

Titta Huttunen & Henna Vähä-Hakula

## **Mieli ja keho käsi kädessä**

Sovellettu psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöistä toipumisessa

Opinnäytetyö

Syksy 2014

Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapeutti AMK- tutkinto-ohjelma

**SeAMK** 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapeutti (AMK)- tutkinto-ohjelma/Fysioterapeutti AMK

Titta Huttunen ja Henna Vähä-Hakula

Mieli ja keho käsi kädessä - Sovellettu psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöistä toipumisessa

Koulutusohjelmapäällikkö Riitta Kiili ja lehtori Marjut Koivisto

2014

Sivumäärä: 51

Liitteiden lukumäärä: 1

---

Syömishäiriöt ovat yleisiä psyykkisiä sairauksia, joita esiintyy erityisesti murrosikäisillä tytöillä sekä nuorilla naisilla, mutta myös miehillä syömishäiriöitä esiintyy yhä enemmän. Syömishäiriöt vaikuttavat muun muassa itsetuntoon, itsearvostukseen sekä kehotyytyväisyyteen. Käsitlemme työssämme yleisimpiä syömishäiriöitä, joita ovat Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa sekä epätyypillinen syömishäiriö. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään osana syömishäiriöistä toipuvan kuntoutusta.

Syömishäiriöitä sairastavien kehonkuva on usein häiriintynyt, eli sairastuneen uskomukset omasta kehostaan ovat vääristyneet. Sairastuneet usein yliarvioivat kehoaan, sen kokoa, rakennetta ja osia. Syömishäiriöön sairastuneilla ilmenee usein myös lihaskireyksiä ja -jännittyneisyyttä. Tavoitteena on oman kehon hyväksyminen, eheämmän kehonkuvan rakentaminen, oman kehon mittasuhteiden realistinen arvioiminen ja rentoutuminen.

Psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutujan tavoitteisiin pyritään erilaisten harjoitteiden avulla. Harjoitteet voivat sisältää kehotietoisuus- ja kehonhahmotusharjoitteita, vuorovaikutus- ja kontaktiharjoitteita, erilaisia liikeharjoitteita sekä rentoutus- ja hengitysharjoitteita. Lihaskireyttä ja jännittyneisyyttä voidaan helpottaa kosketuksen tai hieronnan avulla.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen sisältäen oppaan laatimisen ja koulutustilaisuuden järjestämisen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä tunnetummaksi sovelletun psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia syömishäiriöistä toipumisessa. Tavoitteenamme oli tehdä psykofyysisestä fysioterapiasta tunnetumpaa syömishäiriöistä toipumisessa järjestämällä koulutustilaisuus, sekä laatimalla opaslehtinen sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista syömishäiriöistä toipuille sekä heidän kanssaan työskenteleville.

Avainsanat: Syömishäiriöt, Psykofyysinen fysioterapia

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree programme in Physiotherapy

Titta Huttunen and Henna Vähä-Hakula

“Mind and body hand in hand - Psychophysical physiotherapy in recovering from eating disorders”

Supervisors: Riitta Kiili, Head of degree Programme in Physiotherapy and Marjut Koivisto, lecturer

Year: 2014

Number of pages: 51

Number of appendices: 1

---

Eating disorders are common mental diseases especially among adolescent girls or young women. However, eating disorders occur increasingly among men too. Eating disorders affect one's self-esteem, self-respect and body complacency. In our thesis we will discuss the most usual eating disorders, such as Anorexia Nervosa, Bulimia and Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Psycho-physical physiotherapy is used as a part of rehabilitation of a person recovering from an eating disorder.

People with an eating disorder usually have dysfunctional body image, which in other words means that they have distorted beliefs concerning their own body. It is usual for such people to overestimate their body parts, the size and the structure of their body and their body overall. Muscle tenseness and muscle tightness are also common for the ones diseased. The aims are to accept one's own body as it is, to build more intact body image, to assess one's body's dimensions realistically and to relax.

In psychophysical physiotherapy, the goals of someone in rehabilitation are intended to be achieved with the help of different drills. The drills can contain exercises concerning body awareness and discerning one's own body, also interactive and contact drills, different motion drills and relaxation and breathing drills. Muscle tenseness and general tenseness in one's body can be relieved with massage or contact.

Our thesis is functional including preparing the guidebook and organizing a training session. The main idea of our thesis is to make applied psychophysical physiotherapy and its possibilities in rehabilitation process more known. Our aspiration was to make psychophysical physiotherapy more notorious, when it is connected to someone recovering from eating disorder, by organizing the training session and by making the guidebook about different practices used in psychophysical physiotherapy. What is more, the guidebook is not only for the ones recovering from eating disorder but also for the ones working with them.

Keywords: eating disorders, psychophysical physiotherapy

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Johdanto .....	6
1 Syömishäiriöt .....	7
1.1 Anorexia Nervosa eli laihuushäiriö.....	8
1.2 Bulimia Nervosa eli ahmimishäiriö .....	9
1.3 Epätyypillinen syömishäiriö .....	11
2 Syömishäiriöistä toipuminen.....	13
3 Psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöistä toipumisessa .....	15
3.1 Syömishäiriöiden fysioterapeuttinen tutkiminen .....	17
3.2 Kehonkuva.....	19
3.3 Kehotietoisuus .....	20
3.4 BBAT .....	20
3.4.1 Perusvaihe.....	22
3.4.2 Edistynyt vaihe.....	23
3.4.3 BBAT- harjoitteet .....	25
3.5 Psykomotorinen fysioterapia.....	26
3.6 Hengitys.....	28
3.7 Rentoutuminen.....	29
3.8 Kosketus ja hieronta .....	32
3.9 Itsehavainnointiin tähtäävät harjoitteet.....	33
3.9.1 Peiliharjoitteet .....	33
3.9.2 Aistiharjoitteet .....	34
3.10 Liikunta.....	34
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	36
5 Opinnäytetyön toteutus .....	37
5.1 Opaslehtinen.....	37
5.2 Kouluttaminen.....	39
5.3 Koulutustilaisuus .....	40

5.3.1 Oppimiskäsitykset ja ohjaustavat.....	41
5.3.2 Koulutustilaisuudesta saatu palaute .....	41
6 Pohdinta.....	43
LÄHTEET .....	46
LIITTEET.....	1

## Johdanto

Syömishäiriöt ovat vakavia psyykkisiä sairauksia, joita esiintyy erityisesti murrosikäisillä tytöillä sekä nuorilla naisilla. Media on usein yksi syömishäiriön puhkeamiseen vaikuttava syy. Mediassa ulkonäköön liittyvät asiat ovat keskeisessä osassa ja hoikkuutta ihannoidaan. Tämä voi luoda yksilölle paineita ulkonäkönsä suhteen, joka yhdistettynä heikkoon itsetuntoon saattaa aiheuttaa syömishäiriön puhkeamisen. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008.) Sairaus vaikuttaa itsetuntoon, itsearvostukseen sekä kehotytyväisyyteen (Shives 2012, 344).

Käypähoitosuosituksen mukaan syömishäiriöisten hoitoon tulisi sisällyttää fysioterapia (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret) 2009). Syömishäiriöistä toipumisessa psykofyysinen fysioterapia on yksi käytetyimmistä fysioterapian muodoista. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on lisätä kuntoutujien tyytyväisyyttä omaa kehoaan kohtaan. Kuntoutujat voivat fysioterapian myötä saada positiivisia kokemuksia oman kehonsa käytöstä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 446.) Tutkimusten mukaan psykofyysisellä fysioterapialla on ollut positiivisia vaikutuksia syömishäiriöistä toipumisessa (Probst 2013). Fysioterapiassa kuntoutujan tavoitteisiin pyritään erilaisin menetelmin, joita ovat muun muassa liike- ja hengitysharjoitteet, rentoutumisharjoitteet, vuorovaikutus- ja kontaktiharjoitteet, peili- ja aistiharjoitteet, kosketus sekä hieronta (Patovirta 2013, 9 ; Probst 2013).

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä tunnetummaksi sovelletun psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia syömishäiriöistä toipumisessa. Tavoitteenamme on tehdä psykofyysisestä fysioterapiasta tunnetumpaa syömishäiriöistä toipumisessa järjestämällä koulutustilaisuus, sekä laatimalla opaslehtinen sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista syömishäiriöistä toipuille sekä heidän kanssaan työskenteleville. Järjestimme koulutustilaisuuden Tampereella 9.9.2014, jossa kerroimme psykofyysisestä fysioterapiasta syömishäiriöistä toipumisessa ja ohjasimme opaslehtiseen kokoamiamme harjoitteita. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Syömishäiriöliitto SYLI ry:n kanssa.

## 1 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt jaotellaan vuoden 2009 ICD-10-tautiluokituksen mukaan laihuushäiriöön, ahmimishäiriöön, edellisten epätyypillisiin muotoihin sekä muihin syömishäiriömuotoihin. (Syömishäiriöt ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2009.) Kerromme opinnäytetyössämme laihuushäiriöstä, ahmimishäiriöstä, epätyypillisestä syömishäiriöstä ja niiden tavallisimmasta muodosta eli ahmintahäiriöstä.

Syömishäiriöt ovat vaarallisia psyykkisiä sairauksia, jotka vaikuttavat itsetuntoon, itsearvostukseen sekä kehotyytyväisyyteen (Shives 2012, 344). Syömishäiriötä esiintyy tavallisimmin nuorilla ja aikuisilla naisilla, mutta Syömishäiriöliiton mukaan poikien ja miesten kohdalla oireilut ovat lisääntyneet (Kuinka yleisiä syömishäiriöt ovat, [viitattu 4.2.2014]). Ålgars (2012) tutki väitöskirjassaan aikuisten tuntemuksia liittyen kehonkuvaan, kehotyytyväisyyteen sekä häiriintyneeseen syömiseen. Väitöskirjan mukaan naiset olivat kehoonsa tyytymättömämpiä kuin miehet. Kyselyyn vastanneista naisista 52 prosenttia kertoi tuntevansa olonsa vähemmän viihdyttäväksi kuin tahtoisivat tuntea. Miehistä 38 prosenttia tunsu samoin. Naisista 58 prosenttia kertoi että ei pidä kehostaan lainkaan, miesten vastaavan luvun ollessa 30 prosenttia.

Syömishäiriötä esiintyy arviolta noin 7 prosentilla suomalaisnaisista ennen kolmekymmentä ikävuotta (Suokas & Rissanen 2011, 346). Suomessa anoreksian eli laihuushäiriön esiintyvyys on 0,2-0,8 prosenttia. Potilaista 5-10 prosenttia on miehiä. Bulimiamia esiintyy 1,1–4,2 prosentilla suomalaisväestöstä ja hoitoon hakeutuvista n. 10 prosenttia on miehiä. (Lepola ym. 2008, 157.) Epätyypillisiä syömishäiriötä sairastaa arvioituna naisista 3-4 prosenttia ja ahmintahäiriötä (engl. Binge Eating Disorder =BED) suunnilleen 1-3 prosenttia naisista. Ahmintahäiriö eroaa muista syömishäiriöistä siten, että sen esiintyvyys saattaa olla yhtä suuri miehillä kuin naisilla. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 30).

Mediassa ja yhteiskunnassa ulkonäköön liittyvät asiat ovat paljon esillä, joka vaikuttaa hoikkuuden ihannointiin. Tämä luo yksilölle odotuksia ja paineita, jotka voivat tuntua heikon itsetunnon omaavalta raskaalta ja yksilö saattaakin kuvitella tulevansa suositummaksi hoikempana. Hoikkuutta korostetaan usein myös eri urheilulajien piirissä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 34.) Syömishäiriöiden esiintyvyyttä

tutkittaessa on ilmennyt, että syömishäiriöitä esiintyy useammin huippu-urheilijoilla. Sairastuneista huippu-urheilijoista suurin osa on naisia. (Martinsen & Sundgot-Borgen 2012.)

### **1.1 Anorexia Nervosa eli laihuushäiriö**

Anorexia Nervosa eli laihuushäiriö on yksi syömishäiriöiden muodoista. Anoreksian syntyyn voi olla useita syitä, kuten sosiokulttuuralliset tai biologiset tekijät, epäspesifit psyykkiset mekanismit sekä persoonallisuuden haavoittuvuus. (Syömishäiriöt ICD-10-tautiluokituksen mukaan 2009.) Usein anoreksia alkaa laihduttamisyrittäyksestä, mutta muuttuu pakonomaiseksi ja hallitsemattomaksi laihduttamisen kierteeksi (Suokas & Rissanen 2011, 347). Yhtenä keskeisenä tekijänä sairauden alkamiselle on häiriö kehonkuvassa, joka on yksi anoreksia nervosan neljästä pääkriteeristä (Wallin, Kronovall & Majewski 2000, 20). Muita kriteereitä ovat itse aiheutettu painon putoaminen ruuan tarkalla valikoimisella, oksentelulla, lääkkeillä tai liiallisella liikunnalla. Tästä aiheutuu liian alhainen kehonpaino, joka on kolmas kriteeri. Paino on liian alhainen, jos painoindeksi eli BMI on enintään 17,5kg/m<sup>2</sup> tai paino laskee vähintään 15 prosenttia normaalipainon alapuolelle. Neljäs kriteeri on endokriininen häiriö hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselissa, joka näkyy naisten kohdalla kuukautisten poisjäämisinä ja miehillä mm. seksuaalisen mielenkiinnon heikkenemisenä. (Suokas & Rissanen 2011, 348 ; Hälvä & Vanhala, 2012, 14.)

Anoreksian oireita ovat edellisiin kriteereihin nojautuen sairastuneen nälkiintyminen, muutokset ruokailutottumuksissa sekä yliaktiivisuus. Sairastunut alkaa välttää kaloripitoisia sekä rasvaisia ruokia ja mahdollisesti korvaa nämä hedelmillä ja vihanneksilla. Näiden lisäksi sairauteen liittyy liikunnan määrän lisääntyminen (Suokas & Rissanen 2011, 347–348 ; Hälvä & Vanhala 2012, 14.) Sairastuneen arjessa korostuvat tarkat rutiinit, ajankäytön kontrollointi sekä vaatimukset itseään kohtaan. Elämän muututtua kontrolloiduksi, myös mielialassa tapahtuu muutoksia. Sairastunut kokee itsensä ilottomaksi, vetäytyy ihmissuhteista ja alkaa selitellä ja salailla tekemisiään. Myös ristiriidat ihmissuhteissa lisääntyvät. (Hälvä & Vanhala 2012, 16.)



Hoitamattomana anoreksia aiheuttaa ravitsemustilan heikkenemistä sekä lihasmassan vähenemistä, suolisto-oireita kuten vatsakipuja tai ummetusta, hiustenlähtöä, kynsien haurastumista tai oksentamisen seurauksena vaurioita suussa. Naisilla kuukautisten poisjääminen aiheuttaa luukatoa sekä lisää näin osteoporoosin vaaraa. Sairastuneen ruumiinlämpö voi alkaa laskea, jonka vuoksi ilmenee jatkuvaa palelemista. Näiden lisäksi pulssi on hidas ja verenpaine matala, jotka saattavat aiheuttaa huimausta sekä sydänoireita. (Suokas & Rissanen 2011, 349 ; Hälvä & Vanhala 2012, 16.)

Anoreksian psyykkisiin oireisiin kuuluu kehotytyttömyyden ja häiriintyneen kehonkuvan lisäksi ahdistus, pakonomaisuus, huono mieliala ja masennus sekä vaikeudet tunteiden ilmaisussa ja säätelyssä. Tutkimuslöydökset sairaalahoidossa olleista potilaista paljastavat, että heikentynyt kehotietoisuus, vaikeutunut hengitys, ryhtimuutokset ja lihaksiston jännittyneisyys kuuluvat myös anoreksiaan. (Kolnes 2011, 284.)

## **1.2 Bulimia Nervosa eli ahmimishäiriö**

Bulimian eli ahmimishäiriön tyypillisin oire on ruoan kohtauksittainen ahmiminen. Ahmittava ruoka on yleensä runsaskalorista ja sairastuneella saattaa olla tunne, että hän ei hallitse syömistään. Sairauden oireilu alkaa usein varhaisaikuisuudessa ja tyypillinen alkamisikä on 18 vuotta. Sairaus on usein seurausta epäonnistuneesta laihdutusyrityksestä ja sairastuneet ovat usein sairastaneet anoreksiaa aiemmin.

Ahmimiskohtaukset aiheuttavat sairastuneelle usein rankkaa masennusta ja itsehalveksuntaa ja toistuvia ahmimiskohtauksia seuraavat uudet laihdutusyritykset erilaisin kompensatiokeinoin. (Suokas & Rissanen 2011, 356–367.)

Pelko lihavuudesta ja lihomisesta on sairauden keskeinen piirre ja sairastunut keskittyy liiallisesti tarkkailemaan kehonpainoaan. Sairastuneen itsearvostus voi perustua suurelta osin omaan ulkonäköön ja liiallisen syömisen aiheuttama ahdistus johtaa yleensä tahalliseen tyhjentäytymiseen oksentamalla tai ulostuslääkkei-

den, peräruiskeiden tai virtsaneritystä lisäävien aineiden väärinkäyttöön. (Suokas & Rissanen 2011, 357.)

Bulimiassa paino ei välttämättä ole liian alhainen, mutta laihdutusyritykset ja niitä seuraavat ahmimiskohtaukset aiheuttavat painonvaihtelua. Bulimiaa ylläpitävä tekijä sairastuneella onkin usein toistuva laihdutusyritys, joka johtaa nälkiintymiseen ja pakonomaiseen ruoan ajatteluun ja lopulta ahmimiseen. (Suokas & Rissanen 2011, 356–359.)

Bulimian pääpiirteinä pidetään usein ahmimisesta aiheutuvaa tahallista oksentamista. Oire ei esiinny kaikilla sairastuneilla, vaan painonnousua voidaan pyrkiä ehkäisemään myös runsaalla liikunnalla, paastoamisella ja erityisruokavalioilla. Suomessa tätä bulimian paasto-liikunta alamuotoa esiintyy paljon. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 21.)

Hallitsematonta syömistä voi ilmaantua tietyn mielialan yhteydessä tai stressin aiheuttamana, mutta sairauden taustalla voi olla myös jokin muu mielenterveyden häiriö. Ahmimishäiriöön sairastuneista noin 80 prosenttia oireilee jotakin muuta mielenterveydenhäiriötä. Sairaus yhdistetään usein ahdistuneisuushäiriöön, epävakaiseen persoonallisuuteen tai käytös- ja hillitsemishäiriöön. (Suokas & Rissanen, 2011. 357.)

ICD-10 tautiluokituksen mukaan ahmimishäiriödiagnoosi annetaan potilaalle, jos oireisiin kuuluu ahmintaa, vaikka hän sairastaisikin laihuushäiriötä samaan aikaan. ICD-10 tautiluokitus rajaa bulimian diagnostisiksi kriteereiksi toistuvat jaksot, jolloin sairastunut ahmii suuria määriä ruokaa lyhyen ajan sisällä. Nämä jaksot esiintyvät vähintään kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan. Syöminen ja jatkuva pakonomainen tarve tai halu syödä hallitsee sairastuneen ajatuksia. Henkilö pyrkii eroon ruoan lihottavasta vaikutuksesta tahallisen oksentamisen, ajoittaisen syömättömyyden, ulostuslääkkeiden, nesteidenpoistolääkkeiden, ruokahalua hillitsevien lääkkeiden tai kilpirauhaslääkkeiden väärinkäytön avulla. Henkilö ajattelee ja pelkää olevansa liian lihava ja lihomisen pelko johtaa usein alipainaisuuteen. Sairaallinen lihavuuden pelko on sairauden psykopatologinen oire. (Suokas & Rissanen 2011, 357.)

Ahmimishäiriön syntyyn vaikuttavat henkilökohtaiset asiat, sekä ympäristöön liittyvät asiat eli perhe ja kulttuuri. Sairastuneella saattaa olla heikko itsetunto ja hän saattaa kärsiä masentuneisuudesta tai epävakaasta persoonallisuudesta. Lapsuuden aikainen turvattomuus sekä rikkonainen perhe voivat aiheuttaa turvan ja lohdon hakemista ruoasta. Ahmimishäiriön lisääntyneeseen esiintymiseen vaikuttaa myös laihuutta ihannoiva kulttuuri. Naisille esitetään ulkonäköön, sekä menestymiseen liittyviä vaatimuksia ja tästä johtuen myös sairastuneella itsellään voi olla suuri tarve ulkoiseen suoriutumiseen ja menestymiseen. (Suokas & Rissanen 2011, 359.)

### 1.3 Epätyypillinen syömishäiriö

Syömishäiriömuodoista epätyypillistä syömishäiriötä esiintyy eniten (Suokas & Rissanen 2011, 362). Keski-Rahkosen ym. mukaan (2010, 23–25) lähes puolet syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuvista sairastaa epätyypillistä syömishäiriötä ja myös miesten kohdalla tämä muoto on yleisin. Epätyypillinen syömishäiriö muistuttaa laihuus- tai ahmimishäiriötä, mutta sairaudenkuva eroaa kuitenkin ratkaisevasti näistä kahdesta muodosta, eikä täytä kaikkia näihin muotoihin kuuluvia keskeisiä oireita. Syömishäiriöitä sairastavien syömiskäyttäytyminen on poikkeavaa ahminnan ja painonhallinnan sekä haitallisen tyhjentytymisen sävyttämää. Syömishäiriön ja normaalin syömiskäyttäytymisen raja on liukuva. (Suokas & Rissanen 2011, 362 ; Keski-Rahkonen 2010, 23.)

Tavallisin epätyypillinen syömishäiriö on ahmintahäiriö (engl. Binge eating disorder=BED). Ahmintahäiriöön kuuluu hallitsemattomia ahmintakohtauksia, mutta taudinkuvasta puuttuu ahmimishäiriön oireisiin kuuluva pakonomainen tyhjentytyminen. Ahminta johtaa yleensä vaikeaan lihavuuteen ja aiheuttaa sairastuneelle suurta häpeää, psyykkistä kärsimystä ja ahdistusta. Ahmintahäiriö alkaa yleensä myöhäisellä nuoruusiällä tai nuoruusiän jälkeen ja sen arvioidaan yleistyvän jatkuvasti. (Suokas & Rissanen 2011, 362 ; Keski-Rahkonen 2010, 21.)

Ahmintahäiriön (BED) diagnostiset kriteerit ovat toistuvat ahmintakohtaukset, joissa sairastunut ahmii suuria määriä ruokaa lyhyen ajan sisällä. Kohtauksiin liittyy syömisen hallinnan menetyksen tunne. Kohtauksen aikainen syöminen tapahtuu

suurella nopeudella ja jatkuu pahoinvointiin saakka. Päivä ei sisällä normaaliaterioita, vaan ahmimista tapahtuu pitkin päivää, vaikka nälän tunnetta ei esiintyisi. Ahminta tapahtuu yleensä yksin ollessa, sillä ahmittavat ruokamäärät aiheuttavat häpeää. Ahminen aiheuttaa sairastuneelle myös syyllisyyttä sekä itsehalveksuntaa. (Suokas & Rissanen 2011, 363.) Ahmintahäiriön, työvaikeuksien, sosiaalisten kontaktien vaikeuksien, masennuksen sekä päihteiden väärinkäytön välillä on myös nähty yhteyksiä. Sairastuneet voivat kärsiä myös negatiivisesta kehonkuvasta, joka voi ilmetä oman kehon tarkkailuna tai välttelemisenä. (Ahrberg 2011, 375.)

## 2 Syömishäiriöistä toipuminen

Syömishäiriöstä parantuminen määritellään eri tavoin, määrittelijästä riippuen. Määrittelijöitä voivat olla esimerkiksi lääkäri, psykologi sekä sairastunut itse. Yleensä syömishäiriöön sairastuneen sanotaan parantuneen kun hänen biologinen painonsa on normaali, kuukautiskiertonsa on säännöllinen, hän ei ahmi tai pakonomaisesti yritä tyhjentäytyä ja kun hänen suhde omaan kehoonsa sekä painoonsa on realistinen. Suomalaisten naisten syömishäiriöistä toipumista on tutkittu viime vuosina. Parantumisessa on havaittu epätasapainoa oiretasolla, psykologisella ja sosiaalisella toipumisprosessilla: vaikka lääkäri toteaisi oiretasolla henkilön terveeksi, psykologinen ja sosiaalinen toipumisprosessi voi olla vielä kesken ja se voi kestää vielä useita vuosia. Vasta vuosien jälkeen lääkärin antamasta diagnoosista sairastuneen kehonkuva, psyykkinen oireilu ja itsetunto saattavat olla samalla tasolla terveiden naisten kanssa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 70–74.)

Syömishäiriöistä toipumiseen vaikuttavat saatu hoito ja sairauden diagnosointi. Sairauden uusiutuminen on vähäisempää niillä, jotka saavat sairauteensa hoitoa. Toipuminen vaatii aikaa ja sen kesto vaihtelee. Syömishäiriöliitto SYLI ry:n ja Mielen terveyden keskusliitto ry:n vuonna 2008 toteuttaman sairastuneille osoitetun kyselyn mukaan syömishäiriöistä toipuminen on suurimmalla osalla vastanneista kestänyt 2-4 vuotta. Syömishäiriön muoto saattaa muuttua sairaudesta toiseen. Yli kymmenen vuotta sairastaneilla epätyypillisiin syömishäiriöihin kuuluvan BED:n esiintyminen on yleisempää. Syömishäiriöiden uusiutuminen on myös hyvin tavallista ja kyselyyn vastanneista 65 prosenttia on sairastunut uudelleen. (Koko elämä sirpaleina 2008, 7-10.)

Anoreksiasta toipumisessa on viisi tärkeää avaintekijää: sosiaalinen tuki, motivaatio muutokseen, identiteetin kehittyminen, eri terapioiden välinen yhteistyö (Federici & Kaplan 2007) sekä varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito (Keski-Rahkonen ym. 2013). Toipuneiden mukaan terveyden ylläpito, pysyvät ihmissuhteet sekä elinympäristön muuttaminen ovat edesauttaneet pysyvää muutosta. Näiden lisäksi toipuneet ovat korostaneet terapioiden tärkeyttä osana hoitoa. Sitoutuminen hoi-

toon on vahvempaa, kun kuntoutukseen osallistuvat asiantuntijat ovat luonteiltaan aitoja, kunnioittavia, johdonmukaisia ja hyväksyviä. (Federici & Kaplan 2007.)

Syyt toipumisen keskeytymiseen tai sairauden pahenemiseen ovat epäselviä. Asiasta on tehty pitkittäistutkimuksia, joiden tulosten perusteella on saatu selville joidenkin sairauden uudelleenpuhkeamiseen vaikuttavia tekijöitä. Näitä tekijöitä ovat muun muassa suolen tyhjentämisen tarve, pidempiaikainen sairastelu, alipaino sekä myöhemmässä iässä alkanut sairaus. Suurin riski sairauden uudelleenpuhkeamiseen on vuoden sisällä hoidon alkamisesta. (Federici & Kaplan 2007.)

Milla Linnan 2014 julkaistussa väitöskirjassa *Reproductive and psychological outcomes of eating disorders* tutkittiin syömishäiriön vaikutuksia naisten psykologiseen terveyteen ja lisääntymisterveyteen. Väitöskirjan tutkimusten mukaan anoreksiaan sairastuneista nuorista naisista oli viiden vuoden kuluttua parantunut noin 67 prosenttia ja bulimiaan sairastuneista noin 57 prosenttia. Tutkimuksessa verrattiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan syömishäiriökllinikalla vuosina 1995–2010 hoidettuja naispotilaita väestörekisterikeskuksesta poimituihin kaltaistettuihin verrokkeihin. Tutkimuksen väestöaineisto koostui Suomessa vuosina 1975–1979 syntyneistä kaksosista, joita tutkittiin 22–28 vuoden iässä. (Linna 2014.)

Linnan (2014) väitöskirjan tutkimusten mukaan syömishäiriöistä toipuminen on hidasta ja vaiheittaista. Oireista vaikeimpia olivat sairastuneiden tyytymättömyys omaan kehoonsa sekä psykosomaattiset oireet. Psykologinen toipuminen syömishäiriöstä on hitaampaa bulimiassa kuin anoreksiassa.

Hans-Christoph Steinhausen (2002) on tehnyt kirjallisuuskatsauksen Englannissa ja Saksassa julkaistuista anoreksiaan kohdistuneista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksen mukaan keskimäärin 46.9 prosenttia sairastaneista toipuivat kokonaan, 33.5 prosenttia oppivat elämään sairautensa kanssa, 20.8 prosentilla sairaus muuttui krooniseksi ja 5 prosenttia heistä menehtyi.

### 3 Psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöistä toipumisessa

Suomalainen lääkäriseura Duodecim suosittelee lasten- ja nuorten syömishäiriöiden käypähoitosuosituksissa fysioterapiaa hoitomuodoksi syömishäiriöpotilaan kuntoutuksessa (Syömishäiriöt (lapset ja nuoret) 2009). Psykofyysinen fysioterapia on syömishäiriöiden hoidossa yksi käytetyimmistä fysioterapian muodoista ja fysioterapialla voidaan lisätä kuntoutujien tyytyväisyyttä omaa kehoaan kohtaan. Kuntoutajat voivat fysioterapian myötä saada positiivisia kokemuksia oman kehonsa käytöstä. (Talvitie ym. 2006, 446.) Syömishäiriökuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta on myös tutkittu ja kuntoutajat ovat kokeneet hyötyneensä psykofyysisestä fysioterapiasta (Alajoki & Karttunen 2013, 34).

Syömishäiriöön sairastuneilla tunnesuhde omaan kehoon on usein negatiivinen ja samalla myös kehon aistinreseptorien tuoma tieto aivoihin saattaa olla vääristynyt. Vääristynyt suhde omaan kehoon muuttaa ihmisen tunneajattelua ja vaikuttaa samalla ihmisen koko minäkuvaan. (Patovirta 2013, 9.) Syömishäiriötä sairastavat usein yliarvioivat kehoaan, sen kokoa, rakennetta ja osia. Sairastuneet voivat olla ärsyyntyneitä kehoonsa, eivätkä tunne olevansa kotonaan omassa kehossaan. Sairastuneet kokevat usein jotkin kehonsa osat epämiellyttäväiksi ja tämän vuoksi he välttävät kosketusta ja toisten ihmisten läheisyyttä. (Probst ym. 2013, 227.)

Kuntoutumisessa olisi erittäin tärkeää, että sairastunut valmistautuu parantumisen aiheuttamiin muutoksiin omassa kehossaan ja kykenee sopeutumaan niihin, sekä kehonsa viestittämiin tunteisiin ja tarpeisiin. Kuntoutujan täytyy paranemisprosessin aikana hyväksyä oman kehonsa kypsyminen sekä samanaikaisesti tulla tutummaksi oman kehonsa kanssa. Omaa kehoaan koskevien negatiivisten asenteiden muuttaminen positiiviseksi vaatii erittäin paljon työtä. (Probst ym. 2013, 225–227.)

Probstin ym. (2013) mukaan kuntoutumiselle ratkaiseva tekijä on realistisen, positiivisemmän kehonkuvan rakentaminen. Fysioterapiassa pyritään erilaisin harjoittein rakentamaan kuntoutujan uutta eheämpää kehonkuvaa. Kehotietoisuutta voidaan kehittää muun muassa kehon rajoja ja mittasuhteita arvioivilla harjoitteilla, joita voivat olla esimerkiksi peiliharjoitteet, sekä kehon sisä- ja ulkopuolen tunnistamista vahvistavilla liike- ja hengitysharjoitteilla. Vuorovaikutus- ja kontaktiharjoit-

teita voidaan käyttää minäkuvan eheyttämiseen ja oman kehon hyväksymiseen. Kosketuksen hyväksymistä, sietämistä ja tunnistamista harjoitetaan erilaisilla manuaalisilla käsittelyillä. (Patovirta 2013, 9.)

Syömishäiriöön sairastuneen fysioterapiassa fysioterapeutin tulee huomioida useita asioita. Fysioterapeutin täytyy tarjota kuntoutujalle hyvin suunniteltu ohjelma, johon molemmat osapuolet ovat sitoutuneet. Suunnitelmasta tulee selvittää mihin ja miten terapialla pyritään vaikuttamaan. (Probst 2013, 232-233.)

Fysioterapeutin tulee pitää mielessään, että sairastunut joutuu terapiassa kohtaamaan ongelmansa läheltä, sillä hän on usein välttänyt ja vihannut vartaloaan vuosia. Sairastuneiden tulee siksi olla tietoisia siitä, mitä harjoitteilla tavoitellaan ja fysioterapeutin tulee olla valmis selittämään kuntoutujalle, miten esimerkiksi hengitysjärjestelmä toimii hengitysharjoitteiden yhteydessä. Fysioterapeutin tulee selvittää kuntoutujalle, että kehonpaino ei ole synonyymi lihavuudelle, vaan on yhteydessä terveyteen, houkuttavuuteen, ilmaisukykyyn ja elämään. (Probst 2013, 232–233.)

Fysioterapian yhteydessä käsiteltäviä aiheita voivat olla perus fysiologia ja anatomia, osteoporoosi, keho- ja tunnetietoisuus, fyysinen aktiivisuus, stressi, ahdistuneisuus ja selviytymiskeinot sekä median ja kulttuurin vaikuttavuus. Terapiassa voidaan tehdä harjoituksia, joita on mahdollista suorittaa itsekseen tai parin kanssa terapia istuntojen ulkopuolella. Näitä voivat olla esimerkiksi hengitysharjoitteet, rentoutumisharjoitteet, peiliharjoitteet ja selviytymiskeinot. On tärkeää, että kuntoutuja kokee vastuuta omasta terapiastaan ja kuntoutumisestaan. (Probst ym. 2013, 233.)

Terapian aikana terapeutin tulee rohkaista kuntoutujaa kertomaan terapian ja harjoitteiden herättämistä tuntemuksista. Kehokeskeisen terapian tavoite on antaa kuntoutujalle mahdollisuus kokea muutoksia asenteissaan ja sekä mahdollistaa muutoksiin sopeutuminen. Terapian merkittävyys tulee ilmi kasvavassa arvostuksessa omaa kehoaan kohtaan. On tärkeää, että terapian edetessä kuntoutuja tulee tietoiseksi siitä, että ulkoisten asioiden lisäksi elämässä on tärkeämpiäkin asioita. (Probst ym. 2013, 233.)



### 3.1 Syömishäiriöisten fysioterapeuttinen tutkiminen

Syömishäiriötä sairastavan tutkimisessa keskitytään arvioimaan sairastuneen asentoa, hengitystä, lihastoimintaa, liikkumista, lihaksiston joustavuutta sekä käsitystä omasta kehostaan ja sen toiminnasta (Fysioterapia syömishäiriöpotilaan hoidossa, 2009 [verkkajulkaisu], [viitattu: 26.2.2014]). Alkuvaiheessa keskitytään kehontuntemuksen, jännityksen ja kehonkäytön arviointiin eri keinoin, esimerkiksi haastattelemalla, videoimalla tai joustavuustestien avulla (Lintunen ym. 1995, 145).

Syömishäiriötä sairastavan voimavaroja voidaan arvioida ja seurata Berit Heir Bunkanin laatimalla CBE-menetelmällä (The Comprehensive Body Examination). Menetelmä perustuu Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian käsitteisiin. Menetelmässä arvioidaan yksilön asentoa, hengitystä, liikkuvuutta sekä lihasjänteyttä 13-asteisella mittaristolla. Tutkimisen tarkoituksena on saada tietoa yksilön voimavaroista sekä toimintakyvystä. (Patovirta 2011, 10 ; Bunkan ym. 1999, 362.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kartoitetaan asiakkaan omaa käsitystä minäkuvaan. Tähän pyritään saamaan vastaus haastattelemalla. Asiakkaalta voidaan kysyä millaisia tuntemuksia hän tunnistaa kehossaan, mitä hän ajattelee niistä ja minkälaisia mielikuvia tuntemukset herättävät. (Wickström 2004, 25.)

Syömishäiriöpotilaan fysioterapia perustuu havainnointiin ja arvioimiseen ja ne ovat pohjana menestykselle fysioterapialle. Erilaisia tapoja ja mittareita on kehitetty arvioimaan kehotietoisuutta ja fyysisen aktiivisuuden määrää ja laatua. (Probst ym. 2013, 227.)

The body attitude-testi (BAT) kertoo sairastuneen kekokokemuksesta sekä asenteista omaa kehoaan kohtaan. Testin ovat kehittäneet fysioterapeutit ja testi on kehitetty erityisesti syömishäiriöön sairastuneille naisille. Body attitude-testi koostuu 20 pisteytetystä kysymyksestä, jotka mittaavat kehon koon arvioimista, tuttuuden tunnetta omaa kehoaan kohtaan, yleistä tyytymättömyyttä sekä lepoon liittyviä asioita. Testin luotettavuus ja kelpoisuus on testattu. (Probst 2013, 228.)

Muita tutkimisessa käytettyjä testejä ovat esimerkiksi FIM (Functional Independence Measure), kävelynopeus-testi, POMA, (Performance-Oriented Motor Assessment) sekä TUG (Timed Up and Go) (Beth & Schenkman, 2011) ja The muscular-skeletal strength or the sit up, squat, stand-testi (Probst ym. 2013, 227.)

FIM tarkoittaa toiminnallisen itsenäisyyden ja omatoimisuuden arviointia, jossa seurataan asiakkaan osallistumista erilaisiin tehtäviin. Testin tehtävissä arvioidaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja ulkopuolisen avuntarvetta. Testissä on 18 kohtaa, ja se voidaan teettää kokonaan tai osittain. (Fisher & Schenkman 2011.)

Kävelynopeus-testissä mitataan askelten nopeutta kolmen metrin kävelymatkalla. Askelten nopeus kertoo ennustavasti terveydentilasta ja sairauden tasosta. Tämän lisäksi se on suoraan verrannollinen niihin hoitokustannuksiin, joita syömishäiriöihin sairastuneiden hoidosta sairaalassa aiheutuu. Asiakasta kehoitetaan sanallisesti kävelemään itselle luontaisella vauhdilla. Ensimmäisten 3-4 metrin jälkeen askelten nopeus mitataan kolmen metrin matkalta. Sopiva vauhti esimerkiksi 50-vuotiaalle on 1,10 m/s. (Fisher & Schenkman 2011.)

POMA tarkoittaa motorisen suorituksen arviointia, joka perustuu havainnointiin liikkeissä. Testissä arvioidaan asiakkaan kaatumisriskiä kolmiportaisella asteikolla, ja se sisältää seuraavat osiot: tuolilta ylösnousu, ympäri kääntyminen, sekä askelten laadun tarkkailu. (Fisher & Schenkman 2011.)

TUG-testissä asiakasta kehoitetaan nousemaan tuolilta sekä kiertämään tietyn matkan päässä oleva esine niin nopeasti kuin mahdollista. Testi arvioi testattavan eteenpäin liikkumista sekä kehon hallintaan liittyviä tekijöitä. (Fisher & Schenkman 2011.)

The muscular-skeletal strength or the sit up, squat, stand-testi arvioi sairastuneen kehon voimaa. Testissä testattavaa pyydetään makuuasennosta nousemaan istuma-asentoon sekä kyykistymään ja nousemaan käyttämättä käsiä apunaan. Testi arvioidaan neliportaisen pistetaulukon mukaan. (Probst ym. 2013, 227.)

### 3.2 Kehonkuva

Kehonkuva on ihmisen käsitys omasta kehostaan ulkoisesti, erityisesti kehon osien kokosuhteista (Roxendal 1981, 22). Kehonkuva sisältää uskomuksia omasta ulkonäöstä ja se koostuu muistoista, yleistyksistä ja olettamuksista. Kehonkuva sisältää tuntemukset omasta kehosta, sen muodosta ja painosta. Kehonkuvaan sisältyvät liikkumisessa havaitut tunteet kehosta sekä kehonhallinta liikkeiden aikana. Kehonkuva ei tarkoita ainoastaan ulkoista tuntemusta kehosta, vaan myös sen, mitä tunnet kehosi sisällä. (What is body image, [viitattu 28.2.2014].)

Kehonkuva muotoutuu koko ihmisen eliniän ajan. Muotoutuminen alkaa jo sikiökaudella, kun kehittyvä lapsi alkaa aistia olotilaansa omien aistiensa sekä äidin tunnetilojen kautta. Yksilö alkaa hahmottaa itseään motoristen- ja aistitoimintojen kehittymisen myötä. (Herrala ym. 2009, 25–26.)

Kehonkuvan kehittyessä ihminen luo käsityksen itsestään sekä ympäristöstään. Ihminen alkaa hahmottaa käsitystä omasta persoonallisuudestaan ja käsittää itsensä erillisenä yksilönä sekä oppii olevansa erilainen verrattaessa muihin ihmisiin. (Herrala ym. 2009, 26.)

Kehonkuvan kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät: biologis- sensoriset ja kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute, tunneperäiset kokemukset, erilaiset kehonkokemukset, kehonmuisti sekä terveys. Kehonkuvan peruslähtökohdat ovat muotoutuneet kouluikään mennessä. (Tuimala 2013, [viitattu 27.2.2014].)

Kehonkuva voi häiriintyä erilaisten kokemusten, kuten väkivallan, tapaturmien tai hylkäämiskokemusten seurauksena. Häiriintynyttä kehonkuvaa havainnoitaessa on tärkeää kiinnittää huomiota asentoon, liikkeisiin, alustasuhteeseen, voimankäyttöön, rentoutumiskykyyn, äänenkäyttöön sekä hengitykseen. Häiriintyneestä kehonkuvasta kertovat ylikorostunut tai sulkeutunut asento, kehonosien hahmottamisen vaikeus, kyvyttömyys säädellä liikkeitä sekä haluttomuus katsoa itseään peilistä. Häiriintyneen kehonkuvan omaava voidaan tunnistaa myös graafisen tuotoksen perusteella. Hän saattaa piirtää kehonosiaan liioitellen tai käyttää haaleita värejä epämiellyttäväksi kokemiaan raajoja piirtäessään. Piirtäminen havainnollistaa hen-

kilön käsityksiä itsestään sekä asennettaan omaan kehoonsa. (Tuimala 2013, [viitattu 27.2.2014].)

### **3.3 Kehotietoisuus**

Kehotietoisuus sisältää tietoisuuden omasta kehosta ja sen osista, havainnot kehon liikkeistä ja asennosta sekä tiedon liikkeiden laadusta. Kehotietoisuuteen liittyy myös tunnetason asiat, kuten henkilön asenteet omia fyysisiä voimavarojaan, liikuntaa sekä harjoittelua kohtaan. (Roxendal 1985, 9.)

Kehotietoisuus käsittää itsensä tiedostamisen, hallitsemisen ja ymmärtämisen kokonaisvaltaisesti. Kehotietoisuutta voidaan tarkastella liike- sekä kokemusaspektin kautta. Liikeaspekti kokoaa aistimuksia sisäisesti lihasaisteilta sekä ulkoisesti näköaistilta, esimerkiksi peiliin katsoessa. Liikkuminen rakentuu kehityksen myötä opituista liikemalleista, joita voidaan kehittää haluttuun suuntaan harjoittelemalla. Kehonhallintaa vaaditaan, jotta asento pystytään säilyttämään ja elimistön kuormitus pysyisi mahdollisimman edullisena. Tämän lisäksi omaa kehoa on mahdollista kontrolloida tietoisesti säätelämällä, esimerkiksi hengityksen säätelyllä. (Herrala ym. 2009, 32–33.)

Kokemusaspektin avulla ihminen tiedostaa oman fyysisen olemisensa. Ihminen tiedostaa omat ruumiinosansa sekä niiden toiminnat ja jaksamisen. Tämän lisäksi hän oppii, mitkä asiat aiheuttavat mielihyvää ja mielihäviötä. Jotta kehotietoisuus voi tarkentua, ihminen hankkii aistimuksiensa perusteella kokemuksia itsestään sekä ympäristöstään. (Herrala ym. 2009, 33)

### **3.4 BBAT**

Basic Body Awareness- terapia on näyttöön perustuva fysioterapiamenetelmä, joka perustuu Jacques Dropsyn teoriaan ihmisen olemassaolosta sekä liikkumisen ulottuvuuksista. Dropsy kehitti menetelmää 1960- ja 70-luvuilla. Teoriasta kiinnostui ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal, joka lähti kehittämään menetelmää fysioterapiaan soveltuvaksi. Roxendal myös väitteli aiheesta 1981. Basic bo-

dy awareness- terapian avulla ihmisen omat voimavarat pyritään ottamaan käyttöön. (Basic body awareness terapia 2013. [viitattu: 16.8.2014].)

BBAT mukautuu ihmiskehon anatomiaan. Harjoitteilla voidaan vaikuttaa eheyttävästi ja tehokkaasti kehon liikkeisiin ja antaa vapautuneisuutta sekä voimaa jäseniin ja lihaksistoon. Harjoitteilla on fyysisen päämäärän lisäksi myös toinen päämäärä. Keskittymällä kehoon ja liikkeisiin, myös läsnäolo ja keskittyneisyys kehittyvät. Harjoitteiden ydinasia on henkinen läsnäolo. Pyrkimyksenä on erityisesti läsnäolon ja tarkkaavaisuuden lisääntyminen ja yhtenäisyys kehoon kokonaisvaltaisesti. (Roxendal & Winberg 2006, 17.)

Basic Body awareness- terapia on tarkoitettu hoitomuodoksi sairauksiin, joissa häiriö kehonkuvassa kuuluu sairauden patologiaan (Roxendal 1985, 10). Koska kehonkuvan häiriö kuuluu syömishäiriöiden keskeisiin oireisiin, soveltuu Basic Body Awareness- terapia hyvin osaksi syömishäiriöiden kuntoutusta (Castellini ym. 2012). Terapiaa voidaan käyttää apuna psykoottisissa tiloissa, joihin liittyvät väärinystynyt kehotietoisuus, kehonkokemus tai motoriset tavat sekä neuroottisissa sairauksissa joissa potilas väheksyy ulkomuotoaan tai olemustaan sekä kehonhallinnan häiriöissä tai psykosomaattisissa häiriöissä (Roxendal 1985, 10).

Käytännössä terapia eroaa muista terapiamenetelmistä, sillä siinä herätellään aistimuksellista tietoisuutta ja harjoitteet keskittyvät kokonaisvaltaiseen koordinaatioon. Terapiassa terveyden mahdollisuuksien aktivointi on pääkohtana hoitoprosessissa ja tämän myötä pyritään kohti identiteetin kokonaisvaltaista kokemista. (Roxendal 1985, 10.)

Wallinin ym. tutkimuksessa (2000) selvitettiin Basic Body Awareness- terapian vaikuttavuutta nuorille anorexia nervosa- potilaille. Tutkimukseen osallistujat oli jaettu seuranta-aikana niin, että heistä osan hoitoon kuului perheterapia ja osan hoitoon edellisen lisäksi Basic Body Awareness- terapia. Tutkimuksen seuranta-aika oli kaksi vuotta ja mittauksia sairauden tilasta ja potilaiden oireista tehtiin sekä hoidon alussa, että lopussa ja muutoksia verrattiin keskenään. Tutkimuksen alku- ja lopputilanteessa osallistujilta selvitettiin sairauden kestoa, kehon pituuden ja painon suhdetta, kehotytyväisyyttä, arvioitua kehonkokoa ja sen vastaavuutta todellisuuteen eli kehonkuvaa sekä syömisasenteita. Loppumittauksissa Basic Bo-

dy Awareness- terapialla huomattiin olleen positiivisia vaikutuksia syömisasenteisiin. Kehonkuva oli myös parantunut niillä osallistujilla, joiden kehonkuva oli alkumittauksissa häiriintynyt. Tutkimuksen mukaan Basic Body Awareness- terapia on hyödyllistä ja sitä kannattaa käyttää hoitona sellaisille potilaille, joiden kehonkuva on häiriintynyt.

Basic Body Awareness- terapia jaetaan kahteen eri näkökulmaan. Ensimmäinen, eli perusvaihe keskittyy kehonhallintaan, joka sisältää yleiset liiketoiminnot eli ryhdin, askelluksen, hengityksen ja päivittäisen liikkumisen. Toinen, eli edistynyt terapia käsittelee henkilön yksilöllistä liikettä ja kehotietoisuutta. Molemmat työskentelytavat pyrkivät jossain määrin samoihin tavoitteisiin ja niitä käytetään käytännön työssä myös päällekkäin. (Roxendal 1981, 30 ; Roxendal 1985, 11.)

### 3.4.1 Perusvaihe

Perusvaiheen harjoitteiden vaikutusalueita ovat suhde alustaan, kehon keskilinjaan ja liikekeskuksiin, hengitys, kehonrajat sekä lihaksiston jännitys ja rentous. Hyvä **suhde alustaan** on rentoutuneisuuden ja tasapainoisen tilan edellytys. Kehon kaikissa liikkeissä, kuten seisomisessa, kävelemisessä, istumisessa ja maakaamisessa tarvitaan hyvää koordinaatiota, jonka mahdollistavat rentoutuneisuus ja hyvä tasapaino. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 39.)

Hyvä **suhde kehon keskilinjaan** tarkoittaa tasapainoista asentoa. Tasapainoinen asento edellyttää kehonosien asettumista luotisuoraan eli keskiviivan ympärille. Poikkeamat luotisuorasta, eli virheelliset asennot, kuormittavat tuki- ja liikuntaelimistöä väärin. Kuormituksesta voi aiheutua lihasjännitystä, erilaisia kiputiloja, nivelten kulumia sekä ongelmia tasapainossa. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 39.)

Kehontuntemusharjoitusten vaikutusalueisiin kuuluu yhtenä osana **suhde kehon liikekeskuksiin**. Ihmiskehossa sijaitsee kaksi liikekeskusta. Alemman liikekeskuksen osat edustavat vakautta, voimaa ja liikkumista ja se käsittää lantion, sääret ja jalat. Ylempi liikekeskus edustaa kommunikaatiota ja tunteiden ilmaisua sisältäen pään, rintakehän, hartiat ja kädet sekä sisäelimestä sydämen, keuhkot ja aivot. Yh-

teinen liikekeskus, joka edustaa tasapainopistettä, sijaitsee navan ja rintalastan alueella. Harjoitukset aloitetaan tästä liikekeskuksesta ja kehonhallinnan ollessa kunnossa, kehon liikkeet ovat helppoja ja harmonisia. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 40.)

**Hengitys** tapahtuu sekä tietoisesti että tiedostamattomasti. Hengityksen tulisi kulkea itsestään, mutta sitä voidaan myös säädellä ja aktivoida. Hengitys mukautuu kehon liikkeisiin ja muuttuu erilaisten tunnetilojen mukaan. Harjoitellessaan ihminen oppii tiedostamaan, miten hengitys vaikuttaa hänen kehoonsa ja mitkä kehon osat liikkuvat hengityksen yhteydessä. Harjoitusten edetessä voidaan erilaisia liikeharjoituksia yhdistää hengitysharjoituksiin, niin että ne muodostavat yhteisen kokonaisuuden. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 41-42.)

**Kehonrajojen** hahmottaminen on tärkeää ulkomaailman hahmottamisen kannalta. Yksilöt hahmottavat kehonsa rajat erilailla ja oman kehon ja ympäristön välinen suhde poikkeaa eri yksilöiden välillä. Yksilöillä on hyvin erilaisia tapoja suhtautua ihmisten tai esineiden kosketukseen. Harjoitteilla pyritään antamaan ärsykeitä eri aisteille, tunto- ja liike- sekä näkö- ja kuuloaisteille ja tavoitteena on toistuvien tuntemusten saaminen kehonosista ja ääriviivoista. Osa ihmisistä ei siedä suoraa kosketusta ja harjoituksissa voidaan käyttää esimerkiksi nystyräpalloa kehon rajojen hahmottamisen apuna. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 47.)

**Lihaksiston rentoutuneisuuteen** vaaditaan kykyä hallita **lihaksiston jännittyneisyyttä**. Lihaksiston jännittyneisyyteen voi olla monia syitä, kuten sosiaaliset, psyykkiset tai fyysiset ongelmat. Jännittyneisyyttä voi esiintyä tietyissä lihasryhmissä kun toisissa lihaksissa on heikkoutta. Harjoittelu rakennetaan huomioiden kaikki lihasjännityksen kolme eri tasoa, joita ovat kyky rentouttaa lihakset, kyky suuriin fyysisiin ponnistuksiin sekä kyky suorittaa rentoutuneesti hallittuja liikkeitä. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 59.)

### 3.4.2 Edistynyt vaihe

Edistyneen vaiheen harjoitteiden tavoitteena on itsensä tiedostamisen harjaantuminen. Edistyneen vaiheen harjoitteet eivät ole niin jäsenneiltyjä kuin perusvaiheen

harjoitteet. Harjoitteissa painotetaan yksilöllisyyttä ja harjoitteiden vaikutusalueita ovat kävely, rytmi, ääni, suhde peilikuvaan sekä vuorovaikutus- harjoitukset. Vuorovaikutusharjoituksiin kuuluvat tervehtiminen ja esittäytyminen, tapaaminen sekä pari- ja ryhmäharjoitukset. (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 59.)

**Kävely** on yksilöllistä, joten eroavaisuuksia kävelytyylissä löytyy henkilöiden välillä. Yksilöllinen kävelytyylimme on tapamme ilmaista itseämme. Kävely muodostaa kierto- ja vääntöliikettä vartaloon ja se stimuloi tuki- ja liikuntaelimestöä. Lihaskäynnistyneisyyden ja -kuormittuneisuuden suhteet muuttuvat kävelyn aikana. Kävelyharjoitteet ovat tärkeä osa kehontuntemusharjoituksia ja niiden mahdollisuuksia voidaan käyttää eri tavoin. Kävelyharjoituksia voidaan käyttää yksilöharjoitteina, kohtaamisharjoitteina henkilöiden välillä tai ryhmäharjoitteina. (Roxendal 1985, 14 ; Roxendal 1981, 51.)

Jokaisen yksilön elämä noudattaa tiettyä **rytmiä**, joka vaihtelee eri elämäntilanteiden mukaan. Oma sisäinen rytmi muodostuu fysiologisen rytmin mukaan, johon kuuluvat esimerkiksi sydämen lyönti, hengitys tai kuukautisrytmi. Sisäinen rytmi mukautetaan ulkoisen ympäristön rytmiin. Harjoitteissa huomioidaan oma rytmi esimerkiksi hengityksestä sekä pyritään yhdistämään rytmiin liikkeitä. Harjoitteet voivat sisältää musiikkia sekä tanssia, joilla on suuri terapeuttinen merkitys. (Roxendal 1985, 14 ; Roxendal 1981, 60.)

**Ääni** on yksilöllinen samalla tavoin kuin yksilön kävely sekä ryhti. Ääni kuvastaa mielialaa ja tunteita. Äänenkäytön ongelmia voi esiintyä psyykkisistä ongelmista kärsivillä ihmisillä ja heidän voi olla hämmentävää kuulla oma äänensä. Äänenkäyttöä voidaan harjoitella eri tavoin, kuten yhdistämällä ääni uloshengitykseen tai liikkeisiin. (Roxendal 1985, 14–15 ; Roxendal 1981, 60.)

Monilla psyykkisesti sairailta **suhde omaan peilikuvaan** voi olla vääristynyt. Heidän voi olla vaikea tai mahdotonta katsoa omaa peilikuvaansa ja hyväksyä näkemäänsä. Kehotuntemusterapiassa peiliä käytetään usein työkaluna identifikaatiossa. Peiliharjoituksia voidaan tehdä sekä yksilö- että ryhmäharjoituksina, jolloin yksilöt vähitellen totuttautuvat omaan peilikuvaansa. (Roxendal 1985, 15 ; Roxendal 1981, 62.)



**Vuorovaikutusharjoitteiden** avulla osallistujat harjoittelevat vuorovaikutustaitojaan erilaisissa vuorovaikutuksellisissa tilanteissa, joita jokainen terapiakerta sisältää. Harjoitukset voivat sisältyä terapiatilanteisiin spontaanisti, tai terapeutti voi järjestää harjoitteita tapaamisen, esittäytymisen, tervehtimisen sekä pari- ja ryhmäharjoitteiden sekä pelien muodossa terapian yhteydessä. (Roxendal 1985, 15 ; Roxendal 1981, 64.)

### 3.4.3 BBAT- harjoitteet

Basic Body Awareness- terapian harjoitteita voidaan tehdä eri alkuasunnoissa: makuulla, istuen, seisten ja liikkeessä. Harjoitteiden avulla voidaan onnistuneesti kasvattaa hyvinvointia ja keuhonhallintaa. Harjoitteiden tulee tuntua rennoilta ja miellyttäviltä. Jos harjoittellessa tuntee kipua tai jännityksen tunnetta, harjoitus täytyy keskeyttää, sillä nämä tuntemukset kertovat harjoitteen väärästä suoritustavasta. Liikkeiden ei tarvitse olla suuria tai vaativia, vaan on tärkeää, että ne tuntuvat tekijästä luonnollisilta. (Roxendal 1981, 45- 46.)

Makuulla ollessa silmät kiinni, on helpompi unohtaa kaikki epäolennainen ja keskittyä omiin ajatuksiin. Tällöin on mahdollista solmia uudelleen kontakteja unohdettujen tunteiden ja ajatusten välille. Makuulla on helpompi huomata kehon lähettämiä signaaleja ja oppia omasta kehostaan lisää uudella tavalla. Makuulla tehtävät harjoitteet ovat pohjana muille harjoitteille. (Roxendal & Winberg 2006, 103.)

Istuen tehtävät harjoitteet ovat vaativampia kuin maaten tehtävät, koska tällöin huomiota pitää kiinnittää myös asennon ylläpitoon. Aktiivinen istuma-asento saavutetaan, kun asentoa ylläpitävät refleksit toimivat tasapainon ylläpitämiseksi. (Roxendal & Winberg 2006, 116–117.)

Optimaalisen seisoma-asennon etsiminen alkaa keskittymällä jalkapohjiin. Jalkapohjat ankkuroidaan lattiaan, jolloin ihmisen on mahdollista lähteä ojentautumaan ylöspäin. Sen jälkeen voidaan löytää kehon keskilinja, joka kulkee jalkapohjien välillä sekä jalkojen ja pääläen välillä. Kun tasapaino löytyy, seisomista ei tarvitse erikseen miettiä. (Roxendal & Winberg 2006, 127–128.)

Kävelyssä tulee ottaa huomioon oma olotila harjoituksen aikana, ei pelkästään itse suoritus. Kävely tuntuu erilaiselta riippuen sen tarkoituksesta. Kävellessä huomiotavia asioita ovat tila, kävelyalusta, rytmi sekä vartalon liikkeet kävelyn aikana. Kävelyharjoitusten tavoitteena on tehdä huomioita omasta kävelytyylistä sekä kävellä niin, että liikettä tapahtuu koko kehossa ilman jännityksiä. (Roxendal & Winberg 2006, 156–157.)

### **3.5 Psykomotorinen fysioterapia**

Psykomotorinen fysioterapia on yksi psykofyysisen fysioterapian menetelmistä (Talvitie ym. 2006, 275) ja kuuluu niin sanottuihin kehotietoisuus terapioihin. Menetelmä on lähtöisin Norjasta. Terapiaa sovelletaan asiakkaille, joilla on pitkäaikaista kipua ja psykologisia ongelmia ja tutkimuksen mukaan terapian avulla voidaan helpottaa masennuksen, ahdistuksen, unettomuuden ja uupumuksen oireita sekä parantaa elämänlaatua. (Breitve, Hynninen & Kvåle 2009 2013, 212.)

Psykomotorisen ja perinteisen fysioterapian erona on, että psykomotorinen fysioterapia korostaa hengitystä. Teorian mukaan tunteiden, hengityksen, lihaksiston, ryhdin ja liikkeiden sekä automaattisten toimintojen välillä on tärkeä yhteys. (Ekerholt & Bergland 2008, 833.)

Indikaatiot psykomotoriselle fysioterapialle ovat kehon rasitusperäiset ja toiminnalliset häiriöt sekä psyykkiset sairaudet. Syömishäiriöitä sairastavalla voi olla rajoittunut hengitys, johon Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian menetelmin pystytään vaikuttamaan. (Kolnes 2011.)

Psykomotoriseen fysioterapiaan ei ole olemassa tarkkoja tai rajattuja menettelytapoja. Psykomotorisessa fysioterapiassa voidaan käyttää potilaan tarpeisiin perustuvia erilaisten hoitomuotojen yhdistelmiä. Terapiassa voidaan hyödyntää rentoutumista, hierontaa ja aktiivisia harjoitteita normalisoimaan hengitystä ja lihastaspainoa sekä auttamaan potilasta tulemaan tietoisemmaksi siitä, miten keho ja mieli ovat yhteydessä toisiinsa. (Breitve ym. 2009, 213.)

Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian lähtökohtana on ajatus, että kehoterapeuttinen lähestymistapa liitetään psykoanalyysiin. Tätä on kehittänyt Wilhelm

Reich, jonka mukaan tunteiden tukahduttaminen, vaikeat lihasjännitykset, vaikeutunut hengitys ja tunneperäiset tilat ja ongelmat ovat yhteydessä toisiinsa. (Talvitie ym. 2006, 272–273.) Norjalainen psykiatri Trygve Braatøy ja fysioterapeutti Aadel Bülow-Hansen kehittivät samojen ajatusten pohjalta Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian (Bunkan ym. 1995, 361). Terapian lähtökohtana on hengitys, koska tunteiden ilmaiseminen tapahtuu hengityksen säätelyllä tai pidättelyllä. Hengitystapa vaikuttaa ihmisen kokemuksiin ja vapautunut hengitys vapauttaa myös tunteita. (Talvitie ym. 2006, 272–273.)

Teorian mukaan ihminen voi jännittää lihaksensa erilaisissa tunneperäisissä tai fyysisissä rasituksissa. Rasituksen päättyessä jännitysten laukeaminen on olennaista. Terve ihminen pystyy myös ilmaisemaan tunteitaan ja kertomaan niistä. Kehon lihaksistossa voi tapahtua muutoksia sairauksien, vammojen tai tunneperäisten rasitusten yhteydessä pitkä- tai lyhytaikaisen stressin seurauksena. Nämä näkyvät kehossa lihaskipuina tai veltostuneena ja jännittyneenä lihaksistona. (Talvitie ym. 2006, 273.)

Tunteet yhdistävät kehon ja mielen. Tunteemme ovat sisäistyneinä hengitykseen, sen rytmiin, syvyyteen, sijaintiin ja säännöllisyyteen. Tietyillä hengitystavoilla ihminen voi suojautua tuskallisilta kokemuksilta ja tavat voivat jäädä, vaikka alkuperäinen aiheuttaja olisi jo poistunut elämästä. Muistot voivat saada kehon reagoimaan vielä jälkeensäkin negatiivisella tavalla. Rajoittunut hengitys ja lihaksiston jännittyneisyys voivat sisältää voimakkaita tunteita alitajunnasta ja sulkea pois tietoisuuden ja kokemuksen. Rajoittunut hengitys voi olla tapa vältellä omia tunteita ja reaktioita. Hengityksen tiedostamisella ja työstämällä hengitystapoja voidaan lähestyä omia tukahdutettujakin tunteita. Harjoittelu perustuu ajatukseen, että keho on fyysinen ja psykologinen ilmiö ja tuntemukset ja tunteet ilmenevät hengityksessämme ja siinä, miten käytämme kehoamme. (Ekerholt & Bergland 2008, 833.)

Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian tavoitteena on lihasjännitysten tasapainottaminen ja tätä kautta ryhtiin vaikuttaminen. Ajatuksena on, että kivun aiheuttaja on muualla kuin kivun tuntemiskohdassa. Syyn löytämiseksi käydään läpi tunneperäisiä ristiriitoja. Kipua pyritään vähentämään vaikuttamalla asentoon, hengitykseen, liikkeisiin sekä lihasten kiinteyteen. Psykomotorisen fysioterapian keinoja

ovat hengityksen vapauttaminen, hieronta, sekä passiiviset ja aktiiviset liikkeet. Tärkeää on myös oman kehon tunteminen ja kokeminen. (Talvitie ym. 2006, 273–275.)

Virheelliset asennot voivat liittyä lihastasapainon muutoksiin. Asennon muutokseen pyritään vaikuttamaan sisäisten tekijöiden, kuten tiedostamisen ja oivaltamisen kautta. Tiedostamalla ongelmat voidaan vaikuttaa lihasten aktiivisuuteen ja hengityksen normalisoitumiseen sekä kuntoutujan asenteisiin omia voimavarojaan kohtaan. (Talvitie ym. 2006, 274.)

Sopivan lihasjännityksen ja tasapainon saavuttamiseksi täytyy huomioida koko keho ja kaikki kehonosat. Menetelmän mukaan terapia aloitetaan ihmisen perustasta eli jaloista ja se suuntautuu alhaalta ylös. (Talvitie ym. 2006, 274.)

Tutkimusten mukaan potilaat, jotka eivät pysty muuntamaan hengitystään ja kärsivät jäykästä hengityksestä, ovat kykenemättömiä muuttamaan liikkeitään ja asentojaan. He ovat myös vakavammin sairaita, kuin potilaat, jotka pystyvät muuntelemaan ja säätelemään hengitystään. (Ekerholt & Bergland 2008, 833.)

Eräässä tutkimuksessa tutkittiin osallistujien kokemuksia hengityksestään norjalaisen psykomotorisen fysioterapian aikana. Osallistujat oppivat terapian aikana tunnistamaan muutoksia hengitystavoissaan ja tulivat tutuimmiksi kehollisten kokemuksiansa kanssa. Osallistujat ymmärsivät myös hengityksen sisäisen ja ulkoisen yhteyden heidän hyvinvointiinsa. Tutkimuksen mukaan hengitystä tarkkailemalla on mahdollista havaita ja tunnistaa omia tavaksi tulleita tunnekaavoja, joilla ihminen suhteuttaa itseään ympäröivään maailmaan. (Ekerholt & Bergland 2008.)

### **3.6 Hengitys**

Syömishäiriöihin sairastuneilla on tutkittu olevan pinnallista sekä virtausvoimakkuudeltaan heikompaa hengitystä (Thörnborg & Mattson, 2010) ja usein sairastuneiden hengitys on pahasti vaikeutunut (Patovirta 2013, 9). Hyvässä hengityksessä pallealihas työskentelee tehokkaasti ja happea kulkeutuu elimistöön tarpeeksi. Tällainen hengitys auttaa ihmistä keskittymään sekä rauhoittumaan. Tehokkaan hengityksen aikana aivot ja lihakset saavat tarpeeksi happea, parasympaattinen

hermosto aktivoituu, aineenvaihduntasäätely kanavoituu, tunteet rauhoittuvat sekä hyperventilaatio estyy. (Kataja 2004, 54–55.)

Sydän- ja verenkiertojärjestelmät huolehtivat hengityksestä. Hengitystapahtuman tehtävänä on viedä happea kaikkiin kehonosiin sekä kuljettaa aineenvaihdunnan seurauksena syntynyttä hiilidioksidia pois kehosta. Tehtävänä on myös elimistön hiilidioksidipitoisuuden ja happo-emästasapainon säätely soluille edullisella tavalla. Hengityksellä on psykofyysiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, mutta niiden huomaaminen voi olla haastavaa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 15-16.)

Hengitys on tavallisesti automaattista, mutta sitä pystytään myös säätelämään tahdonalaisesti. Kun tunteita tukahdutetaan, tunteen ilmeneminen kehossa estetään. Tämä muuttaa hengityksen pinnalliseksi ja lyhemmäksi. Hengitysharjoituksen tavoitteena on hengitykseen osallistuvien lihasten rentouttaminen. (Svennevig 2005, 99 ; Herrala ym. 2009, 77, 168.)

Hengitystapa eli rytmi, syvyys ja apulihasten käyttö kertovat ihmisen tunnetilasta, persoonallisuudesta sekä ilmaisutavoista. Hengitystä voidaan säädellä tietoisesti, jolloin pystytään vaikuttamaan tunteidensäätelyyn. Esimerkiksi syvään hengittäminen antaa tilaa tunteiden tunnistamiselle sekä ilmaisemiselle ja tynnyttää samalla mieltä ja kehoa. Vapaa hengitys luo hyvän perustan psyykkiselle muuntautumiskyvylle sekä mahdollistaa tunteiden kokemisen ja näyttämisen. (Martin ym. 2010, 16, 22.)

### **3.7 Rentoutuminen**

Rentoutuminen on tajunnan tilojen vaihtelua, jossa tietoinen huomio väistyy ja älyllinen tulkinta vähenee. Aivojen vireystaso laskee ja ihmisen aivot alkavat toimia tunteiden ehdoilla. Jos tämä tila jatkuu riittävän pitkään, vaikutukset näkyvät autonomisessa hermostossa, ääreishermostossa, sisäeritysjärjestelmässä sekä immuunijärjestelmässä vaikuttaen koko ihmiseen. (Kataja 2004, 23.)

Rentoutumisella on psyykkisiä ja fyysisiä seurauksia. Psyykkisiä seurauksia ovat mielihyvän tunne, mielialan rauhoittuminen, virkistyminen, keskittymiskyvyn para-

neminen, tunne tasapainoisuudesta, jännittyneisyyden lieventyminen sekä myönteisempi asennoituminen. Fyysiset seuraukset ovat jännityksen ja kivun lievittyminen, lihasten rentoutuminen, verenkierron vilkastuminen ja sen myötä lämmön tunteen kokeminen ja hengityksen tasaantuminen. (Herrala ym. 2009, 170.) Rentoutumisen vaikutukset ovat aikaan sidonnaisia. Välittömät vaikutukset näkyvät ja tuntuvat verenpaineen, hengitystaajuuden ja sykkeen laskuna. Säännöllisesti tapahtuneen rentoutusharjoittelun pitkäaikaisia vaikutuksia ovat ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden väheneminen ja stressinhallinnan paraneminen. (Vainio 2004, 112.)

Rentoutumisen tavoitteena on lisätä stressinhallintaa, nopeuttaa fyysistä palautumista, lisätä keskittymiskykyä, tehostaa traumaista palautumista, kerätä voimia ja vahvistaa voimavaroja sekä parantaa itseyttä. (Kataja 2004, 35–45.) Rentoutuneeseen tilaan pääseminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat henkilön voimavarat sekä sen hetkinen tilanne (Herrala ym. 2009, 169). Rentoutuneeseen tilaan pääseminen edellyttää keskittyneisyyden olotilaa (Kataja 2004, 52). Rentoutuminen on mahdollista, kun tietoisuus kohdistetaan yhteen asiaan, kuten omaan hengitykseen, lauseeseen tai mielen tyhjentämiseen (Vainio 2004, 111).

Syömishäiriöisillä esiintyy usein yliaktiivisuutta joka voi ilmetä liiallisena liikkumisena ja motorisena levottomuutena. Sairastuneiden oirekuvaan kuuluu usein toiminnallisia pakkoliikkeitä ja -oireita, lihaskireyksiä ja jännittyneisyyttä. (Patovirta 2013, 9.) Jos hermosto on liian pitkään ylivirittyneessä tilassa, luonnollinen lepo ja palautuminen jäävät vajavaisiksi. Tästä seuraa henkistä ja kehollista pahoinvointia, joka oireilee psykosomaattisina vaivoina tai masennuksena. (Kataja 2004, 23.) Pahoinvointi voi ilmetä ahdistuksen tunteena, hapenpuutteena, levottomuutena, univaikeuksina tai tunteiden kontrolloimattomuutena. Näiden lisäksi voi ilmetä reaktioita autonomisessa hermostossa, kuten hikoilua ja punastelua. Reaktioita voivat olla myös fyysiset oireet, joita voi esiintyä millä tahansa kehon alueella. Näitä voivat olla sydän- ja vatsaoireet, lihaskireydet, päänsärky, vaikeudet nielemisessä, ihotumat, vapina tai erilaiset nivelvaivat. (Herrala 2009, 167.) Hyperaktiivisuuden ja motorisen levottomuuden hillitseminen kuuluukin tärkeänä osana syömishäiriöisten psykofyysiseen fysioterapiaan (Patovirta 2013, 9).

Lihasten rentouttamisen taito kuuluu taitoon hallita jännittyneisyyttä. Rentoutuminen on siis osa toimintaa eli taito jännittää, päästää lepoon ja rentouttaa. Lihasten rentouttamisen oppimiseen ei ole olemassa yhtä ainoaa tekniikka, mutta kohtuullisen harjoittelun jälkeen voi rentoutuminen muuttua spontaaniksi taidoksi. Harjoittelemalla huomioimisen kohdentamista tiettyyn kohteeseen, kuten alustaan, voi löytää uuden tavan rentoutua. (Roxendal 1981, 59.)

Rentoutusharjoituksiin on monia eri tekniikoita (Probst ym. 2013, 229). Rentoutusmenetelmät voidaan jakaa aktiivisiin sekä rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiin. Aktiiviset menetelmät pyrkivät aktiivisen lihasjännityksen jälkeen laukaamaan jännityksen välittömästi. Tavoitteena on oppia tuntemaan ero jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen välillä. Myös liikunta kuuluu aktiivisiin rentoutusmenetelmiin. Rauhoittumis- ja suggestiomenetelmät rauhoittavat ihmisen mieltä hiljentymisen tai erilaisten ärsykkeiden avulla. Tässä menetelmässä tunnealueet sekä mielikuva-keskukset aktivoituvat. Tavoitteena on niin sanotusti puhutella pääliharyhmiä rennoiksi sekä aistia lihaksien tuntemuksia, kuten painoa, lämpöä ja rentoutta. Rentoutusmenetelmiä yhdistää oikeanlainen hengitys, joka on rauhallista, syvää sekä rytmistä. (Kataja 2004, 52, 54.)

Suggestiorentoutuksen avulla pyritään vahvistamaan henkilön omia voimavaroja. Rentoutuminen perustuu suggestioiden eli ohjeiden antamiseen, joiden avulla rentoutuneeseen olotilaan pyritään. Suggestio voi olla sanallinen tai ei-sanallinen ja se voidaan määritellä suostuttelemisena, kehotuksena jonka vastaanottaja hyväksyy. Suggestioiden antajana voi toimia rentoutuja itse, tai ulkopuolinen henkilö. Suggestioharjoituksiin kuuluu erilaisia menetelmiä, joita voivat olla suorat suggestiot, epäsuorat suggestiot, mielikuvat ja värimielikuvat sekä visualisointiharjoitukset. Harjoituksia voidaan myös yhdistellä tai varioida. Epäsuoran suggestion avulla voidaan saada pysyvämpi vaikutus, sillä suggestio tapahtuu ei-tietoisella tasolla. (Kataja 2004, 86–88.)

Itsesuggestio voi olla kielteistä tai myönteistä ja se voidaan määritellä ”sisäiseksi puheeksi”. Myönteisellä sisäisellä puheella voidaan saada parempia vaikutuksia kuin kielteisellä. Myönteistä itsesuggestiota käytetään päivittäin monissa tilanteissa ja tämä onkin yksi ihmisen sisäisistä voimavaroista. (Kataja 2004, 86–88.)

### 3.8 Kosketus ja hieronta

Kosketus on voimakasta vuorovaikutusta, johon pitää olla lupa. Koskettamisesta on olemassa kirjoittamattomia sääntöjä eri kulttuurien välillä. Kosketukseen sopivia kohtia on kehossa vähän, varsinkin kun puhutaan vieraasta henkilöstä. (Svennevig 2005, 46.) Varhaisilla kokemuksilla on vaikutusta kosketukseen liittyviin asenteisiin ja siihen miten ihminen kokee kosketuksen. Kosketuksella on vaikutusta ihmisen fyysiseen, psyykkiseen sekä neurologiseen kehitykseen. (Probst ym. 2013, 226.)

Kosketus kuuluu fysioterapiatilanteeseen luonnollisena osana. Kosketuksella voi olla positiivinen vaikutus henkilön psyykkiseen tilaan ja se voi edistää kuntoutujan tunneilmaisua. Kosketukseen perustuvien hoitojen, kuten hieronnan tavoitteena voi olla esimerkiksi kivun- ja jännityksen lievittäminen, oman kehonkuvan ja kehon-tunteuksen myönteistäminen sekä omien kehon rajojen tunnistaminen. (Probst ym. 2013.)

Kuntoutujan täytyy hyväksyä oma kehonsa kokeakseen kosketuksen miellyttävänä. Syömishäiriöisillä ja etenkin anoreksiaa sairastavilla voi olla vaikeuksia vastaanottaa kosketusta johtuen negatiivisesta asenteesta omaa kehoaan ja sen osia kohtaan. (Probst ym. 2013.) Joidenkin kohdalla kosketuksensieto on voinut kadota kokonaan (Svennevig 2005, 46). Suoran kosketuksen tuottaman epämiellyttävän tunteen välttämiseksi voidaan välineenä hyödyntää esimerkiksi nystyräpalloa (Lintunen ym. 1995, 138 ; Roxendal 1981, 47).

Hierontaa käytetään osana syömishäiriöistä toipuvan kuntoutusta. Hieronta koetaan yleensä miellyttävänä ja se on auttanut kuntoutujia saamaan ajatuksiaan pois sairaudestaan. Kosketus edistää rentoutuneisuutta sekä vähentää hermostuneisuutta. (Talvitie ym. 2006, 280-281; MacDonald 2005, 171.)

Kosketus vaatii luottamuksellista ja vuorovaikutuksellista suhdetta. Fysioterapiatilanteessa kosketukseen täytyy aina olla lupa. (Kaipainen & Kuha- Putkonen, 2009, 6.) Kosketusta sisältävän terapian pitää edetä hitaasti, koska syömishäiriöön sairastunut ei aina pysty antamaan täsmällistä palautetta kosketuksen vaikutuksista kehon antamien vääristyneiden signaalien vuoksi (MacDonald 2005, 171).



Syömishäiriöisten fysioterapiaan kuuluva hieronta voi olla esimerkiksi rentouttavaa ja aktivoivaa hierontaa jalkoihin ja selkään, sekä raajojen passiivista mobilisointia. Pelkkä koskeminen, sekä vaivaaminen ovat myös hieronnan muotoja, joita voi käyttää syömishäiriöisten kuntoutuksessa. (Probst ym. 2013, 229-230.)

Taktiilinen hieronta on kosketuksen muoto joka aktivoi parasympaattista hermojärjestelmää ja voi vahvistaa kehonkuvaa. Tätä voidaan käyttää täydentävänä osana syömishäiriöiden kuntoutusta. Tutkimuksen mukaan taktiilinen hieronta edistää rentoutumista ja auttaa hahmottamaan kehoa. (Axelsson & Määttä 2006.)

### **3.9 Itsehavainnointiin tähtäävät harjoitteet**

Itsehavainnointiin tähtäävien harjoitteiden tarkoituksena on kehittää tietoisuutta oman kehon ulkoisesta ulkomuodosta. Harjoitteet sopivat potilaille, joilla on vaikeuksia havainnoida ja arvioida oman kehonsa kokoa. (Probst ym. 2013, 230.)

#### **3.9.1 Peiliharjoitteet**

Viimeaikoina tutkimukset ovat kohdistuneet peiliharjoitteisiin kehoterapioiden yhteydessä. Peiliin voi suhtautua kolmella tavalla, joita ovat normaali suhtautuminen peiliin, peilien välttäminen ja peilikuvan tarkkailu. Peilien välttäminen tarkoittaa sitä, että henkilö kieltäytyy katsomasta itseään peilistä. Peilikuvan tarkkailun voi määritellä tavaksi arvioida ja arvostella peilikuvastaan erityisiä kehonosia, kehonkuntoa tai painoa. Anoreksiaa sairastavat usein suhtautuvat peiliin välttelevästi, joka on tärkeää huomioida terapian yhteydessä. Sairastuneita opetetaan suhtautumaan peiliin oikealla tavalla, huomioimaan peilikuvansa yksin tai seurassa. Peiliä voidaan käyttää apuna omien kehonosien realistisemmän arvioinnin kehittämiseksi. Peiliharjoitteet voivat auttaa sairastuneita kieltämästä liian matalaa kehonpainoaan, sekä auttaa vähentämään kielteisiä tuntemuksia kuten pelkoa, epävarmuutta ja surullisuutta. Peilit voivat myös vaikuttaa aktivoimalla autonomisen ja endokriinisen järjestelmän toimintaa hypotalamuksessa. Tutkimukset todistavat, että peilin hyödyntäminen etenkin anoreksiaa sairastavien terapiassa on hyödyllistä. (Probst ym. 2013, 230.)

### 3.9.2 Aistiharjoitteet

Aistiharjoitteiden tavoitteena on kehittää kehonaistimuksien havainnointia eri tavoin. Tietoisuuden ja havainnoinnin kehittymisellä on suora yhteys kykyyn tunnistaa tunteita. Perifeerisissä havainnointiharjoituksissa keskitytään kuulo- tai näköhavaintoihin ja toiminnalla stimuloidaan aistimuksia. Kehonrajojen tunnistamiseen tähtäävät harjoitteet keskittyvät oman kehonrajojen ja ulkomaailman rajojen tunnistamiseen. ”Kehon skannaus” on tuntoaistiin perustuva harjoitus, jossa tutustutaan ulkoisiin aistimuksiin kehossa kosketuksen ja kehonrajojen tunnustelun avulla. Sisäisten tuntemuksien kehittäminen keskittyy hengitykseen, sydämenlyönteihin sekä nälän ja uupumuksen tunnistamiseen. Tätä voidaan kuvailla retkeksi omaan kehoon ja potilasta voidaan pyytää visualisoimaan tuntemuksensa retkellä kehoonsa. Tätä kutsutaan mindfulness- harjoitukseksi. (Probst ym. 2013, 230–231.)

### 3.10 Liikunta

Liikunta on merkittävä osa mielenterveyskuntoutusta. Sen tehtävänä on tuottaa mielihyvää sekä auttaa kuntoutujaa tutustumaan omaan kehoonsa. Liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia jos se on vapaaehtoista, haastavaa, kohtuullisen tehokasta, sopivasti kuormittavaa sekä myönteisiä elämyksiä tuottavaa. Liikkuessa psyykkisen hyvinvoinnin kannalta liikkumistapa ja sen aiheuttamat elämykset ovat merkittäviä. (Talvitie ym. 2006, 281, 433–434.)

Anoreksiaa sairastava pyrkii hallitsemaan painoaan usein liikunnan avulla. Liikunnan harrastaminen määritellään kohtuuttomaksi, jos liikunnan määrä on huomattavasti suurempi kuin muilla samanikäisillä tai jos liikkuminen on pakonomaista. Liikunnan rajoittaminen kuuluu syömishäiriöiden hoitoon. Tarkoituksena on minimoida energiankulutus sekä fyysiset komplikaatiot. Liiallinen liikunta on terveydelle haitallista ja fyysistä kuntoa heikentävää, ellei paino ole turvallisella alueella. Tämän vuoksi liikuntaa on vältettävä, kunnes tavoitepaino on saavutettu. Liikuntaa saa lisätä sen jälkeen, kun paino jatkaa nousuaan liikunnan harrastamisesta huolimatta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 134–139.)

Syömishäiriötä sairastavan hoidossa liikunnan osuus ei ole yksiselitteinen. On tutkittu, että ryhmä anoreksiaa sairastavia joiden kuntoutukseen kuului aerobinen liikunta, voimaharjoittelu tai jooga, onnistuivat nostamaan painoaan sekä kehonsa rasvaprosenttia nopeammin kuin verrokkiryhmä, joka ei harrastanut liikuntaa. Tutkimuksen tuloksien selittämiseksi on olemassa eri teorioita, joista korostuivat ahdistuneisuuden vähentyminen sekä hyvinvoinnin lisääntyminen. (Vancampfort ym. 2013.) Toisen tutkimuksen mukaan esimerkiksi asentoihin keskittyvä harjoittelu sekä voima- ja venyttelyharjoittelu ovat hyödyllisiä akuutin sairaalavaiheen kuntoutuksessa ja tavoiteltaessa painonnousua. Harjoitusten täytyy olla valvottuja ja ravintoterapeutin tulee määritellä kalorinkulutusta vastaava energiansaanti. Aerobisen ja kestävyyskuntoharjoittelun täytyy olla kuitenkin mahdollisimman vähäistä liiallisen kalorinkulutuksen estämiseksi. (Fisher & Schenkman 2011.)

Probstin ym. (2013) mukaan sopiva liikunnallinen aktiivisuus fysioterapeutin määrittämässä rajoissa voi hillitä liiallista aktiivisuutta ja rauhattomuutta, joka on tyypillistä etenkin anoreksiaan sairastuneille. Hyvän kunnon ylläpito voi olla myös lisäpäämäärä kuntoutujalle.

## 4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä tunnetummaksi sovelletun psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia syömishäiriöistä toipumisessa.

Tavoitteenamme on tehdä psykofyysisestä fysioterapiasta tunnetumpaa syömishäiriöistä toipumisessa järjestämällä koulutustilaisuus sekä laatimalla opaslehtinen sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista syömishäiriöistä toipuville sekä heidän kanssaan työskenteleville. Opaslehtinen menee jakoon Syömishäiriöliiton (SYLI ry) Tampereen toimipisteeseen. Näin sellaisetkin sairastuneet, jotka eivät osallistu vertaistukiryhmiin saavat tietoa fysioterapian keinoista ja harjoitteista.

## 5 Opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön tulos on aina jokin konkreettinen tuotos, joka voi olla esimerkiksi tapahtuma tai tilaisuus, messu- tai esittelytilaisuus, kirja, ohjeistus, portfolio tai tietopaketti. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksesta pyritään luomaan kokonaisuus, josta voidaan nähdä tavoitellut päämäärät. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51). Opinnäytetyön toiminnallinen osuus pitää sisällään järjestämämme koulutustilaisuuden liittyen soveltavien psykofyysisen fysioterapian harjoitteisiin sekä harjoitteita sisältävän opaslehtisen. Koulutustilaisuus ja opaslehtinen ovat suunnattu syömishäiriöistä toipuville sekä heidän kanssaan työskenteleville.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksessa käytetään sellaisia visuaalisia ja viestinnällisiä keinoja, joilla päämäärään pyritään. Tekstiä sisältävien toiminnallisten opinnäytetöiden kohdalla täytyy miettiä, millaiselle kohderyhmälle tuotos menee ja millä tavoin se palvelee vastaanottajaansa. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 51). Meidän opinnäytetyössämme näitä huomioitavia asioita ovat opas, jonka muoto ja sisältö täytyy olla suunniteltu kohderyhmällemme sopivaksi.

### 5.1 Opaslehtinen

Kirjalliset potilasohjeet ovat osa terveysviestintää. Ne kattavat kaiken terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen sekä terveydenhuoltoon liittyvän viestinnän. Ennalta määritellylle ryhmälle suunniteltu opas on kohdeviestintää. Kirjalliset ohjeet toimivat suullisen neuvonnan tukena. Kirjallisia ohjeita laadittaessa on huomioitava ohjeistuksen kohderyhmä, mihin asiaan halutaan vaikuttaa sekä vaikuttamisen keinot. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 19, 22).

Hyvän oppaan otsikko kiinnittää huomiota ja sen tehtävänä on herättää lukijan mielenkiinto. Tämän jälkeen lukijan mielenkiinto kohdistuu väliotsikoihin, joiden tehtävänä on kertoa oppaan sisällöstä tarkemmin. Oppaan tekstin pitää olla yleis-kieltä ja helposti ymmärrettävää. Tekstiin on hyvä sisällyttää myös kuvia, jotka täydentävät tekstiä ja lisäävät kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Oppaan pitää puhutella lukijaa, jotta lukija ymmärtää oppaassa olevien harjoitteiden olevan hänelle tarkoitettuja. Hyvässä oppaassa on perusteltu, miksi harjoitteita on hyvä teh-

dä ja mitä hyötyä niistä on. Hyvät perustelut antavat henkilölle syyn tehdä harjoitteita. (Torkkola ym. 2002, 39–42.)

Opaslehtisemme sisältää yleistä tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta syömishäiriöistä toipumisessa. Oppaaseemme olemme koonneet kuusi sovellettua psykofyysisen fysioterapian harjoitetta kuvineen.

Opinnäytetyöhöemme kuuluva opas on kohdeviestintää. Oppaamme kohderyhmänä ovat syömishäiriöön sairastuneet sekä heidän kanssaan työskentelevät. Oppaan tekstiä ja harjoitteita muokatessamme olemme huomioineet sanamuodot, jotta teksti olisi kohderyhmällemme mahdollisimman helppolukuista ja ymmärrettävää.

Opaslehtisemme harjoitteet perustuvat opinnäytetyössämme käsiteltyyn teoriaan psykofyysisestä fysioterapiasta. Harjoitteet koostuvat kehontuntemus- ja kehonhahmotusharjoitteista sekä rentoutus- ja hengitysharjoitteista. Ne on muokattu ja sovellettu kohderyhmällemme sopiviksi. Harjoitteet on valittu niin, että niitä voivat tehdä sellaisetkin, joilla ei ole aiempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta. Lisäksi harjoitteiden valinnassa huomioimme, että harjoitteita on mahdollisuus tehdä sekä yksin että ryhmässä. Harjoitteet ovat maaten, istuen, seisten ja liikkeessä tehtäviä. Jokaisen harjoitteen yhteyteen olemme liittäneet selvennyksen siitä, mikä tarkoitus ja tavoite harjoitteella on.

Olemme valokuvanneet oppaamme sisältävät kuvat itse. Olemme valinneet ulkona ja luonnossa otetut kuvat, koska halusimme korostaa sitä, että paikalla ei ole harjoitteiden suorittamisen kannalta vaikutusta. Koimme, että valokuvat sopivat selkeytensä vuoksi oppaamme kuvitukseksi parhaiten.

Värit elävöittävät kuvitusta ja väreillä on vaikutuksia mielialaan ja tunteisiin (Reid 2003, 7), jonka vuoksi halusimme oppaastamme värillisen. Vihreä rauhoittaa, se luo turvallista varmuutta ja on terapeuttisessa mielessä symboli tasapainoisuudelle. (Rihlama 1993, 49 ; Rihlama 1997, 109.) Vihreän värin terapeuttisen ja rauhoittavan vaikutuksen vuoksi valitsimme kuvien taustaväriksi vihreän. Painatimme oppaastamme A5- kokoisen, jotta sitä on helppo lukea ja pitää mukanaan. Jaoimme jokaiselle koulutustilaisuuteen osallistuneelle opaslehtisen ja jätimme niitä SYLIRy:n Tampereen toimipisteeseen hyödynnettäväksi jatkossa. Opaslehtisen saata-

vuotta voi tiedustella opinnäytetyön tekijöiltä osoitteesta: [henna.vahahakula@gmail.com](mailto:henna.vahahakula@gmail.com).

## 5.2 Kouluttaminen

Koulutuksella on yleensä tarkoitus saada aikaan muutoksia osallistujien käyttäytymisessä. Muutokset voivat olla lyhyen tähtäyksen tai pidemmän aikavälin muutoksia osallistujista ja koulutuksesta riippuen. (Kupias & Koski 2012, 16.)

Jotta koulutuksesta olisi hyötyä, osallistujat täytyy saada aktiivisesti ajattelemaan ja työstämään asiaa syvällisemmin. Kouluttajan ei ole tarkoitus vain mennä puhumaan asiasta, vaan hänen täytyy miettiä, miten hän saa herätettyä ajatuksia ja oivalluksia osallistujissa. (Kupias & Koski 2012, 16.)

Ryhmän ohjaustavan valinnassa tulee ottaa huomioon muun muassa toiminnan tavoitteet, osallistujien määrä, tilat ja välineet (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2009, 231–232). Kouluttajan tulee miettiä etukäteen, millaisia osallistujia koulutukseen osallistuu, millainen tietotaso heillä on ennestään sekä millaisia odotuksia ja toiveita heillä on (Kupias & Koski 2012, 25).

Ohjauksella edistetään yksilön oppimista eri vaikuttamisen keinoin, kuten rohkaisemalla, reagoimalla eri tilanteisiin ja arvioimalla oppimista ja toimintaa (Koli & Silander 2002, 41). Ryhmänohjausta voidaan antaa eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmän tavoitteet riippuvat osallistujista. Ryhmässä oleminen voi auttaa jäseniä jaksamaan ja tukemaan tavoitteiden saavuttamisessa, jolloin ryhmässä toimiminen voi olla oman kuntoutumisen kannalta tehokkaampaa kuin yksilöllinen ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Ilmapiiirin luominen rennoksi ja turvalliseksi edistää oppimista. Koulutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää vuorovaikutuksen herättäminen ryhmäläisten kesken. (Kupias & Koski 2012, 20,150.) Myös ohjaajan ja ryhmän välinen vuorovaikutus vaikuttaa ohjaustilanteen etenemiseen. Vuorovaikutus on ohjauksen kulmakivi ja hyvä vuorovaikutus ohjaajan ja ryhmän välillä antaa ryhmälle mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja mielipiteitä, oikaista väärinymmärryksiä sekä saada tukea ohjaajalta. (Kyngäs ym. 2007, 48, 74.)

### 5.3 Koulutustilaisuus

Koulutustilaisuus järjestettiin 9.9.2014 Tampereella Syömishäiriöliitto SYLI ry:n tiloissa syömishäiriöistä toipuville ja heidän kanssaan työskenteleville. Syömishäiriöliitto SYLI ry järjestää viikoittain kahvihetken syömishäiriöistä toipuville sekä asiasta kiinnostuneille. Sovimme liiton toiminnanohjaajan kanssa, että järjestämme koulutustilaisuutemme osana kahvihetkeä. Kahvitteluhetkeen osallistui 5 henkilöä, joihin myös toiminnanohjaaja kuului.

Kahvitteluhetki on osallistujille niin sanottu matalan kynnyksen kokoontuminen, johon ei tarvitse ilmoittautua tai sitoutua. Kahvitteluhetki on vapaamuotoinen keskustelutilaisuus, jossa osallistujat voivat jakaa kokemuksiaan liittyen syömishäiriöihin. Koska tilaisuus oli avoin, osallistujille ei ilmoitettu etukäteen järjestämästämme koulutustilaisuudesta, jotta osallistujia ei karsiutuisi pois. Tämän vuoksi emme voineet etukäteen varautua osallistujien määrään.

Koulutustilaisuutemme tavoitteena oli kertoa psykofyysisestä fysioterapiasta osana syömishäiriöisten toipumisprosessia. Koulutustilaisuutemme lyhyen tähtäimen tavoitteena voidaan pitää ajatuksien herättämistä aihettamme kohtaan ja pidemmän aikavälin tavoitteena muutosta ajatusmalleissa ja käyttäytymisessä sairaudesta toipumista ajatellen. Koulutustilaisuutemme tarkoituksena oli herättää keskustelua aiheesta, sekä harjoitteiden tarkoituksena niiden syvällisempi pohtiminen, ei pelkästään suorittaminen.

Koulutustilaisuudessa käsittelemämme aihe oli osallistujille erittäin henkilökohtainen ja arkaluonteinen. Meidän tuli etukäteen miettiä tarkkaan, miten luomme turvallisen ilmapiirin ja teemme osallistumisesta tilaisuuteen mahdollisimman helppoa. Pyrimme olemaan tilaisuudessa rentoja, avoimia ja helposti lähestyttäviä. Koulutustilaisuuden alussa kerrottiin, että kysymyksiä ja mielipiteitä aiheesta saa esittää koko tilaisuuden ajan. Koska emme voineet etukäteen tietää osallistujien taustoista, aloitimme tilaisuuden kertomalla yleisesti psykofyysisestä fysioterapiasta sekä ottamalla osallistujia keskusteluun mukaan kysymällä heidän mahdollisista kokemuksistaan ja tiedoistaan. Vuorovaikutus toimi hyvin, koska kysymyksiä ja mielipiteitä esitettiin ryhmän toimesta aiheeseen liittyen.



Koulutustilaisuutta varten oli varattu aikaa noin tunti. Ajankäyttö suunniteltiin niin, että tunnin aikana ehditään kertoa aiheesta sekä ohjata harjoitteet. Osallistujille ohjattiin harjoitteet jotka keskittyvät kehotuntemukseen, kehotietoisuuteen, hengitykseen ja rentoutumiseen. Tilaisuudessa kerrottiin myös mihin harjoitteilla pyritään vaikuttamaan. Harjoitteisiin osallistuminen oli osallistujille vapaaehtoista ja osallistujista neljä viidestä osallistui harjoitteisiin.

### **5.3.1 Oppimiskäsitykset ja ohjaustavat**

Koulutustilaisuutemme perustana oli konstruktivistinen oppimiskäsitys sekä humanistinen / kokemuksellinen oppiminen. Konstruktivistisessa oppimistavassa aiempaa tietoa käytetään uuden oppimisen perustana. Näin oppijan oma toiminta, toiminnan tavoite, sosiaalinen vuorovaikutus sekä oppimisen monipuolinen arviointi, vaikuttavat tiedon omaksumiseen. Oppimisen kannalta on tärkeää huomioida oppijan valmiudet opeteltavaan asiaan. (Konstruktivismi ja oppiminen, oppimiskäsitykset. [verkkojulkaisu], [viitattu: 17.9.2014].) Humanistisessa / kokemuksellisessa oppimisessä otetaan huomioon aikaisemmat kokemukset, jotka ovat pohjana uuden oppimiselle. Ohjaaja tukee oppimista, mutta vastuu on oppijalla. (Humanistinen / kokemuksellinen oppiminen, oppimiskäsitykset. [verkkojulkaisu], [viitattu: 17.9.2014].) Ohjaustapoja ovat ohjaaja- sekä osallistujakeskeiset ohjaustavat. Osallistujakeskeisessä ohjaustavassa osallistujia ohjataan oivaltamaan itse tehtävän suorittamiseen liittyviä tekijöitä. (Laine ym. 2009.) Koulutustilaisuuteen valittiin osallistujakeskeinen ohjaustapa.

### **5.3.2 Koulutustilaisuudesta saatu palaute**

Tilaisuutemme päätteeksi osallistujilta pyydettiin kirjallista ja suullista palautetta. Palautetta varten laadittiin lomake (liite 1), jossa oli viisi avointa kysymystä sekä vapaan sanan osio. Palautelomakkeen kysymykset koskivat harjoitteiden herättämiä tuntemuksia, ohjaustapaamme ja ajatuksia sekä sitä, voisivatko osallistujat mahdollisesti tulevaisuudessa osallistua psykofyysiseen fysioterapiaan. Palautteen

antaminen oli vapaaehtoista. Kirjallista ja suullista palautetta saatiin neljältä osallistujalta.

Palautteen mukaan harjoitteet herättivät positiivisia mutta myös hieman ristiriitaisia tuntemuksia. ”Rauhoittava, rentouttava vaikutus, on jotenkin enemmän hereillä kropan suhteen.” ”Aluksi tuntui epämukavalta ja haastavalta, oli yllättävän vaikeaa. Mutta idean tajusin.” ”Harjoitteet eivät ainakaan aluksi tuntuneet juuri miltään. Olo on hämmentynyt.” Harjoitteiden tekemisen jälkeen osallistujat pohtivat, kuinka yksinkertaiset harjoitteet voivat olla niin vaativia.

Harjoitteet saivat osallistujat pohtimaan suhdettaan kehoonsa, kykyään rentoutua ja liikkua. ”Se sai miettimään mitä estoja kehoon on jäänyt syömishäiriöstä.”

Saimme palautetta myös ohjaustyylistämme. Tapamme ohjata on palautteen mukaan rauhallinen ja tilanteeseen sopiva. ”Riittävän rauhallinen, ei kiireen tuntua. Hyvä!”

Mutamalle osallistujalle aihe oli täysin vieras, joka kävi ilmi myös saamastamme palautteesta. Palautteiden mukaan aiheen vieraus vaikutti siihen, kuinka nopeasti asian pystyi sisäistämään ja oivaltamaan. Tämän vuoksi aihe aiheutti hämmennystä osallistujissa.

Palautteen mukaan osallistujat kokivat, että voisivat tulevaisuudessa osallistua psykofyysiseen fysioterapiaan.

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2013 aiheen valinnalla. Aihevalintaan vaikuttivat asian ajankohtaisuus ja oma mielenkiintomme asiaa kohtaan. Päädyimme aiheeseen, koska olemme molemmat kiinnostuneita psykofyysisestä fysioterapiasta ja halusimme oppia aiheesta lisää. Koimme myös, että tällaiselle työlle voisi olla tarvetta. Syömishäiriöt ovat yleisiä psyykkisiä sairauksia, joista toipuminen on vaihtelevaa ja vaatii aikaa. Rajasimme aiheemme käsittelemään yleisimpiä syömishäiriöitä sekä psykofyysistä fysioterapiaa osana niistä toipumista.

Kevään aikana otimme yhteyttä Seinäjoen Järjestötaloon, jonka kautta saimme yhteistyökumppaniksemme Syömishäiriöliitto SYLI ry:n. Yhteistyötahomme kanssa käytyjen keskustelujen myötä päädyimme siihen tulokseen, että syömishäiriöistä toipuville, sekä heidän kanssaan työskenteleville suunnattu koulutustilaisuus olisi tarpeellinen.

Keskeisimmät kirjallamme olivat Gertrud Roxendalin teokset Levande Människa: basal kroppskänedom för rörelse och vila sekä Levande Människa: kropp och rörelse i terapi. Tutkimuksia ja artikkeleita löysimme eniten englanniksi PubMedin kautta. Prosessia aloittaessamme vaikutti siltä, että suurin osa aiheeseemme liittyvistä lähteistä ovat vanhoja. Muuntelemalla hakua löysimme kuitenkin hyvin kattavasti ajankohtaista tutkimustietoa, artikkeleita sekä kirjallisuuskatsauksia.

Alun perin meidän piti järjestää keväällä 2014 koulutustilaisuus Seinäjoen järjestötalolla syömishäiriöitä sairastavien vertaistukiryhmälle jonka järjestämisestä oli vastuussa Syömishäiriöliitto SYLI ry. Toiminnallisen osuutemme järjestäminen kuitenkin siirtyi, koska koimme tarvitsevamme lisää aikaa teoreettisen viitekehyksen kokoamiseen sekä oppaan laatimiseen. Koulutustilaisuuden järjestäminen siirtyi syksyyn 2014, ja koska Seinäjoella järjestettävän ryhmän jatkumisesta ei ollut varmuutta, päätimme järjestää tilaisuuden Tampereella vastaavassa ryhmässä.

Saimme hyödyllisiä neuvoja ohjaamiseen ollessamme seuraamassa erilaisia psykofyysisen fysioterapian ryhmiä. Osallistuimme mm. Seinäjoen Keskussairaalan syömishäiriöyksikön sekä Keski-Pohjanmaan Keskussairaalan järjestämiin ryhmiin. Ryhmien ohjaamisessa painotettiin avoimuutta, joustavuutta ja rauhallisuutta.

Koimme ryhmiin osallistumisen hyödyllisenä myös siksi, että näimme erilaisia ohjaustyyliä. Harjoitteita tehdessämme huomasimme että syömishäiriöisten psykofyysinen fysioterapia on aiheena sellainen, joka vaatii syvällisempää pohdintaa ja tarkoitusta voi olla vaikea sisäistää nopeasti. Vaikutusten aikaansaamiseksi harjoitteiden perimmäinen tarkoitus on tärkeää ymmärtää. Harjoitteiden tekemiseen ei riitä pelkkä suorittaminen, vaan harjoitteiden tarkoitusta täytyy miettiä ja niiden herättämiä tuntemuksia ja vaikutuksia täytyy tunnustella omassa kehossaan. Harjoitteet eivät välttämättä vaikuta heti, vaan vaikutus voi alkaa tuntua vasta pitkänkin ajan kuluttua. Harjoittelimme ohjaamista etukäteen valmistautuaksemme tilaisuuteen.

Koulutustilaisuuden järjestäminen antoi meille lisää kokemusta ryhmän ohjaamisesta ja varmuutta omaan ohjaamiseen. Ohjaamisen myötä oma kiinnostus aihetta kohtaan syventyi. Voisimme kuvitella tulevaisuudessa työskentelevämme tämän aiheen parissa, sillä koemme sopivamme luonteiltamme ja persooniltamme ohjaamaan psykofyysistä fysioterapiaa.

Koulutustilaisuudellemme olisi pitänyt varata enemmän aikaa. Alkukeskustelun venyminen puolen tunnin mittaiseksi lyhensi harjoitteiden ohjaamiseen tarkoitettua aikaa, jolloin viimeinen harjoite piti ohjata lyhyempänä. Koimme alkukeskustelun kuitenkin niin tärkeäksi, ettemme halunneet jättää sitä kesken.

Yhteistyömme Syömishäiriöliiton kanssa sujui hyvin ja aiheestamme oltiin kiinnostuneita alusta alkaen. Koulutustilaisuuden ajankohdan muuttumisesta huolimatta tilaisuuden sisältö pysyi samana ja järjestäminen sujui ongelmitta.

Aloittaessamme prosessia psykofyysinen fysioterapia oli meille aiheena vielä melko vieras. Prosessin aikana pääsimme aiheeseen sisälle ja koimme oivalluksia. Oma kiinnostuksemme aiheeseen helpotti prosessin eteenpäin viemistä. Opinnäytetyömme käsittelee vain pientä osaa psykofyysisen fysioterapian ulottuvuuksista. Aiheeseen syventyminen antoi kuitenkin kuvaa siitä, millaisia mahdollisuuksia terapia sisältää.

Opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoite ovat mielestämme täyttyneet, sillä järjestimme suunnittelemamme koulutustilaisuuden sekä laadimme oppaat, joiden mukana tietoa aiheesta saadaan myös annettua eteenpäin.

Toivomme, että opinnäytetyömme herättää ajatuksia ja siitä on apua vaikeasta sairaudesta toipumisessa.

Haluamme kiittää Syömishäiriöliitto SYLI ry:tä yhteistyöstä.

## LÄHTEET

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. & Vocks, S. 2011. Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review.
- Alajoki, K. & Karttunen, L. Syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. 2013. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavana:  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68307/Alajoki%20ja%20Karttunen%202013.pdf?sequence=1>
- Axelsson, E. & Määttä, S. 2006. Taktil massage som behandling för ungdomar med anorexia nervosa. Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies.
- Basic Body Awareness terapia. Päivitetty 6.10.2013. Psyfy ry. Saatavana:  
<http://www.psyfy.net/bbat.php?id=157>
- Breitive, M.H., Hynninen, M.J. & Kvåle, A. 2009. The Effect of Psychomotor Physical Therapy on Subjective Health Complaints and Psychological Symptoms
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. 1999. What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination. II.
- Castellini, G., Polito, C., Bolognesi, A., Argenio, D., Ginestroni, A., Mascalchi, M., Pellicano, G., Mazzoni, L.N., Rotella, F., Faravelli, C., Pupi, A., Ricca V. 2012. Looking at my body. Similarities and differences between anorexia nervosa patients and controls in body image visual processing
- Ekerholt, K & Bergland, A. 2008. Breathing a sign of life and a unique area for reflection and action. American Physical Therapy Association
- Federici, A. & Kaplan, A. S. 2007. The patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. Canada. Saatavana:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=5d1da160-c372-402c-869c-6f9ba448d9da%40sessionmgr4005&hid=4104>
- Fisher, B.A. & Schenkman, M. 2011. Functional recovery of a patient with anorexia nervosa: Physical therapist management in the acute care hospital setting. Physical Therapy 4/2012
- Hälvä, S. & Vanhala, E. 2012. Syö, tai itke ja syö. Kokemus syömishäiriöistä. Helsinki: Tammi.

- Herrala, H., Kahrola, T & Sandström, M. 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY
- Humanistinen / kokemuksellinen oppiminen, oppimiskäsitykset. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [verkkajulkaisu] Saatavana: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskäsitykset/oppimiskäsitykset/humanistinen-kokemuksellinen-oppiminen/>
- Kaipainen, P. & Kuha-Putkonen, A-K. Kehittämistavoitteena anoreksia nervosa potilaan fysioterapia. Fysioterapia 4/2009
- Kataja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. 2. painos. Helsinki: Edita.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Helsinki: Duodecim.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P., Viljanen, R. 2010. Syömishäiriöt, läheisen opas. 1. painos. Helsinki: Duodecim
- Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, Cynthia M., Hoek, Hans W., Rissanen, A. & Kaprio J. 2013. Factors Associated with Recovery from Anorexia Nervosa: A Population-Based Study. International Journal of Eating Disorders 47:2 117–123, 2014.
- Koko elämä sirpaleina. 2008. [raportti] Syömishäiriöliitto SYLI ry. Saatavana: [http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Koko\\_elama\\_sirpaleina.pdf](http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Koko_elama_sirpaleina.pdf)
- Koli, H. & Silander, P. 2002. Verkko- oppiminen, oppimisprosessin suunnittelu ja ohjaus. Saarijärvi: Hämeen ammattikorkeakoulu
- Kolnes, L-J. 2011. Embodying the body in anorexia nervosa - a physiotherapeutic approach. Journal of Bodywork & Movement Therapies
- Konstruktivismi ja oppiminen, oppimiskäsitykset. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [verkkajulkaisu] Saatavana: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskäsitykset/oppimiskäsitykset/konstruktivistinen-oppiminen/>
- Kuinka yleisiä syömishäiriöt ovat? [Verkkosivu] [Viitattu: 4.2.2014]. Syömishäiriöliitto. Saatavana: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot5.html>.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY
- Linna, M. 2014. Reproductive and psychological outcomes of eating disorders. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Saatavana: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/44778/linna\\_dissertation.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/44778/linna_dissertation.pdf?sequence=1)
- Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. Jalka potkee mieli notkee. 1995. Helsinki: Suomen mielenterveysseura ry
- MacDonald, G. 2005. Massage for the hospital patient and medical frail client. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. 2010. Tampere: Mediapinta
- Martinsen, M. & Sundgot-Borgen, J. 2012. Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*
- Mitä syömishäiriöt ovat? Syömishäiriöliitto. [verkojulkaisu] [viitattu: 26.2.2014]. Saatavana: <http://syomishairioliitto.fi/syomishairiot/>
- Patovirta, M. 2011. The Comprehensive Body Examination (CBE). Manuaali 1/2011.
- Patovirta, M. 2013. Psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöön sairastuneiden hoidossa. *Syllinen* 2/2013. Syömishäiriöliitto-Syli Ry. [www-dokumentti]. [viitattu 2.12.2013]. Saatavana: [http://www.syomishairioliitto.fi/syllinen/SYLILLINEN\\_2\\_2013.pdf](http://www.syomishairioliitto.fi/syllinen/SYLILLINEN_2_2013.pdf)
- Probst, M., Majewski, M.L., Albertsen, M.N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., Duskova Zakova, H., Fabricius, S., Joern, C., Kjölstad, G., Patovirta, M., Philip-Rafferty, S., Tyyskä, E., & Vancampfort, D. Physiotherapy for patients with eating disorders. 2013. *Advances in Eating Disorders* 2/2013
- Reid, L. 2003. Terveyttä ja elinvoimaa väreistä. Helsinki: Gummerus Kustannus Oy
- Rihlana, S. 1993. Värit ja kuviot ympäristövaikuttajina. Vantaa: Tikkurila Oy:n kirjapaino



- Rihlana, S. 1997. Värioppi. Tampere: Tammer-Paino Oy
- Roxendal, G. & Winberg, A. 2006. Levande människa: basal kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och kultur.
- Roxendal, G. 1981. Levande Människa: Kropp och rörelse i terapi. Stockholm: LIC Förlag
- Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and The Body Awareness Scale. Kompendietryckeriet: Källered
- Shives, L. 2012. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 8. painos. Philadelphia : Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, cop.
- Steinhausen, H-C. 2002. The outcome of Anorexia Nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284-1293. [verkkojulkaisu] Saatavana: <http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3739/1284.pdf>
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa: Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Duodecim
- Svennevig, H. 2005. Kehon mieli, kehon tuntemuksesta itsetuntemukseen. Porvoo: WSOY
- Syömishäiriöt (lapset ja nuoret) 2009. [Verkkosivu] Suomalainen lääkäriseura Duodecim: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030>
- Syömishäiriöt ICD-10-tautiluokituksen mukaan, 2009. [verkkojulkaisu] Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00180](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00180)
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Thörnberg, U. & Mattson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. Advances on Physiotherapy 12/2010.
- Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi
- Tuimala, L. 2013. Kehonkuva. [verkkojulkaisu] [saatavana: <http://www.kehonkuva.com/3>]

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, M., Adamkova, M., Skjaerven, L., Catalan-Matamoros, D., Gyllensten, A., Gomez-Conesa, A. & Probst, M. 2013. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*.

Vilka, H. & Airaksinen T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Wallin, U., Kronovall, P. & Majewski, M-L. 2000. Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 years. *European Eating Disorders Rev.* 8, 19-30 (2000).

What is body image. The National Eating Disorders Association. [verkkójulkaisu]. Saatavana: <http://www.nationaleatingdisorders.org/what-body-image>

Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia* 7/2004

Ålgars, M. 2012. Shapes and sizes : body image, body dissatisfaction and disordered eating in relation to gender and gender identity. Åbo Akademi Universitet. Väitöskirja

## LIITTEET

Liite 1. Palautelomake

Palautelomake

### Sovellettu psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöistä toipumisessa

Koulutustilaisuus 9.9.2014. Tampere

Palautteen voit antaa nimettömänä ja vapaalla tyyllillä, omin sanoin.

Oliko sinulla aiempaa tietoa tai oletko osallistunut fysioterapiaan?

---

---

Miltä harjoitteet tuntuivat ja mitä ajatuksia herättivät, millainen on olosi nyt?

---

---

Koetko saaneesi harjoitteista apua / ajatuksia toipumisen tueksi?

---

---

Mitä mieltä olet ohjaajien ohjaustyylistä?

---

---

Voisitko ajatella tulevaisuudessa osallistuvasi psykofyysiseen fysioterapiaan?

---

---

Vapaa sana/muu palaute:

---

---

Kiitokset osallistumisestasi ja palautteestasi!