta nousevia teemoja yhdisteltiin, vertailtiin ja lopulta tiivistettiin neljäksi kategoriaksi.

Kyselylomakkeessa opiskelijoiden piti määritellä, mikä menetelmä oli terapiakerran aikana tuntunut antoisimmalta ja laittaa menetelmät tärkeysjärjestykseen. Analyysivaiheessa annoin tärkeimmäksi koetulle menetelmälle eniten pisteitä, vähiten tärkeällä vähiten pisteitä siten, että suurin pistemäärä oli aina suhteessa käytettyjen menetelmien määrään. Kaikkia menetelmiä ei käytetty kaikilla kerroilla. Mikäli käytettyjä menetelmiä oli terapiakerralla ollut neljä, sai antoisimmaksi koettu menetelmä neljä pistettä, seuraava kolme, kaksi ja viimein vähiten antoisa yhden pisteen. Vähiten antoisimmaksi koettu menetelmä sai aina yhden pisteen, jotta se kuvaisi mahdollisimman hyvin menetelmien suhdetta toisiinsa. Menetelmien pisteistä laskin keskiarvot (yhteenlasketut pisteet jaettuna terapiakertojen määrällä), joiden perusteella tein taulukon siitä, miten opiskelijat A ja B olivat kokeneet eri menetelmät kokonaisuudessaan syksyn terapia-prosessin aikana (taulukko 1).

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksista hahmottui neljä kokemusaluetta: kokemus terapiaan osallistumisesta, kokemus terapiamenetelmistä, kokemus pienryhmästä ja kokemus terapian merkityksestä.

8.1 Kokemus terapiaan osallistumisesta

Kumpikaan opiskelijoista ei ollut osallistunut aiemmin musiikkiterapiaryhmään. Opiskelija A ajatteli pohdintatehtävässään, että ehkä ”musiikkiterapia avaisi uusia ikkunoita ja synnyttäisi uusia ajattelumalleja”, joita hän voisi käyttää hyväkseen vaikeissa tilanteissa. Musiikki oli ollut pitkään osa A:n elämää ja pohti, löytyisikö musiikista uusia ulottuvuuksia, jotka voisivat olla auttamassa häntä hänen ongelmiansa kanssa.

...mä ajattelin et tää on musiikkiterapiaa ja mullon musiikki ollu kumminki aika kauan osa elämää. Sit mä ajattelin, et mä kuitenkin tykkään musiikist, mut jos siinä on jotain semmosia ulottuvuuksia, mitä mä en oo viel hoksannu, et jos tää ehkä avais semmosii ulottuvuuksii ja sen pohjalta sit auttais minua sitten näitten mun ongelmien kans, siinä mitä mä suhtaudun. (Opiskelija A, haastattelu)

Opiskelija B lähti mukaan musiikkiterapiaryhmään, koska koki musiikin ja musiikalisuuden sellaisena elämän osa-alueena, joka on itselle tärkeä, mutta jossa ei koe olevansa erityisen hyvä. Ryhmään osallistuminen oli askel itselle vieraseen maastoon, jossa oli mahdollista työstää omia kipupisteitään. Tavoitteina opiskelija B:llä oli suorittamis- ja tehokkuusajattelun työstäminen ja siitä eroon pääseminen ja stressin helpottuminen.

Toivoin, että oppisin huomaaman ja hyväksymään ettei kaikissa asioissa tarvitse olla hyvä tai suoritua mahdollisimman hyvin. Erietyisesti suorituskeskeisyys on asia, jota haluan työstää... (Opiskelija B, pohdintatehtävä)

A oli tullessaan hieman skeptinen, koska ei tiennyt miten musiikilla voitaisiin toteuttaa terapiaa samalla tavalla kuin ”tavallisessa” terapiassa, mutta sai syk-

syn aikana asiasta paremman käsityksen. Ryhmä sai aikaan yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja uusia oivalluksia.

Ryhmässä ymmärsin, että olin tosiaan jo pitkään itsekin elämäni aikana "terapoinut" itseäni musiikin avulla, mutta en ollut aiemmin ajatellut tätä asiaa sen kummemmin. Ehkä ryhmän luoma yhteenkuuluvaisuuden tunne sai minussa aikaan uusia tuntemuksia siitäkin huolimatta, että ryhmään kuului vain kaksi jäsentä sekä ohjaaja. (Opiskelija A, pohdintatehtävä)

Opiskelijoiden elämäntilanne heijastui ryhmään osallistumiseen. Opiskelija B oli välillä stressaantunut ja kiireinen ja koki siksi terapiaankin tulon välillä stressaavana. Kokemus terapiatilanteen jälkeen oli kuitenkin rentoutunut. Niistä kerroista, kun B ei ehtinytkään terapiaan, hän koki välillä huonoa omaatuntoa. Terapiatilanteiden säännöllisyys oli B:n mielestä hyvä asia, koska silloin rentoutumiselle ja myös asioista keskustelulle tuli aika kerran viikossa ja siitä sai energiaa myös arkeen.

Kun olen joutunut olemaan poissa terapiatilaisuudesta, olen poteut siitä huonoa omaatuntoa kun en ole onnistunut suunnittelemaan aikaani tarpeeksi hyvin. – – välillä tuntui vähän pakkopullalta tulla terapiaan kun oli miljoona muuta asiaa, jotka olisi pitänyt hoitaa. Mutta itse terapiassa en ikinä katunut, että olin saapunut paikalle, sillä koen että sain siitä energiaa jaksaa tehdä muita asioita. Teki todella hyvää pysähtyä hetkeksi kiireen ja stressin keskellä, ja miettiä omia tuntemuksiaan sekä ajattelu- ja toimintamalleja. (Opiskelija B, pohdintatehtävä)

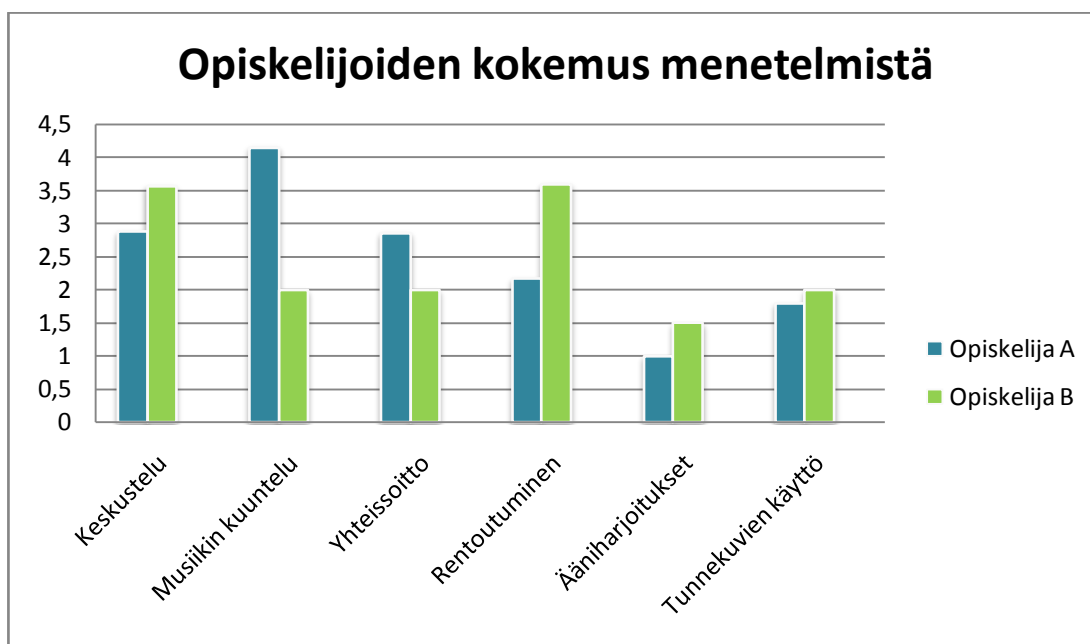
Terapiaryhmään osallistuminen herätti monenlaisia ajatuksia ja tuntemuksia. Opiskelija B kertoi, kuinka ryhmään osallistuminen on saanut hänet entistä tietoisemmaksi omasta olemisestaan ja ajatuksistaan. Tämä myös antoi lisäpuhtia toipumiseen. Terapian aikana oli mahdollista löytää itsestään uusia puolia tai sai huomata kuinka vanhat toimintamallit ovat edelleen tiukassa. Samalla terapiaprosessi herätti ajattelemaan omaa tilannettaan, käyttäytymistään ja miettimään asioita myös terapiakertojen välillä. Toisaalta opiskelija A koki, ettei terapiaprosessi saanut aikaan mitään uutta ja ihmeellistä, mutta se oli tuntunut hyvältä.

Silleen sen huomasi taas et musta tuli ehkä vielä enemmän tietosempi. Et sen mä oon huomannu aikasemminkin – – Mä miettisinkin sitä oikein, tuli jotenki vielä tietosemmaks siitä ja miten mä niinku oon

muitten ihmisten kanssa ja... yksikseenkin ja miten mä niinku toimin ja ajattelen eri tilanteissa. – – Siit tuli jotenki ehkä vielä enemmän puhtiiki tähän... toipumiseen, silleen et mä laitoin ehkä vielä enemmän sitä aikaa siihen ja mietin sitä enemmän, mikä on ollu kuitenkin hyvä juttu, et niinku viel tietosemmin työstin asioita ja ku tuli joskus tääl jotain puheeks tai huomasin jotain jossain toiminnassa tai silleen, niin rupes niinku työstään niit sit ehkä enemmän tai jäi miettimään jotain ja silleen. (Opiskelija B, haastattelu)

8.2 Kokemus terapiamenetelmistä

Taulukko 1 kuvaa, miten opiskelijat A ja B olivat kokeneet eri menetelmät kokonaisuudessaan syksyn terapiaprosessin aikana. Eniten pisteitä saaneet menetelmät koettiin antoisimpina. Opiskelija A koki pääsääntöisesti antoisimmaksi musiikin kuuntelun, keskustelun ja yhteissoiton. Opiskelija B:lle oli antoisinta rentoutumisharjoitukset ja keskustelu.



TAULUKKO 1. Opiskelijoiden kokemus menetelmistä

Kyselylomakkeessa kysyttiin avoimissa kysymyksissä, mikä sillä terapiakerralla oli tuntunut erityisen hyvältä ja mikä vaikealta. Opiskelija A koki hyviksi erityisesti musiikin kuuntelun ja soittamisen kuutena kertana kahdeksasta. Hyvältä tuntuivat myös rentoutuminen ja keskustelu, jotka mainittiin molemmat kaksi kertaa kahdeksasta; kerran yksinään ja kerran soittamisen lisäksi (”soitinten

kokeileminen ja rentoutuminen”, ”yhteissoitto pianolla ja keskustelu”) Opiskelija B koki hyvinä erityisesti rentoutusharjoitukset, neljänä kertana seitsemästä. Kahtena kertana B mainitsi keskustelun, toisella kertaa näistä musiikin kuunte- lun lisäksi. Erityisen hyvältä tuntui opiskelija B:n mielestä elämänkaaren teko, kun silloin sai huomata kuinka oli edistynyt ja näki kaiken sen hyvän, mitä elä- mässä oli tapahtunut. Opiskelijat kokivat hyvin erilailta sen, mikä oli tuntunut kyseisellä terapiakerralla vaikealta. Opiskelija A:lle vaikeinta oli keskustelu (tie- tyt terapiassa käsitellyt aiheet) ja ääniharjoitukset. Opiskelija B koki vaikeimpina soittamisen ja ääniharjoitukset. Elämänkaaren teko oli ollut opiskelija B:lle sa- malla myös vaikeaa, vaikka olikin pitänyt työskentelyä sen terapiakerran antoi- simpänä työskentelynä.

Opiskelijat kokivat hyvin erilaiset menetelmät antoisiksi. Heti ensimmäisellä te- rapiakerralla opiskelija A koki yhteissoiton antoisimmaksi ja keskustelun vähiten antoisaksi, kun taas opiskelija B:lle keskustelu oli kaikkein antoisinta. Vastaavaa hajontaa näkyy selkeästi myös muilla kerroilla. Esimerkiksi kuudennella kerralla A:lle vähiten antoisaa oli rentoutumis- ja hengitysharjoitukset, mutta B:lle ne olivat sillä terapiakerralla antoisinta. Myös eri terapiakertojen sisällä oli vaihtelua sen suhteen, mitkä menetelmät koettiin antoisimpina milläkin kerralla. Esimer- kiksi toisella kerralla opiskelija A koki antoisimmaksi rentoutumisen, mutta nel- jännellä kerralla rentoutuminen olikin ollut vähiten antoisa kokemus.

Opiskelijoiden kirjoittamat pohdintatehtävät ja haastatteluaineisto tukivat kysely- lomakkeen tuloksia ja avasivat paremmin syitä, miksi jokin menetelmä oli koettu antoisaksi tai mikä sai jonkun menetelmän tuntumaan vaikealta. Haastattelussa opiskelijat puhuivat myös siitä, mitä he olivat kokeneet saaneensa terapiasta sen ulkopuolelle (puhutaan ns. siirtovaikutuksesta, eli miten terapiaprosessissa koetut asiat tai kokemukset näkyvät asiakkaan arkielämässä terapia-ajan ulko- puolella).

8.2.1 Rentoutuminen

Rentoutumis- ja hengitysharjoitukset koettiin hyvinä. Opiskelija A:lle tämän tyyppiset harjoitukset olivat uusia. Hän koki, ettei ollut aiemmin pysähtynyt samalla tavalla musiikin äärelle ja hengitysharjoituksiin ja nyt tuntui hyvältä löytää uusi rentoutumismuoto, josta toivoi olevan apua tulevaisuudessakin. Hengitysharjoitukset saivat keskittymään siihen hetkeen ja omaan itseen.

Minulla ei ole kovinkaan paljon erilaisia rentoutumiskeinoja, mikä luultavasti lisää todennäköisyyttä ahdistumiseeni. Kun osaan nyt pysähtyä yksinkertaisesti hengittämään hitaasti ja vielä musiikkia kuunnellen, luulen, että selviydyn paremmin tulevaisuudessa erilaisista mieltäni ahdistavista tuntemuksista. (Opiskelija A, pohdinta-tehtävä)

Opiskelija B oli tehnyt vastaavanlaisia harjoituksia aiemmin ja koki tarvitsevansa rentoutumista. Rentoutumisharjoitukset tuntuivat hyvältä arjen kiireen keskellä. B koki pystyvänsä rentoutumaan paremmin terapiassa, kuin aiemmin (esimerkiksi jumpan loppurentoutuksessa) ja terapia toi hengähdystauon, jota itse oli vaikea ottaa.

...joskus jossain jumpas ku käyny – – se loppu oli aina jotain tämmöstä loppurentoutumista – – eikä ne ollu näin pitkiä, ku mä oon usein ollu semmonen et jos on tosi pitkä joku semmonen et mä vaan makaan jossain, niin must tulee ihan levoton... mut ei oo.... emmä oo niinku kokenu mitään semmosta silloin, niin se on kans ollu positiivista. Et olis melkein voinu jäädä vielä makaamaan silloin ku loppu. (Opiskelija B, haastattelu)

Syksyn terapiajakson aikana rentoutumisharjoitukset siirtyivät myös opiskelijoiden arkeen, terapian ulkopuolelle, kun opiskelijat ottivat itselleen aikaa pysähtymiseen ja rentoutumiseen. Molemmat opiskelijat olivat syksyn aikana kokeilleet tehdä rentoutumisharjoituksia myös kotonaan ja kertoivat tämän olevan heille uutta. Kyky rentoutua ja keskittyä tämän tyyliin harjoituksiin oli lisääntynyt. Opiskelija B koki, että aiemmin oman ajan ottaminen oli tuntunut vaikealta, mutta nyt siitä ei enää potanut samalla tavalla huonoa omaatuntoa, mitä B piti merkityksellisenä asiana.

Opiskelija A: Mä olen usein tehny sillai, ennemmin ku mä olen menny nukkumaan. Ni siin kohdas mä oon vaan, emmä oo menny

suoraan petiin ja yrittäny pistää silmiä kiinni ja nyt sit nukutaan. Vaan siihen sit jää viel enemmän miettimään ja olla vaan, tyhjentää se mieli siinä, ilman et lähtis yrittämään saada unen päästä kiinni.

Terapeutti: Onks se ollu semmonen tapa, mikä sulla on ollu aina, vai onks se joku...

O: Ei, sitä ei oo ain ollu...

T: Et se on tullu täs nyt niinku...uutena.

O: Se on tullu täs joo, just se... no en mä siel sängys varsinaisesti mitään liikkeitä tee, silleen ku tääl harjoteltiin niit hengitysjuttui, mut se, et pysähtyy sinne ja on vaan, niin sitä mä olen tehny silloin tällöin. En mä joka ilta oo tehny, mut et joskus ku on tuntunu semmoselt et, nyt vois ehkä olla kiva. Sit ku on tuntunu semmoselt et nyt olis semmonen olo, sillain, et en mä oo tehny siitä mitään rutiinia, koska sit mul on semmonen olo, et sit se saattaa ehkä kadottaa sen merkityksen tai sen efektin, mikä sillä on ollu nyt ainakin tähän asti. (Opiskelija A, haastattelu)

8.2.2 Keskustelu

Rentoutumisen lisäksi opiskelijat kokivat hyväksi ryhmän mahdollistaman vuorovaikutuksen ja vertaistuen. Keskusteluista pidettiin ja ryhmä olikin terapeutin kokemuksen mukaan varsin keskusteleva. Opiskelijat kokivat keskustelut antoisiksi ja mielenkiintoisiksi. Erilaiset elämäntilanteet ja näkökulmat antoivat uusia ajatuksia omaankin tilanteeseen.

Keskustelut mahdollistivat omien tunteiden purkamisen, omien ajatusten jäsentämisen ja antoivat mahdollisuuden peilata omaa tilannettaan muiden kertomuksiin. Molemmat opiskelijat pitivät hyvänä sitä, että saivat kuunnella toisen kertomuksia, kokemuksia ja ajatuksia. Opiskelija A koki, että kertoessaan omia asioitaan toisille saattaa huomata kuinka järjettömästi joskus toimii. Kun sitten toiset kertovat omasta tilanteestaan ja siitä voi löytää yhtymäkohtia omaan elämään, voi huomata ettei oma toiminta kuulostakaan kovin järkevältä. Sitä kautta on mahdollista muuttaa omia toimintamallejaan. Keskustelun, asioiden ääneen sanomisen ja toisten kuuntelemisen kautta oli mahdollista havaita omia, ehkä ristiriitaisiakin ajatus- tai toimintamallejaan ja ongelmiaan, joita sen jälkeen on mahdollista lähteä käsittelemään.

... vaiks mä ite mietin paljon, mut aina ku mä puhun ja sanon jotain asioita ääneen, ne saattaa avautua mulle vielä enemmän ja ku mä

rupeen puhumaan jostain, mä saatan välil huomata, et mä saatan sanoa jotain tosi ristiriitasta ja – – et joissain mun toiminnois tai ajattelussa on joku ristiriita tai silleen, et tää ei sovi yhteen, miks mä nyt ajattelen näin, ku se toisaalta on näin. Et sit mä jotenki tiedostan sen viel enemmän, niinku niit ongelmia siin toiminnassa tai ajattelussa. Ja sit ihan vaan mun mielest kans purkaminen, koska mä uskon siihen, niinku puhumisen voimaan, et se auttaa. Ja mulla on myös ollu oikeesti tosi antoisaa kans kuunnella (opiskelija A:n) tunteiloja ja semmosta, miltä hänestä tuntuu ja mitä hän ajattelee. (Opiskelija B, haastattelu)

Aina keskustelu ei ollut helppoa ja mukavaa, vaan siinä työstettiin myös vaikeita ja kipeitä asioita. Kyselylomakkeista selvisi, että opiskelija A:n kokemuksen mukaan vaikealta oli terapiaprosessin aikana tuntunut menneiden muistelu, tulevaisuudesta puhuminen ja omien ajatusten kertominen. Ikävät asiat olivat jo sen verran taka-alalla, että ne eivät enää herättäneet sellaista ahdistusta, joka ajaisi takaisin syömishäiriökäyttäytymiseen. Opiskelija A:n mielestä niistä oli tärkeää puhua.

No se sillain väliin tuntus sellaselt ikävält käydä läpi niit inhottavia asioita, mut et ei sil taval, et tulis enää minkäänlaisia ajatuksia siitä, et sit ehkä heräis ja et nyt vois taas ehkä toistaa jotain tiettyi juttuja. Et ei ole mitään houkutusia mihinkään semmosiin, et ei ne oo enää semmosia mielenkiintosisia asioita ne syömiseen liittyvät jutut. Mut sit toisaalta, niist on minust hyvä puhuu sen takia, et nyt ko oli tää vertaistukiaspektikin tässä näin, niin sit niistä on sitten hyvä kertoa muillekin, et mimmosia on ollu omassa elämässään edessä nää asiat ja sit se, et ei sit ainakaan ite unohda näit, ettei ikinä vois tehdä samoi virheit. (Opiskelija A, haastattelu)

8.2.3 Yhteissoitto

Yksi terapiakertojen aikana toistuva menetelmä oli yhdessä soittaminen, kliininen improvisaatio pianolla tai terapeutin tuomilla soittimilla. Soittaminen herätti hyvin erilaisia ajatuksia ja kokemuksia. Yhteissoitto oli kyselylomakkeiden mukaan pääsääntöisesti antoisampaa opiskelija A:lle kuin opiskelija B:lle. Opiskelija A:lle improvisaatio pianolla oli ennestään tuttua ja hän teki sitä myös terapiaajan ulkopuolella, kun taas opiskelija B:llä ei ollut juurikaan aiempaa soittokokemusta ja improvisaatio oli hänelle heittäytymistä uuteen tilanteeseen.

Opiskelija B koki yhteiset soitot välillä turhauttaviksi, koska ei mielestään saanut ilmaistua soitossa omia tunnetilojaan. Soittamisen kautta B huomasi yhä vertailuvansa itseään muihin ja koki paineita siitä, ettei osaa soittaa. Opiskelija B koki, että oma suorituskeskeisyys näkyi kaikkein selvimmin soittamisessa. Improvisaatiossa joutui kohtaamaan oman epävarmuuden ja epäonnistumisen pelon. Loppujen lopuksi opiskelija B koki kuitenkin improvisaation positiivisena kokemuksena.

... Ja sit tuli semmonen turhautunu olo sen takia. et mä ajattelin suorituksena sen silleen, et mun pitäis nyt saada jotain niinku... joku avautuun joku uus tai silleen niin ku et tulee jotain tunteita johonki. Et se välillä... tuntu... semmoselta, et ei tää nyt onnistu. Et mä nyt soitan tässä ja tää on ihan kivaa, mut emmä saa sitä sen syvemmälle. Et se turhautti. (Opiskelija B, haastattelu)

...eniten kyl siin musiikin soittamisessa. Tai tuli heti semmonen, et mun pitää jotenki suoriutua tästä... Ei silleen, et mä ajattelin, et mun pitäis olla täs jotenki tosi hyvä, ku enemmän se, että tän pitäis nyt onnistua ja mun pitää nyt saada nää tunteet tähän niin ku jotenki kanavoitua sen musiikin kautta ja silleen, et tää nyt pitäis kuulostaa joltain. Mitä, jos mä en keksi mitään? Mitä, jos mä en niinku pysty soittaan mitään? – – Mut eniten mun mielestä tosiaan silloin siinä soittamisessa oli se, et mä huomasin itse niinku parhaiten, semmonen vertailu siinä alussa etenki... (Opiskelija B, haastattelu)

Opiskelija A:lla oli aiempaa kokemusta improvisaatiosta ja hän soittikin usein itseksensä kotona. Erona kotona soittamiseen oli ryhmäimprovisaatiossa se, ettei voinut soittaa yksinään miten haluaa, vaan mukana oli muita joita piti kuunnella ja jotka toivat soittoon sellaisia sävyjä, jotka eivät välttämättä sopineetkaan siihen mielikuvaan tai tunteeseen, joka A:lla itsellään soitosta oli.

...kotona mä saan soittaa ihan niin ku mä haluan. Nyt mun piti kuunnella toisia, jos mä kuuntelin vaan itseäni ja olisin ikään kuin ollu solistina, niin se ei olis tuntunu hyvältä ensinkään, ko en mä halua määrätä muiden tahtia, niin mä yritin kuunnella mitä muut soitti ja sit olla siinä itse jollain taval kans mukana. (Opiskelija A, haastattelu)

Opiskelija A sai kokemuksen siitä, ettei ole olemassa oikeita tai vääriä ääniä, on vain musiikkia, joka kulkee eteenpäin. Niin sanotut ”väärät äänet” voi korjata seuraavilla musiikillisilla ratkaisuilla. Hän sai kokemuksen siitä, ettei kaiken tarvitse olla niin täydellistä tai jokaisen äänen kohdallaan. Tämä vaikutti myös A:n

omaan soittoon, niin ettei hän enää ollut yhtä kriittinen omaa soittoaan kohtaan. A peilasi omaa kokemustaan improvisaatiosta myös laajemmin omaan elämänsä; kaiken ei elämässäkään tarvitse sujua juuri niin kuin on suunnitellut eikä ole niin vakavaa, jos tulee virheitä.

Terapiassa on ollut avartavinta yhteissoitto sekä hengitysharjoitukset musiikkia kuunnellen. Oli vapauttavaa kuunnella muiden soittoa yrittäen samalla itse tuoda mukaan jotain omalla soitollaan siten, ettei tarvitse välittää siitä, soittaako oikein vai väärin. Usein soittaessani yksin kotona pyrin soittamaan tietyllä tavalla "oikein" vaikka virheitä tuleekin paljon, mutta terapiassa tapahtuva yhteissoitto oli erilaista, koska virheitä ei ollut olemassa. Opin tästä, että ei ole niin vakavaa, vaikkei asiat aina sujuisikaan yksin tai muiden ihmisten seurassa juuri täsmälleen niin kuin itse on suunnitellut tai olisi halunnut. Ei ole niin vakavaa, jos sattuu virheitä. (Opiskelija A, pohdintatehtävä)

A koki, että improvisaatio on kuin vuoropuhelua soittimilla. Soittamisen kautta hän pystyi ilmaisemaan sellaisia asioita, joita oli vaikea kertoa sanoin. Soitossa oli kyse paitsi omien tunteiden ilmaisusta, myös vuorovaikutuksesta ja toisten kuuntelemisesta.

...tääl mun pitää kuunnella mitä toiset soittaa, niin se.... on noit ääniä ja niit kuunnellaan, on ikään kuin semmosta vuoropuhelua mitä ihmiset käy sanoin normaalielämäs. – – Yhteissoitto ikäänku tämmöst keskustelua. Jos toinen soittaa jotain, niin mulle se tuntuu vähän samalta, ikään kuin se sanois jotain, sit mä sanon takasin, mut se tehdään vaan instrumenttien välityksellä jollain tavalla. (Opiskelija A, haastattelu)

Se keskustelu oli sil taval erilaista, et siin soittamises mul tuli semmonen olo, et siin kohdas tuotiin esille niit omia ajatuksia, mitä keskustelus ei pystyny tuomaan. Ne oli jollain taval eri tasolla. Ja siin keskustelus kerrottiin asioita, et... konkreettisesti, et mitkä on... et mitä taustoja oli ja mitkä on johtanu tähän ja miten ne omat ajatukset nyt elämäs toimii ja tuntuu vievän asioita eteenpäin, mut sit soittamisessa, siin ikään kuin tuotiin esille sitä omaa sisintään semmosel taval, mitä ei sanoin ehkä pystyny... tai pysty. No en mä koe, et mä ihan pystyn sanoin semmosia, ainakaan kauheen tarkasti selittämään, et jos kysytään, milt sust tuntuu nyt sisältä, et mimmonen se olo on, niin tosi vaikeeta selittää sitä sanoin. (Opiskelija A, haastattelu)

8.2.4 Ääniharjoitukset

Ääniharjoituksia tehtiin kahdella kerralla. Opiskelijat kokivat harjoitukset vähemmän antoisina kuin muut menetelmät. Opiskelija A:n mielestä ääniharjoitukset olivat vaikeita ja nostivat esiin häpeäntunteen. Häpeäntunteesta myös keskusteltiin terapiaprosessin aikana ja ääniharjoituksen jälkeen tilanteesta ja sen herättämistä tunteista keskusteltiin. Kyselylomakkeessa A on mainitsi ääniharjoitukset kysymyksen 3: ”Mikä tuntui vaikealta” kohdalla molempina kertoina kun ääniharjoituksia tehtiin. Yhdeksännellä kerralla A toi myös selvästi esiin kyselyssä sen, ettei pidä ääniharjoituksista. Oman äänen kuunteleminen oli vaikeaa ja tuntui epämiellyttävältä. Hän koki, että oma ääni särki ja ääntä on vaikea tuottaa. Äänen tuottaminen myös hävetti ja tämä sai aikaan sen, että opiskelija koki menevänsä ”lukkoon.” Haastattelussa opiskelija A:n kokemus tuli myös selkeästi esiin: äänen käyttäminen muussa kuin puheessa hävettää. Opiskelija koki, ettei tykkää olla äänessä eikä koe osaavansa laulaa, vaikka ymmärsi, ettei ääniharjoituksissa sitä vaadittukaan.

Asia, josta en terapiassa niinkään pitänyt, oli ääniharjoitukset. Minua yleensä hävetti, kun jouduin hymisemään ja hyräilemään huolimatta siitä, että muut tekivät samaa asiaa samaan aikaan. Onneksi ei jouduttu laulamaan, koska sitä en olisi pystynyt tekemään lainkaan. Tästä häpeän tunteesta myös puhuttiin siinä mielessä, että jos tarpeeksi vain altistaisin itseni asioille, jotka miellän epämiellyttäväiksi, niin ehkä ajan mittaan en enää tuntisi samalla lailla häpeää kuin aiemmin. En kuitenkaan ole päässyt vielä niin pitkälle, että pystyisin tämän asian suhteen (äänenkäytön, hyräilyn, laulamisen) suhteen olemaan niin vapautunut kuin mitä näissä ääniharjoituksissa edellytetään. (Opiskelija A, pohdintatehtävä)

Opiskelija B ei kokenut ääniharjoituksia yhtä voimakkaasti, kuin opiskelija A, mutta ääniharjoitukset olivat silti vähiten antoisia (taulukko 1). Ääniharjoitukset olivat B:n kokemuksen mukaan hieman samankaltaista kuin improvisointi. Harjoituksen kautta joutui kohtaamaan oman suorituskeskeisyytensä ja epävarmuutensa. Ääniharjoituksessa B:tä jännitti, saako hän ääntä tuotettua ja minkälainen ääni se on.

...tai ne ääniharjoitukset ni oli kans ens semmosia, et mitä jos mä en oikeesti saa mitään ääntä tuotettua, vaiks se ei ollu se idea siinä. Et semmonen niin ku et me aloitettiin, oli ihan hiljasta, et mitä jos täst ei tuu mitään semmosta, mut sit ku se lähti käyntiin niin se

mun mielestä... Mulla on aika usein se niinku alottaminen voi olla ehkä se pahin. – – Ja sit niinku jännitän sitä tosi paljon, et mitä jos se kuulostaa ihan kamalalta tai mitä, jos sieltä tulee joku ihan ihmeellinen ääni ja sit ku oli päässy käyntiin, niin sit huomaa ettei tää ollukkaan niin niinku vaarallista tai silleen, et ei täs oo mitään pelotavaa, mut... Ehkä siinä lähinnä, niissä se (suorituskeskeisyys) tuli. (Opiskelija B, haastattelu)

8.3 Kokemus pienryhmästä

Ryhmäterapiassa on vuorovaikutuksen lisäksi myös mahdollisuus vertaistukeen ja ryhmän tuen saamiseen. Musiikkiterapiaryhmään osallistuminen oli molempien mielestä hyvä ja mukava kokemus. Opiskelija A koki, että ryhmään oli hyvä tulla, siitä huolimatta, että hän kuvaili itseään erakoksi ja viihtyi mielellään omisissa oloissaan, poissa ihmisjoukoista. Hän myös koki saaneensa ryhmältä tukea, jota ei osannut odottaa. Opiskelija B:n mielestä ryhmän vuorovaikutus oli toimivaa ja ryhmäläisten ja terapeutin kemiat toimivat.

No et tapaa uusii ihmisiä, joilla on kumminki just samankaltaisia ongelmia, vaikei nyt ihan identtisesti samanlaisia, mut et... siit tulee semmonen olo, et tykkää tulla paikalle uudestaan ilman, et se on semmosta, et nyt pitää taas mennä sinne. Se oli tämmönen mukava kokemus. Mul oli aina ollu semmonen olo, et mä olen tosi erakkoluonne ja yksin tykkään olla vaan, mut sit kuitenkin tulee tämmösiä tilanteita, mis sit on muitaki ihmisiä, niin se oli ihan iloisesti yllättävää, et mul tuli semmonen olo, et tänneki on kiva tulla, saa jotain tämmöst jonkunlaista tukea, mitä ei osannu odottaa. (Opiskelija A, haastattelu)

Pienikin ryhmä mahdollisti vertaistuen ja kokemuksen siitä, ettei ole ongelmien kanssa yksin ja ettei ole ainoa ihminen maailmassa, joka painii tämän ongelman kanssa. Opiskelija A:n kokemuksen mukaan oli myös mielekkäämpää kertoa asioista joillekin, keillä oli samantyyppinen tilanne. Opiskelija B kuvaa, että vertaistuen saaminen oli se syy, minkä vuoksi hän kiinnostui ryhmäterapiasta. Siinä on terapeutin tuen lisäksi mahdollista saada tukea myös ryhmältä. Opiskelija A kuvaa vertaisryhmän merkitystä; huonommassa tilanteessa olevat voivat saada toivoa siitä, että tästä on mahdollisuus päästä eteenpäin ja paremmassa tilanteessa olevat voivat olla omalla esimerkillään tukemassa muita.

Niin ja just sen takia, et sit jotku on huonommas tilantees ja jotku on paremmas, niin sit he ketkä on huonommas, siit tulee semmonen olo, et onneks mullei mee silti noin huonosti ja sitte, et tuleeko niihin semmonen sääli ja sympatia sit kans, et jos jotenki sais autettua sitä ja sit semmoset henkilöt kenel on vähän paremmin ku ittel, ni sit tulee semmonen toiveikas olo, et mäki, varsinki niil ketkä on päässy parempaan ja sit viel se, et ite vois ehkä näyttää esimerkkiä, jos ite on päässy huonommast parempaan, niin.. se on semmonen kiva kokemus. (Opiskelija A, haastattelu)

Molemmat ryhmäläiset olivat hieman pettyneitä, kun musiikkiterapiaryhmään ei tullutkaan enempää ryhmäläisiä. Suurempi ryhmä olisi mahdollistanut enemmän vertaistukea ja erilaisia tarinoita, joihin peilata omaa tilannettaan. Toisaalta suuremmassa ryhmässä ei välttämättä olisi uskaltanut olla yhtä avoin kuin pienryhmässä eikä siinä olisi ollut yhtä paljon aikaa käsitellä omia asioita. Vaikka molemmat olivat toivoneet isompaa ryhmää, kokemus pienryhmästä oli molemmille positiivinen.

...et ensin mä ajattelin, et... oli vähä... en tiedä oliko pettyny väärä sana, mut vähä sillain niin ku, et meit on vaan kaks, mut sit mä oon miettiny sitä silleen jälkeenpäin, niin mun mielest se ei oo häirinny mua ollenkaan sit loppujen lopuks niinku täs terapias itsessään mitenkään. (Opiskelija B, haastattelu)

Molemmilla ryhmäläisillä oli syksyn terapiajakson aikana myös kaksi kertaa, jolloin he olivat terapiassa yksin. Yksilökerran kokemus oli luonnollisesti erilainen kuin silloin, kun paikalla olivat molemmat ryhmäläiset. Opiskelija B ei kuitenkaan osannut tarkemmin määritellä mikä yksilökerrassa loppujen lopuksi oli suurin ero. Yksin ollessaan B koki, että soittaminen oli ollut helpompaa ja hänellä oli ollut myös enemmän aikaa miettiä itseään. Opiskelija A koki kerrat erilaisina, koska niistä puuttui vertaistuki, toinen kella olisi samanlaisia kokemuksia. Kerrat tuntuivat hänestä samalta, kuin olisi mennyt psykologin vastaanotolle, silloin oli itse ainoastaan äänessä eikä tarvinnut kuunnella ketään toista, paitsi improvisoinnin aikana. Kokemus ei kuitenkaan ollut negatiivinen.

... kyl siin oli eroa, ei ehkä hirveen paljon, koska meitä oli muutenki vaan kaks, et olis varmaan ollu paljon enemmän eroa, jos olis ollu isompi ryhmä muuten, mut tietty siin mieles et oli enemmän aikaa miettiä enemmän sitä itseään, kun ei ollut tavallaan sitä aikaa puoli, et tietty siinä mielessä. – – kyl me jotain soitettiin joo, nyt mä muistanki, et silloin, se oli mun mielestä helpompaa mulle ehkä just

sen takia et... niin, en mä tiedä, jotenki tuntu niin ku se, et ei ollu yhtä monta kuuntelemas tai silleen... – – Mä muistan, mä kyl miet-tisin sitä sen jälkeen, et nyt oli vähä eri tilanne. Mut mä en ehkä pystyny kans silleen, et mikä siinä oli loppujen lopuks se suurin ero. (Opiskelija B, haastattelu)

8.4 Kokemus terapian merkityksestä

Terapia vaikutti opiskelijoiden mielialaan jo heti terapiakerran jälkeen. Kyselylomakkeessa kysyttiin ”millaisin tunnelmin tulit tänään ryhmään” ja ”millaisin tunnelmin olet nyt?” Opiskelija A kuvasi oloaan terapiakertojen alussa väsy-neeksi kolmella kerralla, tyhjäksi kahdella kerralla ja näiden lisäksi: odottava, levoton, ahdistunut, masentunut, sekava ja neutraali. Muutosta terapiakertojen aikana tapahtui kaikilla kahdeksalla osallistumiskerralla. Opiskelija kuvasi tera-pian lopussa itseään rentoutuneeksi (tai rentoutuneemmaksi) kolme kertaa ja kuvaili oloaan sen lisäksi sanoilla ”inspiroitunut ja levollinen”, ”vähemmän ahdis-tunut, mutta enemmän surullinen” tai ”vähemmän masentunut.”

Opiskelija B kuvasi tunnelmaansa useimmiten hyväksi, ”hyvillä mielin tulin.” Te-rapiakertojen jälkeen B vastaa muun muassa, että olo on ”rentoutuneempi kuin tänne tullessa” tai ”hyvä, vaikkakin hieman stressaantunut.” Hyväksi olonsa opiskelija koki kaikilla seitsemällä kerralla, rentoutuneeksi kolmella ja stressaan-tuneeksi kahdella kerralla terapiakerran lopussa. Selkeää muutosta mielialassa tapahtui kahdella kertaa. Haastattelussa opiskelija toi kuitenkin useampaan ot-teeseen esille sitä, kuinka rentoutumisharjoitukset olivat tehneet hyvää, ne toi-vat pysähdyshetken kiireen keskelle ja olo oli ryhmän jälkeen rentoutunut.

...välillä oli semmonen ku oli stressiä ja et nyt mun täytyy taas ehtiä sinne, mut sit joka kerta ku tuli niin oli semmonen... ja ku mä lähdin täältä, ni semmonen jotenki rentoutunu tai silleen... (Opiskelija B, haastattelu)

Opiskelijat kokivat musiikkisuhteensa muuttuneen terapiaprosessin aikana. Opiskelija A kertoi, ettei ole aiemmin samalla tavalla pysähtynyt musiikin äärel-le. Opiskelija A koki myös, että hänen suhteensa improvisaatioon oli muuttunut vapaammaksi, kun saattoi kokea, ettei vääriä ääniä ole eivätkä virheet ole niin

vakavia. Myös opiskelija B koki, että kokee musiikin vähän eri tavalla kuin aiemmin – musiikki ei enää ole pelkästään taustalla, vaan sitä voi pysähtyä kuuntelemaan ja käyttää rentoutumisen tukena terapian ulkopuolellakin.

No tavallaan sillain muuttunu, et tullu lisää. Tai jääny pois vähän siitä, et ei kaiken tarvi olla niin täydellistä, et soittaa eteenpäin. Sillain ku täälläki kuunneltiin toisia ja soitettiin ite siihen mukaan, niin jos sielt tulee jotain ihan uutta, semmost mitä ite ei välttämättä olis hällunu, et sielt tulis just nyt täs kohdas, niin ei se niin paljon haittaa. Ni sit se omas soittamisessaki vaikutti sillain, et ei se niin kauheen vakavaa oo, jos tulee virheitä. (Opiskelija A, haastattelu)

Syksyn aikana opiskelijat olivat havainneet itsessään muutoksia. Molemmat opiskelijat kertovat, etteivät häpeä itseään niin paljon kun aiemmin ja voivat kulkea vapautuneemmin, kun kokoajan ei tarvitse miettiä sitä, mitä muut ajattelevat tai kiinnittää huomiota toisiin ihmisiin niin varautuneesti. Opiskelijat olivat työstäneet asiaa jo pitkään ja tämän suuntaista muutosta oli ollut havaittavissa jo ennen musiikkiterapiaryhmää. Opiskelija A koki muutosta ja edistymistä tässä myös kuluneen syksyn aikana.

Niin ni, siin enemmän mä sain sen, et ei muil niin paljo välii. Tai siis samassa määrin, on väliä muilla, mut ei samassa määrin. Et se on menny eteenpäin. En mä sit tiedä onko se just tämän takia, ko tääl käytiin tääl ryhmässä, vai onks se vaan pikkuhiljaa nyt kokoajan menny eteenpäin. Mut nyt mulle on tullu semmonen olo ainaki. Et se, et mä joskus tosi pitkään koin, et mun ulkonäkö on niin sen näkönen, et en mä kehtaa men ulos, niin... no se ei periaattees oo vieläkkää muuttunu sillain, et en mä edelleenkää koe itteäni mitenkään sen näköiseks, et ottakaa valokuvia minust, mut se on enemminki semmonen, et mitä välii. Et en mä sen takia elä, et mä haen hyväksyntää muilta, et mä elän, yritän elää niin, et mä oisin ite onnellinen. (Opiskelija A, haastattelu)

Opiskelija B:n elämäntilanne oli muuttunut syksyn aikana ja hän koki, että syksyn aikana on tapahtunut asioita, jotka ovat saaneet hänen paranemisprosessinsa kunnolla käyntiin. Hän koki mielialansa parantuneen huomattavasti ja sitä kautta myös syömisensä sujuneen paremmin. Tämä osaltaan vaikutti siihen, ettei hän enää hävennyt itseään niin paljon ja kykeni elämään vapautuneemmin. Hän uskoi, että myös musiikkiterapiajaksosta on osaltaan ollut hyötyä parantumisen ja itsetuntemuksen kannalta.

...olen ollut paljon energisempi ja jaksanut tehdä asioita joita en vielä kesällä jaksanut. Uskon myös, että terapiajaksosta on ollut hyötyä parantumisessani, sillä olen sen myötä tunnistanut lisää (sekä negatiivisia että positiivisia) puolia itsessäni, joita minun pitää joko työstää tai vahvistaa. Olen myös oppinut ymmärtämään että asioita voi tehdä ilman, että kaikessa pitää olla hyvä tai saada siitä mahdollisimman paljon hyötyä irti. Tehokkuusajatteluni on hieman hellittänyt, vaikka se tietysti vaatii vielä paljon työstämistä. (Opiskelija B, pohdintatehtävä)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terapiakokemus on hyvin subjektiivinen kokemus, johon vaikuttavat hyvin monenlaiset asiat, esimerkiksi terapia-aika ja -paikka sekä suhde terapeuttiin, mutta myös asiakkaan sen hetkinen elämäntilanne, stressitaso, mieliala ja henkiset voimavarat sekä fyysinen vireystila. Terapiatilanteeseen vaikuttaa terapeutin persoonallinen lähestymistapa – se mitä menetelmiä käytetään, millä tavalla ja missä vaiheessa terapeutti käyttää joitain menetelmiä. Niinpä tässä tutkimuksessa tutkittavien opiskelijoiden kokemuksetkin kertovat vain heidän tarinaansa, sillä hetkellä, tämän terapeutin kanssa ja juuri näistä tietyllä tavalla toteutetuista menetelmistä. Toisaalta yksittäisten kokemusten ja tarinoiden kautta voidaan laajaakin kokonaisuutta rakentaa pala palalta näkyväksi.

Terapiaprosessin tavoitteina oli suorituskeskeisyyden, kontrollintarpeen ja häpeäntunteen tutkiminen, tunnetyöskentely (tunteiden tunnistaminen, ilmaisu ja käsittely) sekä myönteisen minäkuvan vahvistuminen. Opiskelijoilla oli myös omia tavoitteitaan. Opiskelijat osallistuivat musiikkiterapiaan omasta mielenkiinnostaan, joten heillä oli halu työstää ongelmiaan ja tavoitteitaan terapiassa. Molemmille opiskelijoille musiikkiterapia ja sen menetelmät olivat uusia, joskin toinen opiskelijoista havaitsi syksyn aikana, että oli jo aiemminkin ”terapoinut itseään musiikilla”. Oma motivaatio terapiaprosessiin vaikuttaa terapiakokemukseen. Halu työstää omia kipupisteitään sai vaikeatkin asiat tuntumaan antoisilta ja merkityksellisiltä, kuten opiskelija B:n kokemus elämänkaarityöskentelystä osoitti.

Käytetyt menetelmät vaikuttivat terapiakertojen kokemiseen. Kaikilla kerroilla ei ehditty tehdä rentoutumisharjoituksia, joten on luonnollista, ettei niillä kerroilla olo ole erityisen rentoutunut terapian jälkeen. Harjoitusten nostattamia tunteita saattoi olla vaikeaa kohdata kuten häpeää tai omaa kontrollintarvettaan ja suorituskeskeisyyttään ja se saattoi saada varsin ääniharjoitukset ja improvisaation tuntumaan turhauttavilta, vaikeilta ja vähiten antoisilta.

Millainen kokemus on antoisaa? Ajattelin sen olevan jotain sellaista, josta kokee saavansa itselleen jotain positiivista, mistä kokee olevan ”hyötyä.” Vähiten antoisaksi ajattelen sellaisen, joka ei merkitse mitään, on kenties yhdentekevä tai ehkä epämiellyttävä. Kyselylomakkeessa ei kuitenkaan määritelty ”antoisaa”, joten opiskelijat kirjasivat ne omien ajatustensa mukaan. Kyselylomakkeista huomasin, että varsinkin opiskelija A:n kohdalla antoisimmaksi koetut menetelmät oli mainittu kyseisellä kerralla myös kohdassa: ”mikä tuntui hyvältä?” Opiskelija B:n kohdalla tässä ei ollut samanlaista yhtäläisyyttä; esimerkiksi rentoutuminen saattoi tuntua erityisen hyvältä koska lihakset olivat jumissa, mutta antoisinta terapiakerralla saattoikin olla keskustelu. Vaikeaksi koettujen ja vähiten antoisien menetelmien kohdalla ei ollut merkittävää yhtäläisyyttä, ainoastaan ääniharjoitusten kohdalla menetelmä oli mainittu A:n vastauksissa sekä vaikeimmaksi, että vähiten antoisaksi.

Terapiamenetelmät koettiin hyvin eri tavalla. Opiskelijat olivat niiden suhteen hyvin erilaisia ja he saattoivat kokea täysin päinvastaiset menetelmät antoisimmiksi. Toiselle antoisaa oli keskustelu ja vähiten antoisaa yhteissoitto ja toiselle toisinpäin. Terapiassa onkin hyvä käyttää tai ainakin kokeilla useita eri menetelmiä, sillä eri menetelmät mahdollistavat asioiden käsittelyn eri tavalla ja eri näkökulmista käsin. Se menetelmä, joka toimii toisella, ei välttämättä toimi toisella lainkaan ja menetelmän vaihtaminen saattaakin avata jotain, mikä ei muuten olisi tullut esiin ja siten viedä terapiaa uudella tavalla eteenpäin. Eri menetelmät voivat myös tuoda esiin samasta asiasta uusia näkökulmia esiin ja helpottaa asian käsittelyä syvällisemmin. Tässäkin suhteessa jokainen kokee terapiaprosessin omalla tavallaan.

Rentoutuminen oli opiskelijoille antoisaa. Pohdintatehtävässä opiskelija A kirjoitti, että rentoutumiskeinojen puute on ollut ehkä lisäämässä ahdistusta. Hän koki, että kun hän nyt osaa pysähtyä hengittämään hitaasti musiikkia kuunnellen, ahdistus voisi lieventyä. Vainio (2009) toteaa, että rentoutumisreaktio ei ole automaattinen vaan sitä pitää harjoitella. Se auttaa keskittymään tähän hetkeen ja omaan kehoon. Rentoutumisella on tutkitusti hyviä vaikutuksia, pitkäaikaisvaikutuksena esimerkiksi ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden väheneminen sekä parempi selviytyminen stressitilanteissa. Molemmat opiskelijat olivat syksyn ai-

kana alkaneet tehdä itsekseen rentoutumisharjoituksia omalla tavallaan. Tässä näkyi terapian siirtovaikutus opiskelijoiden arkeen. Jos rentoutumisharjoitukset muuttuvat pysyväksi osaksi opiskelijoiden elämää, opiskelija A:n toive ahdistuksen lievittymisestä on hyvinkin realistinen. Rentoutumisen kautta voi oppia myös oman kehon kunnioittamista ja hyväksymistä – keho on ystävä, ei vihollinen, jota vastaan pitäisi taistella.

Improvisaation kautta opiskelija B joutui työstämään omaa suorituskeskeisyytään ja harjoitella heittäytymistä. Jo musiikkiterapiaryhmään osallistuminen oli B:ltä askel tuntemattomaan, alueelle, jossa hän ei kokenut olevansa erityisen hyvä. Kontrolli ja suorituskeskeisyys ovat syömishäiriötä sairastavilla korostuneita. Improvisoinnissa näitä oli mahdollista työstää alueella, jota ei ole mahdollista kontrolloida ja jossa suorituksella tai tuloksella ei ole väliä. Toinen opiskelija kohtasi kokonaan uuden maailman, jota lähti rohkeasti tutkimaan. Toinen sai tuttuun ja itselle luontevaan ilmaisuun toisenlaista näkökulmaa, kun soitto tapahtui ryhmässä eikä yksin. Lisäksi improvisointi tarjosi mahdollisuuden keskustella ja ilmaista itseään ilman sanoja, musiikin kautta. Improvisoinnin kautta onkin mahdollisuus kokeilla omia rajojaan, heittäytyä, tutkia, opetella tunteiden ilmaisua ja jakaa itsestään muille ja muiden kanssa.

Ääniharjoitukset aiheuttivat opiskelija A:lle häpeäntunnetta. Tavoitteita ajatellen menetelmä oli perusteltu, sillä yhtenä tavoitteista oli suorituskeskeisyyden, kontrollintarpeen ja häpeäntunteen tutkiminen. Voimakas häpeä rajoittaa toimintaa ja saa aikaan voimakasta itsekontrollia. Häpeän tunnetta pyritään kontrolloimaan välttelemällä tilanteita, jotka aiheuttavat häpeän. Tämä taas ennen pitkää alkaa rajoittaa elämää ja estää vapautunutta olemista erilaisissa tilanteissa. Itsensä altistaminen häpeää aiheuttaviin tilanteisiin turvallisessa ja hyväksyvässä ilmapiirissä voi antaa vahvistavia ja onnistumisen tunnetta tuottavia kokemuksia, jotka vähitellen voittavat häpeäntunteen. Tämä vie kuitenkin aikaa ja vaatii huomattavasti pidempää työskentelyä, kuin mihin tällä terapiaajaksolla oli mahdollisuus.

Positiivinen kokemus koetaan helposti antoisaksi ja päinvastoin, negatiivinen tai vaikea kokemus vähemmän antoisaksi. Kokemus joistain menetelmistä saattaa

olla huono tai ”hävettävä”, mutta niistä voi asiakkaan kuntoutumisen kannalta hyötyä. Terapian tarkoitus ei ole tarjota ainoastaan kivoja asioita, jotka tuntuvat hyvältä vaan työstää kipupisteitä, joiden kautta asiakas voi eheytyä ja kasvaa. Kasvu vaatii myös kipeiden ja vaikeidenkin asioiden kohtaamista. Vasta omalta mukavuusalueelta poistuminen tuo kasvun mahdollisuuden.

Keskustelun kautta opiskelijoilla oli mahdollisuus sanallisesti omien tunteiden purkamiseen, omien ajatusten jäsentämiseen ja oman tilanteen peilaamiseen muiden kertomuksiin. Ryhmäläiset olivat hyvin keskustelevia ja terapiakerrat olisivat kuluneet sujuvasti keskustellenkin. Terapeuttina mietin kuitenkin, mikä merkitys keskustelulla oikeasti on ja minkä verran sillä voidaan tässä ryhmässä käsitellä asioita. Syömishäiriö on hyvin konkreettinen sairaus, joka oireilee käytännössä, erityyppisenä toimintana (esimerkiksi syöminen/syömättömyys, oksentaminen tai pakonomainen liikunta). Dokterin (2000, 16–17) mielestä onkin tärkeää miettiä kuinka tämä toiminta (josta Dokter käyttää termiä ”acting out”) voitaisiin muuttaa terapeuttiseksi toiminnaksi, joka mahdollistaisi sisäisen muutoksen. Tämän hän näkee erityisen tärkeäksi syömishäiriötä sairastavien kohdalla. Toisaalta uudet oivallukset ja tietoiseksi tuleminen omasta käyttäytymisestä antaa kyllä mahdollisuuden toimintatavan muuttamiselle. Keskustelu oli myös hyvin tärkeää terapeutin kannalta, koska siinä sain terapian kannalta välttämätöntä tietoa opiskelijoiden tilanteesta ja ongelmista. Syksyn ”arviointijaksosta” sain tarpeeksi tietoa ja loppusyksystä opiskelijoiden kannalta tärkeät asiat ja sopivat menetelmät alkoivat hahmottua.

Pieni ryhmä ja turvallinen ilmapiiri antoivat tilaa omille ajatuksille. Toisaalta isompi ryhmä turvallisessa terapiatilanteessa olisi voinut antaa A:lle korvaavia, positiivisiakin kokemuksia ryhmässä toimimisesta. Pienryhmässä mahdollistui ryhmäläisten keskinäinen vuorovaikutus ja vertaistuki terapeutin tuen lisänä. Molemmat opiskelijat pitivät hyvänä toistensa kertomusten kuulemista – on joku, jolla on samanlainen ongelma. Vertaistuki voi kääntyä myös itseään vastaan, mikäli sairastunut saa sairaudelleen ja syömishäiriökäyttäytymiselleen vääränlaista tukea (esimerkiksi joku kertoo, kuinka pahimpina aikoina toimi tietyllä tavalla ja toinen varottavan esimerkin sijaan ottaakin sen käyttöön omaa sairauttaan tukemaan). Syömishäiriöisten ryhmissä on tärkeää, ettei siellä kes-

kustella syömishäiriöisestä oirehdinnasta yksityiskohtaisesti eikä puhuta ruokamääristä, kiloista, kaloreista tai mistään mikä voisi vahvistaa syömishäiriöistä käyttäytymistä. Vertaistuessakin keskitytään erilaisiin selviytymiskeinoihin, itseilmaisuuksiin ja muihin sairastuneen kuntoutumista tukeviin asioihin.

Terapiaprosessin aikana opiskelijat kokivat muutosta terapiakertojen aikana mielialassaan sekä terapian ulkopuolella omassa musiikkisuhteessaan ja kokemuksessaan itsestä. Opiskelija A koki ennen erästä terapiakertaa olevansa ahdistunut, mutta terapiakerran jälkeen olo oli vähemmän ahdistunut, mutta enemmän surullinen. Ahdistus oli siis terapiakerran aikana muuttunut suruksi, konkreettisemmaksi tunteeksi, jota pystyy paremmin käsittelemään kuin epä-määräistä, puristavaa ahdistusta. Musiikkisuhteet olivat molemmilla muuttuneet, he kertoivat kuuntelevansa nyt musiikkia eri tavoin. Sen sijaan, että musiikki olisi taustalla, sitä kuunnellaan aktiivisesti ja käytetään rentoutumisen tukena. Tutusta, arkipäiväisestä elementistä, musiikista, löytyi omaa hyvinvointia tukeva puoli, joka otettiin käyttöön.

Opiskelijoiden kokemus itsestä oli muuttunut positiivisempaan suuntaan terapiaprosessin aikana. Molemmat opiskelijat kokivat myös suhtautuvansa vapautuneemmin itseensä, häpeä ei ollut enää yhtä voimakas, kuin aiemmin. Tähän vaikutti terapian lisäksi esimerkiksi toisen opiskelijan kokema elämänmuutos ja molemmat opiskelijat olivat työstäneet asiaa jo ennen terapiaprosessiakin. Terapia tuki jo alkanutta kasvua ja kannusti opiskelijoita työstämään omaa minäkuvaansa vielä aktiivisemmin vahvistaen sitä kautta itsetuntoa ja positiivisempaa minäkuvaa.

10 POHDINTA

Terapeutina sain arvokasta tietoa jo aineistonkeruuvaiheessa siitä, miten opiskelijat olivat kokeneet eri terapiassa toteutuneet osa-alueet. Näin pystyin vielä konkreettisemmasta lähtökohdasta käsin miettimään jo terapian aikana millä perusteella käytän mitäkin menetelmiä. Terapeutin tehtävä on miettiä terapia-prosessin tavoitteet (yhdessä asiakkaan kanssa) ja se, millä menetelmillä tavoitteita voidaan työstää. Kuitenkaan terapia ei ole ”välineurheilua” tai kilpajuoksua menetelmästä toiseen vaan pysähtymistä asioiden ja tekemisenkin äärelle. Tärkeintä ei ole mahdollisimman monenlainen tekeminen vaan sen tekeminen, mistä on asiakkaalle hyötyä paranemisen ja kuntoutumisen kannalta.

Syömishäiriötä sairastaneilla on yksilökohtaisista eroavaisuuksista huolimatta hyvin samankaltaisia ongelmia ja kokemuksia, joten kahdenkin ryhmäläisen kokemus on suuntaa antava. Syrjälän & Nummisen (1988, 175) mukaan tapaus tutkimuksessa on kuitenkin tärkeämpää tapauksen kokonaisvaltainen ymmärtäminen kuin yleistäminen (Saarela-Kinnunen & Eskola 2001, 163). Tapaus tutkimuksen tavoitteena oli laajentaa ymmärrystä tietystä aiheesta, tässä tapauksesta syömishäiriötä sairastavien kokemuksesta musiikkiterapiasta. Opinnäytetyö pyrki antamaan tietoa siitä, miten terapiassa käytetyt menetelmät ja osa terapiaprosessista koettiin.

Tutkimuksen hypoteesina oli, että musiikkiterapialla voitaisiin tukea syömishäiriötä sairastavien kuntoutumista lyhyenkin terapiaprosessin aikana ja että terapiaryhmään osallistuneet saisivat sellaisia kokemuksia, jotka tukevat heidän kuntoutumistaan. Tutkimuksessa pohditaan myös sitä, miten musiikkiterapia voi olla omalta osaltaan tukemassa kuntoutumista syömishäiriöistä. Opiskelijat kokivat saaneensa syksyn terapian aikana uusia selviytymiskeinoja ja vahvistusta itsetunnolleen. Ajattelen tästä olevan hyötyä myös heidän kuntoutumisensa kannalta, vaikka terapiaprosessin lopullinen merkitys kuntoutumiselle jääkin vain pohdittavaksi, sillä molemmilla opiskelijoilla oli vielä paljon työstettävää. Opiskelija B totesi haastattelussa, että terapiasta on ollut hyötyä, paljon varmas-

ti sellaistakin mitä ei vielä ole tiedostanutkaan. Terapian merkitys saattaa tulla esiin vasta pidemmän ajan kuluttua.

Opinnäytetyön haastavin vaihe oli aineiston analysointi. Etenkin kyselylomakkeen analysointi toi haasteita, sillä kyselylomakkeen laadintavaiheessa ei ollut tarpeeksi ennakoitu ja otettu huomioon analysointivaihetta. Tämä tulee ottaa huomioon luotettavuutta arvioidessa. Antoisimpien menetelmien laittaminen järjestykseen numeroin ei ollut analysoinnin kannalta paras mahdollinen ratkaisu. Analysointiin loin oman menetelmäni (pisteytyksen), joka mielestäni antaa samansuuntaista tietoa kuin muut kyselyn vastaukset sekä haastattelut ja tietoa voidaan usean menetelmän pohjalta pitää luotettavana. Hirsjärvi ja Hurme (2006, 138) toteavatkin, että tutkijalla ei välttämättä ole käytössään yhtä tiettyä analyysitapaa, vaan hän toimii parhaaksi näkemällään tavalla saadakseen merkitykset esiin.

Haastattelussa oli myös omat haasteensa. Haastattelussa huomasin kuinka tutkija-terapeutti roolit sekoittuvat toisiinsa. Siitä ei ole välttämättä haittaa tapaututkimuksessa, mutta siitä on hyvä olla tietoinen. Haastatteluja ennen kuvittelin naiivisti kuinka haastattelu olisi erillinen, opinnäytetyöhön liittyvä osionsa, mutta käytännössä haastattelukin muistutti yksilöterapiakertaa ja haastatteluun tuli paljon sellaista materiaalia, jota oli käsitelty tai olisi voitu käsitellä terapiaprosessin aikana. Kiinnitin sen vuoksi erityistä huomiota haastatteluaineiston analysoinnissa ja opinnäytetyön kirjoittamisvaiheessa siihen, ettei terapiaprosessissa käsiteltyjä henkilökohtaisia asioita tule mukaan tutkimukseen kuin vain siltä osin mitkä liittyvät oleellisesti tutkimukseen.

Tutkimusjoukko on hyvin pieni ja yksilön kokemus on aina subjektiivinen. Työstä ei siksi voida vetää yleistettäviä johtopäätöksiä koskien kaikkia syömishäiriötä sairastavia ja heidän kokemuksiaan, mutta uskon, että työstä on hyötyä kohdeyhmän parissa tehdyn musiikkiterapian tarkastelussa. Yksilöiden kautta voidaan kuvata laajempaa ilmiötä. Lisäksi opiskelijoiden kokemukset menetelmistä olivat samansuuntaisia musiikkiterapiakirjallisuuden ja tutkimusten kanssa, tästä esimerkkinä opiskelija A:n kokemus siitä, että improvisoinnilla hän pystyi ilmaisemaan jotain sellaista, mitä olisi vaikea sanoilla ilmaista. Käytetyt menetelmät

kuvaavat miten syömishäiriötä sairastavien parissa voidaan tehdä musiikkiterapiaa ja opiskelijoiden kokemukset kertovat millaisia ajatuksia ja tunteita menetelmät saattavat herättää. Työ antaa musiikkiterapiasta kiinnostuneelle lisää tietoa menetelmistä ja terapiaprosessin kulusta käytännössä sekä antaa lisää tietoa melko yleisestä psykiatrisesta sairaudesta.

Jäin miettimään olisivatko tutkimustulokset olleet erilaisia jos tutkimuksessa olisi ollut mukana koko terapiaprosessi (syksy 2010 – kevät 2011, yhteensä 17 kertaa) alusta loppuun? Kokemukseni mukaan keväällä olin terapeuttina valmiimpi ja varmempi – tiesin mistä lähteä liikkeelle, kun opiskelijat olivat tuttuja ja olin syksyn aikana saanut kuvaa heidän tilanteestaan. Tuntui, kuin kevään viimeisillä kerroilla jotain vasta olisi lähtenyt liikkeelle. Mietin myös sitä, kuinka paljon kokemukset olisivat muuttuneet jos ryhmäläisiä olisi ollut enemmän. Olisin saanut laajempaa aineistoa, mutta en olisi voinut käyttää näin monia aineistonkeruumenetelmiä; aineistoa oli tähänkin enemmän kuin riittävästi. Alkuhaastattelusta opiskelijoista kaksi perui tulemisensa ryhmään. Ditty Dokter (2000, 15) kehottaa varautumaan keskeytymisten todennäköisyyteen jo ryhmää kootessa. Opiskelijat eivät vielä tienneet syksyn työ ja opiskeluaikatauluistaan kevään haastattelussa ja ilmoittivat olevansa kiinnostuneita ryhmästä, mikäli opiskelut tai työt eivät mene päällekkäin ryhmän kanssa. Toisaalta voi myös olla, etteivät pois jääneet opiskelijat olleet vielä valmiita tämän tyyppiseen työskentelyyn. Terapian toimivuuden edellytyksenä onkin asiakkaan oma motivaatio työskentelyyn.

Aiheesta riittää lukuisia jatkotutkimusaiheita, koska aiheesta on niin vähän tutkimuksia. Samantyyppisen tapaustutkimuksen toteuttaminen isommalla ryhmällä voisi antaa mielenkiintoista tietoa siitä, ovatko muiden syömishäiriöstä kärsivien kokemukset vastaavia tämän työn kanssa. Myös yksilöterapiaprosessin kuvaaminen antaisi lisää tietoa musiikkiterapiasta syömishäiriöiden kuntoutuksen tukena. Fysioakustisen hoidon käyttö varsinkin osastohoidossa olevien syömishäiriöpotilaiden kanssa on yleistä. Tutkimus potilaiden kokemuksista fysioakustisesta hoidosta olisi avartava, samoin kuin se millä tavoin fysioakustista hoitoa käytetään.

LÄHTEET

Ahonen, H. 1997. Musiikki – Sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. 2. korjattu painos. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Ahonen, H. 2011. Improvisaatio – itsen toteuttamista ja ihmisen ikävää toisen luo. Teoksessa: Lilja–Viherlampi, L–M. (toim.) Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 57 Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Ahonen-Eerikäinen, H. 1998. ”Musiikillinen dialogi” ja muita lasten musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. Artikkelit s.4–12. Musiikkiterapia 2/1998. Suomen musiikkiterapiayhdistys ry.

Ala-Ruona, E., Saukko, P. & Tarkki, A. 2009. Musiikkiterapiapalvelut. 2. korjattu painos. Hyvinkää: Suomen Musiikkiterapiayhdistys.

Arponen, A. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto. 6.4.2011.

Bruscia, K. 1998. Defining music therapy. 2. painos. Gilsum: Barcelona Publishers.

Charpentier, P. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia, 271–292. Helsinki: Duodecim.

Dokter, D. (edit.) 2000. Arts Therapies and Clients with Eating Disorders. 2. painos. London: Jessica Kingsley Publishers.

Erkkilä, J. 2005. Musiikkiterapia. Teoksessa Eerola, T., Louhivuori, J. & Moisala, P. Johdatus musiikintutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä: Suomen musiikkiteollinen seura.

Erkkilä, J. 2007. Improvisaatiopainotteisen musiikkipsykoterapiakoulutuksen kokemuspohjaisia sisältöjä. Artikkelit, s. 76–88. Musiikkiterapia 2/2007. Suomen musiikkiterapiayhdistys.

Gleaves, D. & Eberenz, K. 1994. Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders* 15, 227–31.

Gleaves, D, Eberenz, K. & May M. 1998. Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalised for an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 24:147–56.

Hakala, L. (toim.) 2000. Siskonmakkarat – Miltä syömishäiriö tuntuu? Helsinki: Tammi.

Heal, M. & Wigram, T. (toim.) 1999. Musiikkiterapia – hoitotyöstä kasvatukseen. Helsinki: Oy Unipress Ab.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

HUS. 2009. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju. Luettu 31.3.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2547,6444,7233,7234,7235>

HUS. 2011a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Syömishäiriökliniikka. Luettu 31.3.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,2225>

HUS 2011b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Syömishäiriöosasto 4. Luettu 31.3.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,956,1236,26338>

Huttunen, M. 2010. Ahmimishäiriö (bulimia) 23.7.2010. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00352&p_haku=bulimia.

Huttunen, M. 2001. Syömishäiriöt ja traumaattiset kokemukset. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 2001;117(8):861–862. Luettu 19.3.2011.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu>

KELA 2010 Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. Päivitetty 20.12.2010. Luettu 8.4.2011.
<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH?OpenDocument>

KELA 2011 Kuntoutuspsykoterapia. Päivitetty 08.02.2011. Luettu 8.4.2011.
<http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261110144239HL?OpenDocument>

Keski–Rahkonen, A. Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2008. Olen juuri syönyt – läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Keski–Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim, 2010; 126(18):2209–14. Luettu 19.3.2011.
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu>

Kielijelppi. Ryhmä ja ryhmäviestintä. Kielijelppi–Språkhjälpen-verkkopalvelu. Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. Luettu 12.4.2011.
<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/ryhma-ja-ryhmaviestinta>

Korhonen, H., Pirinen, S., Rissanen, K. & Salokoski, T. 2008. Anoreksia ja bulimia nuorten hoitotyössä. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja C•12. Vantaa: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle. Luettu 7.4.2011.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>

Käypä hoito. 2009. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Julkaistu 20.8.2009. Luettu 31.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030>

Lehtonen, K. 2011. Musiikki ja mielikuvat. Teoksessa: Lilja-Viherlampi, L-M. (toim.) Ihminen ja musiikki. Musiikillisen vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 57 Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Leino, E. 2007. Sosiaalisen näkökulman väistämättömyys lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Teoksessa: Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme – ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: STAKES.

Lejonclou, A. & Trondalen, G. 2009. Perspectives on practice. "I've started to move into my own body": Music therapy with women suffering from eating disorders. Article in Nordic Journal of Music Therapy. Vol. 18, No. 1, March 2009, 79-92. Lontoo: Routledge.

Lieppinen, M. & Willman, A. 2008. Utelias puu – Taideterapeutin toimintakirja. Helsinki: Lasten keskus oy.

Läylönen, S. Riittämättömyyden oireita. Artikkel. Turun ylioppilaslehti 7/2010, 8–10.

Mesimäki, A. 2002. Sairaana terveellistä elämää. 26.11.2002. Tiivistelmä. YLE:n Akuutti-ohjelma, arkisto. Luettu 17.3.2011.

http://yle.fi/akuutti/arkisto2002/261102_e.htm

Mustajoki, P. 2009. Lihavan ahmimishäiriö (BED). 30.12.2009. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.3.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00819.

Mäkinen, A. 2002. "Kuin lumikki, joka odottaa herättäjänsä" Tutkimus syömishäiriöitä sairastavien musiikkiterapiasta. Opinnäytetyö, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Kuntoutuksen koulutusohjelma, musiikkiterapian suuntautumisvaihtoehto.

Perttula, M. 2000. Syömishäiriöt laajentuneet globaaliksi: nuori mahdollisimman nopeasti hoitoon. Artikkel. Aesculapius. Helsinki: Orion.

Pyhälä, K. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto. 6.4.2011.

Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2001. Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Väitöskirja. Lapin Yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

Sloboda, A. 2000. Individual Music Therapy with Anorexic and Bulimic Patients. Teoksessa: Dokter, D. (edit.) Arts Therapies and Clients with Eating Disorders. 2. painos. London: Jessica Kingsley Publishers.

Suokas, A. & Rissanen, A. 2010. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönqvist, J. ym. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Syrjälä, L. & Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia nro 51. Oulun yliopisto.

Syömishäiriökliniikka. Luettu 17.3.2011.
http://www.syomishairioklinikka.fi/syomishairiot_muita.html

Syömishäiriökeskus 2011a. Syömishäiriöt. Päivitetty 28.01.2011. Luettu 31.3.2011.
<http://www.syomishairiokeskus.net/mitasyomishairiotovat.htm>

Syömishäiriökeskus 2011b. Mikä on syömishäiriökeskus? Päivitetty 28.01.2011. Luettu 31.3.2011.
<http://www.syomishairiokeskus.net/index.htm>

Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011a. Luettu 17.3.2011.
<http://www.syomishairioliitto.fi/index.php>

Syömishäiriöliitto–SYLI ry. 2011b. Charpentier, P. Miten syömishäiriö etenee? Artikkel. Luettu 20.3.2011.
<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot7.html>

Taakala, L. 2009. Syömishäiriöt – mistä on kysymys? Väli-Suomen syömishäiriöperheet ry.. Luettu 20.3.2011.
http://www.syomishairioliitto.fi/toiminta/jasenyhdistykset/valisuomi/JOENSUU-28-9-2009_LindaTaakala.pdf

Tervo, J. 2003. Teräskitarat – musiikkiterapia nuoruusiässä. Psykoterapiasäätiö Monasterin Psykoanalyttisiä toimituksia No:10. Oulu: Kustannus Kajo.

Tolonen, T. 2001. Tyttöjen käsityksiä ihannenaiveudesta. Teoksessa: Puuronen, A. & Välimaa, R. (toim.) Nuori ruumis. Helsinki: Gaudeamus.

Trötschkes, R. 2006. Lisääntykö kaappisyöppöjen määrä? Julkaisupäivä 31.1.2006. Luettu 17.3.2011.
http://yle.fi/vintti/yle.fi/genreportaalit/portaali-705.html?genre=terveys&osannimi=ajassa_mielenterveys&jutunid=6530

Vainio, A. 2009. Rentoutuminen. 22.1.2009. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 22.4.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088

Åbo Akademi. 2011. Väitös syömishäiriöistä. Tiedote. Luettu 16.4.2011.
<http://www.abo.fi/public/fi/News/Item/item/3721>

LUENNOT

Anglé, S. 2010. Syömishäiriöt – mistä on kysymys? Yleisöluento Turun pääkirjastossa 18.10.2010. Järj. Lounais-Suomen syömishäiriöperheet ry. Turku. Luentomuistiinpanot tekijällä.

Broström, K. 2010. Häiriö syömisessä – Syömishäiriö? Yleisöluento Bovallius-Ammattiopistossa 14.9.2010. Järj. Lounais-Suomen syömishäiriö-perheet ry. Turku. Luentomuistiinpanot tekijällä.

OHJELMAT

Aamusydämellä: Anoreksia kalvaa perhettä 2008. YLE 1, 13.1.2008. YLE Elävä arkisto. Katsottu 13.3.2011.

<http://www.yle.fi/elavaarkisto/?s=s&g=5&ag=74&-t=&a=4940>.

Elämänkumppanina anoreksia. 2009. Suomi Express: Yleisön pyynnöstä. Jakso 24/32. Katsottu ohjelman kotisivuilta 6.4.2011.

http://ohjelmat.yle.fi/suomiexpress/kerro_oma_tarinasi/elamankumppanina_anoreksia

Kysy syömishäiriöistä! 2010. YLE Puhe 7.2.2010. Kuunneltu 13.3.2011.

http://yle.fi/puhe/sivu.php?uname=kysy_syomishairioista.

Nikkinen, H. 2011. YLE 1, 19.1.2011 Aamu-tv: Aamutohtori. Katsottu 17.3.2011. Yle Areena.

Pakomatka anoreksiasta. 2010. YLE TV1. 20.3.2011 (uusinta).

Selviytymistarina: Sirpa ja anoreksia. 2010. YLE Teema 12.2.2011. Katsottu 12.3.2011. Yle Areena.

LIITE

Musiikkiterapiaryhmä syksyllä 2010 / YTHS

1. Millaisin tunnelmin tulit tänään ryhmään?

2. Mikä tällä kertaa tuntui hyvältä?

3. Mikä tuntui vaikealta?

4. Mikä terapiassa tehty toiminta oli sinulle tänään antoisinta? Laita alla olevat vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen. Voit myös täydentää vastaustasi tai perustella valintojasi, jos haluat.

- () a. Keskustelu
- () b. Musiikin kuuntelu
- () c. Yhteissoitto
- () d. Rentoutuminen
- () e. Ääniharjoitukset
- () f. Kuvien käyttö
- () g. Joku muu, mikä?

5. Millaisin tunnelmin olet nyt?

6. Tähän voit vielä kertoa vapaasti kokemuksestasi
