

Anna-Maria Mäki-Kuutti

**”TÄRKEIMPIÄ OIVALLUKSIANI OLI
SE, ETTÄ MINUSSA EI OLE
MITÄÄN VIALLA”**

Syömishäiriöt, erityisherkkyyys ja
kohtaaminen mielenterveystyössä

Opinnäytetyö
Sosiaalialan koulutusohjelma

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

| Tekijä | Tutkinto | Aika |
|---|-----------------|--------------------------|
| Anna-Maria Mäki-Kuutti | Sosionomi (AMK) | Toukokuu 2018 |
| Opinnäytetyön nimi | | |
| "Tärkeimpiä oivalluksiani oli se, että minussa ei ole mitään vialla" Syömishäiriöt, erityisherkkyyden ja kohtaaminen mielenterveys-työssä | | 60 sivua 3 liitesivua |
| Toimeksiantaja | | |
| Syömishäiriöliitto-SYLI ry | | |
| Ohjaaja | | |
| Auli Jungner | | |
| Tiivistelmä | | |
| <p>Syömishäiriöön sairastuneet ovat usein persoonallisuudeltaan tavanomaista herkempiä ihmisiä. Tämä voi näkyä esimerkiksi tunne-elämän haavoittuvuutena ja sosiaalisena kuormittumisena, joka on läsnä myös mielenterveystyön kohtauksissa.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää erityisherkkyyden ja syömishäiriöiden yhteen kietoutumista kokemustiedon valossa. Erityisenä kiinnostuksen kohteena olivat vuorovaikutussuhteet mielenterveystyössä. Yhtenä tutkimusongelmana oli tarkastella sairastuneiden kohdatuksi tulemisen kokemuksia. Analysoimalla vuorovaikutukseen ja kohtaukseen vaikuttavia tekijöitä tavoitteena oli pohtia myös sitä, miten vuorovaikutusta voisi kehittää vastavuoroisemmaksi.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä toimi transaktiomalli, jonka mukaan yksilö kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Työn tarkempana käsitteellisenä jäsenyyksenä toimi rajasysteemin ajatus, joka kuvaa psykiatrisen hoitoympäristön, sairastuneen ja hänen ympäristönsä vastavuoroista vaikutusta toisiinsa.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin syömishäiriöön sairastuneilta kokemukseksikirjoituksina. Aineiston keruu toteutettiin kirjoituskutsuna, johon saatiin yhdeksän vastausta. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä.</p> <p>Opinnäytetyö tuo esiin kokemustietoa sekä syömishäiriöistä että erityisherkkyydestä ja lisää tietoisuutta vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä mielenterveystyössä. Työn tulosten perusteella mielenterveyspalveluissa tunnistetaan ja huomioidaan erityisherkkyyden vielä heikosti. Erityisherkkien kohtauksista voidaan kuitenkin parantaa yksinkertaisilla tekijöillä vuorovaikutustilanteessa: turvallisuudella, empaattisuudella, validiteetilla ja dialogisuudella, jotka tukevat erityisherkkyyden näkyväksi tulemistä.</p> <p>Työn toimeksiantaja oli Syömishäiriöliitto-SYLI ry, joka toimii valtakunnallisena kokemusasiantuntijana vapaaehtoisen syömishäiriötyön kentällä.</p> | | |
| Asiasanat | | |
| syömishäiriöt, erityisherkkyyden, mielenterveystyö, kohtaaminen, kokemustieto | | |

Author

Anna-Maria Mäki-Kuutti

DegreeBachelor of Social
Services**Time**

May 2018

Thesis title

"One of my most important insights was that there is nothing wrong with me"
Eating disorders, highly sensitive personality and encounters at mental health work

60 pages
3 pages of appendices

Commissioned by

The Eating Disorder Association of Finland (Syömishäiriöliitto-SYLI ry)

Supervisor

Auli Jungner

Abstract

Those who have become ill with an eating disorder often have more sensitive personalities. This can manifest itself, for example, as social fatigue and vulnerability of emotional life. These phenomena are also present in the encounters within the context of mental health work.

The objective of the thesis was to find out more about the connection of high sensitivity and eating disorders in the light of experiential information. The first subject of interest was to examine the experiences customers had in their encounters related to mental health services. The second objective was to consider how interaction could be developed to be more reciprocal.

The theoretical framework of the thesis was the transactional model of development, according to which an individual grows in constant interaction with his/her environment. The more exact conceptual tool of the thesis was the idea of the boundary system which describes the interdependency between the ill, his/her environment and the psychiatric nursing environment.

The research material consisted of personal experience essays written by people with an eating disorder. The collection of the material was carried out by means of a request to write to which nine responses were obtained. The data was analyzed with the qualitative content analysis method.

The thesis highlights the factors that affect interaction in the mental health work. On the basis of the study, high sensitivity is still poorly identified and taken into account in the mental health services. However, the encounters with the highly sensitive people can be improved with simple factors in the interaction: safety, empathy, validation, and dialogue, which support the emergence of a highly sensitive person.

Keywords

eating disorders, highly sensitive personality, mental health work, encounter, experiential information

SISÄLLYS

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET..... | 7 |
| 3 | SYÖMISHÄIRIÖT JA ERITYISHERKKYYS..... | 9 |
| 3.1 | Syömishäiriöt..... | 9 |
| 3.2 | Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoito..... | 12 |
| 3.3 | Erytyisherkkyyys..... | 14 |
| 3.4 | Erytyisherkkyyys ja mielenterveys..... | 19 |
| 4 | MIELENTERVEYSTYÖ..... | 23 |
| 4.1 | Kohtaaminen ja vuorovaikutus mielenterveystyössä..... | 26 |
| 4.2 | Dialogeja verkostoissa..... | 28 |
| 4.3 | Transaktio- ja rajasysteemimallit..... | 29 |
| 5 | AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT..... | 33 |
| 5.1 | Aineisto..... | 33 |
| 5.2 | Kokemustutkimus..... | 34 |
| 5.3 | Laadullinen sisällönanalyysi..... | 36 |
| 6 | TULOSTEN YHTEENVETO..... | 38 |
| 6.1 | Kohtaamisia ei-herkässä rajasysteemissä..... | 38 |
| 6.2 | Kohti vastavuoroista transaktiota..... | 44 |
| 7 | EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS..... | 50 |
| 8 | LOPUKSI..... | 52 |
| | LÄHTEET..... | 56 |

KUVALUETTELO

LIITTEET

Liite 1. SCOFF-syömishäiriöseula

Liite 2. Ensimmäinen kirjoituskutsu

Liite 3. Toinen kirjoituskutsu

1 JOHDANTO

Luulen, että osasy sairastumiselleni oli se, että halusin hallita kaaosta ympärilläni. Kaaos tarkoitti vaikeaa suhdetta äitini kanssa ja esimerkiksi suurta määrää harrastuksia, mutta myös sitä, että erityisherkkyyteni ei sopinut perheeseeni. (Luana)

Syömishäiriöt liitetään usein ulkonäöstään huolestuneisiin teinityttöihin ja mediassa vallitseviin kauneushanteisiin. Vaikka elämme maailmassa, jossa kehon jatkuvasta tarkkailusta on tullut arkipäivää, syömishäiriöitä ei voi kuitenkaan typistää vain mediasta tai fitness-kulttuurista johtuvaksi oirehdinnaksi. Kuten Luana yllä osuvasti kuvaa, syömishäiriöiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä voi löytyä paitsi yhteiskunnasta myös sairastuneen ihmissuhteista ja perheestä, biologiasta ja perimästä, persoonallisuudesta ja nuoruusiän kehityksestä. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen saa lopulta usein alkunsa jonkin elämäntapahtuman aiheuttaman psyykkisen paineen tai stressin seurauksena. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2009, 18–19.)

Syömishäiriöt koskettavat kaikenlaisia ihmisiä ikään, sukupuoleen ja kehon kokoon katsomatta: häiriintynyt ruoka- ja kehosuhde ei näy aina päällepäin. Yleensä kyseessä on aivan tavallisen perheen lapsi tai nuori. Sairastunut pärjää usein hyvin tietoja ja taitoja vaativissa tehtävissä mutta on tunne-elämältään haavoittuva ja persoonaltaan tavanomaista herkempi. Hänen reaktionsa ympäristön ongelmiin ja viesteihin on tästä syystä toisenlainen kuin perheen muiden lasten. Hänen voi olla vaikea hyväksyä ja ilmaista erityisesti kielteisiä pidettyjä tunteita. Itsekriittisyys ja epäonnistumisen pelko ovat yleisiä piirteitä syömishäiriöön sairastuneiden keskuudessa. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry 2009, 19.)

Tässä opinnäytetyössä tutkin kahden ilmiön, erityisherkkyyden ja syömishäiriöiden, yhteen kietoutumista kokemustiedon valossa. Haluan selvittää, miten erityisherkyys ja syömishäiriöt kohdataan mielenterveystyössä ja kuinka tätä kohtaamista voisi kehittää. Tutkimusaineistona käytän yhdeksää kokemuskertomusta, jotka olen kerännyt avoimilla kirjoituskutsuilla.

Opinnäytetyön teoreettisena viitekehyksenä toimii transaktiomalli, jonka mukaan yksilö kasvaa ja kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Työn tarkempana käsitteellisenä jäsennyksenä toimii rajasysteemin ajatus. Käsitettä on esitellyt Jaakko Seikkula (1991) väitöskirjassaan, josta tuli sittemmin tärkeä osa uuden psykiatrisen hoitojärjestelmän, ns. Keroputaan mallin, rakentamista. Rajasysteemissä psykiatrisen sairaalan, sairastuneen ja perheen systeemit vaikuttavat vastavuoroisesti toisiinsa (ks. Arnkil & Seikkula 2014, 41–43). Tässä opinnäytetyössä tarkoitukseni on soveltaa ajatusta selvittääkseni, miten syömishäiriöön sairastunut kokee, kun hänen elämänsä ja mielenterveystyön systeemi kohtaavat vuorovaikutuksessa toisensa.

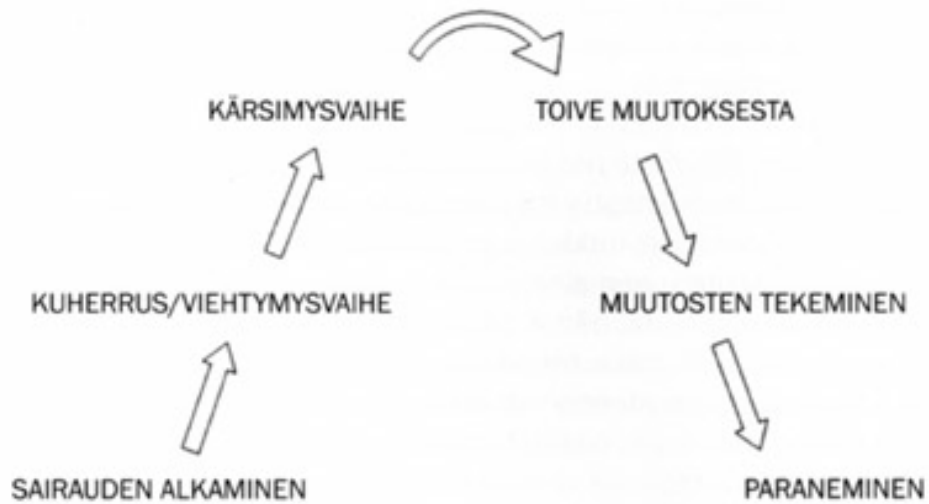
Avaan mielenterveystyötä ja kohtaamista koskevat teoreettiset ja käsitteelliset jäsennykseni tarkemmin luvussa neljä. Sitä ennen kuvaan tutkimukseni tavoitteet (luku kaksi) ja avaan tutkimuksen kontekstiin liittyvää teoriaa syömishäiriöistä ja erityisherkkyydestä (luku kolme). Luvussa viisi kuvaan aineiston keuruun ja sen analyysin. Tämän jälkeen vedän yhteen tulokset ja pohdin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta luvuissa kuusi ja seitsemän. Työn päättää pohdinta, joka sisältää johtopäätöksiä ja jatkotutkimusaihiota.

Työn toimeksiantaja on Syömishäiriöliitto-SYLI ry, joka edustaa syömishäiriöön sairastuneita ja heidän omaisiaan ja toimii valtakunnallisena kokemusasiantuntijana vapaaehtoisen syömishäiriötyön kentällä. Työn tilaajalle Syömishäiriöliitto-SYLI ry:lle opinnäytetyö on uusi avaus erityisherkkyyteen liittyvän kokemustiedon osalta. Erityisherkkyydestä puhutaan paljon syömishäiriöitä sairastavien keskuudessa, mutta sen yhteydestä syömishäiriöihin ei ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa. Opinnäytetyö paikkaa tätä aukkoa kokemustutkimuksen näkökulmasta. Syömishäiriöliitto-SYLI ry valmistelee tänä vuonna uutta kohtaamisopasta syömishäiriötyötä tekeville ammattilaisille ja vapaaehtoisille, ja opinnäytetyö toimii taustamateriaalina myös tälle oppaalle. Opinnäytetyöstä on siis merkittävää informatiivista ja käytännöllistä hyötyä työn tilaajalle.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Mielenterveyspalveluissa sairastuneen kohtaamisessa minusta olisi tärkeintä muodostaa ensin vahva luottamussuhde, ”ollaan samalla puolella”, koska erityisesti syömishäiriöiset ovat usein hoitovastaisia. (Aurora)

Auroran esimerkki kertoo valaisevasti siitä, mitä syömishäiriöön sairastunut ajattelee kohtaamisesta mielenterveyspalveluissa: tärkeintä on luottamus ja sitä tulee rakentaa aktiivisesti. Syömishäiriöön sairastuneet ovat vuorovaikutuksessa usein hyvin sensitiivisiä. He havainnoivat ympäristöään herkästi ja tunnustelevat, otetaanko hänet vakavasti ja ymmärretäänkö häntä. ”Hoitovastaisuus” on usein ilmiäsu sairauden sisältämälle pelolle, joka liittyy oireista luopumiseen. Suhde oireisiin on syömishäiriössä monimutkainen ja ristiriitainen: niistä on sairastuneelle sekä hyötyä että haittaa. Etenkin syömishäiriön alussa oireet voivat tuottaa sairastuneelle tyydytystä, kun eletään syömishäiriön kuherrusvaihetta (ks. kuva 1). Tuolloin oireet helpottavat sairastuneen oloa ja auttavat siinä tunnesäätelyn funktiossa (esimerkiksi ahdistuksen lievittämisessä), jota varten oireet on otettu käyttöön. Suhde oireista luopumiseen on ambivalentti varsinkin niillä, joilla oireet ovat egosyntonisia eli minää tukevia, jolloin ne tuntuvat osalta persoonallisuutta. Siksi kohtaamisessa tarvitaan myös validointia eli psyykkisen pahanolon tunnistamista ja tarpeiden hyväksyntää. Toisaalta sairastuneen sisäistämä ”hoitovastaisuus” voi johtua kielteisestä minäkuvasta: hän ei koe itseään hoidon arvoiseksi. (Charpentier 2009 159; Charpentier 2010, 18; Dimitroff 2017.)



Kuva. 1. Sairauden vaiheet (Charpentier s.a.).

Syömishäiriöitä pidetään yleisesti melko vaikeahoitoisina sairauksina ja niiden funktioita sairastuneille ymmärretään edelleen heikosti. Sairastunut saattaa testata auttajan luottamusta yhä uudelleen, mikä saattaa herättää työntekijässä monenlaisia tunteita avuttomuudesta toivottomuuteen. Tämä puolestaan vaikuttaa sairastuneen kohtaamiseen. Tavoitteeni tässä opinnäytetyössä on avata sairastuneiden omia kokemuksia ja lisätä siten ymmärrystä mielenterveyspalveluissa tapahtuvissa kohtaamisissa. Työntekijänä on helpompi käsitellä omat vastatunteet ja kohdata sairastunut myötätuntoisesti, jos ymmärtää, mitä sairastunut kokee ja millaisesta mielenmaisemasta hänen oireensa kumpuavat. (Dimitroff 2017; Juntunen 2013.)

Opinnäytetyön yleisenä tarkoituksena on tehdä näkyväksi kokemuspohjaista tietoa sekä syömishäiriöistä että erityisherkkyydestä ja lisätä tietoisuutta syömishäiriötä sairastavan erityisherkin kokemusmaailmasta. Kokemusasiantuntijoilta saatu tieto on mielenterveystyössä työskenteleville vähintään yhtä arvokasta kuin lääketieteellinen ja muu ammatillinen tieto. Perustelen kokemustutkimuksellista otetta tarkemmin luvussa viisi.

Työn erityisenä kiinnostuksen kohteena ovat kohtaamistilanteet mielenterveyspalveluissa ja niissä tapahtuva vuorovaikutus. Tavoitteeni on avata kohdatuksi tulemisen kokemuksia sairastuneiden näkökulmasta. Työssä pohdi-

taan muun muassa, miten herkkyyteen liittyvä erilaisuuden tai vääränlaisuuden kokemus voi vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin. Analysoimalla mielenterveystyön ammattilaisten ja syömishäiriöön sairastuneiden kohtaamista tavoitteeni on pohtia myös sitä, miten vuorovaikutusta voisi kehittää vastavuoroisemmaksi.

Tutkimusaineistona käytän syömishäiriöistä, erityisherkkyydestä ja kohtaamisista tuotettuja kirjoituksia. Tutkimusaineisto on kerätty kirjoituskutsuna syömishäiriöön sairastuneilta. Aineiston keruu ja analyysi kuvataan tarkemmin luvussa viisi.

Opinnäytetyössä on seuraavat kaksi tutkimuskysymystä:

1. Miten erityisherkkä ja syömishäiriöön sairastunut ihminen kohdataan mielenterveystyössä kokemustiedon valossa?
2. Miten vuorovaikutusta näissä kohtaamistilanteissa voisi kehittää vastavuoroisemmaksi?

3 SYÖMISHÄIRIÖT JA ERITYISHERKKYYS

Tässä luvussa taustoitän tutkimiani ilmiöitä eli syömishäiriöitä ja erityisherkkyyttä lähinnä tutkimuskirjallisuuden valossa. Syvennän tutkimustietoa lukemalla sitä myös oman aineistoni kautta ja kiinnittämällä aiheen siten käytännön kokemuksiin. Opinnäytteeni yhtenä tarkoituksena on antaa kokijoiden äänen kuulua ja heidän kertomustensa näkyä läpi koko työn. Annan tekstissä äänen kaikille yhdeksälle kirjoittajalle: Auroralle, Eveliinalle, Inkalle, Katariinalle, Lindalle, Luanalle, Nadjalle, Onervalle ja Soinnulle, jotka esiintyvät tässä työssä nimimerkeillä. He ovat 20–61-vuotiaita naisia, joiden sairaushistoriasta löytyy niin anoreksiaa, bulimiaa, ahmintahäiriötä kuin muitakin epätyypillisiä syömishäiriöitä. Tutkimusaineistosta kerrotaan lisää luvussa viisi. Aineistosi-
taatit ovat suoria lainauksia kokemuskirjoituksista mutta niiden tulkinnat ovat tutkimuksen tekijän.

3.1 Syömishäiriöt

ICD10-tautiluokituksessa syömishäiriöt on jaettu kahdeksaan kategoriaan. Niistä tunnetuimmat ovat laihuushäiriö (*anorexia nervosa*) ja ahmimishäiriö

(*bulimia nervosa*). Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat kuitenkin epätyypilliset syömishäiriöt, joissa voi olla piirteitä eri syömishäiriöistä, mutta ne eivät täytä anoreksian tai bulimian diagnostisia kriteereitä. Näistä tavallisin on erityisesti aikuisten sairastama ahmintahäiriö BED (*binge eating disorder*), joka kuuluu ICD10-luokkaan ”muu määritetty syömishäiriö”. Ns. ortoreksiaa eli pakonomaista pyrkimystä terveelliseen elämäntapaan ei löydy virallisesta diagnosiluokituksesta. Viime aikoina julkisuudessaakin paljon keskustelua herättänyt pakonomainen kuntoilu ja lihasten muokkaaminen kuuluu dysmorfisiin ruumiinkuvahäiriöihin. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 24.)

Nadjan syömishäiriö on epätyypillinen - ja siksi tyypillinen. Sille on ominaista pyrkimys kontrolliin, suorittamiseen ja tunteiden säätelyyn, joka on monenlaisien syömishäiriöoireiden taustalla. Yhtäläisestä diagnoosista huolimatta syömishäiriön psyykkinen merkitys on kuitenkin jokaiselle sairastuneelle aina yksilöllinen (Charpentier 2010, 10). Nadjan syömishäiriö liittyy tarpeettomuuden kokemukseen, ja työttömyys on pahentanut hänen oireitaan.

En tiedä mitkä kaikki asiat vaikuttivat siihen että syömishäiriö alkoi uudestaan oireilla, mutta varmasti yhtenä tekijänä oli pitkä työttömyys. Ehdin miettiä työtä ja työttömyyttä monelta kantilta. Päällimmäisenä ajatus että minua ei tarvitse kukaan -- Näin mä pystyn kontrolloimaan itseäni, enkä mä saa nauttia syömisestä. Sen täytyy olla rangaistuksen aihe. Se on kuin kallis salaisuus jonka halua pitää itsellään. (Nadja)

Syömishäiriöiden yleisyydestä on vaikea saada luotettavaa ja täsmällistä tietoa, koska vain pieni osa syömishäiriöpotilaista hakeutuu hoidon piiriin ja epidemiologisissa kyselytutkimuksissa syömishäiriöitä sairastavat jättävät usein vastaamatta (Keski-Rahkonen ym. 2001, 863–864). Syömishäiriöt ovat väestötasolla harvinaisia mutta nuorilla ja nuorilla aikuisilla naisilla yleisiä mielen-terveysongelmia: noin 7 % suomalaisnaisista sairastaa syömishäiriön ennen 30. ikävuottaan (Keski-Rahkonen 2010, 2209). Laihuushäiriön ja ahmimishäiriön esiintyvyydet jäivät väestötasolla arviolta yhteen tai kahteen prosenttiin. Suurin ryhmä on epätyypilliset syömishäiriöt, joiden esiintyvyys on noin 3–5 prosenttia. Ahmintahäiriö BED:n esiintyvyys koko väestössä on arviolta jopa

3 % eli heitä on siis jopa 100 000 suomalaista, mutta heidän syömishäiriönsä tunnistetaan vielä heikosti. (Keski-Rahkonen 2010, 2209; Keski-Rahkonen ym. 2013, viii–ix; Pyökäri ym. 2011, 1649.) Oikeat luvut ovat todennäköisesti vielä paljon suurempia.

Syömishäiriöön sairastutaan tavallisimmin 15–20 vuoden iässä, ja anoreksiaan keskimäärin nuorempana kuin bulimiaan. Aaltoileva oireilu jatkuu usein aikuisuuteen. Anoreksia ja bulimia kestävät keskimäärin kuusi vuotta ja ahmitahäiriö keskimäärin jopa neljätoista vuotta. Anoreksian tai bulimian puhkeaminen yli 25-vuotiaana on harvinaista, mutta ei mahdotonta. (Keski-Rahkonen 2010, 2209; Pyökäri ym. 2011, 1653.)

Syömishäiriöiden etiologiaa eli syitä selvittäneessä tutkimuskirjallisuudessa on sairauden taustatekijöinä perinteisesti esitetty muun muassa vaativa ja perfektionistinen temperamentti, huono itsetunto sekä kiintymyssuhteessa koettu epävalidoivuus (kuulluksi tulemisen puute) ja puuttuva perusturvallisuus. Syömishäiriö voi syntyä, kun henkilölle ei kehity tervettä tunteiden säätely- ja tunnistuskykyä ja yhteys omiin tunteisiin, ajatuksiin ja tarpeisiin jää puutteelliseksi. Sairastunut korvaa tunteet ja tarpeet erilaisilla turvallisuutta tuovilla säännöillä tai muilla epäadekvaateilla toimintamalleilla. (Charpentier 2010, 16; Juntunen 2013.)

Tällä hetkellä tutkitaan paljon myös syömishäiriöiden perinnöllistä alttiutta. On löydetty viitteitä, että jopa 50–80 % syömishäiriöalttiudesta selittyy geneettisillä tekijöillä. Se on samaa suuruusluokkaa kuin skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön periytyvyys. Sairauden puhkeamisessa kulttuuri- ja ympäristötekijät ovat kuitenkin avainasemassa. Epigeneettisen säätelyn arvioidaan vaikuttavan myös sairauden kulkuun. Epigeneettinen säätely tarkoittaa ympäristötekijöiden vaikutusta geenien ilmenemiseen. Esimerkiksi äidin raskaudenaikainen ravitsemus ja lapsen imeväiskauden ravitsemus vaikuttavat lapsen syömistä säätelevien geenien aktiivisuuteen. Syömishäiriöiden oletettua ”biologisempi” etiologia saattaa tulevaisuudessa vaikuttaa sairauteen liittyvää stigmaa vähentävästi, kun yksilön kyky vaikuttaa sairauden puhkeamiseen, kulkuun ja toipumiseen on mahdollisesti oletettua heikompi. (Raevuori 2013.)

Syömishäiriöt ovat vakavia sairauksia, jotka lisäävät merkittävästi kuolemanriskiä. Laihuushäiriötä sairastavien kuolemanriski on kuusinkertainen muuhun samanikäiseen väestöön verrattuna ja ahmimishäiriötä sairastavillakin kolminkertainen (Syömishäiriöt 2014). Toipuminen on yleensä pitkä prosessi. Potilas voi kokea paranemisen samanaikaisesti sekä toivottavaksi että pelottavaksi, jolloin oireista luopuminen vaatii vankkaa luottamusta hoitosuhteessa (Charpentier 2008, 273–274).

3.2 Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoito

Terveydenhuollossa syömishäiriöiden tunnistaminen on edelleen puutteellista ja vaikeampaa kuin muiden mielenterveysongelmien (Suvisaari & Suokas 2009, 56). Ammattilaiset tunnistavat arviolta vain noin puolet anoreksiatapauksista ja alle kolmanneksen bulimiatapauksista. Usein sairauden havaitsee ensimmäisenä joku läheinen, sillä sairastunut itse ei aina ymmärrä tilanteen vakavuutta. (Keski-Rahkonen 2010, 2210.)

Viive oireiden alkamisesta syömishäiriön diagnosoimiseen on usein pitkä. Syömishäiriöiden varhainen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä se parantaa hoidon vaikuttavuutta ja paranemisennustetta. Syömishäiriöiden tunnistamiseen voidaan käyttää kliinisten tutkimusten ohella erilaisia kysely- ja seulontamenetelmiä, kuten esimerkiksi ruokapäiväkirjaa, BES-syömistapakyselyä (Binge Eating Scale) ahminnan selvittämiseen, EDI-kyselyä (Eating Disorder Inventory) ja perusterveydenhuoltoon tarkoitettua SCOFF-syömishäiriöseulaa, joka löytyy liitteestä 1. (Suvisaari & Suokas 2009, 56–59.)

Syömishäiriöitä pyritään ensisijaisesti hoitamaan avohoidossa. Vaikean syömishäiriön hoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tai syömishäiriöiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä. Hoito sisältää yleensä muun muassa ravitsemustilan korjaamista, lääkehoitoa, neuvontaa ja terapiaa. Hoito on tasapainottelua psyykkisen ja somaattisen oireiston välillä.

Näyttö psykoterapioiden tehosta anoreksian hoidossa on vaihteleva. Nuoret, lyhyen aikaa sairastaneet potilaat hyötyvät tutkimusten perusteella perhepohjaisesta hoidosta ja perheterapiasta. Aikuispotilaat hyötyvät enemmän yksilöterapiasta. Suurin vaikutus saattaa syntyä terapeuttisesta ilmapiiristä. Ahmimis- ja ahmintahäiriön osalta vaikuttaviksi on osoitettu kognitiivis-behavioraalinen ja interpersonaalinen psykoterapia (IPT). IPT:ssa terapian kohde ei ole varsinaisesti syömishäiriö vaan ihmissuhteet ja niissä ilmenevät ongelmat. IPT:ssa syömishäiriö nähdään pikemmin vuorovaikutussuhteisiin liittyvänä ilmiönä kuin vain sairastuneen psyykkisinä ongelmina. Anoreksian ja bulimian hoidossa on saatu lupaavia tuloksia myös päihderiippuvaisten hoitoon kehitetyllä motivoivalla keskustelulla, jolla pyritään tunnistamaan potilaan muutosvaihe, herättämään muutosmotivaatio, ratkaisemaan siihen liittyvät ristiriidat ja etenemään seuraavaan vaiheeseen. (Syömishäiriöt 2014.)

Syömishäiriöhoidon haasteena on ollut paitsi oireiden heikko tunnistaminen, myös oireiluun liittyvä yleinen näkymättömyys ja häpeä. Tilannetta on heikentänyt hoitojärjestelmän epätasa-arvoisuus eli erikoistunutta syömishäiriöhoitoa on ollut saatavilla lähinnä akuutisti sairaille nuorille anoreksiapotilaille pääkaupunkiseudulla ja muutamissa muissa kaupunkikeskuksissa. Syömishäiriöiden hoitotulokset ovat aiempina vuosikymmeninä olleet usein vaatimattomia. Psykologiassa etsitään syömishäiriöihin jatkuvasti uusia ratkaisuja, joista yksi on transteoreettiset mallit, jotka korostavat yksilöllistä funktio- ja käyttäytymisanalyysia diagnoosilähtöisyyden sijaan (Tuomisto 2006, 4).

Näistä tunnetuimpia on syömishäiriötutkija Christopher Fairburnin ja kumppaneiden (2003, 509–528) kognitiivisen käyttäytymisterapian pohjalta kehittämä syömishäiriöiden transdiagnostinen hoitomalli, joka luotiin alun perin bulimian hoitoon ja laajennettiin myöhemmin koskemaan kaikkia syömishäiriöitä. Siinä diagnoosilla ei ole juuri merkitystä vaan hoidon pohjana ovat kaikkia syömishäiriöitä yhdistävät samat kliiniset piirteet, sama prosessi ja potilaiden liikkuminen diagnoosirajojen yli. Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy yleensä psyykkistä pahoinvointia, ahdistusta, lisääntynyttä itsetarkkailua ja jäykkiä ajattelumalleja, vaikka yhdellä skeemaan kuuluu ahminta ja toisella laihduttaminen. Nelivaihei-

nessa mallissa keskitytään tunnistamaan ja uudelleen käsitteellistämään jokaisen yksilön oireketjua ylläpitäviä tekijöitä, kuten perfektionismia, itsetunto-ongelmia, tunnesäätelyongelmia tai interpersonaalaisia suhteita.

Transdiagnostinen hoitomalli olisi saattanut sopia Lindalle, jonka mukaan diagnooseista voi olla joskus myös haittaa. Ne ovat vaikuttaneet siihen, miten hänet on kohdattu mielenterveyspalveluissa.

Olin monen vuoden sairaushistorian takia jo kadottanut itseäni ja kokemusta siitä, että olen hyvä ihminen ja riittävä. Koin diagnoosien määrittävän minut, myös mielenterveyspalveluissa. Koin lausuntojen myötä olevani jo jollain tapaa toivoton ja menetetty tapaus. (Linda)

3.3 Erityisherkyys

Erityisherkyys on viime vuosina kirjallisuuteen ja julkiseen keskusteluun noussut ilmiö, josta ei ole vielä erityisherkkyyden nimellä kovin runsaasti tieteellistä tutkimusta. Yhdysvaltalainen psykologian tohtori Elaine N. Aron ja psykologian professori Arthur Aron julkaisivat vuonna 1997 ensimmäisen erityisherkkyyttä käsittelevän tieteellisen artikkelin, jossa esiteltiin erityisherkkyyden käsite ja 27 kysymyksestä koostuva mittari. Sittemmin Elaine Aron on julkaissut tietokirjan, jota on käännetty jo 18 kielelle, myös suomeksi (2016). Aron kehitti termin *highly sensitive person (HSP)*, joka on käännetty suomeksi erityisherkkä ihminen. Sen rinnalla käytetään myös termejä tunne- ja aistisherkkä ihminen, (erityisen) herkkä ihminen, erityisen sensitiivinen ja hyvin sensitiivinen persoonallisuus. Tieteellisissä yhteyksissä puhutaan usein täsmällisesti aistitiedon käsittelyn herkkyydestä (*sensory processing sensitivity, SPS*). Aistitiedon käsittelyn herkkyyttä on tutkittu muun muassa persoonallisuus- ja temperamenttitutkimuksen sekä evoluutiobiologian näkökulmista (ks. esim. Aron & Aron 1997; Aron ym. 2012).

Aistitiedon käsittelyn herkyys on pitkälti synnynnäinen, geneettinen ominaisuus. Se on tutkimuksissa alustavasti paikannettu aivojen serotoniini- ja dopamiiniaineenvaihduntaan vaikuttaviin geeneihin. Myös monilla eläinlajeilla,

muun muassa kaloilla, linnuilla, koirilla ja apinoilla, esiintyy vähemmistönä erityisherkkiä. Herkkyyden ilmeneminen vaihtelee lajeittain mutta yleisesti voidaan sanoa, että sille on ominaista havaintojen syvällinen käsittely ennen toimintaan ryhtymistä. Keskimäärin 15–20 prosenttia ihmisistä on erityisen herkkiä. Erityisherkyys on luokka eikä suure: ihmiset pääsääntöiset joko ovat erityisherkkiä tai eivät ole. (Aron 2016, 13–16; Aron ym. 2012.)

Erityisherkyys muodostuu temperamentista, emotionaalisesta reagoivuudesta ja aistiherkkyydestä. Sensitiivisyys on tunnettu modernissa psykologiassa jo pitkään. Erityisesti persoonallisuuspsykologiassa ja monissa temperamenttiteorioissa viitataan herkkyyteen (*sensitivity*), reaktiivisuuteen ja emotionaalisuuteen, joten näistä teorioista löytyy kytköksiä Aronin erityisherkkyyden määritelmään. Erityisherkyys eli aistitiedon käsittelyn herkyys tarkoittaa ihmisen voimakkaampaa reagointia uusiin tilanteisiin ei-tietoisella, neurologisella tasolla. Olennaista reaktioissa on myös palautumisaika, sillä pitkittyvät reaktiot voivat aiheuttaa stressiä ja epämukavuutta. Toisaalta herkkä reagointi voi johtaa myös voimakkaisiin positiivisiin reaktioihin, mikä on yksilölle suuri voimavara. Aistiärsykkeiden prosessoinnin herkyys on myös yhteydessä emootioiden kokemiseen ja ihmissuhdetyyleihin. Erityisherkkät saavat usein kuulla ympäristöltään, että he reagoivat asioihin liian voimakkaasti. (Kurkela 2014, 3–4, 15–21.)

Erityisherkkyyden piirteitä voidaan kuvata kirjainlyhenteellä EVÄS. Kuvaus pätee yleisellä tasolla mutta ei tyhjentävästi koko ilmiöön. E tarkoittaa emotionaalisuutta eli tunnereaktioiden painottamista ja vahvaa empatiaa. Herkillä ihmisillä aivojen aktiivinen peilisolujärjestelmä auttaa vaistoamaan muiden tunteita. V tarkoittaa herkkyyttä ympäristön vivahteille. Kyse ei ole poikkeuksellisista aisteista vaan siitä, että erityisherkkän aivoissa aktivoituvat aistitiedon monimutkaisemmasta käsittelystä vastaavat alueet. Ä tarkoittaa ärsykkeiden liiallisuutta eli sitä, että erityisherkkä saa helposti liikaa ärsykejä ja uupuu helposti. Muut ihmiset eivät väsy yhtä nopeasti, koska he eivät havaitse kaikkia samoja asioita kuin erityisherkkä. S tarkoittaa syvällistä käsittelyä. Erityisherkkän perustaviin ominaisuuksiin kuuluu, että hän tarkkailee, pohtii ja käsittelee

tietoa syvällisesti ennen kuin toimii. Erityisherkkyyden ilmeneminen ei kuitenkaan ole kaikilla herkillä identtistä. Se myös muuttuu samalla ihmisellä eri aikoina. (Aron 2016, 10, 16–21.)

Moni erityisherkkä löytää ominaisuutensa vasta aikuisiällä. Kaikilla ei ole lapsena varaa olla herkkiä. Erityisherkan lapsen kokemaa hyväksyntää ja turvallisuutta parantaa tunteiden ymmärtäminen ja ylivirtitymisen tunnistaminen, omaehtoisuuden ja yksinolon mahdollisuus. Epävalidoiva ympäristö ohjaa välttämään tunteiden näyttämistä ja avun pyytämistä. Jos on tukahduttanut herkkyyttään kauan ja piiloutunut roolien taakse, itsensä löytäminen voi olla kivuliaskin muutosprosessi. Toisaalta jotkut erityisherkkät ovat ääritilanteissa poikkeuksellisen vahvoja ja tasapainoisia opittuaan selviytymään ja kantamaan vastuuta myös muista ihmisistä. (Satri 2015, 62–63, 158–159.)

Monissa tutkimusaineiston kirjoituksissa toistuu kokemus siitä, että oma herkkyys on täytynyt lapsena piilottaa. Se ei ole sopinut lapsuusperheen tai lähiympäristön vuorovaikutusympäristöön ja näin yksi puoli itsestä on opittu tukahduttamaan. Oman vääränlaisuuden kokemuksen on nähty vaikuttavan myös syömishäiriöalttiuteen. Eveliina, Katariina, Aurora ja Inka kertovat, kuinka heidän on täytynyt lapsena ja nuorena piilottaa omaa herkkyyttään. Vahvuudesta ja yksin pärjäämisestä on tullut heille opittu selviytymiskeino.

Opin lapsena myös ajatuksen, että tulee olla vahva, eikä saa näyttää herkkyyttä esim. itkeä. Tämä on ollut hyvin vahingollista näin jälkikäteen ajateltuna. Olin lapsena myös hyvin omaa elämää kontrolloiva. Hain rutiineista ja ennakkoinnista turvallisuuden tunnetta. (Eveliina)

Mielestäni oma erityisherkkyyteni ilmeni noihin aikoihin ehkä hie-man poikkeavalla tavalla: eristäytymisenä, toisten seuran tietoisena välttelynä, ja sillä asenteella että yksin on pärjättävä vaikka tuntuisi miltä. (Katariina)

Aloin muodostaa itselleni kovaa, kaikessa pärjäävää ja menestyvää ulkokuorta ja identiteettiä itselleni, ja herkkyys peittyi sen varjoon. (Aurora)

En ole aina kokenut olevani erityisherkkä. Herkkyys oli minulle pitkään negatiivinen ominaisuus. Liitin sen tosi paljon ujouteen ja hiljaisuuteen ja ne olivat sellaisia negatiivisia ominaisuuksia, joista piti ympäristön painostuksesta päästä eroon. Samoin herkkyydestä. (Inka)

AISTITIEDON KÄSITTELYN HERKKYYS ELI

ERITYISHERKKYYS

Erityisherkillä (Highly Sensitive person, HSP) on tavallista herkemmin reagoiva ja aistiärsykeitä syvällisesti prosessoiva hermojärjestelmä.

Se on synnynnäinen psykofyysinen ominaisuus, jota tutkimusten mukaan esiintyy eriasteisena

15-20%:lla

ihmisistä, yhtä paljon naisilla ja miehillä.

ERITYISHERKKYYS EI OMINAISUUTENA POISSULJE TAI AIHEUTA MUITA PERSONALLISUUDEN TAI KÄYTÖKSEN PIIRTEITÄ.

YHTEISTÄ ERITYISHERKILLE VAIN:

ELAINE N. ARON

| | |
|--|--|
| AISTIÄRSYKKEIDEN JA TIEDON SYVÄLLINEN PROSESSOINTI (TIETOINEN JA TIEDOSTAMATON). | TUNNE-ELÄMÄN VOIMAKKUUS, EMOTIONAALINEN REAKTIOKYKY (TUNTEET, EMPATIA) |
| KUORMITTUMISALTTIUS (YLIVIREYS, YLIKUORMITUS) | TARKKA HAVAINNOINTIKYKY (VIVAhteiden aistiminen). |

EI SIIS OLE KAHTA SAMANLAISTA

Erityisherkkyyden kokemus on jokaisella erilainen. Se voi ilmetä usealla eri osa-alueella ja eri voimakkuudella:

FYYSISENÄ (AISTIHERKKYYS SEKÄ MUU KEHOLLINEN HERKKYYS),
SOSIAALISENÄ (VUOROVAIKUTUSTILANTEET, TUNNEÄLY),
PSYYKKISENÄ (TUNNEHERKKYYS, LUOVUUS) TAI
HENKISENÄ (ARVOT, MERKITYKSELLISYYS)

Elämshakuinen erityisherkkä (HSS, High Sensation Seeker)



ERITYISHERKKÄ VOI OLLA INTROVERTTI, EKSTROVERTTI TAI SILTÄ VÄLILTÄ (AMBIVERTTI). KANNATTAA TUTUSTUA.

LUE LISÄÄ: [HSPELAMAA.NET](https://hspelamaa.net)

(C) ERITYISHERKÄN ELÄMÄÄ, PHOTOCREDIT: CANVA.COM, FREEPIK.COM

Kuva 2. Erityisherkkyyden (hspelamaa.net s.a.).

3.4 Erityisherkkyyden ja mielenterveys

Perustaltaan biologisena ominaisuutena erityisherkkyyden voidaan määritellä osaksi temperamenttia. Temperamenttitutkimuksessa herkkyyttä on tutkittu myös ujoutena, estyneisyytenä sekä reaktiivisuutena ja kehityspsykologiassa erityisenä haavoittuvuutena. Kaikki herkät eivät kuitenkaan ole ujoja tai estyneitä tai muutenkaan luokiteltavissa. Osa herkistä on ekstroverteja, osa introverteja ja osa siltä väliltä, kuten myös kuvassa 2 kerrotaan. Introverttien osuus HSP-ihmisissä on kuitenkin suuri, arviolta 70 prosenttia. Ympäristö ja kasvatus vaikuttavat osaltaan siihen, millaiseksi persoonallisuus kehittyy ja miten hermostollinen herkkyys ilmenee. Erityisherkkien kohdalla kasvu-ympäristö vaikuttaa poikkeuksellisen paljon joko myönteiseen tai kielteiseen suuntaan. Herkät ihmiset ovat muita herkempiä myös ympäristölleen. He joutuvat opettelemaan itselleen sopivia tapoja ärsykkeiden käsittelyyn ja kuormituksesta palautumiseen. Voimakas herkkyys ympäristön vaikutuksille näkyy siinä, että arviolta puolet mielenterveyspotilaista on erityisherkkiä. (Kurkela 2014, 13; Satri 2014, 18, 33; Satri 2015, 38–40.)

Erityisherkkyyden mielestäni huonosti huomioon otettuna altistaa syömishäiriölle omalta osaltaan. Lapsena olisin ehkä tarvinnut sitä, että herkkyyteni asioita kohtaan olisi huomioitu ja sitä olisi tuettu positiivisesti niin, ettei minun olisi tarvinnut piilottaa sitä. Ajattelen, että erityisherkkyyden on valitettavasti hyvä ponnistuslauta syömishäiriöille, koska toimimisen kannalta herkkyys pitää syömishäiriöajattelun voimissaan hyvin pitkään. Olen itse kokenut, että herkkyyteni muita kohtaan on ollut omiaan sille, etten osaa pitää puoliani ihmissuhteissa, rajata omaa elämää hyvinvoinnin kannalta hyödyllisesti, vaan jouston liikaa miellyttääkseni muita ja teen asioita miellyttääkseni muita. (Eveliina)

Synnyntäinen erityisherkkyyden ei tarkoita automaattisesti sitä, että ihminen sairastuisi psyykkisesti tai joutuisi kiusatuksi ominaisuutensa takia. Kuka tahansa voi kohdata traumoja tai kriisejä elämässään. Toisinaan herkkyys tekee ongelmista vaikeampia, mutta herkkyyden ymmärtäminen antaa ongelmiin myös

ratkaisuja ja selviytymiskeinoja. Eritysherkän tragedia saattaa olla se, että hän päätyy miellyttämään muita, koska ristiriidat tuntuvat hänestä niin vaikeilta - kuten Eveliina edellä kuvaa. Tämä voi tehdä herkstä puolustuskyvyttömän. Erityisherkkien joutuminen kiusaamisen kohteeksi muita helpommin johtuu usein siitä, että herkän ihmisen luontaisesta olemuksesta puuttuu aggressiivisuus. Osa herkistä pyrkii selviytymään suostumalla kaikkeen ja olemalla näkymättömiä. Lisäksi herkat reagoivat voimakkaasti ja heistä on helppo nähdä, että pienetkin asiat vaikuttavat heihin tunnetasolla voimakkaasti. Erityisherkkä kantaa usein lapsuuden kiusaamiskokemusta mukanaan aikuisuuteen asti ja saattaa oireilla kehoillisesti vastaavissa tilanteissa, esimerkiksi havaitessaan työpaikalla tapahtuvaa kiusaamista. Toisaalta erityisherkkä voi vastustaa kiusaamista, jos hänellä on hyvät sosiaaliset taidot ja kyky puolustaa itseään ja muita. (Satri 2014, 34; Satri 2015, 41–43, 50–52.)

Erityisherkkyyys ei ole sairaus, vamma tai häiriö vaan neutraali ominaisuus. Tämä ei ole aina selvää edes kaikille itsensä erityisherkkäksi mieltäville. Esimerkiksi Nadja kertoo, että ei ole saanut erityisherkän diagnoosia. Sekaannus ei sinänsä ole ihme, sillä omiin reaktioihin saattaa olla vaikea suhtautua. Moni erityisherkkä on saattanut koko ikänsä tuntea olevansa vääränlainen suhteessa ympäristöön. On myös olemassa diagnooseja, joiden piirteet muistuttavat erityisherkkyyden piirteitä. Tästä Katariinalla puolestaan on oma kokemuksensa: hän uskoo olevansa vain erityisherkkä, joka on saanut virheellisesti syömishäiriödiagnoosin.

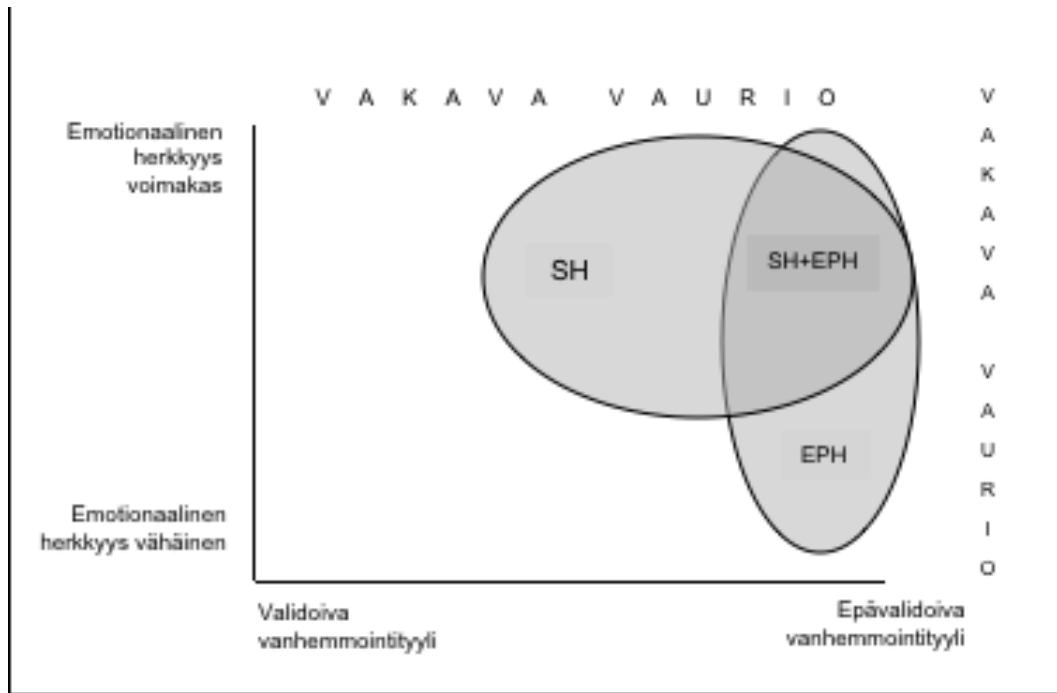
En ole kokenut saavani kovinkaan paljon apua, en erityisherkkänä enkä syömishäiriöisenä. Kukaan ei ole koskaan diagnosoinut minua erityisherkkäksi. (Nadja)

Tänä päivänä - tutustuttuani erityisherkkyydestä kertovaan lähdeaineistoon, voin vain todeta, että uskon vakaasti olevani erityisherkkä joka sai väärän diagnoosin nimeltä epätyypillinen syömishäiriö; tuon kyseisen diagnoosinimikkeen alle mahtuu suuri kirjo erilaisia määritteitä jotka voivat johtaa myös virhediagnoosiin kuten kävi kohdallani. (Katariina)

Erityisesti autismin kirjon häiriön - varsinkin Aspergerin oireyhtymän - ja erityisherkkyyden yhteiset piirteet ja niiden yhteys syömishäiriöihin on herättänyt paljon keskustelua. Yhteistä erityisherkkyydelle ja Asperger-piirteille on (keskimäärin) aistiherkkyys, varovaisuus sosiaalisissa tilanteissa ja vetäytyminen omiin oloihin. Erona kuitenkin on, että erityisherkkä on yleensä hyvä lukemaan sosiaalisia tilanteita ja toisten tunnetiloja. Erityisherkkä on myös yleensä kiinnostunut monesta erilaisesta asiasta eikä vain erityisen kiinnostunut yhdestä tietystä asiasta, ja erityisherkällä on usein vilkas mielikuvitus. Aspergerin oireyhtymän ja syömishäiriön yhteisinä piirteitä on puolestaan pidetty puutteita mentalisaatio- ja empatiakyvyssä sekä syömiseen liittyviä rutiineita ja rajoitteita. Toisaalta useimmilla syömishäiriöpotilailla nämä vaikeudet helpottavat toipumisen myötä, mikä saattaisi viitata pikemmin huonosti validoituun herkkyyteen kuin varsinaiseen Aspergerin oireyhtymään. Erotusdiagnoosin kannalta oleellista on, onko Asperger-oireita ollut jo ennen syömishäiriötä. (HSP - Suomen erityisherkkät ry 2018; Juntunen 2013; Satri 2014, 32–33.)

Kirjallisuudessa törmää toisinaan myös erityisherkkyydelle läheiseen mutta kuitenkin siitä erilliseen käsitteeseen *emotionaalinen yliherkkyys*, joka tarkoittaa, että henkilö reagoi nopeasti ja voimakkaasti näennäisen pieneen ärsykeeseen. Piirre on usein liitetty esimerkiksi epävakaaseen persoonallisuushäiriöön, jonka yhteyttä syömishäiriöihin myöskin on tutkittu. Synnynnäinen emotionaalinen yliherkkyys altistaa usein kielteisille tunteille ja niihin jumittumiselle. Yhdistettynä perfektionismiin, subjektiivisuuteen ja kielteiseen minäkuvaan sen nähdään altistavan myös syömishäiriöille. (Charpentier 2010, 7; Claude-Pierre 2000; Juntunen 2013.)

Kuvassa 3 on esitetty emotionaalisen herkkyyden ja vanhemmoinnin validoituuden vaikutuksia sairastumiseen Pia Charpentierin (2010, 21) mukaan. Kuvassa syömishäiriöpotilaat (SH) sijoittuvat sektorille, jossa herkkyys on voimakas ja vanhemmointi kohtalaisesti tai vakavasti epävalidoivaa. Epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivät potilaat (EPH) sijoittuvat sektorille, jossa herkkyys on joko vähäistä tai voimakasta ja vanhemmointi erityisen epävalidoivaa. Näiden leikkauskohtaan sijoittuvat SH/EPH-potilaat. Vakavaa vaurioitumista esiintyy herkkyyden ja epävalidoivan vanhemmoinnin ääripäissä.



Kuva 3. Vanhemmuuden validiteetin ja emotionaalisen herkkyyden vaikutus sairauden ilmenemismuotoon ja vakavuuteen (Charpentier 2010).

Tutkimusaineistossa on mukana myös epävakaa persoonallisuushäiriön diagnoosin saanut Sointu. Hän kuvaa epävalidoivaa kasvuympäristöään seuraavasti:

Lapsuskoti turvaton; vanhemmille maistui alkoholi; riitelivät nyrkit ojossa jopa selvinkinpäin, 2 nuorempaa siskoa, olin odotettu esikoispoika pienviljelystilalle, mutta synnyinkin tyttönä. (Sointu)

Ensimmäisiä ihmisiä, joka nosti esiin syömishäiriöiden taustalla olevan äärimmäisen emotionaalisen herkkyyden, oli kanadalainen psykologi Peggy Claude-Pierre (2000, 56–58, 65–69, 167–170). Hänen mukaansa herkkyys voi altistaa voimakkaalle kielteisyydelle, joka puolestaan voi kehittyä syömishäiriöksi. Syömishäiriöille altistava kielteisyystila liittyy Claude-Pierren mukaan synnynnäiseen temperamenttiin, joka näkyy jo lapsuudessa herkkyytenä, kiltteytenä ja voimakkaana taipumuksena kantaa vastuuta koko ympäristön hyvinvoinnista. Sairastuneen kielteisyydellä korostuu syvä arvottomuudentunne ja oman minuuden kadottaminen. Claude-Pierre korostaa syömishäiriötä sairastavan hoidossa kielteisen mielen haastamisen välttämättömyyttä,

rajoja ja rakkautta. Olennaista on vastata kielteiseen puheeseen myönteisesti, empaattisesti, kärsivällisesti ja lempeästi.

Syömishäiriöön sairastuneet itse kuvaavat kokemuskertomuksissaan syömishäiriön usein oireena jostakin. Usein taustalta löytyy kokemus omasta herkkyydestä, jonka on joutunut salaamaan ja tukahduttamaan. Herkkyyden ja etenkin sen tukahduttamisen sairastuneet kokevat altistavana tekijänä syömishäiriöille. Tutkimusaineiston kirjoituksissa ei suoraan sanallisteta sairastumisen taustalla olevaa kielteisyyttä vaan pikemminkin koettua vääränlaisuutta sekä kokemuksia itsen kadottamisesta ja piilottelusta, jopa sisäisestä kaaoksesta. Tilalle tulee elämän suorittaminen ja kontrolli ulkoisista lähtökohdista käsin, kuten Onervakin kuvaa.

Aasin siltana tästä päästään syömishäiriöön, joka on oma tapansa suorittaa elämää. Se on myös tapa kontrolloida kaikkea - etenkin sisäistä kaaosta, joka kuvastaa hyvin myös erityisherkin ihmisen sisäistä maailmaa. (Onerva)

4 MIELENTERVEYSTYÖ

Opinnäytetyössä selvitetään erityisherkkyyden ja syömishäiriöiden kohtaamista mielenterveystyössä. Mielenterveystyö ymmärretään tässä työssä sosiaalihuoltolain mukaisesti kaikkena sosiaalipalveluihin sisältyvänä mielenterveyteen liittyvänä ohjauksena ja neuvontana sekä psykososiaalisena tukena, yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittamisena sekä yksilöllisiin tuen tarpeisiin vastaavina mielenterveyspalveluina. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 25. §). Mielenterveystyötä tutkitaan opinnäytetyössä kuitenkin asiakkaiden eli kokijoiden näkökulmasta. Tällöin he ovat itse määrittelleet sen, mitä kokemuksia mielenterveystyöstä ovat kirjoituksiinsa sisällyttäneet.

Sosiaalihuollossa palveluiden käyttäjiä kutsutaan asiakkaiksi. Myös tässä opinnäytetyössä käytetään pääasiassa asiakas-käsitettä kuvaamaan mielenterveyspalveluiden käyttäjiä. Sekään termi ei ole täysin ongelmaton sen kau-

pallisten juurien takia. Sosiaalityössä asiakas-termin ajatellaan kuitenkin korostavan autettavan aktiivisuutta, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta sekä palvelun yksilöllisyyttä. Potilas-käsité puolestaan viittaa terveydenhuoltoon, joka ei ole tämän tutkimuksen varsinaisena viitekehyksenä. (ks. esim. Vuorilehto ym. 2014, 54.) Koska tutkittava ilmiö ja aihepiirin kirjallisuus on kuitenkin kytköksissä myös lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon, käytetään joissakin kohdin myös potilas-sanaa, kun painotetaan tutkittavan ilmiön rajapintaa terveydenhuoltoon.

Opinnäytetyössä selvitetään myös sitä, miten vuorovaikutusta mielenterveys-työn kohtaamistilanteissa voisi kehittää vastavuoroisemmaksi. Sosiaalityön ammattilainen tarvitsee työssään erilaisia vuorovaikutuksen tapoja ja tyylejä. Kaarina Mönkkönen (2007) jakaa vuorovaikutuksen tyyliä asiakastyössä asiantuntijakeskeiseen, asiakaskeskeiseen ja dialogiseen. Varsin yleistä on asiantuntijakeskeinen tai työntekijälähtöinen toiminta, jossa työntekijä asettuu asiantuntijaksi asiakkaan yläpuolelle. Asiakaskeskeinen malli puolestaan näkee asiakkaan kuluttajana, jonka toiveita työntekijän tulee noudattaa. Kolmas tie näiden välillä on dialogisuus, johon myös tässä työssä keskitytään. Dialogisuuden tärkeimpiä elementtejä on vastavuoroisuus. Vastavuoroisuus vuorovaikutuksessa tarkoittaa kykyä kuunnella ja arvostaa toisen ajatuksia. Dialogisissa erilaiset näkemykset yhdessä johtavat lopulta parhaisiin ratkaisuihin. Dialogisessa keskustelussa kunnioitetaan asiakasta hänen vaikeasta tilanteestaan tai tunteistaan riippumatta. (Kiikkala 2008, 24; Vuorilehto ym. 2014, 55, 68; Väisänen ym. 2009, 19.) Palaan dialogisuuteen tarkemmin vielä myöhemmin.

Omahoitajakeskusteluista oli vähän, enkä mielestäni saanut niistä tarpeeksi psyykkistä tukea ja syvällisempää sairauden ymmärrystä. Hoito keskittyi lähinnä fyysisen terveydentilan korjaamiseen. Suljetulla suurin osa hoitajista tuntui asettuvan hoidettavien potilaiden yläpuolelle eikä kohtaavan heitä vertaisinaan ihmisinä. Omahoitajan kannattaisi mielestäni pyrkiä olemaan hoidettavan kanssa ”samalla puolella”, jolloin avun ja tuen vastaanottaminen, sekä olisi helpompaa. Minun oli vaikeampaa luottautua omahoitajalleni, koska tunsin, ettei hän ansainnut arvostustani. (Aurora)

Asiakkailta kysyttäessä parhaiten mielenterveystyö auttaa silloin, kun se kykenee suojaamaan ihmistä haavoittuvuudelta ja tukemaan yksilön voimaantumista sekä selviytymistä. Autetuksi tulemista edistävät sellaiset tilanteet, jotka yhdistyvät asiakkaan omaan sisäiseen kokemukseen. Näitä ovat esimerkiksi toimivat keskustelut omahoitajan kanssa. Keskeistä hyvässä kohtaamisessa on luottamus ja avoimuus, empaattisuus, vastuullisuus, huolenpito, kokonaisvaltainen kohtaamis- ja auttamisvalmius sekä kyky ajaa asiakkaan asiaa. Esitäviä tekijöitä puolestaan ovat turvattomuus ja tietämättömyys hoidosta tai tilanne, jossa hoito ei yhdisty asiakkaan omaan sisäiseen kokemukseen. Tämä yhteyden ja ymmärryksen puute näkyy hyvin Auroran edellä kuvaamassa asiantuntijakeskeisessä osastohoidossa. (Hentinen 2009, 46–49; Kiikkala 2008, 22.)

Käytännössä autetuksi tuleminen ja vastavuoroisuus ei siis välttämättä aina toteudu mielenterveystyössä. Avoin dialogi ja kuunteleva keskustelu voi tyhentyä monesta syystä. Näitä syitä voivat olla muun muassa kiire, työntekijän omat kokemukset, arvot ja asenteet tai työpaikan käytännöt. (Vuorilehto ym. 2014, 69.) Toisinaan työntekijän on vain vaikea tavoittaa sairastuneen kokemusmaailmaa. Kuten Inkan seuraava esimerkki osoittaa, työntekijä saattaa omasta mielestään toimia hyvää tarkoittavasti mutta kohdata asiakkaan tavalla, jonka tämä kokee epäkunnioittavaksi:

Koen että suhtautuminen persoonallisuuteeni on ehkä ollut jopa vähän vähättelevää. Tai ikään kuin olisin saanut sitä vahvistusta siihen, että minun täytyy muuttua toisenlaiseksi myös sieltä mielenterveyspalveluista. Esimerkiksi psykiatrini jota tapasin useita kertoja, sanoi ainakin muutamalla kerralla, että hänen mielestään olen viehättävä nainen ja minun pitäisi mennä baariin, niin varmasti saisin miehen. Koin tällaisen kommentoinnin todella asiattomana, enkä myöskään ymmärrä, miten tämä olisi ollut mikään ratkaisu mihinkään ongelmaani. (Inka)

4.1 Kohtaaminen ja vuorovaikutus mielenterveystyössä

Kohtaamisessa tiivistyy auttamistyön eettinen ydin. Suhteessa toiseen ihmiseen tulee vastuulliseksi siitä, millä tavalla kohtaa toisen ja puuttuu toisen elämään. Ihmissuhdetyössä on monia tapoja kohdata toinen ihminen. Vastavuoroinen yhteistyösuhde ja auttava kohtaaminen on mahdollista, kun työntekijä asettuu apua tarvitsevan rinnalle ja tarjoaa sekä ihmisyytensä että asiantuntijuutensa hänen käyttöönsä. (Kiikkala 2008, 22–25.)

Miten kohtaaminen sitten rakentuu asiakkaan mielessä? Siihen vaikuttaa Nadjan mukaan muun muassa se, tuntuuko työntekijä ja kyseinen palvelu ottavan hänet vastaan juuri sellaisena ihmisenä kuin hän on.

Mielenterveystyöntekijöidenkään kanssa ei tunnu siltä että voin heittäytyä ja olla juuri niin sairas kuin olen. Toisten kanssa tuntuu siltä että on oltava sairaampi, toisten kanssa siltä ettei kaikkea voi kertoa. Että tätä työntekijää pitää säästää minulta itseltäni.

(Nadja)

Kohtaaminen tapahtuu aina jossakin kontekstissa. Mielenterveystyölle ja kaikelle muullekin sosiaalityölle rakenteelliset reunaehdot luo sen yhteiskunnalliset ja ulkoa annetut tehtävät, kuten tavoite liittää syrjäytetyt osaksi valtavirtaa. Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde ja kohtaamisen laatu riippuu siis myös siinä toteutettavista tehtävistä. Asiakassuhteet voidaan jakaa sosiaalityön professorin Kirsi Juhilan (2011, 6–7) mukaan neljään tyyppiin: liittämisen- ja kontrollisuhteeseen, kumppanuussuhteeseen, huolenpitosuhteeseen ja vuorovaikutuksessa rakentuva suhde. Näissä suhteissa usein esiintyviä identiteettejä ovat uhrin, toimijan, tukijan ja kontrolloijan identiteetit, jotka myös jäsentävät osapuolten toimintaa ja todentuvat heidän välisessä vuorovaikutuksessa. Liittämisen- ja kontrollisuhteessa sekä kumppanuussuhteessa on sisään rakennettuna aktiivisen kansalaisen ihanne. Sen sijaan huolenpitosuhde korostaa huolenpidon kultuuria ja asiakkaan sosiaalisia oikeuksia. Vuorovaikutuksessa rakentuva suhde muuttuu tilanteisesti ja pitää sisällään myös muiden suhteiden elementtejä. Kieli nähdään keskeisenä vuorovaikutusta rakentavana tekijänä, mutta

siinä on aina läsnä myös kulttuurisia ja yhteiskunnallisia tasoja. (Juhila 2011, 111–114, 149–153.)

Vuorovaikutus on keskeinen osa kaikkea mielenterveystyötä. Merkittävä osa vuorovaikutuksesta on sanatonta. Inhimilliset ominaisuudet kuten kyky tuntea empatiaa, kyky aavistella, miltä toisesta tuntuu tai erilaiset intuitiiviset kyvyt liittyvät peilisoluihin, jotka herkillä ihmisillä toimivat tavanomaista aktiivisemmin. Nämä toiminnot ovat tärkeitä vuorovaikutustyössä. Kun puhutaan mentalisaatiokyvystä, tarkoitetaan peilisolujen psykologista puolta eli ominaisuutta, jonka ansiosta ihminen kykenee erittelemään tunteitaan ja kokemuksiaan, ennakoimaan tai kuvittelemaan toisen ihmisen ajatuksia tai pohtimaan omaa osuuttaan toisen ihmisen kokemukseen. (Väisänen ym. 2009, 26–28.)

Sanatonta viestintää ovat muun muassa keskusteluetäisyys, katseet, kosketukset, kehon liikkeet, eleet ja pukeutuminen. Sanaton vuorovaikutus alkaa jo ennen keskustelua ja synnyttää ensivaikutelman. Eleet, ilmeet ja äänensävyt ovat osa persoonaa mutta myös kulttuurin ja ammatin kautta opittuja asioita. Terveystieteissä ja sosiaalisilla sisäistetään tiettyjä rooleja, puhetapoja ja eleitä, jotka heijastavat koulutusta ja työpaikkaa. (Väisänen ym. 2009, 28–29.)

Auttamistyöhön liittyvää vuorovaikutusta on kuvattu myös kulttuurisena tanssina, jossa osapuolet kutsuvat toisiaan tiettyihin askelkuvioihin. Molemmat vaikuttavat tanssin kulkuun ja voivat käyttää siinä valtaa. Vaikka työntekijän askelet ylläpitävät keskustelun asetelmia yleensä enemmän kuin asiakkaan, keskustelun sisällöllinen 'viejä' on paljon monitulkintaisempi kysymys. Tanssin metafora auttaa ymmärtämään, miksi samoista rooliasemista käsin voi tapahtua hyvin erilaisia asioita. Tanssilaji tarkoittaa ymmärrystä siitä, mistä vuorovaikutuksessa kulloinkin on kyse. Lajin lisäksi myös tyyllillä on väliä: se viestittää tanssijan suhdetta niihin merkityksiin, joita vuorovaikutuksessa käsitellään. Sanottu saa merkityksensä aina kulloisenkin tanssilajin ja -tyylin puitteissa mutta vuorovaikutuksen asetelmaksi se muuttuu vasta silloin, kun molemmat osapuolet toimivat siihen sopivalla tavalla. (Suoninen 2000, 67–70; 100–101.)

Eveliina kuvaa, kuinka hän koki jäävänsä yksin diagnoosin saatuaan. Ikään kuin yhteistä tanssilajia ja -tyyliä, ymmärrystä tilanteen merkityksestä ja osapuolten suhteista käsiteltäviin asioihin, ei olisi vuorovaikutuksessa koskaan löytynyt.

Yleisesti ottaen olisin toivonut saavani tukea mielenterveyspalveluissa siihen, että mitä syömishäiriö tarkoittaa ja miten siitä toivutaan. Sain sieltä diagnoosin ja lääkepurkin käteen, mutta kukaan ei puhunut siitä sen jälkeen mitään, eikä oikeastaan sen antamisenkaan hetkellä. Etsin jälkikäteen netistä tietoa, että mikä tämä tällainen ahmimistyyppinen syömishäiriö oikein on. Olisin myös toivonut silloin tietoa, että en ole ainoa, jolla on tällainen syömishäiriö. (Eveliina)

4.2 Dialogeja verkostoissa

Moniammatillinen yhteistyö lisääntyy hyvinvointipalveluissa jatkuvasti. Mitä enemmän ammattilaisten työnjako erikoistuu, sitä enemmän yhteistyössä tarvitaan myös kokonaisuuksien hallintaa, yhteistä kieltä ja dialogisuutta. Dialogisuudessa ei ole kyse vain kommunikaatiosta vaan myös suhteesta: kyvystä asettua asiakkaiden ja muiden työntekijöiden kanssa samalle tietämättömyyden alueelle etsimään yhdessä uutta ymmärrystä ja ratkaisua. Dialoginen moniammatillisuus vaatii aikaa, sitoutumista, luottamusta ja kykyä reflektoida omaa toimintaa. Asiakastyössä luottamusta tuetaan muun muassa niin, että asiakas on keskeisessä roolissa huolten sanottamisessa. Dialogi perustuu toisen ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen, kuulemiseen, todesta ottamiseen, kiireettömyyteen, hyväksymiseen ja läsnäoloon. Dialogisuus voi rakentaa siltoja ja tuoda esiin uusia, voimaannuttavia mahdollisuuksia. (Kiikkala 2008, 25; Lyhty & Nietola 2015; Mönkkönen 2007, 86–101.)

Dialogin perusajatuksia ovat moniäänisyys ja vastavuoroisuus: jokainen osapuoli pääsee vaikuttamaan prosessiin. Dialogisuus korostaa kielen ja vuorovaikutuksen keskeistä asemaa yhteisten merkitysten tuottamisessa. Sanat ovat silta toisten ihmisten luo, mutta on tärkeä tiedostaa, että sanat saattavat

merkitä eri ihmisille eri asioita. Dialogisuuteen kuuluukin toisen ihmisen toisuuden tunnistaminen. Tavoitteena on tasavertaisen suhteen ja yhteisen ihmettelyn alueen löytäminen keskustelussa. (Mönkkönen 2007, 86–101.)

Dialogista ajattelutapaa hyödynnetään nykyään paljon moniammatillisessa verkostotyössä. Tom Erik Arnkil, Robert Arnkil, Esa Eriksson ja Jaakko Seikkula ovat jo yli kahdenkymmenen vuoden ajan kehittäneet jäsentyneitä menetelmiä, joiden avulla voidaan työskennellä dialogisesti. Menetelmien taustalla on työntekijän subjektiivisen huolen tunnistamiseen tarkoitettu huolen vyöhykkeistö, joka toimii apuna verkostotyön tarpeen arvioinnissa. Oleellinen muutos on, että menetelmissä ei havainnoida eikä puhuta asiakkaan ongelmista vaan työntekijän kokemasta huolesta omaan työhönsä liittyen. (ks. esim. Arnkil & Seikkula 2014; Eriksson ym. 2006, 3–7; Väisänen 2009, 72.)

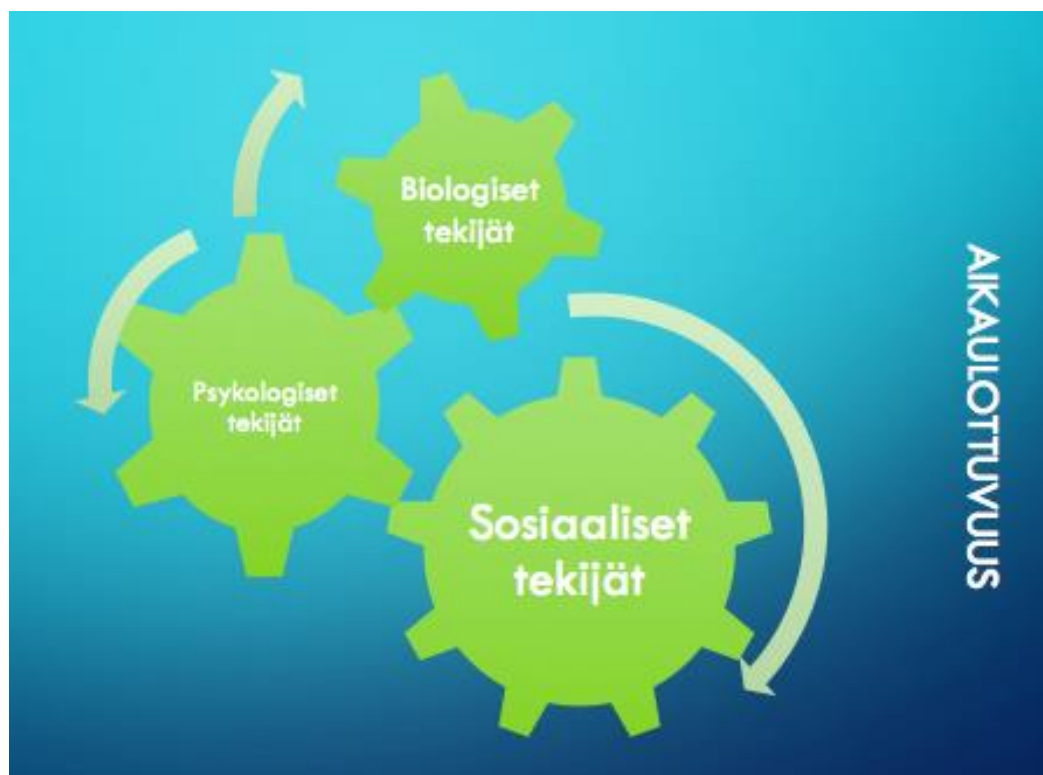
Yksi esimerkki dialogisista menetelmistä ovat verkostokonsulttien vetämät ennakointidialogit. Suunnittelutyössä ne voivat liittyä yhteistoiminnan tarpeen kartoittamiseen tai yhteistoiminnan teeman suunnitteluun (aluneuvonpidot, teemaneuvonpidot tai suunnittelupalaverit). Asiakastyössä ennakointidialogit liittyvät yleensä yksittäisen asiakasperheen tilanteeseen, jolloin se toteutetaan tulevaisuuden muisteluna. Tulevaisuuden muistelussa tavoitteena on yhdistää toimijoiden voimavaroja ja selkiyttää toimintaa. Tulevaisuuden muistelua käytetään yleensä huolen vyöhykkeistön harmaalla vyöhykkeellä eli kun huoli kasvaa tai on tuntuva. Tulevaisuuden muistelu on kehitetty ensisijaisesti lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskentelyyn. Sitä voidaan kuitenkin käyttää myös muissa yhteistyökonteksteissa, kuten mielenterveystyössä. (Kokko & Koskimies 2007, 14–17.)

4.3 Transaktio- ja rajajärjestelmät

Opinnäytetyöni yleisenä teoreettisena viitekehystenä toimii kehityspsykologiasta tuttu transaktiomalli. Sen mukaan yksilö kasvaa ja kehittyy jatkuvassa, molemminpuolisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Yksi tutkijoiden kiinnostusta herättävä nykyesimerkki transaktiomallin hyödyntämisestä on jo aiemminkin mainittu epigenetiikka, joka tarkoittaa ympäristötekijöiden ja

elintapojen vaikutusta geenien luentaan ja sitä kautta periytyviin ominaisuuksiin. Sekä ympäristömme että oma käyttäytymisemme vaikuttaa siis terveyteemme myös perimän muuttumisen kautta. (Sameroff 2009.)

Laajasti ymmärrettynä transaktiomalli on systeemiteoriaa ja vaiheteoriaa yhdistävä psykologinen teoria, jonka mukaan lapsi ja hänen ympäristönsä ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Lapsen ominaisuudet vaikuttavat vanhempiin ja heidän reaktioihinsa, mikä puolestaan vaikuttaa taas lapsen omaan kasvuympäristöön. Kyseessä on siis jatkuva vaihto ja vastavuoroisuus, jossa myös aika on aina läsnä oleva tekijä. Transaktiomallissa lapsen ominaisuuksien voidaan sanoa olevan sekä vanhempien kohtelun seuraus että syy - ja päinvastoin. Lisäksi lapsen kehitykseen nähdään vaikuttavan monia perheen ulkopuolisia tekijöitä: päivähoito, koulu, kaverit, asuinympäristö ja koko yhteiskunta. Biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa, johon vaikuttaa aina myös aikaisemman vuorovaikutuksen tulos (ks. kuva 4). Tämän mallin mukaan useimmissa lasten psyykkisissä häiriöissä ei voida erottaa yksittäistä biologista tai ympäristöstä johtuvaa syytekijää. (Broberg ym. 2005, 44–47; Sameroff 2009.)



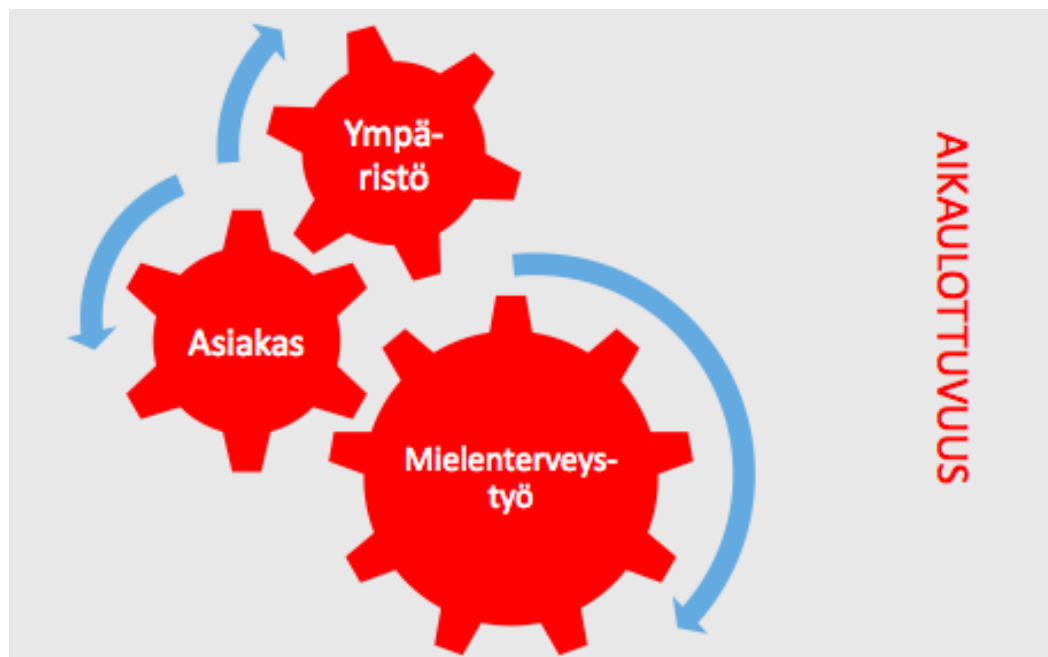
Kuva 4. Kehityspsykologian transaktiomalli.

Vuorovaikutusta ryhmissä ja verkostoissa voidaan tarkastella systeemiteorian avulla. Jokainen ihminen syntyy osaksi yhteisöä, joka vaikuttaa siihen, millainen yksilöstä kasvaa ja yksilö puolestaan vaikuttaa yhteisön kokonaisuuteen. Perheen yhteisöä eli systeemiä ympäröivät muut systeemit (työ, koulu, harrastukset), joista muodostuu vuorovaikutuksessa uusia, erilaisia verkostoja. Verkostojen vuoropuhelussa on tärkeää tunnistaa toisen systeemin tapa ajatella ja puhua. (Väisänen ym. 2009, 66–67.)

Opinnäytetyön keskeisenä käsitteellisenä jäsenyyksenä on ajatus rajasysteemistä. Alun perin käsitettä on käytetty tutkimaan psykiatrisen sairaalan, sairastuneen ja perheen systeemien vastavuoroista vaikutusta toisiinsa (Seikkula 1991; ks. myös Arnkil & Seikkula 2014, 41–43). Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten syömishäiriöön sairastunut erityisherkkä kokee, kun hänen elämänsä ja mielenterveytyksen systeemi kohtaavat toisensa. Taustalla on siis ajatus syömishäiriöön sairastuneen (ja hänen ympäristönsä) sekä mielenterveytyksen systeemien transaktiosta ja sitä kautta syntyvästä uudesta rajasysteemistä.

Jo 1980-luvulta lähtien Torniossa sijaitsevassa Keroputaan sairaalassa on kehitetty systeemiteoreettista hoitomallia, joka perustuu perhe- ja verkostokeskeiseen työskentelyyn. Sen tarkoituksena on selvittää, mitä tapahtuu sairaalan ja perheen rajalla, kun jollakin perheenjäsenellä on lähete sairaalaan. Mallissa pyritään tavoittamaan perheet välittömästi kriisin alettua ja miettimään myös sairaalahoidon vaihtoehtoja, esimerkiksi kotikäyntejä. Yksi mallin keskeinen havainto on ollut, että potilaat ovat hyvin erilaisissa tilanteissa aiemmasta hoitohistoriasta riippuen. Ensimmäisen lähetteen saaminen on usein voimakas kriisi, joka mobilisoi perheet aktiivisesti mukaan ja vaihtoehto sairaalahoidolle näyttyy helpotuksena. Sen sijaan uusiutuvan kriisin yhteydessä voi herätä pelko siitä, vastaako kotikäynti hoidontarpeeseen. Pitkäaikaispotilailla puolestaan sosiaalinen verkosto on usein niin köyhtynyt, että sairaala on sen keskeinen osa. Tällöin vaihtoehtojen etsimisessä tulee edetä varovaisesti. (Arnkil & Seikkula 2014, 41–43.)

Perheen, sairastuneen ja sairaalan yhteistyötä on kuvattu rajasysteemin käsitteellä. Avoimissa hoitokokouksissa perheen systeemi valtaa yhteisen vuorovaikutusalueen, jolloin työryhmän tulee vastata siihen joustavasti ja turvallisuutta ja uusia vaihtoehtoja tuottaen. Kuten kuvasta 5 näkyy, kyse on vastavuoroisesti vaikuttavasta yhteistyöstä, jossa kummankaan osapuolen toimintaa ei voi tarkastella irrallaan toisesta. Perheen vuorovaikutustapa näkyy aina työryhmän toiminnassa ja päinvastoin. (Arnkil & Seikkula 2014, 43.)



Kuva 5. Asiakkaan ja mielenterveystyön transaktiomalli.

Yksi mallin keskeisiä ja kumouksellisia ajatuksia on, että mielenterveysongelmat ovat ennen kaikkea sosiaalisia ja vuorovaikutusongelmia. Hoidossa korostuu puhuminen ja kohtaaminen lääkehoidon sijaan. Lääkärit ja hoitajat eivät sanele ratkaisuja vaan tavoitteena on tasa-arvoinen keskustelu. Avoimet dialogit lisäävät potilaan ja hänen läheistensä voimavaroja, jotka auttavat selviytymään kriisistä. On tärkeää, että ne ihmiset, joita kokemukset koskettavat, ovat myös mukana jakamassa potilaan tarinaa ja tuottamassa siitä uutta ymmärrystä. Yleensä kriiseissä on vaarana, että perheen yhteydet ulospäin vähenevät eikä perhe saa sitä tukea, mitä tarvitsisi. Potilaan ihmissuhteet nähdään hoidon voimavarana eikä niistä etsitä syyllistä sairastumiseen. Perheen tuella pyritään myös ehkäisemään potilaan uudelleen sairastuminen hoidon päätyttyä. (Seikkula & Alakare 2004, 291–292; Torniossa mielenterveyshoito toimii 2012.)

Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan tai perheen käyttäytymistä. Sen sijaan tavoitteena on perheen kielen kuunteleminen ja seuraaminen sellaisenaan. Hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään. Ymmärrys alkaa asioiden tunnistamisesta ja keskustelusta, jonka kautta potilas ja perhe saavat enemmän vaihtoehtoja ja voimavaroja elämäänsä. Seurantatutkimusten perusteella Keroputaan malli on vähentänyt Tornion seudulla merkittävästi sairaalahoidon, pakohoidon ja pitkäaikaisen lääkehoidon tarvetta, kun potilaita voidaan hoitaa kotona yhdessä läheisverkoston kanssa. Mallin toteutumisen edellytyksenä on myös henkilökunnan hyvä ammattitaito - ilman koulutusta ei olisi pystytty vastaamaan uuden mallin haasteisiin. (Seikkula & Alakare 2004, 294–295.)

5 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä luvussa kuvaan keräämäni aineiston ja sen analyysin. Paneudun tarkemmin myös kokemuksen tutkimukseen ja sen reunaehtoihin.

5.1 Aineisto

Tutkimusaineisto kerättiin kahden avoimen kirjoituskutsun avulla syömishäiriöön sairastuneilta ja itsensä erityisherkkäksi kokevilta ihmisiltä. Keruu toteutettiin kolmen kuukauden aikana loppuvuodesta 2016 ja alkuvuodesta 2017. Kirjoituskutsut ovat luettavissa työn lopussa liitteissä 2 ja 3. Tavoitteena oli saada aineistoon 4–6 kirjoitusta. Koska ensimmäinen kutsu vuoden 2016 lopulla tuotti vain yhden kirjoituksen, jatkoin kutsua vuoden 2017 alussa ja laajensin sen jakelua. Kirjoituskutsuja jaettiin Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n kautta (Tampereen SYLI-keskus, Sisä-Suomen SYLI ry:n verkkosivut ja avoimet Facebook-sivut) sekä lisäksi HSP - Suomen erityisherkkät ry:n kautta (yhdistyksen suljettu keskustelupalsta). Avointa Facebook-kutsua on voitu jakaa eteenpäin myös muille sivuille.

Kirjoituksia tuli lopulta yhteensä yhdeksän kappaletta eli tavoite ylittyi. Kirjoitukset olivat keskimäärin 2,5–3 sivua pitkiä. Yhteensä tekstiä kertyi 24,5 sivua. Kaikki kirjoitukset tulivat sähköpostilla ja niistä valtaosa lähetettiin omalla nimellä. Kirjoitukset olivat eri puolilta Suomea. Kaikki kirjoittajat ovat naisia ja

heidän ikänsä keskiarvo on 35 vuotta. Kirjoittajat ovat sairastaneet erilaisia syömishäiriöitä useita vuosia ja useimmat heistä ovat joko toipuneet tai hyvän matkaa toipumassa syömishäiriöstä. Osalla oireita on kuitenkin ajoittain edelleen.

Kutsussa pyydettiin vapaamuotoisia kirjoituksia omista kokemuksista mutta mukana oli myös pohdintaa ohjaavia kysymyksiä. Erityisherkkyyks määriteltiin kutsuissa lyhyesti mutta muuten johdattelua pyrittiin välttämään. Kirjoituksista seitsemän oli tutkimuskysymysten kannalta hyvin informatiivisia ja monipuolisia. Kaksi kirjoitusta ei vastannut yhtä osuvasti tutkimuskysymyksiin kohtaamisesta mielenterveystyössä, mutta nekin lisäsivät omalta osaltaan ymmärrystä syömishäiriöistä ja erityisherkkyydestä, jopa tavoilla, joita en osannut odottaa.

5.2 Kokemustutkimus

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2009–2015 linjattiin ehdotuksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Yksi niistä oli asiakkaan aseman vahvistaminen. Osana tätä kokonaisuutta ehdotettiin myös, että kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat otetaan mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (STM 2012.) Kokemusasiantuntijoiden tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää muuan muassa ymmärryksen lisäämiseksi ja palvelujen kehittämiseksi asiakkaiden tarpeita paremmin vastaaviksi.

Kokemustutkimus on osa Iso-Britanniasta lähtevää tutkimusperinnettä, jossa on oleellista palvelun käyttäjien äänen kuuleminen, voimaantuminen sekä heidän aktiivinen roolinsa tutkimusprosessissa. Se liittyy myös nykykeskusteluun asiakkaan osallisuudesta. Kuntoutujien kokemustutkimuksessa lähtökohtina ovat dialogisuus, yhteistoiminnallisuus ja tavoite yhteiskunnallisten muutosten aikaansaamisesta. Siten se tulee myös lähelle sosiaalityön käytäntötutkimusta. (Rissanen 2015, 37–41.)

Käytäntötutkimuksessa hyödynnettävä elämäkerrallinen tutkimus ja sosiobiografiset metodit tuottavat tietoa erityisesti yksilön ja yhteisön suhteista. Elämä-

kerrallinen tieto on subjektiivista ja kerrottua tietoa omista kokemuksista ja elämänvaiheista. Se on tietoa siitä, millaisessa ”asennossa” kertoja on suhteessa itseensä ja muihin. Kokemustieto on aina tilannekohtaista, osittaista ja keskenäistä tietoa, joka voi muuttua ja täydentyä. Se on myös tietoa, jolla on yhteys tunteisiin. (Bardy & Känkänen 2005.)

Kuntoutujien kokemustutkimus perustuu psyykkisesti sairastuneiden yksilöllisiin kokemuksiin ja jaettuun yhteisölliseen kokemukseen sekä erityisesti kokemuksen mielekkyyden ja merkityksen näkemiseen. Kokemustutkimuksen tavoitteena on muuttaa käsitystä psyykkisestä sairastamisesta, hoidosta, kuntoutuksesta ja akateemisesta tutkimuksesta, lisätä kuntoutujien kokemusten ja tiedon arvostusta ja saada heidät mukaan mielenterveyspalvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Keskeistä on kuntoutujien näkemysten arvostaminen ihmisyyden, kunnioituksen ja osallisuuden, ei niinkään potilaan roolin, kautta. Kokemuksen ymmärtämisessä on tärkeää tietää, kenen näkökulmasta ja mistä viitekehystä kokemusta tarkastellaan. Vallan käsitteen uudelleen määrittäminen onkin tärkeää kokemustutkimuksessa. Kokemustutkimus kyseenalaistaa eriarvoisuutta ja yhteiskunnallista vallankäyttöä. Lähtökohtana on ajatus, että oikeudenmukaisuutta lisäävää tietoa saadaan muuttamalla tutkimuksen objektit subjekteiksi. (Rissanen 2015, 42–45.)

Kokemuksen tutkimuksella on myös omat rajansa ja reunaehdonsa. Kokemus on aina subjektiivisesti ottaen totta, mutta koska kokemukset ovat aina kokemuksia jostakin, ne voivat kuvata tätä jotakin, maailmaa, vain rajatusti. Toisen ihmisen kokemukset ovat meille aina saavuttamattomia, mutta voimme silti vertailla omia kokemuksiamme toisten kokemuksiin ja pyrkiä sitä kautta ymmärtämään niitä. Toisen kokemuksen tulkinta ja ymmärrys on väistämättä jollain tavalla vajaata ja päättymätöntä, mutta silti erittäin tärkeitä ja merkityksellisiä. Periaatteellisella tasolla voi olla joskus jopa helpompaa ymmärtää toisen kokemuksia paremmin kuin kokija itse, kuten esimerkiksi terapisuhteissa. Kokemuksen tutkimuksessa ei ole lopulta kyse kokijan tietoisuuden tai mielen tutkimisesta sinänsä, vaikka niihin yksilön kokemukset keskeisesti kuuluvatkin. Kyse on ennen kaikkea niistä ulkoisista sosiaalisista ja kulttuurisista olosuhteista, elämismaailmallisesta tilanteesta, josta käsin ihminen ilmiöt kokee.

(Koivisto ym. 2014, 14–16; Kukkola 2014, 50.) Eli kokemuksessa ja sen tutkimuksessa on kyse myös omanlaisesta transaktiosta: maailman, siitä kertovan kokemuksen ja sen tulkitsejan jatkuvasta hermeneuttisesta, tulkinnallisesta kehästä.

Vaikka tutkimusotteessani lähtökohtana on kokemustutkimus, on se kuitenkin lähempänä osallistavaa tutkimusta, koska päätän itse tiedonmuodostuksesta ja vastaan yksin tutkimusraportin kirjoittamisesta. Toimeksiantaja tai kokemusasiantuntijat eivät siis ole täysin tasavertaisia toimijoita tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tosin olen itsekin SYLI:n kokemusasiantuntija ja sikäli minulla on kaksoisrooli tämän opinnäytetyön kontekstissa. Näen sen kuitenkin tässä vahvuutena: minun on mahdollista tunnistaa kokemukselliseen tietoon liittyviä haasteita ja mahdollisuuksia.

5.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Olen hyödyntänyt aineiston käsittelyssä ja analyysissä laadullisen sisällönanalyysin perusmenetelmiä. Laadullisessa sisällönanalyysissä on usein kyse aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä, alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden luomisesta. Se edellyttää aineiston tarkkaa lähilukua ja olennaisen sisällön valikointia. Olennaista on kaikki sellainen aines, joka auttaa vastaamaan tutkimuskysymyksiin eli tässä tapauksessa kuvamaan kohtaamisen kokemuksia ja merkityksiä erityisherkan syömishäiriötä sairastavan elämässä. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 101.)

Käytännössä tekstistä on valikoitu merkitykselliset otteet ja ne on poimittu erillään muusta tekstimassasta. Otteet on koodattu ensin käsin eri väreillä ja luokiteltu sitten tekstinkäsittelyohjelman avulla. Kategorioiden luominen on ollut analyysin kriittinen vaihe. Aluksi tekstikatkelmat on jaoteltu vain karkeasti kolmeen kategoriaan: syömishäiriöt, erityisherkyys ja kohtaaminen. Tämän jälkeen on luotu aineistolähtöisesti lukuisia alakategorioita, joita on karsittu ja yhdistetty matkan varrella yläkategorioihin. Lopuksi samaa tarkoittavat tekstikatkelmat on yhdistetty ilmaisuja kuvaavaan kategoriaan. Aineistosta tehtyjä löydöksiä on vertailtu myös suhteessa omaan teoreettiseen viitekehukseen eli

transaktiomalliin ja rajasysteemin käsitteeseen. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 101.)

Yhdeksästä kokemuskirjoituksesta löytynyt tutkimusaines on lopulta luokiteltu kahdeksaan temaattiseen tekstikategoriaan, jotka on nimetty seuraavasti: **piilottelu, kuormittuminen, altistuminen** ja **oireilu** sekä **itsetuntemus, kiintymys, osallisuus** ja **rakenteet**. Kategoriat on nimetty aineistolähtöisesti. Tutkimusaines sisältää tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä teemoja, jotka muodostavat myös keskenään eräänlaisen juonen tai ylätarinan. Kategorioilla voisi nähdä olevan myös keskinäisiä suhteita. Ne avaavat hyvin selvästi erityisherkkyyden ja syömishäiriöiden kytköstä sairastuneiden omista kokemuksista ja myös tämän kytköksen vaikutusta vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa.

Useimmissa kirjoituksissa toistuu sama juoni: oma erityisherkkyyks ja etenkin sen tukahduttaminen lapsena (piilottelu) johtaa yleiseen pahoinvointiin (kuormittuminen) ja saattaa olla yhtenä osasyynä (altistuminen) syömishäiriöön, joka tulkitaan usein avunhuutona tai oireena jostakin muusta (oireilu). Auroran kertomus elämästä vahvan suojakuoren takana on tästä kuvaava esimerkki.

Koin itseni valheelliseksi, ja ajattelin muiden ihmisten vihaavan ja halveksuvan minua, jos he tuntisivat aidon minäni vahvaksi muodostuneen suojakuoren alla. Lopulta itsekkin uskoin luomaani ulko-kuoreen, vaikka ymmärtämättäni tuolloin miksi, tunsin itseni hyvin teennäiseksi ja epäaidoksi ihmiseksi. Tunsin olevani aivan yksyksissä enkä nähnyt elämällä merkitystä. Lukioon mennessä massenuin ja ahdistuin vähitellen enemmän, aloin silloin hakea anorektisella oireilulla hallinnantunnetta elämästä, sisältöä, merkitystä ja jotain saavutettavaa päiviin, ajattelin laihtumisen helpottavan itseäni kohtaan tuntemaani valtavaa vihaa ja inhoa, paikkaavan huonoa itsetuntoa. Toivoin, että joku voisi auttaa ja huomaisi pahan oloni. (Aurora)

Tietä ulos syömishäiriöistä kuvataan kirjoituksissa pitkälti oman minuuden löytämiseksi ja kasvuksi. Identiteettityöllä ja kiintymyssuhteita korjaavilla kokemuksilla onkin suuri merkitys lopullisessa toipumisessa (Dimitroff 2017). Sairastuneet itse kuvaavat tätä prosessia oman herkkyytensä löytämisen ja hyväksymisen kautta (itsetuntemus). Siinä auttaa monesti hyvä hoitosuhde, jossa sairastunut kokee tulleen kohdatuksi hyväksytysti omana itsenään ja saa korjaavia tunnekokemuksia (kiintymys). Toipumista tukevan hoitosuhteen kannalta oleellista on myös oma vastuunotto ja voimaantuminen (osallisuus) sekä ympäröivän yhteiskunnan ja hoitojärjestelmän toimivuus (rakenteet). Auroran kertomus jatkuu.

Erityisherkkyyden ymmärtämisellä ja oman persoonallisuudenpiirteidensä, vahvuuksiensa ja heikkouksiensa, tiedostamisella ja hyväksymisellä on ollut suurin rooli syömishäiriöstä toipuessa. Monet eri ihmiset ovat auttaneet minua näkemään itseni arvokkaana ja tärkeänä ihmisenä, aivan kuten kuka tahansa muukin on. Ennen muodostin itsearvostukseni ja oman arvoni pelkästään suoritusten varaan, ja se on edesauttanut syömishäiriöön sairastumista. Suorituskeskeisyyden kyseenalaistaminen ja mahdollisuuksien mukaan välttäminen ovat myös suurelta osin auttaneet minua toipuessa. (Aurora)

6 TULOSTEN YHTEENVETO

Tässä opinnäytetyössä on etsitty vastausta kahteen tutkimuskysymykseen: Miten erityisherkkä ja syömishäiriöön sairastunut ihminen kohdataan mielen-terveystyössä kokemustiedon valossa? Miten vuorovaikutusta näissä kohtaamistilanteissa voisi kehittää vastavuoroisemmaksi? Käyn seuraavaksi läpi kysymyksiin saamiani vastauksia. Aloitan ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä eli kohtaamisen kokemuksista.

6.1 Kohtaamisia ei-herkässä rajasysteemissä

Syömishäiriötyön ammattilaiset pitävät sairastuneiden hoitoa erityistä ammattitaitoa vaativana lajina. Se tarkoittaa käytännössä riittävää tietotaitoa fysiologisista tekijöistä ja sairauden ilmiästä mutta ennen kaikkea ymmärrystä siitä,

millaiseen mielenmaisemaan syömishäiriö sairastuneen vie ja miten se vaikuttaa kohtaamiseen. Sairastunut voi kokea itsensä arvottomaksi, mikä saattaa johtaa vaikeuteen tuoda esiin omia tarpeita ja ottaa apua vastaan. Sairastunut voi pelätä, että ei tule ymmärretyksi tai autetuksi. Miellyttämisen tarve saattaa johtaa näennäiseen hoitoon sitoutumiseen, jossa sairastunut ei uskalla olla oma itsensä ja ilmaista todellisia tuntojaan. Sairastuneen mielen ymmärtäminen edellyttääkin ammattilaiselta hoitokäytäntöjen sovittamista yksilöllisesti asiakkaan tilanteisiin ja tarpeisiin. (Dimitroff 2017; Juntunen 2013.)

Sairastuneen yksilölliseen kohtaamiseen kuuluu myös taustalla vaikuttavien temperamentti- ja persoonallisuuspiirteiden, kuten erityisherkkyyden, ja niihin liittyvien vuorovaikutustyylien tunnistaminen ja ymmärtäminen. Kokemuskertomusten perusteella tämä ei ole toteutunut mielenterveyspalveluissa kovin hyvin. Ammattilaiset eivät ole tunnistaneet erityisherkkyyttä, sitä ei ole otettu puheeksi asiakkaiden kanssa eikä sitä ole ymmärretty tai huomioitu edes intuitiivisesti. Mielenterveystyön ja syömishäiriöön sairastuneen elämismaailman muodostamaa rajasysteemiä ei täten voi kuvailla erityisen herkäksi.

Inka on kokenut, että ammattilaiset eivät ole oikein ymmärtäneet hänen herkkyyttään, joskin tietoa erityisherkkyydestä ei hänen hoitonsa aikoihin ole ollut juuri saatavilla. Onerva puolestaan on koko hoitohistoriansa ajan ollut itse aktiivinen ja etsinyt asioita, jotka auttavat häntä toipumisessa. Se on toisaalta ollut myös hoitojärjestelmän sanelema pakko, sillä vain aktiiviset ja vaativat asiakkaat saavat tarvitsemaansa hoitoa. Tämä sopii huonosti yhteen erityisherkkyyden kanssa, kun omia tarpeita voi olla vaikea tunnistaa ja puolustaa. Luana on itse ottanut erityisherkkyyden puheeksi hoidossa mutta siitä ei kiinnostuttu, ja tämä on aiheuttanut hänelle jälkeenpäin jonkinasteista syyllisyyttä.

Kukaan ammattilainen ei ole ottanut erityisherkkyyttä esiin, ainakaan suoranaisesti. Tuntuu, ettei sitä ehkä ole oikein ainakaan kaikki minua hoitaneet henkilöt ymmärtäneet. Toki siihen aikaan ei myöskään erityisherkkyyks ole ollut niin tunnettua kuin nyt, enkä itsekään ole asiaa ymmärtänyt. (Inka)

Sairastin anoreksiaa hyvin pitkään, joka tarkoittaa myös sitä, että olen ollut usean eri palvelun piirissä eikä missään ole kukaan ottanut erityisherkkyyttä (tai ylipäänsä herkkyyttä) puheeksi. Löysin sen itse asiassa itse netin avulla ja käsitteenä se kolahti heti. Sain sen myötä itselleni paljon ymmärrystä. Olen ollut aina kova etsimään tietoa ja se on auttanut toipumisessa, koska sen myötä olen löytänyt useita eri keinoja auttaa itseäni. -- Jos ihminen ei pysty olemaan aktiivinen, niin hoito jää hyvin helposti vajavaiseksi.
(Onerva)

Olen itse ottanut erityisherkkyyden esille hoidossa, mutta koska hoito on paremmassa tilassa oleville muutenkin väljempää, ei asiaan oikein otettu kantaa. Oli vähällä, ettei hälläväliä-suhtautuminen tehnyt itselleni huonoa omatuntoa asian mainitsemisesta, niin vähän asiasta kiinnostuttiin. (Luana)

Kuvaavaa on, että herkkyyttä edelleen myös piilotellaan ja hävetään. Eveliina ei ole kertonut erityisherkkyydestä edes psykoterapeutilleen, koska pelkää tämän pitävän sitä huuhaana. Epävarmuuden taustalla voi olla se, että erityisherkkyyks on vielä tieteellisen tutkimuksen kentällä melko tuntematon käsite, toisin kuin aistitiedon käsittelyn herkkyyks. Termi on kuitenkin omaksuttu nopeasti verkkokeskusteluissa ja blogikirjoituksissa, jotka näyttävät terveys- ja hyvinvointikysymyksissä tieteellisen tiedon vaihtoehtona.

Erytyisherkkyyttä ei ole otettu missään vaiheessa esiin minun ollessa mielenterveyspalveluissa asiakkaana tai edes psykoterapiassa. Erytyisherkkyyttä käsittelevä teos julkaistiin vasta vuonna 2015, jolloin erityisherkkyydestä alettiin puhua oikeastaan ensimmäistä kertaa. Myöskään itse uskaltanut ottaa asiaa puheeksi terapiassa kirjan ilmestyttyä, koska pelkäsin, että terapeutini pitää asiaa huuhaana. Tätä en halunnut häneltä kuulla. (Eveliina)

Syömishäiriön taustalla oleva kokemus erityisherkkyydestä tuo kohtaamiseen kuitenkin oman ulottuvuutensa. Sairastuneiden kokemusten mukaan herkkyyteen liittyvät ominaisuudet näkyvät vuorovaikutuksessa ja kohtaamisessa

muun muassa taipumuksena miellyttää muita, kokea toisten tunteet voimakkaasti, pohtia asioita syvällisesti ja myös stressaantua niistä. Käytännössä vuorovaikutustilanteet ovat erityisherkillä usein jännittäviä ja kuormittavia, ja heidän on vaikea tuoda niissä esiin omia tunteitaan ja tarpeitaan. Tämä on osin seurausta, ei vain herkkyydestä, vaan siitä, että sairastuneet ovat oppineet kieltämään sellaiset tunteet ja tarpeet, joille ei ole ollut tilaa. He eivät ole yleensä kokeneet tullessa nähdyiksi ja hyväksytyiksi ilman ehtoja. Etenkin syömishäiriön alkuvaiheessa ja uusissa tilanteissa sairastunut saattaa kokea, että hänen elämismaailmansa ja mielenterveystyön systeemi eivät kohtaa, kuten Eveliinan, Inkan ja Luanan esimerkit osoittavat.

Minun on aina ollut vaikea uusien, vieraiden ihmisten kanssa ennen paremmin tutustumista uskaltautua avautumaan tuntemuksistani, sairaudestani yms. Tämä ei varmastikaan ole helpottanut kohtaamistilanteita mielenterveyspalveluissa, koska koin tilanteet erityisen jännittävinä ja jopa ahdistavina ja häpesin niitä myöskin. Oli kamalaa ajatella olevansa mielenterveyspotilas, sehän ei sovi täydellisen ihmisen määritelmään. (Eveliina)

Herkkyyks on vaikuttanut kohtaamistilanteisiin mielenterveyspalveluissa ainakin siten, että koska olen ehkä pitänyt ammattilaisia tai ainakin lääkäreitä ja psykiatreja jonkinlaisena auktoriteettina ja kokenut vahvasti oman aseman heikoksi, olen jännittänyt tilanteita tosi paljon. Silloin en ehkä ole myöskään vapautuneesti pystynyt Vpuhumaan kaikesta mistä olisin halunnut tai mistä olisi ollut hyvä puhua. (Inka)

En osannut tuoda mielipiteitä julki. Luotin sokeasti auktoriteetteihin eli lääkäreihin ja muihin hoitaviin tahoihin. En tiedä, kuinka paljon tästä johtui erityisherkkyydestä. Ainakaan ainainen lähes huomaamattomien eleiden tulkittamiseni ei auttanut asiaa. Jos lääkäriellä oli itsellään väsynyt olo, voi olla että tulkitsin hänen olleen väsynyt minuun tai sairastamiseeni, enkä enää osannut luottaa samalla tavalla vaan aloin jälleen kaunistella oireitani, kuten olen usein tehnyt. (Luana)

Mielenterveystyön ja sairastuneen muodostamassa rajasyteemissä näkyy siis dialogin haasteellisuus ja tasa-arvoisen keskustelun tarpeellisuus. Erityisherkin kohtaamisessa ei riitä tavanomainen dialogisuuden tukeminen vaan avointa vuoropuhelua on rakennettava tietoisesti. On tiedettävä ja ymmärrettävä, miksi herkkä tuntee niin kuin tuntee ja toimii niin kuin toimii ja mitä siitä seuraa kommunikaatiossa. Vuorovaikutustilannetta voi muuttaa esimerkiksi **aistiärsykkeiden ja tiedon syvällinen prosessointi**, joka on erityisherkillä usein tiedostamatonta. Aurora ja Inka ovat tietoisia seuraavanlaisista taipumuksistaan:

Olen hyvin pohtiva luonne, ja minulle on tärkeää ymmärtää itseäni ja omaa toimintaani, ja muiden ihmisten kanssa tekemisissä ollessani mietin myös heidän toimintansa takana olevia psykologisia tekijöitä. Nautin analysoimisesta. (Aurora)

Sosiaalisesti herkkyys näkyy siten, että huomaan / tulkitseen todella paljon ihmisten käytöstä, ilmeitä, eleitä, sanoja. (Inka)

Lisäksi mielenterveystyön ja erityisherkin rajasyteemiin voi vaikuttaa herkin ihmisen **tunne-elämän voimakkuus**. Se voi tarkoittaa yhtäältä sitä, että vuorovaikutustilanteessa muiden tunteet vaikuttavat erityisherkkään voimakkaasti ja toisaalta sitä, että hän pyrkii usein välttelemään konflikteja, kuten Eveliina ja Aurora tekevät.

Minulla menee paljon aikaa sulatella näkemiäni tai kuulemiani asioita, jos ne ovat aiheuttaneet minussa vahvan tunnereaktion. Tapanani on muutenkin miettiä tilanteita jälkikäteen. Minulle tulee helposti pelkoja asioita kohtaan, koska välttelen negatiivisia tunteita. (Eveliina)

Kaipaen vakautta ja tasapainoa, tunnen epävarmuuden hyvin raastavaksi. Koen niin negatiiviset kuin positiivisetkin tunteet hyvin voimakkaina. Olen hyvin sopuisa, ahdistun riitelystä tai pelkästä

riitelyn seuraamisesta, muiden olotilat ja tunteet vaikuttavat helposti myös minuun. (Aurora)

Kohtaamisiin mielenterveystyön rajasyteemissä liittyy erityisherkillä myös **kuormittumisalttius**. Herkät kuormittuvat paljosta aistitiedosta, sen käsitte-lystä ja toisten huomioimisesta. Näin tapahtuu myös Eveliinalle.

Erytyisherkyys minulla liittyy ehkä enemmänkin tunnetilojen ja ilmapiirin aistimiseen sekä siihen, että kuormitun helposti. Aistini ovat herkät olemaan valppaana erilaisissa ympäristöissä ja ihmisten keskellä. Stressaannun helposti, olen tunnollinen ja otan huomioon muita ehkä tavallista enemmän kuin joku muu. (Eveliina)

Kuormittumisalttiuteen liittyy myös **tarkka havainnointikyky**, joka voi tarkoittaa erityisherkälle esimerkiksi kykyä vivahteiden ja ilmapiirin aistimiseen ja asioiden välisten yhteyksien tunnistamiseen. Mielenterveystyön kohtaamisissa tämä voi tulla ilmi intuitiivisuutena, luovien ratkaisujen etsimisenä tai sitten ristiriidan kokemuksena omien tunteiden ja toiminnan välillä. Aurora ja Eveliina kuvaavat sitä, miten tämä ristiriita syntyy.

Havainnoin paljon yksityiskohtia ympäriltäni, kiinnitän helposti huomiota asioiden välisiin yhteyksiin ja pieniin vivahde-eroihin. -- Mielestäni olen hyvä lukemaan muita ihmisiä ja minulla on tilanettajua. Haluan olla hyvä muille ihmisille ja toimia parhaani mukaan, ja sen takia minulle tulee usein ristiriitainen olo, kun tiedän kuinka minun tulisi jossain tilanteessa toimia vaikka helpottaakseni jonkun oloa, mutten uskalla toimia aina sen mukaan jos se tuntuu odotusten vastaiselta. (Aurora)

Vaikka minun on helppo aistia ihmisten tunnetiloja, minun ei ole helppo vastata heidän tunteisiinsa aina, koska olen hyvin varautunut omien tunteiden näyttämässä toisille ihmisille. Tämä tuottaakin minulle ison ristiriidan siinä, mitä tunnen ja miten toimin. (Eveliina)

Mielenterveystyön rajasteemiin herkkien kokemukset vaikuttavat yleisesti ottaen niin, että erityisherkkä toivoo ammattilaiselta kohtaamistilanteessa **tu-kea näkyväksi tulemiseen**. Käytännössä tämä tarkoittaa toivetta **syömis-häiriöoireen taakse näkemisestä**: pahan olon hyväksyntää ja validointia, kii-reetöntä läsnäoloa, lempeyttä, avointa keskustelua ja informointia hoidon ete-nemisestä sekä yleistä turvallisuutta. Tähän kuuluu myös ymmärrys siitä, että motivointi on hoitavan tahon tehtävä eikä asiakkaan ominaisuus, joka määrit-telee, millaista hoitoa voi saada (ks. Juntunen 2013). Tämä kaikki auttaa lo-pulta ihmistä **normalisoimaan** omat kokemuksensa, kuten Luanalle ja Oner-valle on käynyt. Tämä keskeinen kokemus vääränlaisuuden väistymisestä on tämän opinnäytetyön ydin - ja siksi lainaus on nostettu myös työn otsikkoon.

Nykyään olen jo sinut sen kanssa, että olen erityisherkkä, enkä koe tarvetta käsitellä asiaa sen enempää. En enää ajattele, että olisin lapsena ollut erityisen outo tai pienestä asti masentunut. Tämä vaikuttaa toki siihenkin, että en pidä nykyistä minuakaan niin kummallisena kuin pidin sairauden ollessa pahimmillaan.
(Luana)

Ensimmäisiä tärkeimpiä oivalluksiani oli se, että minussa ei ole mitään vialla - päinvastoin. (Onerva)

6.2 Kohti vastavuoroista transaktiota

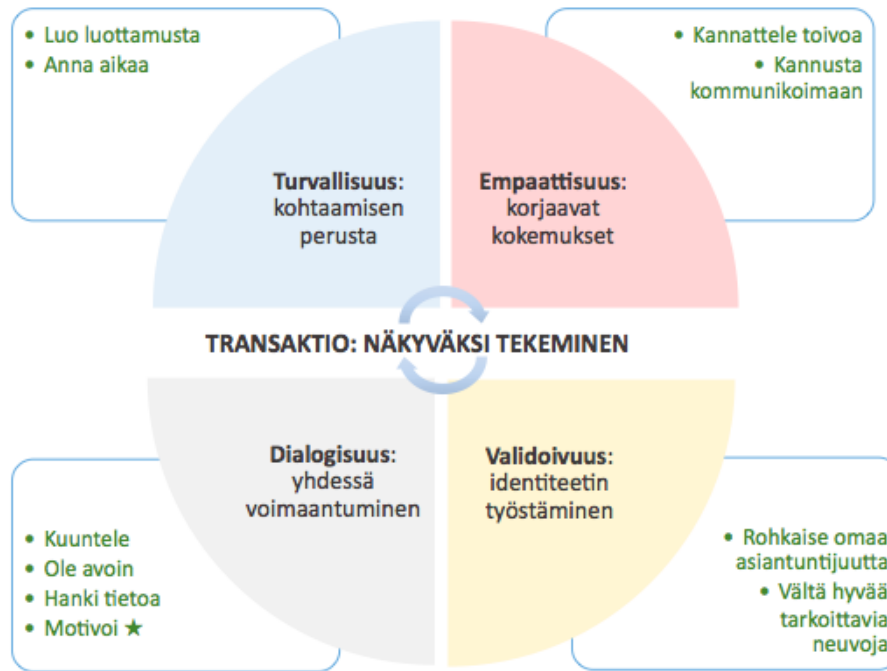
Opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys koski sitä, miten vuorovaikutusta koh-taamistilanteissa voisi kehittää vastavuoroisemmaksi. Tie parempaan kohtaa-miseen löytyy transaktion ja avoimen dialogin ajatusten sisäistämisestä: pide-tään mukana ne ihmiset, joita asiat koskettavat, ja annetaan heille ääni omassa prosessissaan. Kyse on jatkuvasta vaihdosta, läsnäolosta ja vasta-vuoroisuudesta.

Hiljaisten ja herkkien huomioiminen ja kunnioittaminen kommunikaatiossa ja dialogissa on tärkeää. *Ihanat tytöt* -menetelmä on erityinen ryhmätyömalli hil-jaisten ja herkkien tyttöjen huomioimiseksi. Heidän tarpeidensa kohtaaminen ja ymmärtäminen vaatii työntekijältä enemmän, sillä he eivät hae tarpeilleen

huomiota samalla tavalla kuin ulospäin suuntautuneet. Ujot ihmiset saattavat reagoida uusia ihmisiä kohdatessaan salpautumalla eli menemällä lukkoon. Aiemmat huonot vuorovaikutuskokemukset tai ympäristöstä tuleva negatiivinen palaute voi tuottaa tietoista tai tiedostamatonta tarvetta tarkkailla omia reaktioita. Samalla se pidentää salpautumisvaihetta. Hiljainen ja herkkä tarvitsee aikaa ja harjoitusta sosiaalisissa tilanteissa. Luottamuksen rakentaminen sekä vuorovaikutuksen turvallisuuteen ja pitkäjänteisyyteen panostaminen on tärkeää. Toki ihmiset ovat aina yksilöitä ja hiljaiset ja herkätkin ovat keskenään erilaisia. (Hytönen & Valli 2016.)

Erityisherkkien parhaita kohtaamiskokemuksia mielenterveystyössä yhdistää kokemus hyväksynnästä, turvallisuudesta, empaattisuudesta ja palvelujärjestelmän toimivuudesta. Onnistuneen kohtaamisen elementit eivät ole vain työntekijän vaan suurelta osin myös organisaation ja palvelujärjestelmän ominaisuuksia. Toimivan vuorovaikutuksen rakentamista ei voi jättää vain yksittäisten työntekijöiden vastuulle. Voimauttavaa työtettä tukee sosiaalipalvelujen paradigman muutos, jolle on ominaista siirtyminen työntekijäkeskeisestä ja ongelmalähtöisestä työtavasta asiakaslähtöiseen ja ratkaisukeskeiseen työtapaan; asiakkaan, hänen lähiverkostonsa ja työntekijäverkostonsa yhteistyö; palveluketjujen rakentaminen yksittäisten toimien sijaan ja menneisyyden sijaan tulevaisuuteen suuntautuva työote. (Kokko & Koskimies 2007,13.)

Seuraavaksi tarkastellaan lähemmin vastavuoroisen kohtaamisen osa-alueita. Osa-alueet (turvallisuus, empaattisuus, validoivuus ja dialogisuus) on koottu kuvaan 6. Osa-alueet käydään läpi yksi kerrallaan ja ensimmäinen niistä on turvallisuus.



Kuva 6. Vastavuoroisen kohtaamisen elementit.

Toimivan vuorovaikutussuhteen perusta on **1) turvallisuus**. Syömishäiriötä sairastavan kohtaamisessa se tarkoittaa erityisesti luottamuksen luomista ja ajan antamista asiakassuhteen perustaksi. Luottamus on edellytys sille, että sairastunut pystyy ottamaan apua vastaan. Käytännössä se tarkoittaa kokemusta kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi tulemisesta. Siksi on tärkeää, että sairastunutta ei syyllistetä hänen oireistaan eikä aiheuteta hänelle häpeää. Parhaiten turvallista ilmapiiriä luo lempeä, rauhallinen keskustelutyyli. (Charpentier 2009, 160.) Myös toiminnan jatkuvuus lisää turvallisuutta, kuten Inka kertoo.

Luo luottamusta

Myös luottamuksen syntyminen ihmisiin kestää minulla aikansa. Jossain vaiheessa hoitavat henkilöt alkoivat vaihtua tiuhaan tahtiin, joka kerta kun tapasin lääkärin, se oli eri henkilö. En pystynyt muodostamaan luottamusta näihin henkilöihin ja kyseenalaistin todella paljon myös sen, miten he voivat tehdä minun elämäni koskevia päätöksiä yhden tapaamisen perusteella. (Inka)

Anna aikaa

Vuorovaikutusta voisi parantaa ainakin siten, että olisi mahdollisimman paljon ne samat henkilöt, joiden kanssa asioida. Myös se, että ammattilainen ei viestittäisi esimerkiksi olevansa hyvin kiireinen, koska silloin tuntuu, että minä asiakkaana vien turhaan hänen aikaansa tai vien sitä joltakin toiselta, joka sitä ehkä tarvitsisi enemmän. (Inka)

Vastavuoroisessa kohtaamisessa on tärkeää myös **2) empaattisuus** eli kyky asettua toisen asemaan. Syömishäiriöön sairastuneen kohtaamisessa on tärkeää säilyttää rohkaiseva, lämmin ja positiivinen suhtautuminen. Etenkin pitkään sairastaneiden kohdalla on tärkeää kyetä välittämään sinnikästä uskoa ja toivoa toipumiseen, kun sairastuneen oma ajattelu on jumittunut kielteisyyteen ja itsekriittisyyteen. (Charpentier 2009, 159.)

Kohtaamista mielenterveyspalveluissa leimaa paitsi syömishäiriöoireisiin liittyvä ahdistus myös sosiaalinen herkkyys. Erityisherkyys vaikuttaa vuorovaikutustilanteisiin usein niin, että ihminen on epävarma ja tarvitsee kannustusta omien tarpeidensa ja toiveidensa esiin tuomiseen. Omien ajatusten kirjoittaminen paperille etukäteen on ollut Auroralle hyvä vaihtoehto.

Kannattele toivoa

Terapiasuhteeni on ollut ensimmäinen ja tähän mennessä ainoa ihmissuhde, joka on antanut minulle toisenlaisen, eheyttävän kokemuksen ihmissuhteesta ja se on riittänyt siihen, että olen alkanut voimaantumaan. (Onerva)

Kannusta kommunikoimaan

Erityisesti erityisherkillä minusta kannattaa sanoa, että halutesaan he voivat esimerkiksi kirjoittaa omia ajatuksiaan valmiiksi, jos se tuntuu helpommalta kuin puhuminen vaikkapa lääkäritapaa-

misessa. Heille sellaisissa tilanteissa kynnys kertoa omia mielipiteitään saattaa olla hyvinkin suuri, mutta heillä on kuitenkin tarvetulla kuulluksi. (Aurora)

Vastavuoroisen kohtaamisen kolmas elementti on **3) validoivuus** eli hyväksyntä. Syömishäiriöstä toipuminen tarkoittaa usein viime kädessä myös oman identiteetin työstämistä. Siinä prosessissa sairastunutta eivät auta ammattilaisen valmiit neuvot vaan rohkaisu omaksi itseksi kasvamiseen ja oman asiantuntijuuden vahvistamiseen. Se auttaa sairastunutta myös hyväksymään itsensä, löytämään omat arvonsa ja vaikuttamaan omaan elämäänsä. Auroralla on tästä positiivinen kokemus.

Rohkaise omaa asiantuntijuutta

Viikko-osastolle mennessä omahoitajani vaihtui, ja hoito muuttui joustavammaksi, sekä psyykkistä puolta hoidettiin paremmin. Merkittävin tekijä toipumiselle siellä oli uusi omahoitajani, jonka kanssa käydyistä keskusteluista sain paljon ymmärrystä itseä kohtaan, ja halua voida oikeasti hyvin. Hän korosti, kuinka tärkeää on kuunnella itseä ja olla lempeä itselleen, sen opettelu onkin ollut avainasia toipumisessani myös osastoajan jälkeen. (Aurora)

Vältä hyvää tarkoittavia neuvoja

Myös sellaisten ”hyvää tarkoittavien” neuvojen antamisen soisin jäävän kokonaan pois, siis esimerkiksi koskien miehen ja lasten hankkimista. Toivoisin, että minut kohdattaisiin sellaisena kuin olen. (Inka)

Vastavuoroisen kohtaamisen neljäs elementti on **4) dialogisuus**. Käytännön vuorovaikutuksessa se tarkoittaa aktiivista kuuntelua, avoimuutta ja jatkuvaa tiedon hankintaa. Jokerina dialogiin on sisällytetty tässä myös motivointi, vaikka tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat käsittelevät kohtaamisen luonnetta eikä varsinaisen muutostyön tekemistä, sikäli kuin ne ovat muodollisesti toisistaan erotettavissa.

Kuuntele

On tärkeää, että sairastunut kokee tulevansa kuulluksi ja tuntee, että häntä yritetään auttaa ja halutaan tarjota, ei pakottaa ottamaan vastaan, apua ja tukea. Kertoa, että tarkoitus on auttaa häntä voimaan paremmin, etsiä yhdessä siihen keinoja. Sairastunutta kannattaisi kannustaa jakamaan omia kokemuksiaan ja tukea mahdollisuuksien mukaan häntä luomaan tervettä itsetuntoa. (Aurora)

Ole avoin

Olisin aikanaan toivonut, että muutoksista hoidossa olisi puhuttu avoimemmin. Erityisherkkyyks saattoi vaikuttaa siihen, että tulkitsin kaikkien asioiden johtuneen minusta tai että ne olivat minun vikani. Esimerkiksi eräällä osastolla on yleisenä käytäntönä, että ensimmäisen jakson, joka saattoi kestää 1-3 kk, jälkeen seuraavat jaksot pidettiin ns. intervalleina, esimerkiksi kahden viikon mittaisina. Minä en kuitenkaan tätä tiennyt, vaan luulin että minulle ei enempää hoitoa jostain syystä haluttu antaa. -- Olisin toivonut selkeämpää puhetta, selkeämpää tietoa siitä mitä tapahtuu ja miksi. Ehkä osallisuutta siihen, en tiedä. (Luana)

Hanki tietoa

Olen ollut ajoittain itsekin täysin toivoton ja silloin oikeasti joutuu tekemään, jatkaako taistelua vai luovuttaako. Syy tähän hoidon vajavaisuuteen on mielestäni se, että ammattilaisilla ei ole tarpeeksi tietoa, jotta esim. (erityis)herkkyyttä tunnistettaisiin tarpeeksi hyvin. Tiedon puutteeseen taas vaikuttaa se, että ei olla tarpeeksi aktiivisia etsimään sitä ja tätä aktiivisuutta tarvitaan sosi-aali- ja terveystalalla. Ymmärrän tietysti myös niukat resurssit sekä jatkuvan kiireen, mutta potilas/asiakas on usein se tiedon lähde, jota ei osata kuulla tarpeeksi. (Onerva)

*** Motivoi**

Uudella paikkakunnalla työntekijä sai minut jälleen tuntemaan ja löytämään oikeaa itseäni, sekä hän myös vastuutti minua tarvittavalla patistuksella, koska tosiasiaan on se, että itse se lopullinen työ on tehtävä. (Linda)

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettisesti opinnäytetyön keskeinen lähtökohta on ollut tutkimusaineiston anonymiteetti ja luottamuksellinen käsittely. Tekstistä löytyvät aineistositaatit on varustettu nimimerkeillä kirjoittajien henkilöllisyyden suojaamiseksi. Sitaatit eivät sisällä henkilökohtaisia tunnisteita, kuten viitteitä ikään tai kotipaikkaan.

Tutkimuksessa on noudatettu aineistolähtöisyyden periaatetta. Aineiston keruu, tulkinta ja analyysi on kuvattu mahdollisimman tarkasti, mutta kuitenkin sillä reunaehdolla, että aineiston anonyymius on turvattu. Kokemustutkimuksessa on oleellista aineiston kunnioittaminen. Ajattelua ohjaavien käsitteiden tulee olla herkistäviä eikä pakottavia. Kokemustutkimuksessa luotettavuus liittyykin kokemuksen ja sen tulkinnan väliseen suhteeseen. Perinteisesti reliabiliteettia arvioidaan tutkimuksen toistettavuuden näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa sen arviointi on mahdollista kuvaamalla aineiston keruu, tulkinta ja analyysi sekä tutkimusmenetelmät, teoreettiset lähtökohdat ja ratkaisut mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Kokemustutkimuksen tulosten pätevydestä ja yleistettävyydestä kiistellään paljon, vaikka siinä ei pyritä tilastolliseen yleistettävyyteen. Kysymys objektiivisuudesta ja totuudesta puhuttaa laajemminkin laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään jotakin ilmiötä ja antamaan sille teoreettisesti mielekäs tulkinta. Luotettavuuden arviointikäsitteet ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen tarpeista, jotka nojaavat oletukseen yhdestä konkreettisesta todellisuudesta. Niitä onkin toisinaan korvattu esim. siirrettävyyden käsitteellä. (ks. Rissanen 2015, 47–51; Tuomi & Sarajärvi 2013, 85, 134–139.)

Tutkimuksen kirjoituskutsut on muotoiltu niin, että kirjoittajilla on ollut mahdollisimman vapaat kädet muodostaa ja tulkita itse omat kokemuksensa. Näin on

ollut mahdollista saada tietoa vaikeastakin aiheesta, kuten psyykkisestä sairastumisesta. Aiempaa kokemustutkimusta erityisherkkyyden ja syömishäiriöiden yhteydestä ei ole löytynyt, joten tutkimuksen aineistoa ei ole voitu peilata suoraan aiempiin tuloksiin.

Kokemukset erityisherkkyydestä, syömishäiriöistä ja kohdatuksi tulemisesta ovat aina subjektiivisia, osittaisia ja muuttuvia. Kirjoittajien elämäntilanteissa on voinut olla monia mielenterveystyön kohtaamiseen vaikuttavia tekijöitä, joista erityisherkkyyden ja syömishäiriön vaikutusta on vaikea eristää. Yksi esimerkki tällaisesta tekijästä on rinnakkaisdiagnoosit kuten epävakaa persoonallisuushäiriö, jonka yhteydestä syömishäiriöihin ainakin psykologi Pia Charpentier (2010) on kirjoittanut ja jonka myös kokemuskirjoittaja Sointu nosti esille omassa kertomuksessaan.

Jokainen kokemus tutkimusaineistossa on kirjoittajan itse merkityksellistämä, mutta kokemuskertomusten tulkinnat opinnäytetyön viitekehyksessä ovat tutkimuksen tekijän. Tutkimuksen luotettavuuden ja koko aineiston läpinäkyvyyden lisäämiseksi tekstissä on käytetty paljon suoria sitaatteja. Niillä on haluttu korostaa kokijoiden ääntä ja sitä, että tutkimuksen tulokset ovat nousseet aineistosta.

Tulosten keskeinen varaus liittyy siihen, että kokemuskertomusten kirjoittajat ovat enimmäkseen pitkään sairastaneita ja useimmat myös syömishäiriöistä jo toipuneita henkilöitä. Näin ollen tutkimuksen yksi johtopäätös on se, että tulokset pätevät parhaiten sellaisiin henkilöihin, joiden sairauden somaattisesti akuutti vaihe on ohi. Tutkimuksessa muotoillut vastavuoroisen kohtaamisen elementit soveltuvat kuitenkin useimpiin mielenterveystyön kohtaamistilanteisiin ja tuloksia voidaan soveltuvin osin hyödyntää myös muiden erityisherkkien kuin syömishäiriöön sairastuneiden kohtaamisessa.

Opinnäytetyön varsinainen tutkimusongelma on ollut kohtaamisen luonne eikä syömishäiriön akuutin vaiheen hoito tai varsinainen muutostyö, ja tähän kohtaamisongelmaan tulokset myös vastaavat. Siksi työssä ei ole kovin laajasti käsitelty syömishäiriöistä toipumista edistäviä menetelmiä. Mielenterveys-

työssä suuri osa muutostyöstä tehdään kuitenkin vuorovaikutuksen rajasysteemeissä, joten muutostyön erottaminen kohtaamistyöstä on ollut tarkoituksenmukaista vain tutkimusasetelman kannalta. Muutoksen ja kohtaamisen rajapintaan jää tässä aineistossa motivointi. Kuten aiemminkin on mainittu, anoreksian ja bulimian hoidossa on jo jonkin aikaa hyödynnetty motivoivaa haastattelua, jossa pyritään tunnistamaan potilaan muutosvaihe ja auttamaan häntä seuraavaan vaiheeseen (Pohjolainen & Karlsson 2005, 1977–1981). Motivoinnin merkitys toipumiselle nousi aineistossa esiin mutta kokonaisuutena se jäi kirjoituksissa sivuosaan.

8 LOPUKSI

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat liittyivät kohtaamiseen mielenterveys-työssä. Vastauksia tutkimuskysymyksiin ei etsitty mielenterveystyön ammattilaisilta vaan syömishäiriöön sairastuneilta. Tutkimuksen haasteena oli se, että sen aihepiiristä oli hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa. Toisaalta juuri tiedon vähäisyys lisäsi motivaatiotani teeman esiin nostamiseen.

Aineiston keruu ja tulkinta oli ”kentän tilauksen” vuoksi erittäin kiitollinen tehtävä. Erityisherkkyyks puhuttaa paljon syömishäiriöitä sairastavien keskuudessa, joten opinnäytetyö oli lähtökohtaisesti kädenojennus paitsi mielenterveystyön ammattilaisille myös syömishäiriöön sairastuneille itselleen, joita myös Syömishäiriöliitto-SYLI ry edustaa. Emansipatorisena tiedonintressinä oli tuottaa erityisherkkyydestä tietoa, joka voisi auttaa yksilöitä voimaantumaan ja eheytyämään ja ammattilaisia toimimaan heidän kanssaan paremmin vuorovaikutuksessa (ks. Kurkela 2014, 2).

Opinnäytetyö vahvisti, että pelkät oireet eivät riitä syömishäiriöön sairastuneen erityisherkan ihmisen ymmärtämiseen. Ihmisen omat kokemukset ovat tärkeä lähtökohta tilanteen jäsentämiselle ja tavoitteelliselle vuorovaikutukselle. Näitä kokemuksia myös työntekijän on tärkeä kuulla ja tehdä näkyväksi kohtaamistilanteissa, jotta asiakas oppii arvostamaan omaa asiantuntijuuttaan ja hyväksymään itsensä. Näin Inka kuvaa hyväksynnän merkitystä omalle toipumiselleen:

Toipumiseen on vaikuttanut paljon erityisherkkyyden ymmärtäminen ja hyväksyminen. Ylipäättään se, että olen voinut hyväksyä itseni omana itsenäni. (Inka)

Itse opin työn tekemisen aikana paljon sekä syömishäiriöiden kirjosta että siitä kokemusten moninaisuudesta, joka erityisherkkyyden kohtaamiseen liittyy. Hyvistä yksittäisistä kokemuksista huolimatta vielä on kuitenkin matkaa yksilöllisiin, herkkyyden tunnistaviin mielenterveyspalveluihin. Tutkimusaineisto toi esiin, että mielenterveyspalveluissa herkkyyttä ei tunnistettu eikä sille ollut kohtaamisissa tilaa kuin poikkeustapauksissa.

Useimmat syömishäiriöistä toipuneet olivat kuitenkin tehneet itse paljon työtä etsiessään tietoa erityisherkkyydestä ja löytäneet sitä kautta apua ja itseymmärrystä. Oireellista on, että osa ei edelleenkään halunnut puhua asiasta mielenterveystyön ammattilaisille heidän reaktioidensa pelossa. Tämä saattaa liittyä populaariin HSP-keskusteluun, josta puuttuu usein ilmiön tieteellinen ymmärrys.

Jokaisen ihmisen biologinen perusviritys on erilainen ja koostuu kolmesta ulottuvuudesta: kuinka herkästi ihminen aistii ärsykeitä, kuinka nopeasti se herättää elimistössä toimintavalmiuden ja onko tämä reaktio myönteinen vai kielteinen. Mikään yhdistelmä jatkumolla ei ole poikkeava tai patologinen mutta vaatii omanlaistaan selviytymisstrategiaa. Herkän perusvirityksen kanssa toimeen tuleminen edellyttää muun muassa itsesääätelyä, tasapainoa ja tunteiden jakamista. (Onko lapsesi erityisherkkä? 2015.)

Arviolta noin puolet mielenterveyspotilaista on persoonallisuudeltaan erityisherkkiä. Mielenterveystyön kohtaamisissa ammattilaisten olisi hyvä tiedostaa erilaisten temperamenttien merkitys vuorovaikutuksessa ja kyetä reflektimaan omia tunteitaan kohtaamisissa erilaisten ihmisten kanssa. Tutkimustyötä olisi mielenkiintoista jatkaa tästä näkökulmasta. Jatkossa olisi hyödyllistä tarkastella myös yksilön ja mielenterveyspalvelujen yhteensopivuutta ja etsiä tästä toimivia käytäntöjä.

Opin tätä tutkimusta tehdessäni psykologiasta käsitteen, joka viittaa ympäristön ja yksilön yhteensopivuuteen: *goodness of fit*. Yhteensopivuudessa on aina kyse kaksisuuntaisesta vuorovaikutuksesta kuten transaktiomallissakin. Erityisesti lapsuudenperheen yhteensopimattomuudella voi olla kielteisiä vaikutuksia yksilön hyvinvointiin. Huono yhteensopivuus ensisijaisten huoltajien kanssa voi aiheuttaa perusturvattomuutta, häpeää ja syyllisyyttä. Osin yhteensopivuus voi olla huono myös suhteessa sosiokulttuuriseen ympäristöön: temperamenttiin tai persoonallisuuteen voi kohdistua persoonallisuussyrjintää tai suosimista sen mukaan, mikä kulttuurissa kulloinkin on arvostettua. Tällä hetkellä länsimaissa arvostetaan sosiaalisuutta ja ekstroversiota. Sen myötä yksilölle voi muodostua kuva omasta vääränlaisuudesta. Onkin viitteitä, että erityisherkit saattavat altistua syrjinnälle muita helpommin. (Chess ym. 1968; Keltikangas-Järvinen 2004, Kurkelan 2014, 1–2 mukaan.)

Herkkä ihminen mielletään heikoksi -- Yksi isoimmista ongelmista on myös suorittamiseen tähtäävä yhteiskunta, joka ei salli herkkyyden olla olemassa ja hengittää. Se pyrkii pikemminkin nujertamaan sen pois ihmisestä, jotta se toimisi kuin robotti ja olisi tuotava. (Onerva)

Kulttuurinen käsityksemme herkkyydestä kaipaa päivittämistä. Sensitiivisempi kohtaaminen alkaa herkkyyden tiedostamisesta ja sille tilan antamisesta sen kaikissa muodoissa. Herkkyys ei tarkoita vain haavoittuvuutta vaan myös yksilöllisiä vahvuuksia ja voimavaroja. Herkkyys on osattava kohdata arvostavasti ja hyväksyvästi, jolloin herkkä yksilö oppii arvostamaan ja puolustamaan itseään. Kun herkkä yksilö voi hyvin, se palkitsee vastavuoroisesti koko yhteiskuntaa. Vastavuoroisuuteen pyrkivässä sosiaalityössä on aina läsnä sekä yksilöllinen että kollektiivinen puoli: kokemus osallisuudesta lisää paitsi yksilön sosiaalista pääomaa myös koko yhteisön hyvinvointia (Törrönen 2016, 50).

Ensimmäisenä aloin tiedostamaan erityisherkkyyttä psyykkisellä tasolla, kun sain terapiassa ymmärrystä ja hyväksyntää sille. Samaa aikaa myös syömishäiriö alkoi hellittämään otettaan. -- Huomasin myös kuinka se oli ensimmäinen suhde toiseen ihmiseen, jossa tulini nähdäkseni ja kuulluksi sellaisena kuin olen. Koen,

että se antoi tilaa myös herkälle puolelleni. Pikku hiljaa uskalsin katsoa sitä ja näyttää sen myös toiselle ihmiselle, joka ei hylännyt mua. Pidän herkkyyttäni nykyään lahjana, joka on mulle annettu ja jossa on valtava elämää kantava voima. (Onerva)

LÄHTEET

Arnkil, T. E. & Seikkula, J. 2014. ”Nehän kuunteli meitä!” Dialogeja monissa suhteissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aron, E. N. & Aron, A. 1997. Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology* 2, 345–368.

Aron, E. N., Aron, A. & Jagiellowicz, J. 2012. Sensory Processing Sensitivity: A Review in the Light of the Evolution of Biological Responsivity. *Personality and Social Psychology Review* 3, 262–282.

Aron, E. N. 2016. Erityisherkkä ihminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.

Bardy, M. & Känkänen, P. 2005. Tarinat yksilön ja yhteisön suhteissa. Teoksessa: Satka, M., Karvinen-Niinikoski, S., Nylund, M. & Hoikkala, S. (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia.

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. 2005. Kliininen lapsipsykologia. Helsinki: Edita.

Charpentier, P. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa: Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 271–292.

Charpentier, P. 2009. Syömishäiriöisen nuoren kohtaaminen. Teoksessa: Purjo, T. & Kuusela, J. (toim.) Tappelusta jutteluun. Nuoren kohtaamisen taito. Helsinki: Non Fighting Generation ry, 158–167.

Charpentier, P. 2010. Syömishäiriö ja epävakaa persoonallisuushäiriö - kaksi ongelmaa vai yhdessä oma ongelmansa? VET-lopputyö 25.4.2010.

Chess, S., Thomas, A. & Birch, H. G. 1968. Lapsi yksilönä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Claude-Pierre, P. 2000. Syömishäiriöiden salainen kieli. Miten ymmärtää ja hoitaa anoreksiaa ja bulimiaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Dimitroff, S. 2017. Vaikeaa syömishäiriötä sairastavan hoidon kulmakiviä. Case: ”Hankala tapaus”. Esitelmä Syömishäiriöpäivillä 25.1.2017. Helsinki: Syömishäiriöliitto-SYLI ry.

Eriksson, E., Arnkil, T. E. & Rautava, M. 2006. Ennakointialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin käsikirja - ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).

Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. 2003. Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders. A ”Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 509–528.

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus. Hoitotyön lähtökohta. Teoksessa: Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua. Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 40–51.

HSP - Suomen erityisherät ry. 2018. Mitä erityisherkyys ei ole. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.erityisherkat.fi/erityisherkyys/mita-erityisherkyys-ei-ole/> [viitattu: 5.2.2018].

Hytönen, T. & Valli, S. 2016. Ihanat tytöt. Menetelmäopas hiljaisten ja ujojen tyttöjen kohtaamiseen. Helsinki: Lasten Keskus.

Juhila, K. 2011. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Juntunen, P. 2013. Voiko ammattilainen ymmärtää sairasta mieltä? *Syllillinen* 3, 14–16. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.syomishairioliitto.fi/syllillinen/SYLILLINEN_3_2013.pdf [viitattu 9.2.2018].

Keltikangas-Järvinen, L. 2004. Temperamentti. Ihmisen yksilöllisyys. Helsinki: WSOY.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt. Ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? *Duodecim* 18, 2209–2214. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/18/duo99078> [viitattu 1.2.2018].

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. (toim.) 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W. & Treasure, J. 2001. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Duodecim* 8, 863–868. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/8/duo92219> [viitattu 5.2.2018].

Keski-Rahkonen, A., Meskanen, K. & Nalbantoglu, M. (toim.) 2013. Irti ahminasta. Kohti tasapainoista suhdetta ruokaan. 2013. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kiikkala, I. 2008. Ihmisen kohtaaminen auttamistyössä. *Mielenterveys* 2, 22–26.

Koivisto, K., Kukkola, J., Latomaa, T. & Sandelin, P. (toim.) 2014. Kokemuksen tutkimus IV. Annan kokemukselle mahdollisuuden. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Kokko, R-L. & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Raportteja 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).

Kukkola, J. 2014. Millaisin ehdoin kokemus voi olla tutkimuskohteena mahdollinen? Mielenfilosofisia lähtökohtaehtoja kokemuksen tutkimukselle. Teoksessa: Koivisto, K., Kukkola, J., Latomaa, T. & Sandelin, P. (toim.) Kokemuksen tutkimus IV. Annan kokemukselle mahdollisuuden. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 31–56.

Kurkela, M. 2014. Ei se ole lainkaan täyttä elämää, jos joutuu piilottelemaan omaa ydintään. Erityishervät ja goodness of fit. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.erityisherkat.fi/@Bin/171485/ea89b1_0fdca42c3e81444aadf71428f4cddaca.pdf [viitattu 28.2.2018].

Lyhty, T. & Nietola, V. 2015. Dialoginen moniammatillisuus asiakastyössä. Teoksessa: Näkki, P. & Sayed, T. (toim.) Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita, 142–159.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Onko lapsesi erityisherkkä? Älä leimaa, nosta jalustalle tai kääri häntä pumpuuliin. 2015. *Helsingin Sanomat* 17.9.2015. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.hs.fi/elama/art-2000002852958.html> [viitattu 12.3.2018].

Pohjolainen, V. & Karlsson, H. 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. *Duodecim* 18, 1975–1981. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/18/duo95229> [viitattu 25.2.2018].

Pyökäri, N., Luutonen, S. & Saarijärvi, S. 2011. Kohtauksittainen ahmintahäiriö on yleinen syömishäiriö. *Suomen Lääkärilehti* 20, 1649–1653.

Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Duodecim* 20, 2126–2132. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11271> [viitattu 6.2.2018].

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf [viitattu 11.2.2018].

Sameroff, A. 2009. The Transactional Model. Teoksessa: Sameroff, A. (toim.) *The Transactional Model of Development. How Children and Context Shape Each Other*. Washington DC: American Psychological Association, 3–21.

Satri, J. 2014. Sisäinen lepatus. Herkän ihmisen tietokirja. Helsinki: Basam Books Oy.

Satri, J. 2015. Herkkyys ja kiusaaminen. Helsinki: Basam Books Oy.

Seikkula, J. 1991. Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.

Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi. Vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 3, 289–296. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2004/3/duo94071> [viitattu 1.2.2018].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301> [viitattu 26.1.2018].

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69912> [viitattu 9.2.2018].

Suoninen, E. 2000. 'Tanssilajit ja -tyylit' asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa: Jokinen, A. & Suoninen, E. (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 67–104.

Suvisaari, J. & Suokas, J. 2009. Syömishäiriöt. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 56–59. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085191> [viitattu 6.2.2018].

Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2009. Syömishäiriöt - mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille.

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.12.2014. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101> [viitattu 9.2.2018].

Torniossa mielenterveyshoito toimii. 2012. *Helsingin Sanomat* 16.12.2012. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.hs.fi/sunnuntai/art-2000002600206.html> [viitattu 1.2.2018].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomisto, E. 2006. Syömishäiriöasiakkaan subjektiiviset kokemukset ruokailutilanteessa ja käyttäytymisanalyttisen haastattelun kehittäminen. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15510> [viitattu 9.2.2018].

Törrönen, M. 2016. Vastavuoroisuuden yhteisöllinen luonne. Teoksessa: Törrönen, M., Hänninen, K., Jouttimäki, P., Lehto-Lundén, T., Salovaara, P. & Veistilä, M. (toim.) Vastavuoroinen sosiaalityö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 39–56.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysyö. Helsinki: Fioca Oy.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

KUVALUETTELO

Kuva 1. Sairauden vaiheet. Charpentier, P. Kuvakaappaus Syömishäiriöliiton verkkosivulta. Syömishäiriöliitto-SYLI ry. 2018. Saatavissa: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot7.html> [viitattu 5.2.2018].

Kuva 2. Erityisherkkyyks. Kuvakaappaus Erityisherkan elämää - verkkosivulta. 2018. Saatavissa: <http://www.hspelamaa.net/infoograafit> [viitattu 9.2.2018].

Kuva 3. Vanhemmoinnin validoivuuden ja emotionaalisen herkkyyden vaikutus sairauden ilmenemismuotoon ja vakavuuteen. Charpentier, P. 2010, 21.

Kuva 4. Kehityopsykologian transaktiomalli.

Kuva 5. Asiakkaan ja mielenterveystyön transaktiomalli.

Kuva 6. Vastavuoroisen kohtaamisen elementit.

SCOFF-syömishäiriöseula on kehitetty syömishäiriöoireiden tunnistamiseen erityisesti perusterveydenhuollossa. Mittarissa on viisi kysymystä, jotka kartoittavat laihuus- ja ahmimishäiriöiden tavallisimpia oireita. Jokaisesta kyllä-vastauksesta annetaan yksi piste ja ei-vastauksesta nolla. Vastaja saa siten yhteensä 0–5 pistettä. Seula voidaan antaa potilaan itsensä täytettäväksi tai kysymykset voidaan esittää tapaamistilanteessa.

1. Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kylläiseksi?

kyllä

ei

2. Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen kuinka paljon syöt?

kyllä

ei

3. Onko Sinulla hiljattain ollut 3 kk kestänyttä jaksoa, jolloin laihdut yli kuusi kiloa?

kyllä

ei

4. Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha?

kyllä

ei

5. Hallitseeke ruoka mielestäsi elämääsi?

kyllä

ei

Pisteytys: Kyllä-vastauksista 1 piste, ei-vastauksista 0 pistettä. Summapistemäärä 2–5 viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää henkilön kanssa tarkemmin. On erittäin harvinaista, että nolla pistettä saanut henkilö kärsisi syömishäiriöstä. Siten SCOFF:ia voi käyttää syömishäiriöiden poissulkemiseen. Eri tutkimuksissa 10–50 prosentilla niistä, jotka ovat saaneet seulassa vähintään 2 pistettä, on todettu syömishäiriö.

Lähde: Suvisaari & Suokas 2009

SYÖMISHÄIRIÖT JA ERITYISHERKKYYS- KIRJOITUSKUTSU



Oletko sairastanut syömishäiriötä ja tunnistanut itsessäsi erityisherkkyydelle ominaisia piirteitä (aistit, pohdit ja tunnet asioita ja ilmiöitä herkästi ja voimakkaasti)?

Haluun tutkia sosiaalialan opinnäytetyössäni, miten syömishäiriötä sairastavat tai siitä toipuneet ovat kokeneet herkkyyden merkityksen omassa sairaudessaan ja/tai toipumisessaan sekä kohtaamisissa mielenterveystyön ammattilaisten kanssa. Tavoitteeni on tehdä näkyväksi kokemustietoa ammattilaisten ja sairastavien kohtaamisista ja analysoida vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä sekä sitä, miten vuorovaikutusta voisi kehittää asiakaslähtöisemmäksi. Toteutan opinnäytetyön yhteistyössä Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n kanssa.

Kirjoita omista kokemuksistasi vapaamuotoisesti ja kuvaile, millä tavoin herkkyys on vaikuttanut sairastamiseesi, toipumiseesi ja kohtaamisiin mielenterveystyön ammattilaisten kanssa. Kaikki tekstit käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi tutkimuksessa. Lyhytkin teksti on tutkimukselleni arvokas! Toivon, että pohdit tekstissä seuraavia asioita:

- » Miten määrittelet ja koet oman erityisherkkyytesi? Millä elämän osa-alueilla se näkyy (fyysisenä/psykkisenä/sosiaalisena/henkisenä herkkyytenä)? Mitä erityisherkkyyden tiedostaminen sinulle ja itsemääräyksellesi merkitsee?
- » Miten erityisherkkyytesi on vaikuttanut syömishäiriöosi ja/tai toipumiseesi? Miten se on näkynyt käytännössä? Onko se vaihdellut sairauden/toipumisen eri vaiheissa?
- » Miten erityisherkkyytesi on tullut esiin (suorasti tai epäsuorasti) kohtaamisissa mielenterveystyön ammattilaisten kanssa? Oletko itse tai onko joku ammattilainen ottanut sen esiin ja jos, niin millaisissa tilanteissa?
- » Miten herkkyytesi on omasta mielestäsi vaikuttanut kohtaamistilanteisiin mielenterveystyön ammattilaisten kanssa? Miten vuorovaikutusta näissä tilanteissa voisi mielestäsi kehittää?
- » Millaista tukea olet saanut erityisherkkänä syömishäiriötä sairastavana mielenterveystyön ammattilaisilta? Jos et ole saanut tukea, millaista tukea olisit toivonut saavasi?

Pyydän sinua palauttamaan tekstisi 31.12.2016 mennessä joko sähköpostitse osoitteeseen anna-maria.maki-kuutti@student.kyamk.fi tai postitse osoitteeseen Uittotunnelinkatu 3 F, 33250 Tampere. Voit palauttaa tekstin omalla nimelläsi tai nimimerkillä. Liitä joka tapauksessa mukaan tieto iästäsi ja sukupuolestasi. Yhteystietonsa ilmoittaneiden kesken arvon Elaine N. Aronin kirjan *Erityisherkkä ihminen*.

Lämmin kiitos avustasi!

Anna-Maria Mäki-Kuutti, yhteiskuntatieteiden maisteri ja sosionomi (AMK) -opiskelija

Syömishäiriöt ja erityisherkkyyys - kirjoituskutsu

♥ HYVÄ KANSSAKULKIJA

Oletko sairastanut syömishäiriötä ja tunnistanut itsessäsi erityisherkkyydelle ominaisia piirteitä (aistit, pohdit ja tunnet asioita ja ilmiöitä herkästi ja voimakkaasti)? Haluaisitko jakaa oman kokemuksesi opinnäytetyöni käyttöön? Nyt sinulla on mahdollisuus kertoa ainutlaatuinen tarinasi kirjoittamalla siitä itse omin sanoin. Kirjoitukset käsitellään tutkimuksessa luottamuksellisesti ja nimettömästi.

Opinnäytetyöni tavoitteena on tehdä näkyväksi kokemustietoa kohtaamisista mielenterveyspalveluissa ja analysoida vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä. Toteutan opinnäytetyön yhteistyössä Syömishäiriöliitto-SYLI ry:n kanssa.

Voit auttaa minua kertomalla tarinasi ja kirjoittamalla kokemuksistasi vaikka lyhyestikin. Pienetkin tiedonmuruset vähän tutkitusta aiheesta ovat äärimmäisen arvokkaita!

Kirjoita omista kokemuksistasi vapaamuotoisesti ja kuvaile, millä tavoin herkkyyys on vaikuttanut sairastamiseesi, toipumiseesi ja kohtaamisiin mielenterveyspalveluissa. Liitä mukaan tieto iästäsi ja sukupuolestasi. Yhteystietonsa ilmoittaneiden kesken arvon Elaine N. Aronin kirjan *Erityisherkkä ihminen*.

Lämpimästi kiittäen, Anna-Maria Mäki-Kuutti (YTM ja sosionomiopiskelija)

♥ POHDI TEKSTISSÄ SEURAAVIA ASIOITA:

- » Miten määrittelet ja koet oman erityisherkkyytesi?
- » Miten erityisherkkyytesi on vaikuttanut syömishäiriöösi ja/tai toipumiseesi?
- » Miten erityisherkkyytesi on tullut esiin (suorasti tai epäsuorasti) kohtaamisissa mielenterveystyön palveluissa? Oletko itse tai onko joku ammattilainen ottanut sen esiin?
- » Miten herkkyytesi on omasta mielestäsi vaikuttanut kohtaamistilanteisiin mielenterveyspalveluissa?
- » Miten vuorovaikutusta näissä tilanteissa voisi mielestäsi kehittää?
- » Millaista tukea olet saanut erityisherkkänä syömishäiriötä sairastavana mielenterveyspalveluissa?
- » Jos et ole saanut tukea, millaista tukea olisit toivonut saavasi?

Palauta tekstisi 31.1.2017 mennessä sähköpostitse:
anna-maria.maki-kuutti(at)student.kyamk.fi tai
postitse: Uittotunnelinkatu 3 F, 33250 Tampere.

Jokaisen tarina on arvokas ja ansaitsee tulla kerrotuksi!