



Syömishäiriötä sairastavan nuoren psykofyysinen fysioterapia

Opas 13–17-vuotiaille nuorille

Jemina Lepola

Paula Oksanen

OPINNÄYTETYÖ
Elokuu 2024

Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

LEPOLA, JEMINA & OKSANEN, PAULA:
Syömishäiriötä sairastavan nuoren psykofyysinen fysioterapia
Opas 13–17-vuotiaille nuorille

Opinnäytetyö 83 sivua, joista liitteitä 20 sivua
Elokuu 2024

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä 13–17-vuotiaiden nuorten tietoisuutta syömishäiriöistä ja psykofyysisestä fysioterapiasta syömishäiriöiden kuntoutuksessa. Lisäksi tavoitteena oli tarjota nuorille materiaali, jonka avulla he voivat saada etukätestietoa ennen ensimmäistä vastaanottoa psykofyysisessä fysioterapiassa. Opinnäytetyötä ohjasivat tutkimuskysymykset, joiden pohjalta opinnäytetyön teoriasisältö koostui hyvän oppaan piirteistä, syömishäiriöistä, kehonkuvasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta sekä sen mahdollisuuksista ja menetelmistä osana syömishäiriöiden kuntoutusta.

Opinnäytetyön toteutustapana oli toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena muodostui opas Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan työryhmän tarpeeseen. Yhteistyökumppani oli huomannut, että useilla vastaanotolle tulevilla nuorilla ei ole psykofyysisestä fysioterapiasta ennakotietoa ja heillä voi siten olla siitä kielteisiä ennakkoluuloja. Opas koottiin tutkitun teoriatiedon ja asiantuntijahaastattelun pohjalta, jotta pystyttiin luomaan ajankohtainen ja informatiivinen materiaali yhteistyökumppanille.

Tutkimusten tuloksissa ilmeni, että esimerkiksi hengitys- ja rentoutusmenetelmillä voidaan hallita syömishäiriöoireilevan ahdistusta. Tutkimukset antoivat viitteitä siitä, että kehotietoisuusharjoittelulla voi olla vaikutusta syömishäiriöoireiluun, sillä sen myötä suhtautuminen omaan kehoon voi muuttua myönteisemmäksi. Psykoedukaatiolla on onnistuttu kasvattamaan tietoisuutta sairaudesta ja sillä voi olla vaikutusta syömishäiriöoireilun lievenemiseen. Syömishäiriöiden psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen vaikuttavuudesta on olennaista saada lisätutkimuksia. Tulevaisuudessa on kiinnostavaa tietää oppaan hyödyllisyydestä sen kohderyhmälle ja ammattilaisille.

Asiasanat: syömishäiriö, psykofyysinen fysioterapia, syömishäiriöoireilu, kehonkuva, kehollisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

LEPOLA, JEMINA & OKSANEN, PAULA:
Psychophysical Physiotherapy of Adolescents with Eating Disorders
A Guide for Adolescents Aged 13-17

Bachelor's thesis 83 pages, appendices 20 pages
August 2024

The objective of the thesis was to increase 13 to 17-year-old adolescents' knowledge about eating disorders and its psychophysical physiotherapy. Another aim was to provide adolescents with material so that they can have pre-information about psychophysical physiotherapy before their first physiotherapy appointment. The theoretical section of the thesis explored eating disorders, body image, features of a good guide, psychophysical physiotherapy and its possibilities.

The thesis was carried out as a functional thesis. The purpose was to form a guide for co-operation partner Tampere University Hospital's polyclinic of adolescents' psychiatry. The data were collected from literature. In addition, an expert interview was used to develop the guide to create informative and up-to-date material for the partner.

The results suggest that anxiety management including breathing and relaxation exercises are effective in decreasing patient's anxiety. The findings indicate that body awareness methods can affect eating disorder symptoms by changing the approach towards one's body more accepting. Psychoeducation has been successful in increasing knowledge about eating disorders. It may also have positive impacts on reducing symptoms.

It is essential to have further research about psychophysical physiotherapy and its effectiveness in the treatment of eating disorders. In the future it would be interesting to know the usefulness of the guide for its target audience and multi-professional team.

Key words: eating disorder, psychophysical physiotherapy, symptoms of eating disorders, body image, embodiment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	7
3	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	9
3.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	9
3.1.1	Hyvän oppaan piirteet	9
3.1.2	Oppaan kokoaminen	12
3.2	Aineistonkeruu	14
3.2.1	Asiantuntijahaastattelu	14
3.2.2	Tiedonhaun raportointi	15
3.3	Aikataulu	18
3.4	Eettisyys	19
4	SYÖMISHÄIRIÖT YLEISESTI	20
5	SYÖMISHÄIRIÖDIAGNOOSIT	23
5.1	Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö	23
5.2	Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö	25
5.3	Epätyypilliset syömishäiriöt	27
5.3.1	Ahmintahäiriö eli BED	27
5.3.2	Ortoreksia	29
5.4	ARFID-oireyhtymä	30
6	KEHONKUVA	33
7	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	37
8	PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN MAHDOLLISUUKSIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESSA	40
8.1	Ahdistuksenhallinta	40
8.2	Kehotietoisuus	42
8.2.1	Basic Body Awareness Therapy eli BBAT	43
8.2.2	Mindfulness	44
8.3	Psykoedukaatio	47
9	POHDINTA	51
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	64
	Liite 1. Opas 13–17-vuotiaille nuorille	64

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleisesti väestön keskuudessa harvinaisia mielenterveyshäiriöitä, mutta erityisesti naissukupuolisilla ne ovat nuoruuden aikana yleisiä. Näihin vakaviin sairauksiin sairastutaan yleensä alle 25-vuotiaana ja niiden vakavuusaste vaihtelee. Usein oireiluun kuuluu toimintakyvyn heikkenemistä psyykkisellä, fyysisellä ja sosiaalisella osa-alueella sekä normaalista poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. Syömishäiriösairauksia voidaan jaotella eri diagnooseihin, joista tunnetuimpia ovat anoreksia nervosa eli laihuushäiriö ja bulimia nervosa eli ahmimishäiriö. Näiden lisäksi on myös monia muita syömishäiriöitä, joista useat kuuluvat epätyypillisiin syömishäiriöihin. Syömishäiriöiden hoito tapahtuu moniammatillisesti ja hoito suunnitellaan jokaisen sairastuneen kohdalla yksilöllisesti hänen sairautensa vaikeusaste ja toimintakyky huomioiden. (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2014.) Fysioterapeuttisten menetelmien on havaittu olevan tehokas lisä muiden käytössä olevien hoitomuotojen rinnalla syömishäiriöiden hoidossa. Fysioterapian erityisinä tavoitteina ovat realistisemman minäkuvan palauttaminen sekä syömishäiriöoireiluun liittyvän hyperaktiivisuuden, impulsiivisuuden ja jännittyneisyyden rajoittaminen levon ja rentoutumisharjoittelun kautta. (Probst, Diedens & Van Damme 2018, 241, 246–247.)

Opinnäytetyöaiheen valintaan johti yhteinen mielenkiintomme syömishäiriöitä ja niiden kuntoutusta kohtaan. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan kanssa. Tältä työelämäyhteistyökumppanilta nousi selkeä tarve oppaalle, joka mahdollisti sen, että saimme pitää itsellemme mieluisan aiheen ja tarjota yhteistyökumppanillemme heidän toimintaansa hyödyttävän konkreettisen oppaan. Syömishäiriöistä ja niiden psykofyysisestä fysioterapiasta on tehty aiemminkin oppaita, jotka ovat varmasti sovellettavissa useisiin tilanteisiin ja potilastapauksiin. Opinnäytetyön tuotoksena syntävä opas on suunnattu nuorisopsykiatrian poliklinikan käyttöön, jotta heidän potilaansa voisivat saada oppaasta parhaan mahdollisen hyödyn.

Nuorisopsykiatrian poliklinikalla oli huomattu, että useat psykofyysisen fysioterapeutin vastaanotolle tulevat syömishäiriötä sairastavat nuoret eivät ole kovinkaan tietoisia psykofyysisestä fysioterapiasta ja siitä, mitä vastaanotolla saatetaan

tehdä. Nuorilla on saattanut olla myös tiettyjä ennakkokäsityksiä psykofyysisestä fysioterapiasta ja siitä, ettei tällainen kuntoutusmuoto sovellu heille. Nämä johtopäätökset ovat syntyneet siis ilman, että aiheesta on saatu todenmukaista ennakkotietoa. Oppaan tarkoituksena on lisätä psykofyysiseen fysioterapiaan tulevien nuorten tietoisuutta aiheesta ja täten vähentää siihen liittyviä negatiivisia ennakkoluuloja.

Vaikka opinnäytetyömme tuotoksena syntyvä opas on kohdennettu 13–17-vuotiaille nuorisopsykiatrian poliklinikan pääasiassa laihuushäiriötä sairastaville nuorille, halusimme käsitellä opinnäytetyöraportissa teoriatietoa laajemmin. Opinnäytetyöraportissa perehdytään laihuushäiriön lisäksi myös muihin syömishäiriödiagnooseihin ja syömishäiriöistä kerrotaan myös yleisellä tasolla. Teoriatiedon pääpainona on syömishäiriöiden lisäksi niihin oleellisesti kuuluva kehonkuva. Psykofyysinen fysioterapia ja sen mahdollisuudet syömishäiriöiden kuntoutuksessa ovat myös keskeisenä teoriaosuutena opinnäytetyöraportissamme.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikka on osana erikoissairaanhoidon ja sen toimintaa on mahdollistamassa moniammatillinen työryhmä. Poliklinikan psykofyysiseen fysioterapiaan tulevat nuoret ovat 13–17-vuotiaita, joilla on erilaisia mielenterveyden sairauksia. Potilaiden yleisimpiä diagnooseja ovat laihuushäiriö, ahdistuneisuushäiriö, depressio eli masennustila sekä neuropsykiatriset häiriöt. Poliklinikan psykofyysiseen fysioterapiaan tulevat nuoret ovat poliklinikan asiakkaita ja he tulevat psykofyysiseen fysioterapiaan moniammatillisen työryhmän päätöksellä, jolloin perusteena on mahdollinen hyöty kehollisesta työskentelystä mielenterveyden haasteisiin. Poliklinikan fysioterapiassa fysioterapeutti arvioi potilaiden toimintakykyä ja valmiuksia keholliseen työskentelyyn. Arvioiden pohjalta fysioterapeutti tekee suosituksia potilaiden jatkokuntoutuksesta ja laittaa ne eteenpäin kuntoutustyöryhmään. Tämän takia nuori käy poliklinikan fysioterapiassa vain 1–5 kertaa ja varsinaisen terapian toteuttaa lopulta muu palveluntuottaja.

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota ajankohtaisen tutkimustiedon ja asiantuntijahaastattelun pohjalta opas 13–17-vuotiaille syömishäiriötä sairastaville nuorille. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta syömishäiriöistä ja niiden psykofyysisestä fysioterapiasta sekä koota nuorisopsykiatrian poliklinikan työryhmälle opas, jota he voivat hyödyntää työssään. Tavoitteena on myös, että me itse opinnäytetyön tekijöinä kehitämme ammatillista osaamistamme aiheesta.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan tarkoituksena on lisätä syömishäiriötä sairastavien nuorten tietopohjaa syömishäiriöistä ja niiden kuntoutuksesta nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Oppaassa kerrotaan psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen menetelmistä. Lisäksi oppaassa on muutama kotiharjoite sekä vinkkejä sivustoille ja sovelluksiin, joista nuori voi itse halutessaan etsiä tietoa ja kotiharjoitteita. Opas on sovellettavissa kaikkiin syömishäiriöihin, vaikka nuorisopsykiatrian poliklinikalla onkin eniten laihuushäiriötä sairastavia potilaita.

Syömishäiriötä sairastava nuori saa oppaan luettavaksi ennen ensimmäistä fysioterapiakäyntiä nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Tällöin nuorella on mahdollisuus tutustua aihealueeseen etukäteen, sillä aihe on usealle nuorelle vieras. Uskomme itse opinnäytetyön tekijöinä, että opas voi auttaa nuorta olemaan vastaanottavaisempi tiedolle ja erilaisille menetelmille itse fysioterapiakäynnillä, kun hänellä on jo hieman tietoa siitä, mikä mahdollisesti on psykofyysisen fysioterapian tarkoitus ja miten hän voi siitä itse hyötyä. Tavoitteena on myös se, että syömishäiriötä sairastava nuori voisi palata oppaassa käsiteltäviin asioihin poliklinikan vastaanottojen jälkeenkin ja saada helpotusta kokemiinsa oireisiin. Opas on opinnäytetyöraportin liitteenä 1.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan opinnäytetyötyyppiä, jonka tarkoituksena on antaa ammatilliselle kentälle esimerkiksi ohjeistuksia, opastuksia, tietyn toiminnan suunnittelua ja toteutusta tai antaa syitä tietyille toiminnalle. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapoja on useita. Opinnäytetyö voidaan toteuttaa esimerkiksi opastusmateriaalina kirjan tai oppaan muodossa. Myös tapahtuman järjestäminen ja toteuttaminen ovat esimerkkejä toteutustavoista. Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena syntyy siis aina jotain konkreettista. Olennaista on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännönläheinen toteutus ja siitä raportointi. Lisäksi toiminnallisen opinnäytetyön laatiminen vaatii lähes aina selvitystä aiheesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51.)

Valitsimme opinnäytetyömme toteutustavaksi toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tuotoksena on 13–17-vuotiaille syömishäiriötä sairastaville nuorille kohdennettu opas. Opas vastaa ammatilliselta kentältä nousseeseen tarpeeseen. Meillä opinnäytetyöraportin ja oppaan tekijöillä, Jemina Lepolalla ja Paula Oksasella, on opinnäytetyöraportin ja oppaan tekijänoikeudet, jotka pysyvät meillä oppaan luovuttamisen jälkeen. Pirkanmaan hyvinvointialueella on käyttöoikeudet opinnäytetyöhön ja oppaaseen omassa toiminnassaan. Annamme Pirkanmaan hyvinvointialueelle oppaan muokkausoikeudet, esimerkiksi siltä varalta, jos käytännöt tai tutkimustieto muuttuu. Muokkausoikeudet ovat voimassa siten, että oppaan kirjallisiin osioihin saa tehdä muokkauksia vapaasti, kunhan oppaaseen merkitään selkeästi se, mitä on muokattu ja milloin sekä kuka on ollut muokkaaja.

3.1.1 Hyvän oppaan piirteet

Hyvärinen (2005) avaa katsauksessaan toimivan potilasohjeen piirteitä, jotka ovat sovellettavissa opinnäytetyön tuotoksena syntyvään oppaaseen. Oleellista on, että ohje on kirjoitettu ja suunnattu oikealle kohderyhmälle. Sisältö rakenne-

taan potilaan näkökulmasta määräytyvän tärkeysjärjestyksen mukaisesti. Tärkeysjärjestystä päättäessä on hyvä miettiä, mitkä asiat ovat lukijan mielestä tärkeitä ja mitä tietoa hän etsii. (Hyvärinen 2005.) Lukijat ovat aina yksilöitä, joten on vaikea tietää, kuinka yksityiskohtaista tietoa kukin tarvitsee. Tämän suhteen on potilasohjeen laadinnassa tehtävä kompromisseja. Potilasohjeesta saadun informaation avulla pyritään siihen, että potilas pystyy valmistautumaan hänen eteensä tuleviin tilanteisiin. Mikäli tieto on luettavissa myös kotiloissa, antaa se potilaalle mahdollisuuden perehtyä aiheeseen omassa rauhassa ajan kanssa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 14, 25.)

Oppaan tietoa käsitellään yleiskielellä sekä selkeillä sanavalinnoilla ja lauserakenteilla. Annettavat neuvot ja ohjeet on usein olennaista perustella, jotta lukija ymmärtää hyödyt niiden noudattamiselle ja sitä kautta motivoituu herkemmin muuttamaan tapojaan. Potilasohjeen kohdalla kannattaa miettiä, perusteleeko asiat ohjeen alussa vai pitkin opasta. Pidempien ohjeiden kohdalla perusteluja kannattaa hyödyntää enemmän, jotta ne ovat selkeinä mielessä koko ohjeen lukuajan. (Hyvärinen 2005.)

Teksti on selkeämpää, kun kappaleet ovat lyhyehköjä ja ne ovat otsikoitu pää- tai väliotsikoilla. Pääotsikko paljastaa ohjeessa käsiteltävän aiheen. Väliotsikot voivat olla yksisanaisia, toteamuksia tai kysymyksiä ja niiden alla on oltava vähintään kaksi kappaletta. Väliotsikoita ei kannata olla liikaa, vaan tarvittaessa niitä kannattaa yhdistellä keskenään. Kappaleiden pituus määräytyy sen mukaan, kuinka tieteellistä teksti on. Tieteellisempää tekstiä sisältävät kappaleet ovat usein pidempiä, kun taas yleiskielisessä tekstissä kappaleen pituus on lyhyempi. Teksti voi sisältää luetelmia ja ne ovatkin toimivia esimerkiksi tärkeiden asioiden korostamisessa. Luetelmien käytössä tulee kuitenkin olla viisas ja käyttää niitä maltilla, jotta ohje ei näytä luonnosmaiselta. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan teossa on huomioitava virkkeiden rakenne ja sanavalinnat. Virkkeiden tulee olla selkeitä ja tarpeeksi lyhyitä, jotta lukija ymmärtää niiden sanoman kerätyksellä. Käytännössä asian ydin kerrotaan päälauseessa ja sitä voidaan täydentää sivulauseessa. Sanavalinnoissa on muistettava ohjeen lukija, joten yleisesti yleiskielen sanoja kannattaa suosia, kun taas termejä ja termimäisiä lyhen-

teitä välttää. Jos kuitenkin termejä ja lyhenteitä käytetään, tulee ne selittää lukijalle. Kaikkia aiheen yksityiskohtia ei ole välttämättä tarpeen avata ohjeeseen, joten tekstiin voi lisätä ”lisätietoja aiheesta” -osion, jonka kautta lukija voi halutessaan perehtyä aiheeseen enemmän. Lopuksi on tarkastettava ohjeen oikeinkirjoitus ja selkeä ulkoasu. (Hyvärinen 2005.)

Opinnäytetyön opas kohdentuu 13–17-vuotiaille syömishäiriöitä sairastaville nuorille ja tämä tulee ottaa huomioon sanavalinnoissa. Oppaan kautta annettava informaatio sisältää aina tiedon lisäksi myös merkityksiä, jonka vuoksi informaation tarjoamisen lisäksi oleellista on se, miten ja millä sanoin asia tuodaan ilmi. Oppaan laatijat pyrkivät tuottamallaan tekstillä tiettyihin merkityksiin, mutta oppaan lukija saattaa tulkita tekstin merkitykset eri tavoilla. (Torkkola ym. 2002, 11, 16–17.) Weissman ym. (2016) nostavat artikkelissaan esiin termejä, joita tulee välttää tai käyttää harkiten, kun on tekemisissä syömishäiriötä kokevien kanssa. Kirjoittajat tarjoavat ”huonoille termeille” vaihtoehtoisia sanavalintoja, jotta syömishäiriötä kokevien näkökulmasta sanasto olisi mahdollisimman sensitiivistä ja kunnioittavaa. (Weissman ym. 2016.) Vaikka artikkeli on kohdennettu erityisesti *The International Journal of Eating Disorders* -lehden kirjoittajille, uskomme, että siinä nostetut termit ovat sovellettavissa oppaaseemme. Artikkelissa käytetyt termit ovat englanninkielisiä, joten ne on suomennettu tähän tekstiin vapaasti.

Henkilön diagnoosiin tai oireisiin viittaavien nimitysten, kuten ”anorektikko”, ”buliimikko” ja ”ahmintahäiriöinen”, käyttöä tulee välttää, jotta henkilöstä ei tehdä termin käytöllä itse häiriötä tai sairautta, vaikka hän täyttäisikin sairauden tai häiriön diagnostiset kriteerit. Anoreksia nervosan tai bulimia nervosan oireisiin viitatessa adjektiiveja ”anorektinen” tai ”buliiminen” voidaan käyttää, mutta ihmisistä puhuttaessa näitä adjektiiveja olisi hyvä välttää. Syömishäiriötä kokevista henkilöistä puhuttaessa tulee käyttää esimerkiksi termejä ”yksilöt”, ”potilaat”, ”naiset”, ”nuoret”, ”joilla on anoreksia nervosa” tai ”jotka sairastavat laihuushäiriötä/anoreksia nervosaa”. (Weissman ym. 2016.)

Tieteellisessä viestinnässä syömishäiriöihin ja niiden diagnooseihin on suositeltavaa viitata niiden oikeilla termeillä, kuten ”anoreksia nervosa” tai ”bulimia nervosa”. Lyhenteitä, kuten ”anoreksia” tai ”bulimia”, käytettäessä termien kliininen

merkitys voi hieman muuttua, eivätkä ne viittaa yksiselitteisesti tiettyyn syömishäiriöön. Kohderyhmään ja -henkilöihin viitattaessa on tärkeä käyttää neutraaleja sanavalintoja, jotta niiden merkitykset eivät ole tulkittavissa loukkaaviksi tai negatiivissävytteisiksi. Vältettäviä sanoja tai fraaseja ovat ”kärsijä”, ”kärsivä”, ”syömishäiriöstä kärsivä”, ”syömishäiriön kanssa kärsivä” ja ”syömishäiriön kanssa kamppaileva”. Näiden sijaan kohdehenkilöitä voi kuvailla aiempien esimerkkien pohjalta terveydentilan mukaan. Muita esimerkkejä käytettävistä sanavalinnoista ovat ”nuori, jolla on laihuushäiriö” tai ”hoitoon hakeutuva nuori” tai ”nuori, jolla on syömishäiriö tai siihen liittyviä oireita”. (Weissman ym. 2016.)

3.1.2 Oppaan kokoaminen

Oppaan sisältö perustuu sekä tutkittuun teorian tietoon että asiantuntijahaastattelun kautta saatuun tietoon. Tutkittu teorian tieto luo pohjan oppaamme tietosisällölle, mutta asiantuntijahaastattelun ansiosta onnistumme kohdentamaan oppaan tiedon juuri oikealle kohderyhmälle. Oppaassa on otettu huomioon Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan toimintatapoja ja poliklinikan psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä erityispiirteitä. Tällöin opas kohdentuu nuorille, jotka ovat hoidossa juuri tällä kyseisellä poliklinikalla.

Oppaan kokoamisessa on otettu huomioon aiemmin käsiteltyjä hyvän oppaan piirteitä. Erityisen olennaisena osana pidimme kohderyhmän huomiointia. Käytännössä kohderyhmän huomiointi tapahtui heille kohdennetun sisällön lisäksi mahdollisimman selkeiden sanavalintojen ja kappalejaon, otsikoinnin sekä asioiden selittämisen kautta. Oppaan useassa kohdassa annoimme nuorelle konkreettisia esimerkkejä asian ymmärtämisen helpottamiseksi. Emme halunneet käyttää oppaassa syömishäiriön sairastamiseen ja tiettyihin diagnooseihin viittavia sanavalintoja, sillä emme halunneet korostaa nuorten sairaudentunnetta ja lokeroida heitä tiettyjen diagnoosien sisälle. Tämän vuoksi käytimme oppaassa termejä ”syömishäiriöoireilu” ja ”syömishäiriöoireileva”.

Tarkoituksena oli, että opas tulee nuorille saataville oikea-aikaisesti nuorisopsykiatrian poliklinikan tarpeen mukaan eli ennen nuoren ensimmäistä vastaanottoa poliklinikan psykofyysisessä fysioterapiassa. Tämän vuoksi pohdimme opasta

laatiessamme sitä, millaista tietoa nuori tarvitsee kyseisellä hetkellä ja millä laajuudella.

Aluksi oppaassa annetaan lyhyesti tietoa oppaan tarkoituksesta sekä syömishäiriöoireilusta yleisellä tasolla. Nämä toimivat ikään kuin oppaan johdantona. Haluamme kertoa syömishäiriöoireilusta mahdollisimman tiiviisti, sillä uskomme, että nuoret ovat jo tässä vaiheessa syömishäiriösairauttaan saaneet runsaasti tietoa syömishäiriöistä eikä tarkoituksena ole korostaa sairauden merkitystä heidän elämässään. Tämän sijaan oppaan pääpaino on psykofyysisessä fysioterapiassa, sillä asiantuntijahaastattelusta saamamme tiedon mukaan useilla nuorilla ei ole aiheesta minkäänlaista tietämystä tai vaihtoehtoisesti asiaan liittyy negatiivisia ennakkokäsityksiä. Tiedon lisäämiseksi ja kielteisten ennakkokäsitysten kumoamiseksi annamme nuorelle tietoa siitä, mitä psykofyysisellä fysioterapialla tarkoitetaan, mitä se voi pitää sisällään, miten nuori voi mahdollisesti hyötyä siitä ja miten psykofyysisen fysioterapian vastaanotolle kannattaa valmistautua. Toivomme, että oppaan lukemisen myötä nuori tulee psykofyysiseen fysioterapiaan avoimella mielellä ja ilman pelkoa aiheeseen liittyvästä epätietoisuudesta.

Opas sisältää informaation lisäksi myös konkreettisesti tehtäviä harjoitteita, joita nuori voi kokeilla esimerkiksi ahdistuksen lieventämiseksi tai kehotietoisuuden vahvistamiseksi. Tarkoituksena on, että nuorella on oppaan myötä helposti saatavilla neljä harjoitetta, joita hän voi tehdä joko ennen ensimmäistä psykofyysisen fysioterapian vastaanottoa tai vastaanoton jälkeen. Opas jää nuorelle itselleen myös poliklinikan psykofyysisen fysioterapian päättymisen jälkeen, joten harjoitteita voi hyödyntää myös myöhemmin tarpeen tullen. Koemme, että neljä harjoitetta on oppaassa riittävä määrä, sillä niissä on erilaisuutensa vuoksi valinnanvaraa. Harjoitteet toimivat oppaan pääasiallisen tarkoituksen lisänä, joten suurempi harjoitemäärä laajentaisi opasta aiheen rajauksestamme epäolennaiseen suuntaan. Annamme kuitenkin oppaan lopussa vinkkejä eri internetsivustoista ja puhelinsovelluksista, joista nuori voi itsenäisesti etsiä lisää hänelle soveltuvia harjoitteita. Ehdotamme lopussa myös musiikin ja erilaisten äänitallenteiden hyödyntämisestä osana harjoitteita tai erikseen.

3.2 Aineistonkeruu

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena muodostuvan oppaan kokoamiseksi tarvitsimme sekä tutkittua teoretietoa että yhteistyökumppaniltamme saatua tietoa käytännön kokemuksista ja psykofyysisen fysioterapian toteutumisesta. Aineistonkeruu tapahtui teoria- ja tutkimustiedon hakemisella tietokannoista, kirjallisuudesta sekä asiantuntijahaastattelun kautta. Molemmilla tavoilla hankittua tietoa ohjasivat opinnäytetyömme tutkimuskysymykset, jotka ovat esitettyinä taulukossa 1. Tutkimuskysymykset auttoivat vastaamaan syömishäiriöihin, niihin liittyviin oireisiin, hoitoon ja psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviin kysymyksiin. Lisäksi halusimme perehtyä siihen, millainen on oppaan kohderyhmälle hyvä opas ja mitä oppaan kokoamisessa tulee ottaa huomioon.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset.

Tutkimuskysymykset
Mitä syömishäiriöt ovat ja miten ne vaikuttavat nuoreen?
Mitä kehonkuva tarkoittaa ja miten se on yhteydessä syömishäiriösairauksiin?
Mitä psykofyysinen fysioterapia on?
Mitä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä voidaan käyttää syömishäiriötä sairastavien nuorten kohdalla?
Millainen on hyvä opas?
Miten nuorelle viestitään syömishäiriöstä ja sen fysioterapiasta?
Millaisia termejä kannattaa käyttää ja välttää syömishäiriöistä puhuttaessa?

3.2.1 Asiantuntijahaastattelu

Asiantuntijahaastattelua varten haastattelimme erästä Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan fysioterapeuttia. Toteutimme asiantuntijahaastattelun kirjallisesti sähköpostin välityksellä maaliskuussa 2024. Hyödynsimme saamiamme haastatteluvastauksia sekä opinnäytetyöraportissamme että tekemässämme oppaassa. Asiantuntijahaastatteluvastaukset ohjasivat osaltaan opinnäytetyömme teoretiedon rajausta ja kirjoittamista. Lisäksi käytimme vastauksia opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus –osiossa sekä oppaan rakenteen ja asiasisällön suunnittelussa ja kirjoittamisessa. Valmis opas tulee poliklinikan

käyttöön, jonka vuoksi koimme heidän fysioterapeuttinsa kanssa toteutettavan asiantuntijahaastattelun oppaan kannalta välttämättömäksi. Asiantuntijahaastattelu mahdollisti sen, että pystyimme käsittelemään oppaassa poliklinikan fysioterapeutin näkökulmasta potilaita koskettavia ja heille ajankohtaisia asioita. Haastattelun avulla kykenimme avaamaan opinnäytetyössämme tarkemmin juuri sellaisia psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia, joita käytetään nuorisopsykiatrian poliklinikalla.

Asiantuntijahaastattelukysymysten aiheet käsittelivät nuorisopsykiatrian poliklinikan syömishäiriötä sairastavia potilaita yleisellä tasolla, heidän hoitopolkujaan, poliklinikan moniammatillista työryhmää ja psykofyysistä fysioterapiaa. Selvitimme poliklinikan fysioterapeutilta syömishäiriötä sairastavien potilaiden ikähaarukkaa, yleisimpiä diagnooseja ja haasteita, potilaiden hoitopolkua ja moniammatillisen työryhmän roolia syömishäiriötä sairastavan hoidossa. Tiedustelimme poliklinikan psykofyysisten fysioterapiakäyntien sisältöä ja niissä käytettäviä menetelmiä syömishäiriötä sairastavien kohdalla. Lisäksi kysyimme fysioterapeutilta vastaanotoille tulevien nuorten asenteista psykofyysistä fysioterapiaa kohtaan sekä asioita, joita nuorten olisi hyvä tietää ennen psykofyysisen fysioterapian vastaanotolle tuloa. Haastattelussa ei käsitelty potilastietoja tai salassa pidettäviä asioita.

3.2.2 Tiedonhaun raportointi

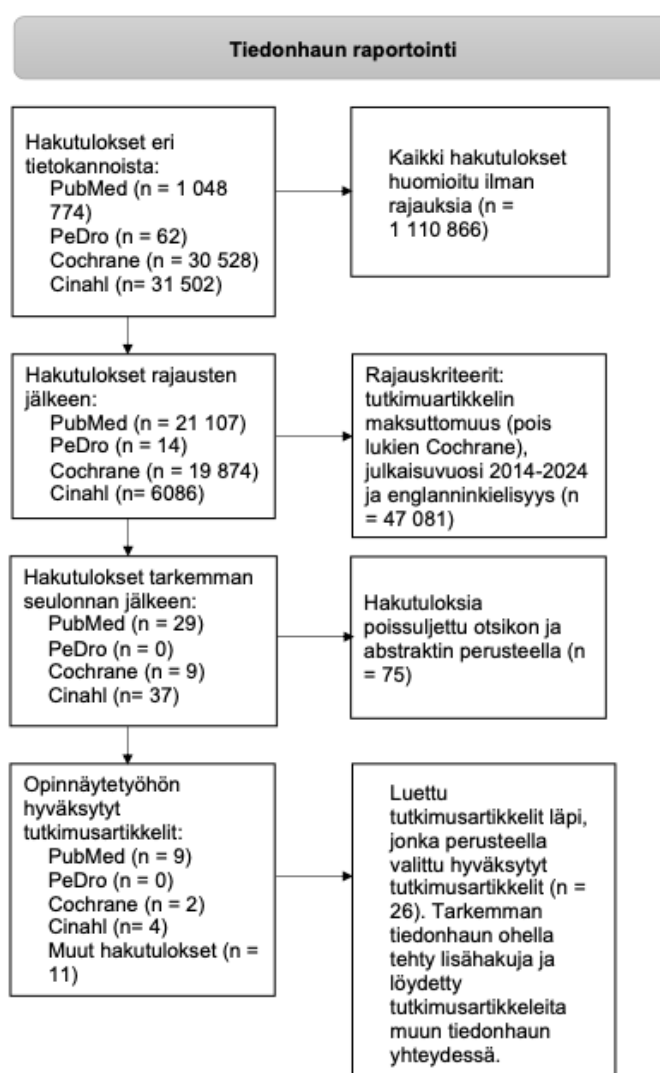
Suoritimme tietokannoissa tapahtuvan tiedonhaun aikavälillä 20.3.-10.5.2024. Tiedonhakua ohjasivat opinnäytetyömme tutkimuskysymykset, jotka ovat lueteltuina aiemmin tässä opinnäytetyöraportissa aineistonkeruusta kerrottaessa. Tutkimuskysymysten pohjalta suunnittelimme hakusanoja, jotka voisivat vastata tutkimuskysymyksiimme. Teimme tiedonhakua seuraavista tietokannoista: PubMed, PEDro, Cinahl ja Cochrane. Teimme näiden tietokantojen ohella lisähakuja muun muassa Medic-tietokannasta, Duodecim-oppiportin tietokannasta ja Google Scholarista. Käyttämiämme hakulausekkeita oli 30. Hakulausekkeita muodostettiin yhdistämällä hakusanoja käyttämällä Boolean operaattoreita AND ja OR. Hakulausekkeissa käytetyt hakusanat ovat lueteltuina taulukkoon 2. Hakusanat ovat suomennettu taulukkoon vapaasti.

TAULUKKO 2. Tiedonhaun hakusanat.

Hakusanat
anorexia nervosa (anoreksia nervosa, laihuushäiriö)
anorexia nervosa diagnosis (anoreksia nervosa -diagnoosi)
anxiety (ahdistuneisuus)
anxiety management (ahdistuksenhallinta)
attitude (asenne)
Basic body awareness therapy (eräs psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa)
BBAT
BED (lyhenne ahmintahäiriöstä)
body awareness (kehotietoisuus)
body experience (kehokokemus)
breathing exercise (hengitysharjoitus)
bulimia nervosa (bulimia nervosa, ahmimishäiriö)
bulimia nervosa diagnosis (bulimia nervosa -diagnoosi)
communication (kommunikaatio)
conversation (keskustelu)
dialogue (dialogi)
discussion (keskustelu)
disease (sairaus)
disordered eating (häiriintynyt syöminen)
eating (syöminen)
eating disorder (syömishäiriö)
eating disorder diagnosis (syömishäiriödiagnoosi)
educating (kouluttaa)
encounter (kohdata)
genetics (genetiikka)
illness (sairaus)
information (tieto, informaatio)
information sharing (tiedon jakaminen)
informing (tiedottaa)
interaction (vuorovaikutus)
intervention (interventio)
knowledge (tieto, tietämys)
knowledge transfer (tiedonjako)
medical condition (lääketieteellinen terveydentila)
mindfulness (mindfulness / tietoisuustaidot / tietoinen ja hyväksyvä läsnäolo)
orthorexia nervosa (ortoreksia)
patient education (potilaan valistaminen)
physical therapy (fysioterapia)
physiotherapy (fysioterapia)
progressive muscle relaxation (progressiivinen lihasrentoutus)
psychoeducation (psykoedukaatio)
psychophysical physiotherapy (psykofyysinen fysioterapia)
rehabilitation (kuntoutus)
sharing (jakaa)
talk (puhe)
telling (kertoa)
the patient (potilas)
word choice (sanavalinta)
word selection (sanavalinta)

Halusimme raportoida tarkempaa tiedonhakua havainnollistavalla tavalla (kuviot 1). Kuviot on toteutettu vapaasti, mutta otimme hieman mallia PRISMA-vuokaavista. Emme tehneet PRISMA-vuokaaviota täysin mallin ja ohjeistuksen mukai-

sesti, sillä tiedonhakumme ei ollut systemaattista. Kuvio sisältää tiedot tietokannoista, hakutuloksien määrästä sekä niiden poissulku- ja hyväksymiskriteereistä. Käyttämiämme tutkimusartikkelien rajauskriteereitä olivat julkaisuvuosi 2014–2024, englanninkielisyys ja maksuttomuus. Halusimme rajata tutkimusartikkeleiden julkaisuvuodet kymmenen vuoden sisään, jotta käyttämämme tieto on mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista eikä tieto ole vanhentunutta. Päädyimme hakemaan tutkimuksia vain englanniksi, sillä totesimme prosessin alussa, että suomeksi löytyy aiheesta todella vähän tietoa eikä tutkimusartikkeleita löytynyt nopealla haullla lainkaan. Lisäksi käyttämämme tietokannat ovat englanninkielisiä. Valitsimme yhdeksi kriteeriksi maksuttomuuden niissä tietokannoissa, joissa sen rajaus oli mahdollista.



KUVIO 1. Tiedonhaun raportointi.

3.3 Aikataulu

Aloitimme opinnäytetyön aiheen ideoinnin keväällä 2023. Yhteisten kiinnostuksenkohteiden myötä päädyimme nopeasti psykofyysistä fysioterapiaa ja syömishäiriöitä käsitteleviin aiheisiin. Otimme yhteyttä eri psykofyysisen fysioterapian toimijoihin Pirkanmaan alueella ja tiedustelimme, onko heillä tarvetta esimerkiksi oppaalle, joka jollain tavalla liittyisi psykofyysiseen fysioterapiaan syömishäiriöitä sairastavien kuntoutuksessa. Marraskuun lopulla 2023 saimme yhteydenoton Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan fysioterapeutilta ja joulukuun alussa kävimme tapaamassa häntä ja keskustelemassa aiheideoista. Hänellä oli noussut esiin selkeä tarve oppaalle, joten lähdimme työstämään yhteistyötämme. Joulukuussa työstimme opinnäytetyösuunnitelman ja lähetimme sen opinnäytetyölupahakemuksen liitteenä yhteistyökumppanin ja Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjaajan hyväksyttäväksi. Tammiukuussa 2024 saimme luvan opinnäytetyön toteuttamiselle yhteistyökumppanin kanssa.

Aloitimme helmikuussa opinnäytetyön tiedonhaun ja opinnäytetyöraportin kirjoittamisen. Rajasimme aiheita tarkemmin yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa. Maaliskuussa aloitimme tarkemman tiedonhaun toteuttamisen tietokannoista. Huhtikuun alussa saimme vastaukset asiantuntijahaastattelun kysymyksiin, jonka pohjalta muodostimme oppaan tarkemman rakenteen. Lisäksi jatkoimme teoriatiedon hankkimista myös asiantuntijahaastattelun pohjalta. Saimme alustavan teoriatiedon kirjoittamisen valmiiksi huhtikuun lopulla. Toukokuussa jatkoimme opinnäytetyöraportin kirjoittamista, mutta työskentelymme pääpaino oli oppaan kokoamisessa teoriatiedon ja asiantuntijahaastattelun pohjalta. Toukokuun aikana tapasimme yhteistyökumppanimme kanssa sekä saimme käyttöömmme Pirkanmaan hyvinvointialueen valmiin opaspohjan. Kesäkuun aikana olimme yhteydessä yhteistyökumppaniimme oppaan sisällöstä ja jatkoimme opinnäytetyöraportin kirjoittamista. Heinä-elokuussa viimeistelimme opinnäytetyöraportin sekä oppaan sisällön ja sen visuaalisen ilmeen.

Pysyimme opinnäytetyöprosessissamme melko hyvin aikataulussa. Opinnäytetyöluvan saamisessa kesti odotettua pidempään, joten opinnäytetyöprosessi viivästyi hieman suunnittelemastamme aikataulusta tammi-helmikuun aikana.

Saimme loppukeväästä kuitenkin hyvin kirittyä aikataulua kiinni ja olimme onneksi suunnitelleet riittävästi aikaa opinnäytetyön viimeistelyyn kesäkuukausille. Opinnäytetyö palautettiin aikataulussa elokuussa 2024. Opinnäytetyömme esitys ja julkaisuajankohta ovat loppuvuodesta 2024.

3.4 Eettisyys

Opinnäytetyömme noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä (HTK), joka pitää sisällään luotettavuuden, rehellisyyden, arvostuksen ja vastuunkannon. Työssämme osoitamme arvostusta kollegoita ja kaikkia tieteellisen toiminnan osapuolia kohtaan. Koko opinnäytetyöprosessin ajan toimintamme ja kirjallinen raportointi tapahtuvat avoimella, oikeudenmukaisella sekä puolueettomalla tavalla ilman, että salaamme yksityiskohtia. Meidän vastuullamme on huolehtia hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden noudattamisesta tieteellisen toiminnan ajan aina alusta loppuun saakka sekä varmistaa tieteellisen toiminnan laatu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.)

Opinnäytetyömme tiedonhaussa arvioimme lähteiden luotettavuutta ja pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoretta ja ajankohtaista tietoa. Tämän vuoksi käyttämämme tutkimustieto on pääosin vuosilta 2014–2024. Kunnioitamme käyttämämme lähteiden tekijöitä merkitsemällä lähteet oikein Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaisesti. Lähteiden raportointi tapahtuu rehellisesti plagioimatta. Opinnäytetyön tuotoksena muodostuneessa oppaassa on hyödynnetty Pixabay-kuvapankin tekijänoikeusvapaita kuvia. Niitä on käytetty Pixabayn sisältölisenssin mukaisesti. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-verkkotietokannassa.

4 SYÖMISHÄIRIÖT YLEISESTI

Syömishäiriöt ovat vakaviin mielenterveyshäiriöihin kuuluvia oireyhtymiä, joissa keskeistä on häiriintynyt ja poikkeava syömiskäyttäytyminen (Raevuori & Ebeling 2016f; Anis, Aaltonen & Keski-Rahkonen 2019, 1249). Yleensä sairastuneen oma suhde kehoonsa ja painoonsa vääristyy sekä ajatukset pyörivät syömiseen, liikkumiseen ja painoon liittyvissä asioissa tavallista arkea vaikeuttavalla tavalla (Ruuska 2022). Syömiskäyttäytymisen häiriintymisen lisäksi sairastumiseen liittyy ongelmia sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilla (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2014; Raevuori & Ebeling 2016f). Vaikeastakin syömishäiriöön kuuluvasta oireilusta huolimatta sairastuneen toimintakyky voi näyttäytyä ulospäin hyvänä, joten sairastuneen syömishäiriö voi jäädä ulkopuolisilta havaitsematta (Raevuori & Ebeling 2016f; Ruuska 2022).

Yleisesti väestötason näkökulmasta syömishäiriöt ovat harvinaisia sairauksia, mutta puolestaan nuorten ja erityisesti nuorten naisten näkökulmasta ne ovat yleisiä (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2014). Tutkimuksien mukaan naisista yksi kuudesta ja miehistä yksi neljästäkymmenestä sairastuu ennen varhaisaikuisuutta syömishäiriöön (Ruuska 2022). Suuri enemmistö syömishäiriöihin sairastuneista on nuoruusiässä olevia naisia, mutta sairastuminen voi tapahtua myös aikaisemmin lapsuudessa tai myöhemmin aikuisiässä sukupuolesta riippumatta (Charpentier 2018, 552; Ruuska 2022). Ero syömishäiriöiden määrässä naisten ja miesten välillä saattaa osittain selittyä miessukupuolisten syömishäiriöiden tunnistamatta jäämisestä, sillä heidän oireilunsa saattaa peittyä todella runsaan liikunnan harrastamisen alle. Lisäksi syömishäiriöt ovat tunnetusti enemmän naisilla olevia sairauksia, joten avun hakeminen syömishäiriöön voi tuntua miehistä haastavalta. (Ruuska 2022.)

Syömishäiriöön sairastumiseen ei ole osoitettu olevan tiettyä syytä, vaan sairauden puhkeaminen tapahtuu monen eri asian summana, jokaisella yksilöllisellä tavalla (Charpentier 2018, 552). Sairastumiseen liittyy niin biologisia, psykologisia kuin sosiaalisiaakin tekijöitä, joiden taustalla vaikuttavat jokaisen sairastuneen henkilökohtainen elämä ja siinä tapahtuvat valinnat, ympäristötekijät kulttuuri mukaan lukien sekä synnynnäiset ominaispiirteet (Charpentier 2018, 552; Ruusunen

& Niinikoski 2023b). Osa syömishäiriöön sairastumiseen liittyvistä tekijöistä vaikuttaa syömishäiriöalttiuteen, kun puolestaan osa tekijöistä vaikuttaa sairauteen sitä ylläpitävällä tavalla. Tutkimuksissa ei ole löydetty yhtä tiettyä syömishäiriögeeniä, joka olisi oleellinen sairauden puhkeamisen kannalta. On kuitenkin ajateltu, että mikäli henkilö on sukua syömishäiriötä sairastavalle, on hänellä arviolta 7–12-kertainen riski sairastua myös itse syömishäiriöön. (Charpentier 2018, 552.)

Syömishäiriöiden vaikeusaste voi vaihdella lievästä oireiluista aina vakavaan, hengenvaaralliseen sairauteen saakka. Syömishäiriötä voidaan jakaa eri diagnooseihin, mutta diagnooseja yhdistävänä tekijänä voidaan pitää syömiskäyttämisen ja -ajatusten olemista elämää hallitsevana ja rajoittavana asiana. Usein sairastunut kokee voimakasta pelkoa ja ahdistusta painon nousemisesta ja lihomisesta ja kokemus omasta kehosta on negatiivinen. (Ruuska 2022.) Myös liiallisena ja pakonomaisena näyttäytyvä liikunnan harrastaminen ja sen pakkomieltinen ajattelemineen ovat yleisiä syömishäiriön oireita (Anis ym. 2019, 1249; Ruuska 2022). Monissa syömishäiriötapauksissa niukka energian saanti johtaa ajan myötä nälkiintymistilaan, jossa hallinnan tarve syömistä kohtaan kasvaa suuremmaksi. Nälkiintymistilan myötä sairastunut kohtaa usein fyysistä ja psyykkistä oireilua esimerkiksi palelemisen, hiustenlähdön ja ahdistuksen muodossa. (Ruusunen & Niinikoski 2023b.) Lisäksi on todettu, että syömishäiriöt ja ahdistuneisuus tuottavat fysiologisen epätasapainon, joka tekee muutoksia suoliston mikrobistoon (Navarro-Tapia ym. 2021).

Tärkeää syömishäiriöiden hoidossa on erityisesti niiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen sairauden varhaisessa vaiheessa, jotta sairauden aiheuttamilta haitoilta voidaan välttyä mahdollisimman hyvin. Psykiatrisen hoidon saavutettavuudessa on Suomessa alueellisia eroja, mikä vaikuttaa hoitoon hakeutumattomuuden lisäksi syömishäiriön keston. (Pajari, Silén & Keski-Rahkonen 2023, 1257.) Hoitoon hakeutumisen jälkeen sairastuneen perustutkimukset tapahtuvat perusterveydenhuollossa, mutta erikoissairaanhoidon tehtävinä ovat yksityiskohtaisempi diagnosointi ja hoidon suunnittelu (Ruuska 2021c). Hoidon onnistumisen kannalta merkittävänä voidaan pitää syömishäiriötä sairastavan henkilön ja hoitohenkilökunnan välistä luottamuksen rakentumista (Raevuori & Ebeling 2016f).

Syömishäiriöiden hoidossa painottuvat sekä fyysinen että psyykkinen näkökulma, ja hoidon alkuvaiheessa keskitytään erityisesti korjaamaan sairastuneen ravitsemustila. Hoitoon kuuluu myös psykoterapeuttista hoitoa. Lisäksi monet syömishäiriöön sairastuneet ovat kokeneet psykofyysisen fysioterapian olleen hyödyllistä normaalimman kehokuvan saavuttamisessa ja ahdistuksenhallinnassa. (Ruuska 2021c; Ruuska 2022.)

5 SYÖMISHÄIRIÖDIAGNOOSIT

5.1 Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö

Yhtenä yleisimmistä nuoruusiän pitkäkestoisista sairauksista voidaan pitää anoreksia nervosaa eli laihuushäiriötä (Pajari ym. 2023, 1257). Laihuushäiriön esiintyvyys koko elämän aikana on naissukupuolisilla 0,9 % ja miessukupuolisilla 0,3 % (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2014). Tyypillistä laihuushäiriölle on se, että sairastunut ei omasta tahdostaan halua ylläpitää painoa, joka olisi hänelle normaali (Ruuska 2021c). Tällöin painon alentuminen tapahtuu itseaiheutetusti (Raevuori & Ebeling 2016c). Laihuushäiriöön sairastutaan usein vähitellen ja painon lasku voi tapahtua niin ikään joko vähitellen tai hyvinkin nopeasti (Ruuska 2021c).

Ensimmäisiä laihuushäiriön merkkejä painon laskun lisäksi ovat terveellisempi ruokavalio aiempaan nähden sekä liikuntamäärän kasvu. Vähitellen käytöksessä alkaa korostua tiettyjen rutiinien noudattaminen, jolloin toiminnan ohjaajana on henkilön itse itselleen luomat säännöt. (Raevuori & Ebeling 2016c.) Laihduttaminen muuttuu hallitsemattomaksi, jolloin alkaa erityisesti kaloripitoisen ruuan välttely sekä aterioiden väliin jättäminen tai annoskokojen niukentuminen. Niukasta energiansaannista aiheutuu nälkiintymistä, joka puolestaan lisää laihuushäiriöstä johtuvia muita oireita, kuten masentuneisuutta ja pakkoajatuksia. Näiden lisäksi laihuushäiriö voi aiheuttaa muun muassa tytöillä kuukautisten poisjäämistä, osteoporoosialttiutta, hiusten ohentumista sekä muita fyysisinä oireina ilmeneviä löydöksiä, kuten väsymystä, matalaa verenpainetta ja huimausta. (Ruuska 2021b.)

Akuutille laihuushäiriölle tyypillisiä piirteitä ovat sairastuneen pakonomainen liikunta ja hyperaktiivisuus, joiden tarkoituksena on laihtua. Pakonomaisella liikunnalla tarkoitetaan säännöllisesti toteutuvaa liikuntaa, jolla henkilö pyrkii ennaltaehkäisemään tai lievittämään ahdistusta. Lisäksi liiallinen liikunta toimii keinona, jolla sairastunut kompensoi syömistään. On todettu, että liikunnan määrä kasvaa laihuushäiriötä sairastavilla vuosi ennen diagnoosin saamista. (Anis ym. 2019, 1249–1251.)

Keskeisenä laihuushäiriön oireena on myös kehonkuvan vääristyminen, jolloin laihuushäiriötä sairastava kokee olevansa suurempi kuin todellisuudessa on (Ruuska 2021b; Ruusunen & Niinikoski 2023a). Tähän liittyy lisäksi suurta laihooden ihannointia ja oma tavoitepaino asetetaan alhaiseksi. Laihuushäiriötä sairastava voi tietää olevansa todellisuudessa laiha, mutta oma kokemus kehon koosta saattaa olla päinvastainen, jolloin hän kokee olevansa lihava. (Raevuori & Ebeling 2016c.)

Bulikin, Blaken & Austinin (2019) katsauksen mukaan laihuushäiriöön sairastuminen on perinnöllistä. Laihuushäiriötä sairastavien henkilöiden naissukupuoliset sukulaiset sairastuvat 11 kertaa todennäköisemmin laihuushäiriöön kuin sellaiset henkilöt, keiden sukulaiset eivät sairasta laihuushäiriötä. (Bulik ym. 2019.) On todettu, että mikäli syömishäiriötä sairastava on mies, on naissukupuolisen lähisukulaisen riski sairastua syömishäiriöön jopa 20-kertainen. Perinnöllisten tekijöiden lisäksi muut laihuushäiriölle altistavat tekijät liittyvät muun muassa sairastuneen persoonallisuuden piirteisiin, kuten taipumukseen tavoitella täydellisyyttä, heikkoon itsetuntoon, obsessiivis-kompulsiivisuuteen sekä herkkyyteen olla ahdistunut. (Raevuori & Ebeling 2016e.)

Laihuushäiriö on vakava sairaus, johon liittyy kohonnutta kuolleisuutta sekä useita fyysisiä seurauksia. On todettu, että vain noin 50 % laihuushäiriötä sairastavista toipuu sairaudesta kokonaan. Erityisen tärkeää sairauden hoidossa on se, että hoitoon pääsy olisi mahdollisimman nopeaa. Laihuushäiriön hoito tapahtuu pääasiassa avohoitona, mutta vakavissa tapauksissa hoito toteutetaan sairaalassa. Hoitoon kuuluu ravitsemusterapiaa psyko- tai perheterapian lisäksi sekä tarkkaa painon seurantaa. Laihuushäiriötä sairastavat voivat erityisesti hoidon alussa hyötyä psykofyysisestä fysioterapiasta, jonka tarkoituksena on normalisoida ja tukea myönteistä kehonkuvaa sekä oppia itselle sopivia tapoja ahdistuksenhallintaan. Laihuushäiriötä ei voi hoitaa lääkkeellisesti, mutta sairaudesta johtuviin muihin vakaviin oireisiin, kuten esimerkiksi ahdistukseen, on mahdollista saada helpotusta myös lääkehoidon ansiosta. (Ruuska 2021b.)

5.2 Bulimia nervosa eli ahmimishäiriö

Laihuushäiriön lisäksi tunnetuimpiin syömishäiriöihin kuuluu bulimia nervosa eli ahmimishäiriö (Ruusunen & Niinikoski 2023a). Sen koko elämänaikainen esiintyvyys on naissukupuolisilla 0,9–1,5 % ja miessukupuolisilla 0,1–0,5 % (Syömishäiriöt: Käypä Hoito -suositus, 2014). Yleensä ahmimishäiriöön sairastunut on murrosiässä oleva tyttö tai nuori nainen. Laihuushäiriöön verraten ahmimishäiriöön sairastutaan usein hieman myöhemmin, mutta kuitenkin nuoruuden aikana. (Ruuska 2021a.) Noin joka toinen ahmimishäiriöön sairastuneista nuorista on ennen sairastumistaan sairastanut laihuushäiriötä (Raevuori & Ebeling 2016b). Miessukupuolisilla ahmimishäiriö on harvinainen sairaus (Ruuska 2021a).

Ahmimishäiriöön kuuluu toistuvia ahmimisjaksoja ja -kohtauksia, jolloin sairastunut ahmii suuria määriä, yleensä runsaasti kaloripitoista, ruokaa lyhyen ajan sisällä. Tällöin henkilön ajatusmaailmaa hallitsee voimakas, jopa pakonomainen syömisen tarve tai halu, eikä syöminen tunnu olevan hallittavissa. Ruuan ahmimisen jälkeen sairastuneelle tulee yleensä tarve kompensoida juuri ahmimaansa ruokaa eri keinoilla, kuten oksentamalla, lääkkeiden väärinkäytöllä, pakonomaisella liikunnalla tai paaston aloittamisella. Kompensointikeinoilla sairastunut pyrkii estämään ahmimisesta johtuvaa painonnousua. (Ruuska 2021a; Ruusunen & Niinikoski 2023a.)

Usein ahmimiskohtaukset kertovat syömishäiriöstä, vaikka ahmiminen voi tapahtua myös laukaisevan tekijän, kuten esimerkiksi stressin tai tietyn mielialan vaikutuksesta. Satunnaisesti tapahtuva ahmiminen muuttuu kuitenkin syömishäiriöoireiluksi silloin, kun ahmimiskohtauksia tapahtuu joka viikko ainakin kaksi kertaa kolme kuukautta kestävä ajanjakson sisällä. (Ruuska 2021a; Ruusunen & Niinikoski 2023a.)

Ahmimishäiriötä sairastavalla on huolta ja ahdistusta omasta kehostaan, sillä tyyppillisesti se koetaan liioitellun suurena ja lihavana (Raevuori & Ebeling 2016b; Ruusunen & Niinikoski 2023a). Negatiivinen kokemus omasta kehosta yhdistettynä pelkoon painon nousemisesta aiheuttaa laihdutusyrityksiä (Ruusunen & Nii-

nikoski 2023a). Ahmimishäiriön taustalla voi olla se, että henkilö on joskus aiemmin ollut ylipainoinen tai hänellä on ahmimisen takia alttiutta painon nousemiselle. Lisäksi murrosiässä koetut muutokset omassa kehossa voivat aiheuttaa järkytystä mielelle. (Raevuori & Ebeling 2016b.) Muita ahmimishäiriölle altistavia tekijöitä ovat muun muassa erilaiset perinnöllisyyteen liittyvät asiat, henkilön luonteenpiirteet, kuten täydellisyyden tavoittelu, sekä itsetunto-ongelmat. Nykyään länsimaaisessa kulttuurissa korostuvalla hoikkuuden ihannoinnilla ja sen tavoittelulla erilaisten dieettien ja liikkumisen keinoin on ajateltu olevan yksi syy ahmimishäiriön yleistymiselle. (Ruuska 2021a.)

Ahmiminen ja ahmimishäiriölle tyypilliset kompensointikeinot aiheuttavat usein sairastuneessa häpeän ja hämmennyksen tunteita, minkä vuoksi hän ei välttämättä kerro oireistaan tai kokee niistä puhumisen vaikeana. Tämän myötä ahmimishäiriön diagnosointi on haasteellista. Usein nuoren vanhemmat saattavat huomata viitteitä ahmimishäiriöstä, joita voi olla muuan muassa suurien ruokamäärien katoaminen ja merkit oksentamisesta. Lisäksi nuoren olemusta tarkkailemalla voidaan huomata nuoren olevan erityisen kiinnostunut ja tarkka omaa painoaan kohtaan sekä hänen mielialansa voi näyttäytyä esimerkiksi apeana ja ärtyneenä. (Raevuori & Ebeling 2016a.)

Ahmimishäiriötä voidaan hoitaa itsehoitomenetelmillä, joissa olennaista ovat terveellinen ruokavalio ja ruokailun säännöllisyys sekä laihdutuksen lopetus. On tärkeää oppia tunnistamaan ne tunteet ja tilanteet, jotka ovat aiemmin toimineet ahmimisen laukaisevina tekijöinä. Mikäli säännöllisiin ahmimiskohtauksiin liittyy merkittävää oksentelua tai muiden kompensaatiokeinojen käyttöä, kannattaa hakeutua lääkäriin, sillä jotkin kompensaatiokeinot, esimerkiksi joidenkin lääkkeiden väärinkäyttö, saattavat olla hengenvaarallisia. Ahmimishäiriön hoito koostuu itsehoitomenetelmien lisäksi ravitsemuksen ohjauksesta sekä psyko- tai perheterapiasta. Myös psykofyysinen fysioterapia voi olla hyödyllistä erityisesti ahdistuksenhallinnassa ja kehonkuvan normalisoinnissa, aivan kuten laihuushäiriötä sairastavilla. Hoidossa voidaan käyttää myös lääkkeitä, joiden ansiosta ahmimisen pakonomaisuus ja tiheys vähenevät. (Ruuska 2021a.)

5.3 Epätyypilliset syömishäiriöt

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat epätyypilliset syömishäiriöt. Syömishäiriö luokitellaan epätyypilliseksi tai tarkemmin määrittämättömäksi syömishäiriöksi silloin, kun henkilö ei täytä kaikkia yksittäisen syömishäiriön diagnostisia kriteereitä, mutta hänellä on huomattavia haasteita syömiseen ja liikuntaan liittyvässä käyttäytymisessä sekä hänellä on syömishäiriöille yleisiä ajatusmalleja. (Hätönen, Suokas & Salonen 2021; Ruuska 2022.) Epätyypillinen syömishäiriö voi siis oirekuvaltaan viitata tiettyyn syömishäiriöön, mutta oireilu ilmenee lievempänä tai jokin häiriön keskeinen oire puuttuu täysin, eli osa kyseisen häiriön diagnostisista kriteereistä jää uupumaan (Hätönen ym. 2021; Ruusunen 2021). Esimerkiksi epätyypillinen laihuushäiriö voi muuten viitata laihuushäiriöön, mutta henkilön kuukautiskierto on pysynyt ja paino on lähes normaali (Ruusunen 2021).

Epätyypillisiä syömishäiriöitä ovat esimerkiksi ahmintahäiriö, ortoreksia, epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö (Ruusunen 2021). Syömishäiriön vuoksi hoitoon hakeutuvista miltei puolella on epätyypillinen syömishäiriö. Arvioiden mukaan epätyypillistä syömishäiriötä sairastaa 5–10 % nuorista. (Hätönen ym. 2021.) Sitä diagnosoidaan noin 2–3 %:lla aikuisista (Meskanen 2022). Ahmimishäiriön ja laihuushäiriön epätyypilliset muodot kuuluvat ICD-10-tautiluokituksessa koodeihin F50.1 ja F50.3 (Raevuori & Ebeling 2016d).

5.3.1 Ahmintahäiriö eli BED

Epätyypillisistä syömishäiriöistä eniten esiintyy ahmintahäiriötä (Binge Eating Disorder eli BED). Ahmintahäiriödiagnoosien toteaminen on kuitenkin haaste, sillä useat ahminnasta kärsivät kokevat häpeää oireistaan eivätkä välttämättä puhu niistä. Hoitoon hakeutumisen syynä onkin usein paino-ongelmat tai masennus. (Raevuori & Ebeling 2016d; Suokas & Rissanen 2023a.) Häiriö alkaa yleensä juuri ennen aikuistumista tai sen alussa. (Hätönen ym. 2021).

Kliinisessä käytössä ahmintahäiriön diagnostiset kriteerit ovat vakiintuneet, mutta ahmintahäiriötä ei mainita erillisenä ICD-10-tautiluokituksessa, vaan se sisältyy koodiin F50.8 (muu syömishäiriö). Amerikan psykiatriyhdistyksen tautiluokitus eli

DSM-5-järjestelmä erittelee ahmintahäiriön omaan diagnoosiinsa ja sille on omat diagnostiset kriteerinsä. (Suokas & Rissanen 2023a.) DSM-5-järjestelmä myös jakaa ahmintahäiriön neljään vakavuusasteeseen, jotka perustuvat ahmintojen esiintymistiheyksiin (Raevuori & Ebeling 2016d).

Ahmintahäiriölle ominainen oire on kohtaustenomainen ja kontrolloimaton syöminen, jolloin henkilö voi kokea, ettei pysty lopettamaan syömistä tai hallitsemaan syömiään määriä. Ahmintakohtauksia ei seuraa kompensatiokäyttäytymistä, kuten tarkoituksellista oksentamista tai ulostusta, jota ilmenee esimerkiksi ahmimishäiriötä sairastavilla. (Meskanen 2022; Suokas & Rissanen 2023a.) Ahmintakohtaus loppuu usein esimerkiksi siihen, että henkilö ei kykene syömään enempää, ahmittavat ruuat kuluvat loppuun tai henkilö havahtuu tilanteeseensa ja saa hallinnantunteensa takaisin (Meskanen 2022). Ahmintahäiriön oirekuvaan ei aina liity muissa syömishäiriöissä ilmenevää psykopatologiaa eli lihomisen pelkoa tai kehonkuvavääristymää (Suokas & Rissanen 2023a).

Ahmintahäiriödiagnoosin toteaminen vaatii sen, että ahmintakohtaukset toistuvat suunnilleen viikoittain ja ne ovat jatkuneet useamman kuukauden ajan. DSM-5-järjestelmän mukaan, jos oireita on kestänyt kolmen kuukauden ajan. Sen lisäksi henkilöllä tulee ilmetä diagnoosin toteamiseksi joitakin muita ahmintaan liittyviä oireita, kuten suuri syömisnopeus, merkittävien ruokamäärien syöminen samalla kertaa, itsensä syöminen ähkyyn ilman nälkää, ahmimisen piilottelu muilta sekä vahvoja itseinhon ja syyllisyyden tuntemuksia ahmimisen jälkeen. Ahmintahäiriö voi pitkittyessään lihottaa ja aiheuttaa paino-ongelmia, mutta se ei ole osa diagnoosin saannin edellytystä. (Meskanen 2022; Suokas & Rissanen 2023a.)

Usein ahmintahäiriötä sairastavilla ilmenee psyykkisiä oireita ja mielenterveyshäiriöitä, kuten ahdistuneisuutta, masennusta ja persoonallisuushäiriöitä. Monissa tapauksissa häiriötä sairastavalla on masennusta jo ennen häiriötä ja masennus vaikeuttaa sitä. Suunnilleen yhdellä neljästä on epätyypillinen masennustila. Siihen kuuluu yleistä haluttomuutta, alavireisyyttä, mielialavaihteluja sekä kohtuutonta ruokahalua ja unen tarvetta. Ylipainon vuoksi hoitoon tulevista arviolta 8 % ja vaikean lihavuuden vuoksi tulevista noin 20–35 % sairastaa ahmintahäiriötä. (Suokas & Rissanen 2023a.)

Vakiintunutta hoitoa ahmintahäiriöön ei vielä ole, mutta sen keskeisenä tavoitteena on syömisrytmin säännöllistäminen eli täsmäsyöminen ja voimakkaiden laihdutusyritysten lopettaminen. Hoidon alkuvaiheessa pyritään saamaan toistuva ahminta hallintaan, vähentämään syömishäiriöoireilua ja lopettamaan terveydelle vaarallinen painonnousu. (Suokas & Rissanen 2023a.) Ahmintahäiriön hoito tapahtuu usein perusterveydenhuollossa moniammatillisen työryhmän, eli ainakin lääkärin, hoitajan ja ravitsemusterapeutin toimesta. Hoidossa olennaisessa osassa ovat ravitsemusohjaus ja psykoedukaatio eli tiedollinen ohjaus. Näiden hoitomuotojen ollessa riittämättömiä, tai oireiden jatkuessa, lähetettä syömishäiriöihin erikoistuneeseen yksikköön harkitaan. (Meskanen 2022.)

Psykoterapeuttisia hoitomuotoja voidaan hyödyntää ahmintahäiriön hoidossa erityisesti silloin, kun ahmintaoireen lisäksi sairastavalla on muita mielenterveysongelmiä. Eniten tutkimusnäyttöä on Meskasen (2022) mukaan kognitiivis-behavioraalista psykoterapiasta, dialektisesta käyttäytymisterapiasta ja interspersoonallisesta terapiasta. Muun hoidon lisänä voidaan kokeilla joitakin lääkkeitä, kuten selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä, hillitsemään ahmintaoiretta. Ahmintahäiriön hoito ja seuranta voi kestää usean vuoden ajan. (Meskanen 2022.)

5.3.2 Ortoreksia

Ortoreksia (orthorexia nervosa) on yksi epätyypillistä syömishäiriöistä (Ruusunen 2021). Ortoreksiaa sairastavalla on pakkomielle terveellisen ruokavalion noudattamiseen. Tämän seurauksena sairastava on valikoiva ruuan suhteen, ruokavalio muuttuu erittäin rajoittuneeksi ja sairastavalla voi ilmetä vaikeita ravitsemushäiriöitä. (Raevuori & Ebeling 2016d; Duodecim Terveyskirjasto 2021; Ruusunen 2021.)

López-Gilin ym. (2023) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin mukaan ortoreksia on yksi kiistanalaisimmista sairauksista. Sairaudelle ei ole laadittu yhtä maailmanlaajuista määritelmää ja sen diagnostiset kriteerit ovat edelleen kiisteltyjä. Ortoreksian patologiaan kuitenkin kuuluu sairastavan henkilön pakkomielteinen suhtautuminen terveellisiksi uskottujen elintarvikkeiden nautti-

miseen. Sairastava on ensisijaisesti huolissaan ruoan laadusta kuin sen määrästä. Hän käyttää paljon aikaa ja vaivaa myytävien elintarvikkeiden käsittelyn ja alkuperän selvittämiseen sekä pakkauksen valikoimiseen. Pakkomielteinen suhtautuminen vaikuttaa laajalti sairastavan elämään sekä aiheuttaa herkästi haasteita työsuorituksissa ja sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa. (López-Gil ym. 2023.)

Ortoreksian tarkkaa syytä ei täysin tunneta, mutta siihen uskotaan liittyvän useita tekijöitä. Häiriötä sairastavilla on López-Gilin ym. (2023) mukaan neurokognitiivisia haasteita, jotka muistuttavat laihuushäiriön ja pakko-oireisen häiriön (OCD) haasteita. Haasteita ovat esimerkiksi vaikeudet ulkoisessa huomiointikyvyssä (external attention), työmuistissa ja joustavassa ongelmanratkaisussa. Yhteneväisten kognitiivisten häiriöiden ja samankaltaisten oireiden vuoksi on mahdollista, että ortoreksiaa, pakko-oirehäiriötä ja laihuushäiriötä sairastavilla olisi vertailukelpoisia aivojen toimintahäiriöitä. (López-Gil ym. 2023.)

López-Gil ym. (2023) nostaa esille eri tekijöitä, joilla on mahdollisesti vaikutusta ortoreksian kehittymiseen. Näitä tekijöitä ovat muun muassa muodostuneet ruokamieltymykset, ruuan valikoivuus, perinnölliset makuaistin poikkeamat (inherited variances in taste perception), ylipaino tai liikalihavuus sekä vanhempien ruokailutausta. Lisäksi joillakin henkilön ominaisuuksilla, kuten perfektionismilla, ulkonäkökeskeisyydellä, pakkomielteellä painosta ja aikaisemmin sairastetulla syömishäiriöllä, voi olla vaikutusta ortoreksian syntyyn. (López-Gil ym. 2023.)

5.4 ARFID-oireyhtymä

Yksi syömishäiriöistä on syömisen rajoittamis- ja välttämishäiriö, eli ARFID-oireyhtymä (avoidant and restrictive food intake disorder) (Suokas & Rissanen 2023b). Syömisen rajoittamis- ja välttämishäiriötä sairastavalla ilmenee haluttomuutta syödä. Haluttomuus syömistä kohtaan voi johtua esimerkiksi joistakin ruuan ominaisuuksista, kielteisistä ennakkoluuloista, tukehtumisen pelosta tai aistiherkkyyksistä. (Ruuska 2022; Ruusunen & Niinikoski 2023a.) Häiriön syihin vaikuttaa merkittävä perinnöllinen alttius, mutta sen tarkemmat taustatekijät ovat

heterogeenisiä. Valikoivuus ruokaa kohtaan on usein yhteydessä yksilön kehityksellisiin erityispiirteisiin, herkkyyteen aistijärjestelmässä, luontaisesti alhaiseen ruokahaluun tai nälän tunteen puuttumiseen. Syömisen pelko voi johtua esimerkiksi sairauksista, terveyden kannalta pakollisen ruokavalion noudattamisesta tai jostain traumaattisesta ruokailuun liittyvästä tapahtumasta. (Keski-Rahkonen ym. 2024.) ARFID-oireyhtymä on usein myös kytköksissä kroonisiin sairauksiin ja neuropsykiatrisiin häiriöihin, kuten autismin kirjoon tai aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön eli ADHD-oireyhtymään (Ruuska 2022; Keski-Rahkonen ym. 2024).

Syömisen rajoittamis- ja välttämishäiriössä pääasiallisena oireena on syömisen häiriintyminen. Oireilun myötä sairastavan energiansaanti on riittämätön ja hänellä voi ilmetä ravintoainepuutoksia, huomattavaa painonlaskua, alipainoa, letkuravitsemuksen tai täydennyskorvausvalmisteiden tarvetta sekä muita syömissen ongelmien aiheuttamia psykososiaalisia haasteita. (Ruusunen & Niinikoski 2023a; Suokas & Rissanen 2023b; Keski-Rahkonen ym. 2024.) Lapsilla puutteellinen energiansaanti voi hidastaa kasvua (Ruusunen & Niinikoski 2023a). Monista syömishäiriöistä poiketen kehotyytymättömyys tai kehonkuvan vääristymät eivät ole sairaudelle ominaisia (Ruusunen & Niinikoski 2023a; Suokas & Rissanen 2023b).

Syömisen rajoittamis- ja välttämishäiriö on ICD-11- ja DSM-5-tautiluokituksissa uusi diagnoosi. ICD-10-tautiluokituksessa ARFID-oireyhtymä jaotellaan lasten kohdalla koodin F98.2 (Lapsen tai imeväisen syömishäiriö) alle. Nuorilla tai aikuisilla diagnoosi voidaan luokitella koodilla F50.82. Väestötutkimuksissa häiriötä esiintyy lapsilla ja nuorilla 0,5–15,5 % ja aikuisilla 0,8–4,5 %. Syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriön oireita ilmenee naisilla ja miehillä. (Keski-Rahkonen ym. 2024.) Keski-Rahkonen ym. (2024) katsauksen mukaan peräti puolet diagnosoiduista on poikia tai miehiä.

Häiriön hoidossa keskeistä on oireenmukainen hoito, joka pohjautuu kehityksen, kasvun, terveydentilan, ravitsemustilan ja liitännäisoireiden tarkkaan arviontiin ja seurantaan. Hoidolla pyritään korjaamaan sairastavan ravitsemustila ja laajentamaan ruokavaliota vähitellen, jotta sairastava saa välttämättömät ravintoaineet. Perusterveydenhuollossa on mahdollista arvioida ja hoitaa lieväoireisia potilaita, kun taas syömisen välttämisen ja rajoittamishäiriön ollessa vakava hoito tapahtuu

moniammatillisen työryhmän toimesta. Vakavana ilmenevää vajaaravitsemusta voidaan hoitaa ravitsemushoidoin päiväosasto- tai sairaalaoiloissa. (Keski-Rahkonen ym. 2024.)

6 KEHONKUVA

Kehonkuva tarkoittaa subjektiivista mielikuvaa, joka jokaisella on oman kehonsa kunnosta, koosta ja muodosta. Se on yhdistelmä ajatuksia ja tunteita omista kehonosista ja kehon ominaisuuksista. Kehonkuvaa pidetään moniulotteisena käsitteenä, joka pitää sisällään asenne-, tunne-, havainto- ja käyttäytymisulottuvuuksia. (Greene 2011.) Kehonkuva voi vaihdella positiivisten ja negatiivisten kokemusten välillä sekä niiden yhdistelminä eri aikoina. Kehonkuvaan vaikuttavat sekä ulkoiset että sisäiset tekijät. Vaikuttavana ulkoisena tekijänä on muun muassa sosiaalinen ympäristö ja sisäisenä tekijänä persoonallisuus. (National Eating Disorders Collaboration n.d.)

Kehonkuvan avulla ihminen muodostaa käsityksen itsestään itsenä sekä käsityksen itsestä suhteessa ympäristöön ja muihin ihmisiin. Kehonkuvaan ja sen muuttamiseen vaikuttavat useat eri tekijät, joita ovat esimerkiksi ruumiin muisti, biologis-sensoriset tekijät, terveys, kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute, emotionaaliset kokemukset, erilaiset kokemukset ruumiista ja tuntemattomat tekijät. Kehonkuva ja siihen liittyvä prosessi jatkuu läpi koko elämän, sillä se voi muuttua elämän eri vaiheissa. Kuitenkin 6–9 ikävuoteen mennessä kaikki aistinelimet ja muut kehonkuvaan vaikuttavat tekijät ovat kehittyneet. Herrala, Kahrola ja Sandström (2008) antavat teoksessaan esimerkkejä kehonkuvaan liittyvistä kysymyksistä, joita ovat: ”miltä näytän”, ”miten liikun ja toimin”, ”miten voin luottaa omaan kehooni” sekä ”miten kykenen käyttämään resurssejani?” (Herrala ym. 2008, 26, 29–30, 37.)

Kehonkuva muodostuu eri osatekijöistä tai ulottuvuuksista. Näitä osatekijöitä ovat havaittava (perceptual), tietoinen (cognitive), tunnepohjainen (affective) sekä käyttäytymiseen perustuva (behavioural) kehonkuva. Havaittava kehonkuva tarkoittaa käsitystä oman kehon koosta, muodosta ja eri kehonosista. Tietoinen eli kognitiivinen kehonkuva pitää sisällään omaan kehoon liittyvät ajatukset ja uskomukset. Tunnepohjainen kehonkuva sisältää omasta kehosta heräävät tunteet. Käyttäytymisessä ilmenevä kehonkuva tarkoittaa niitä toimintoja tai tekoja, joita

ihminen tekee kehonsa eteen. Toimintojen tarkoituksena voi olla esimerkiksi peittää, muuttaa, hoitaa tai tarkastella omaa kehoa, eli ne voivat johtaa esimerkiksi haitalliseen käyttäytymiseen. (National Eating Disorders Collaboration n.d.)

Positiivinen kehonkuva tarkoittaa sitä, että henkilö pystyy hyväksymään kehonsa ja arvostamaan sitä. Positiivinen kehonkuva ei suoraan tarkoita kehotyytyväisyyttä, sillä henkilö voi olla tyytymätön omiin kehonosiinsa, mutta siitä huolimatta pystyä hyväksymään kehonsa kaikkine rajoituksineen. Positiivinen kehonkuva on yksi suojaava tekijä, joka voi vähentää alttiutta sairastua syömishäiriöihin. Tämän vuoksi sen omaaminen olisikin tärkeää. (National Eating Disorders Collaboration n.d.)

Positiiviseen kehonkuvaan liittyy usein parempi itsetunto ja itsensä hyväksyminen sekä terveet käyttäytymismallit ja käsitykset. Itsetunto määrittelee sen, miten henkilö kokee itsensä. Hyvä itsetunto voi vaikuttaa positiivisesti elämän eri osalueisiin. Henkilö, joka hyväksyy itsensä, on pitkälti sinut itsensä ja oman ulkonäkönsä kanssa. Tällöin yhteiskunnan ulkonäköpaineilla tai epärealistisilla kuvilla ei ole suurta vaikutusta häneen. Terveet käyttäytymismallit ja käsitykset mahdollistavat oman kehon ja sen tarpeiden kuuntelun. Kun omaa kehoa ja sen tarpeita osaa kuunnella, on helpompi ylläpitää tasapainoista elämäntapaa, johon kuuluu terveet ruoka- ja liikuntakäsitykset. (National Eating Disorders Collaboration n.d.)

Kehotyytymättömyys ilmenee jatkuvina negatiivisina tunteina ja ajatuksina omaa kehoaan kohtaan (National Eating Disorders Collaboration n.d.). Kehoonsa tyytymätön kokee, että hänen kokemansa kehon muoto eroaa halutusta kehon muodosta. Usein nuoret, joilla ilmenee kehotyytymättömyyttä kokevat kehonsa suuremmaksi kuin se todellisuudessa on. (Figueiredo, Simola-Ström, Isomaa & Weiderpass 2018.)

Kehotyytymättömyys on sisäinen tunne- ja ajatusprosessi. Tähän sisäiseen prosessiin kuitenkin vaikuttaa ulkoiset tekijät, kuten yhteiskunnan ulkonäköihanteet ja sosiaalinen media. Kehotyytymättömyys lisää riskiä häiriintyneeseen syömis-käyttäytymiseen, joka taas lisää riskiä syömishäiriön kehittymiseen. (National Eating Disorders Collaboration n.d.) Usein nuoret, jotka ovat tyytymättömiä omaan

kehoonsa ryhtyvät noudattamaan itselle haitallisia ja epäterveellisiä käyttäytymismalleja. Tällaisia käyttäytymismalleja ovat esimerkiksi muista eristäytyminen, laihdutuslääkkeiden käyttö, ravinnon rajoittaminen ja pakkomielteinen liikkuminen. Nämä epäterveet valinnat ovat myös ylipainoa tai liikalihavuutta sekä syömishäiriöitä, kuten laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä, ennustavia tekijöitä. (Greene 2011; National Eating Disorders Collaboration n.d.) Syömishäiriöissä on tyypillistä, että sairastavan suhde omaan kehoonsa on häiriintynyt ja oma kehonkuva on vääristynyt. Sairastava suhtautuu kielteisesti oman kehonsa muotoon, painoon ja kokoon. (Ruuska 2022.)

Figueiredo ym. (2018) tutkivat suomalaisilta esiteineiltä kehotyytymättömyyden yhteyttä häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen sekä sukupuolen ja painoindeksin vaikutuksia siihen. Tutkimuksen osallistujat (n=10526) olivat 9–12-vuotiaita esiteinejä, jotka rekrytoitiin vuosina 2011–2014 suomalaisesta Nuorten terveys –kohortista (Finnish Health in Teens, Fin-HIT). Fin-HIT toteutettiin kouluympäristössä ja jokaiselta osallistujalta mitattiin paino ja pituus. Osallistujat täyttivät Fin-HIT-kyselylomakkeen, joka sisälsi kysymyksiä kehonkuvasta ja syömishäiriöoireista. Kyselylomakkeen vastauksia arvioitiin lapsille mukautetun syömisasennetestin asteikolla (Eating Attitudes Test adapted for Children scale). Lisäksi kehotyytymättömyyttä arvioitiin kuvallisella mittarilla, jossa verrattiin nuoren itsearviota halutun kehon muodon ja nykyisen kehon muodon välillä. (Figueiredo ym. 2018.)

Figueiredon ym. (2018) tutkimuksen tuloksissa selvisi, että suuri prosenttiosuus esiteineistä koki kehotyytymättömyyttä. Tuloksissa 9,3 % halusi suuremman kehon ja 30,0 % halusi nykyistä pienemmän kehon. Osallistujista vain 2,2 %:lla ilmeni syömishäiriöoireita. Suurempaa tai pienempää kehoa toivovilla esiteineillä oli korkeampi riski kokea syömishäiriöoireilua kuin niillä esiteineillä, jotka olivat tyytyväisiä kehoonsa. Pienempää kehoa haluavien osallistujien keskuudessa kehotyytymättömyys oli tyttöillä merkittävämpää kuin pojilla. Lisäksi kehotyytymättömyys korostui normaali- ja alipainoisilla ylipainoisia enemmän. Tutkimuksessa todettiin, että kehotyytymättömyys on yhteydessä syömishäiriöoireisiin erityisesti tyttöillä sekä ali- ja normaalipainoisilla. Ylipaino on merkittävä riskitekijä syömishäiriöoireilulle, kun kehotyytymättömyyttä ei huomioida. (Figueiredo ym. 2018)

Baceviciene ja Jankauskiene (2020) selvittivät Body Appreciation Scale 2 –mittarin (BAS-2) liettualaisella versiolla psykometrisiä ominaisuuksia sekä kehon arvostuksen ja syömishäiriöiden yhteyttä liettualaisilla nuorilla. Osallistujat (n=1412) olivat 15–18-vuotiaita ja he olivat 41:stä satunnaisesti valitusta voimistelukoulusta. Tutkimus on osa vuonna 2019 tehtyä laajempaa tutkimusta. Osallistujat täyttivät BAS-2-LT-kyselylomakkeen, jonka lisäksi heiltä tutkittiin kehotyymättömyyttä, syömisen häiriintymistä, itsetuntoa, kehon toiminnallisuutta ja urheiluun osallistumista. Osallistujilta mitattiin myös pituus ja paino painoindeksiä (BMI) varten. (Baceviciene & Jankauskiene 2020.)

Baceviciene ja Jankauskien (2020) tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että kehon arvostus korreloi negatiivisesti korkeamman painoindeksin, kehotyymättömyyden ja häiriintyneen syömisen kanssa. Kehon arvostuksen, itsetunnon, kehon toiminnallisuuden ja urheiluun osallistumisen välillä huomattiin positiivisia yhteyksiä. Molemmilla sukupuolilla korkeampi arvostus omaa kehoa kohtaan vähensi riskiä syömishäiriökäyttäytymiseen. Tutkimustulokset tukevat BAS-2-LT-mittarin psykometrisiä ominaisuuksia. Tulosten perusteella tutkimuksessa todetaan, että myönteistä kehonkuvaa edistäviä ja syömishäiriöitä ehkäiseviä interventio-ohjelmia suositellaan murrosikäisille tytöille ja pojille. (Baceviciene & Jankauskiene 2020.)

7 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry:n määritelmän mukaan “psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen”. Psykofyysisen fysioterapian käsityksen mukaan ihminen nähdään kokonaisvaltaisena, psykofyysisenä kokonaisuutena. Tällöin keho ja mieli ovat osa samaa kokonaisuutta ja ne ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tämä keho-mieliyhteys voi ilmetä siten, että ajatukset ja tunteet vaikuttavat siihen, miten liikumme ja koemme kehomme. Samoin myös kehon tuntemuksilla voi olla vaikutusta mieleemme. Psykofyysisen fysioterapian pohjana on kokemuksellinen oppiminen, jonka tarkoituksena on tarjota ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja asiakkaan elämään. Olennaista on, että asiakkaalla on mahdollisuus kokea, tunnistaa ja hyväksyä omaa kehollisuuttaan. (Mitä on psykofyysinen fysioterapia? n.d.)

Psykofyysisen fysioterapian toteutus tapahtuu joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Se voi pitää sisällään esimerkiksi hengitys-, liike- ja kehotietoisuusharjoitteita, pehmytkudoskäsittelyä, rentoutumismenetelmiä sekä vuorovaikutusta syventäviä harjoitteita. (Menetelmät ja hyödyt n.d.) Asiakkaan yksilölliset tavoitteet vaikuttavat psykofyysisen fysioterapian toteuttamiseen. Psykofyysinen fysioterapia soveltuu kaikille asiakasryhmille, mutta erityisesti henkilöille, joilla on esimerkiksi mielenterveysongelmia, stressiä, unettomuutta, ahdistuneisuutta, jännittyneisyyttä, kroonistuneita kiputiloja, toimintakykyhäiriöitä, vaikeuksia perusliikkumisessa tai oman kehon tiedostamisessa. (Mitä on psykofyysinen fysioterapia? n.d.) Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuuden arvioinnissa oleellisinta on, miten asiakas itse kokee muuttuneensa ja kykenevänsä hallitsemaan omaa elämäänsä (Menetelmät ja hyödyt n.d.).

Fysioterapiaa voidaan käyttää täydentävänä hoitomuotona syömishäiriöpotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Tämän potilasryhmän fysioterapia perustuu fysioterapeutin asiantuntemukseen sekä kehosta että kehon liikkeestä. Fysioterapiaindikaatioita syömishäiriöpotilaille ovat muun muassa häiriintynyt ja negatiivinen kokemus omasta kehosta sekä usein havaittu huonosti soveltuva ja liiallinen

fyysinen aktiivisuus. (Probst ym. 2018, 241, 244.) Fysioterapeuttisilla menetelmillä pyritään vähentämään syömishäiriötä sairastavien masennus- ja syömishäiriöoireilua. Fysioterapian tavoitteita laihuushäiriöpotilaiden hoidossa ovat ahdistusta lievittävien keinojen löytäminen, turvallisen rentoutumisen ja liikunnan ohjaus sekä potilaan omaan kehoon liittyvien asenteiden, käsitysten ja kokemusten muuttaminen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014; Ruuska 2021b.) Syömishäiriöiden hoidossa voidaan hyödyntää myös fysioterapiaryhmiä. Ryhmissä voidaan muun muassa vahvistaa kehonkuvaa, lisätä kehonhallintaa ja –tuntemuksia sekä luoda hyväksyvää ja kunnioittavaa suhdetta mielen ja kehon välille. (Syömishäiriöt: Käypä hoito –suositus, 2014.) Probst ym. (2018) väittävät, että fysioterapeuttisilla menetelmillä on tärkeä rooli siinä, että ne auttavat potilaita ymmärtämään ja hahmottamaan kehoaan paremmin. Lisäksi ne edistävät heidän positiivista kehonkuvaansa sekä antavat lisää itseluottamusta siihen, että heistä ei tule ”velttoja” painonnousun myötä. (Probst ym. 2018, 250.)

Probst ym. (2018) ehdottavat, että syömishäiriöpotilaiden fysioterapiassa tulisi noudattaa neljää perusperiaatetta. Ensimmäisenä fysioterapeuttien tulee tarjota turvalliset ja hyvin strukturoidut puitteet fysioterapialle, jossa osapuolet ovat sitoutuneita. Tämän lisäksi fysioterapeutti antaa jatkuvasti perusteltua tietoa potilaalle. Toiseksi potilaiden tulee olla hyvin informoituja eri harjoitteiden tavoitteista, jolloin psykoedukatiivisen lähestymistavan rooli korostuu. Kolmantena periaatteena on seuraavien aihealueiden läpikäyminen potilaiden kanssa pidettävässä psykoedukaatiosessiossa: anatomiaan ja fysiologiaan liittyvät ongelmat, osteoporoosi, kehon ja aistien tiedostaminen, stressi, ahdistus, hallintakeinot (coping), normaalin ja terveen fyysisen aktiivisuuden vertaaminen haitalliseen sekä median vaikutus sosiokulttuurisiin ihanteisiin. Fysioterapeuttien tulee myös suunnitella harjoituksia siten, että potilas voi toteuttaa niitä kotiolosuhteissa itse tai toisen kanssa. Viimeisenä eli neljäntenä perusperiaatteena on, että fysioterapeutit kehottavat ja rohkaisevat potilaita minkä tahansa tunteen ilmaisemiseen ja käsittelemiseen. (Probst ym. 2018, 249.)

Tutkimuksilla on pystytty osoittamaan, että fysioterapia voi olla hyödyllistä syömishäiriötä sairastavien fyysisen ja psyykkisen terveyden kannalta. Soundy ym. (2015) selvittivät tutkimuksessaan syömishäiriöpotilaiden kanssa toimivien

kokoneiden fysioterapia-alan ammattilaisten kokemuksia, käytäntöjä ja tietämystä. Tutkimukseen osallistui kansainvälisesti 28 fysioterapeuttia, jotka täyttivät demografisia tietoja ja neljä avointa kysymystä sisältävän kyselylomakkeen. Avoimet kysymykset käsittelivät muun muassa fysioterapeuttien käyttämiä menetelmiä ja arviointikeinoja, fyysisen aktiivisuuden roolia kuntoutuksessa sekä fyysisen aktiivisuuden estäviä ja edistäviä tekijöitä. (Soundy ym. 2015.)

Soundyn ym. (2015) tutkimuksessa fysioterapeutit kertoivat, että kehotietoisuuden vahvistaminen erityisesti fyysisen aktiivisuuden aikana sekä psykoedukation antaminen fyysisen aktiivisuuden terveellisestä annostuksesta ovat fysioterapeuttien keskeisiä tehtäviä. Seitsemän fysioterapeuttia nimesi BBAT-menetelmän käytön erityiseksi fysioterapiainterventioksi. Lisäksi fysioterapeuttien vastauksissa käytetyistä fysioterapian menetelmistä esiin nousivat myös kivunhallinnan keinot, hengitystä tukevat tai helpottavat harjoitukset, rentoutusharjoitukset, mindfulness, manuaaliset tekniikat, kuten esimerkiksi hieronta sekä rationaalis-emotionaalinen terapia. Tutkimuksessa tunnistettiin kaksi fysioterapian päätavoitetta silloin, kun fysioterapian kohderyhmänä ovat syömishäiriöpotilaat. Ensimmäisenä päätavoitteena oli työskentely kehon kokemusten kanssa, johon yhdistyivät myös käyttäytymisen, havaintojen, tietoisuuden ja asenteiden näkökulmat. Todettiin, että selviytyminen päivittäisten vaatimusten kanssa, lisääntynyt keho-kontakti, päivittäinen liikkuminen ja toiminnot sekä ihmissuhteisiin liittyvä luottamuksen rakentuminen lisääntyivät. Toisena päätavoitteena oli auttaa potilaita muuttamaan epätervettä liikuntakäyttäytymistä kohti terveempää. Fysioterapeutit kokivat, että terveemmällä liikuntakäyttäytymisellä on myös sosiaalista itseluottamusta kasvattavia, sosiaalista identiteettiä parantavia ja yhteenkuuluvuuden tunnetta edistäviä vaikutuksia. (Soundy ym. 2015.)

8 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN MAHDOLLISUUKSIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESSA

8.1 Ahdistuksenhallinta

Ahdistuksella tarkoitetaan tunnetilaa, jossa henkilö kokee esimerkiksi huolestuneisuutta tai pelkoa, mutta oireina voi olla myös levottomuus, lamaannus tai kontrolloimaton paniikin tunne. Jokaisella on joskus ahdistuneisuutta ja se onkin normaali ja terve ihmisen ominaisuus. Lievänä esiintyvä ahdistus voi parantaa suorituskykyä, mutta voimakkaana tai jatkuvana tapahtuva ahdistuneisuus on toimintakykyä heikentävä tekijä. Ahdistukseen liittyy sympaattisen hermoston aktivoitumista, joka lisää erilaisten fyysisten oireiden esiintymistä. (Rovasalo & Eerola 2023.) Ahdistuneisuus on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä ja se voidaan yhdistää samanaikaisesti useisiin muihin eri mielenterveyshäiriöihin. Syömishäiriöiden ja ahdistuneisuuden välillä on todettu olevan läheinen yhteys. Syömishäiriöiden esiintyvyys Euroopan väestössä on 2,5 %, kun otetaan huomioon kaikki syömishäiriöt. Tällä osalla ihmisistä on 33–40 % kaikista ahdistuneisuushäiriöistä. Lisäksi ahdistuneisuushäiriöt voivat olla syömishäiriöiden puhkeamisen riskitekijä. (Navarro-Tapia ym. 2021.)

Ahdistuksenhallinnassa voidaan hyödyntää hengitysharjoituksia, sillä ne näyttävät vähentävän ahdistusta ja lisäävän parasympaattisen hermoston aktiivisuutta. Hengitysharjoituksilla voidaan vaikuttaa sykkeeseen. Sympaattisen hermoston aktivoituminen sisäänhengityksen aikana johtaa sykkeen nopeutumiseen, kun puolestaan uloshengityksen aikana tapahtuva sykkeen hidastuminen johtuu parasympaattisen hermoston aktivoitumisesta. Sykkeen säätely on siis tasapainoteltua sympaattisen ja parasympaattisen hermoston aktivoitumisen välillä. Tehokas hengitysharjoitus ahdistuksenhallintaan on palleanhengitys. On todettu, että jo noin viiden minuutin pituinen hengitysharjoitus, jossa sisään- ja uloshengitys vuorottelevat tasaisesti, edistää sympaattisen ja parasympaattisen hermoston toiminnan välistä tasapainoa. Mikäli henkilö on ahdistunut, on hänen tapauksessaan parempi vahvistaa parasympaattisen hermoston toimintaa tämän niin sanotun tasapainopisteen yli. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hengitys on syvää

ja hidasta sekä uloshengityksen kesto on pidempi kuin sisäänhengityksen. (Magnon, Dutheil & Vallet 2021.)

Rentoutusharjoitusten on todettu olevan tehokkaita sekä fyysisen että psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Progressiivinen lihasrentoutus on rentoutusharjoitus, jossa eri lihasryhmiä jännitetään ja rentoutetaan tietoisesti vuorotellen. Khirin ym. (2024) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että progressiivinen lihasrentoutus vähentää tehokkaasti aikuisten stressi-, ahdistus- ja masennusoireita. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli mukana 31 tutkimusta, jotka käsittelivät progressiivista lihasrentoutusta. Tuloksissa havaittiin, että kuudessa tutkimuksessa todettiin merkittävää ahdistuksen lievenemistä progressiivisen lihasrentoutuksen jälkeen, kun ahdistusta verrattiin ennen rentoutusharjoitusta olleeseen tilanteeseen. (Khir ym. 2024.)

Saeed, Cunningham ja Bloch (2019) esittelivät katsauksessaan lääkkeettömiä ja epätavanomaisia interventioita masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden oireiden helpottamiseen. Interventioihin kuului liikuntaa, joogaa ja meditaatiota sekä ”tai chi”- ja ”qi gong”-menetelmiä. ”Tai chi” ja ”qi gong” ovat mielen ja kehon harjoituksia, joissa yhdistetään kehon asentoja ja lempeitä liikkeitä keskittymiseen, hengitykseen ja rentoutumiseen. Yhdessä tutkimuksessa osoitettiin, että ”tai chi” vähentää ahdistusta ahdistuneisuushäiriöitä sairastavilla aikuisikäisillä, jotka saavat samanaikaisesti myös lääketieteellistä hoitoa. Ahdistus uusiutui merkittävästi harvemmin tutkimuksen ”tai chi” -ryhmän osallistujilla kuin kontrolliryhmän henkilöillä. Eräässä toisessa tutkimuksessa tutkittiin ”qi gong”-menetelmään perustuvaa stressinlievitysohjelman, jossa koeryhmällä havaittiin kontrolliryhmään verrattuna enemmän vähenemistä tilanneahdistuneisuudessa (state anxiety) sekä ahdistuneisuudessa, joka ilmenee persoonallisuuden piirteenä (trait anxiety). Tämä tulos oli kuitenkin ristiriidassa meta-analyysin neljän muun RCT-tutkimuksen kanssa, joissa ”qi gong” -menetelmällä ei havaittu olevan vaikutusta ahdistusoireiden lieventymiseen. 209 mindfulness-menetelmää käsittelevien tutkimusten systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että mindfulness-harjoittelu on kohtalaisen tehokas masennus- ja ahdistusoireiden vähentämisessä. Tulos perusteltiin koeryhmäläisten masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta

mittaavassa ennen-jälkeen-vertailussa sekä jonotuslistalla oleviin kontrolliryhmäläisiin ja muihin aktiivisiin hoitomuotoihin, kuten psykologisiin hoitoihin, vertailemalla. (Saeed ym. 2019.)

8.2 Kehotietoisuus

Kehotietoisuudella tarkoitetaan kokonaisvaltaista ja perustavanlaatuista itsensä tiedostamista, hahmottamista, hallintaa ja ymmärrystä (Herrala ym. 2008, 32). Se on tärkeä osa psyykkisiä ongelmia ja pitkittynyttä kipua kokevien mielenterveyspotilaiden kuntoutusta (Gyllensten & Gard 2018, 151). Kehotietoisuuden kehittämisellä pyritään ymmärrykseen siitä, miten kehoa hallitaan kehon eri toiminnoissa, käyttäytymisessä sekä vuorovaikutuksessa itsensä ja muiden kanssa (Gard, Nyboe & Gyllensten 2019). Kehotietoisuuden lisääntyessä omien tunteiden ja tunteiden sekä niihin liittyvien suhtautumis- ja ajattelutapojen tunnistaminen kehittyy. Näiden tunnistamisen myötä oma tilanne on mahdollista nähdä oikeassa kontekstissa ja sitä kautta sairautta, sen oireita ja sairastumisesta nousevia tunteita on helpompi käsittää ja kestää. (Mannila 2019.) Kehotietoisuuden ajatellaan myös olevan keskeinen tekijä päätöksenteossa ja itsesäätelyssä. Kehotietoisuuden häiriöt ovatkin ominaisia monille haitallisille terveydentiloille, kuten laihuushäiriöille ja riippuvuuksille. (Treves, Tello, Davidson & Goldberg 2019.)

Mehlingin ym. (2011) toteuttamassa tutkimuksessa selvitettiin eri harjoittajien ja opettajien lähestymistapaa kehotietoisuusharjoitteluun. Tutkimuksissa ilmeni, että erilaisilla kehotietoisuutta lisäävillä terapiamuodoilla oli harjoittelussa neljä perustavanlaatuista yhtäläisyyttä. Ensimmäinen yhtäläisyys oli hengityksen rooli ja sen käyttö. Hengitys nähtiin keskeisenä tekijänä kehon ja mielen yhdistämisessä. Hengitys yhdistettiin liikkeiden laatuun ja erilaisiin kokemuksiin. Toisena yhtäläisyytenä oli harjoittelu ja toistot. Kolmantena yhtäläisyytenä olivat kehon tuntemusten havaitseminen sekä kehossa, tunteissa ja ajatuksissa tapahtuvien muutosten tunnistaminen ja erottaminen. Tuntemusten, tunteiden ja ajatusten havaitseminen nähtiin olennaisena taitona, jota potilaat opettelivat harjoittelun ja toistojen kautta. Näiden asioiden havaitseminen ja erottelemine nähtiin tärke-

ässä roolissa kehon ja mielen yhdistymistä. Neljäntenä, ja viimeisenä yhtäläisyytenä, terapeuttisena tavoitteena oli kehon ja mielen yhdistyminen. (Mehling ym. 2011.)

8.2.1 Basic Body Awareness Therapy eli BBAT

Basic Body Awareness Therapy –menetelmä (BBAT) on erityisesti Pohjoismaissa käytetty psykomotorinen fysioterapiamuoto, jossa keskitytään kehon kokemuksiin (Gard ym. 2019). BBAT-menetelmällä edistetään keho- ja liiketietoisuutta sekä kehon hyväksyntää yksinkertaisten liikkeiden ja omaan kehoon maa-doittumisen kautta. Sillä pyritään edistämään ihmisen terveyttä kokonaisvaltaisesti parantamalla kehotietoisuutta ja liikkeiden laatua sekä syventämällä kehon ja identiteetin yhteyttä. (Albertsen, Natvik & Råheim 2019; Gard ym. 2019.)

BBAT-menetelmän tavoitteena on asennon, hengityksen, koordinaation ja tasapainon normalisointi yksinkertaisten liikkeiden kautta. Harjoitteita tehdään eri asennoissa ja liikkeissä: istuen, seisten, makuuasennossa ja kävellessä. Tietoisuus keskitetään liikkeeseen ja siinä hetkessä koettuihin asioihin. (Gard ym. 2019.) Myös hengitys-, rentoutus- ja ääniharjoitukset sekä hieronta ja vuorovaiikutukselliset liikkeet ovat osa BBAT-menetelmää (Kauranen 2017, 544; Gyllensten & Gard 2018, 154). Jokainen harjoituskerta päätetään terapeutin ja potilaan yhteiseen reflektointiin (Albersten ym. 2019). Gyllenstenin & Gardin (2019) mukaan BBAT-menetelmän tehokkuudesta ahdistus- ja masennusoireista sekä keuhollisista oireista kokevien potilaiden kanssa on kohtalaista tutkimusnäyttöä. Sattunnaistetut kontrolloidut tutkimukset tukevat BBAT-menetelmän tehokkuutta itsearvioitun masennuksen, terveyteen liittyvän elämänlaadun (quality of life) ja minäpystyvyyden parantamisessa. (Gyllensten & Gard 2018, 151.)

Alberstenin ym. (2019) fenomenologisessa ja laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin kahden lapsuuden traumasta kärsivän ahmintahäiriöpotilaan kokemuksia BBAT-menetelmästä. Osallistujat osallistuivat viikoittain kognitiivis-behavioraali-seen terapiaan ja BBAT-harjoituksiin yli 20 viikon ajan. Prosessiin sisältyi yli 20 viikon hoitojakso ja seurantakäynti noin 20 viikon kohdalla. Koko prosessi kesti toisella osallistujalla 55 viikkoa ja toisella 47 viikkoa. Osallistujien kanssa pidettiin

syvähaastattelut hoidon alussa ja lopussa, jotka olivat tutkimuksen tärkein tietolähde. Lisäksi osallistujat kirjoittivat potilaspäiväkirjaa ja heitä videohavainnoitiin yhden BBAT-istunnon ajan. (Albersten ym. 2019.)

Alberstenin ym. (2019) tutkimuksessa kehotietoisuutta lisäävät harjoitteet pitivät sisällään muun muassa kehon ja alustan välisen kontaktin tiedostamista, kehon skannausta eli kehonosien tiedostamista yksitellen sekä koko kehon tiedostamista yhtenä kokonaisuutena. Harjoituksissa ohjattiin hengityksen havainnoimista ja vapauttamista käsien levätessä vatsan päällä sekä ohjattiin pieniä venytyksiä kehon keskilinjaa pitkin. (Albersten ym. 2019.)

Osallistujat kuvailivat BBAT-menetelmän vaikutuksia omin sanoin. He kokivat, että BBAT-menetelmän kautta he tutustuivat omaan kehoonsa uudella tavalla, jonka myötä omaan kehoon suhtautuminen ja oleminen muuttuivat. Tutkimuksen mukaan muutokset olivat selkeitä osallistujien kuvaillessa tunteita, liikettä, kipua, rauhallisuutta ja itsensä kokemista sekä jokapäiväistä elämää. Osallistujien kertomuksista ilmeni, että omien tuntemusten tiedostamisen ja niiden hyväksymisen kautta ihminen voi päästä kosketuksiin omiin tarpeisiinsa ja voimavaroihinsa. Prosessin myötä muun muassa osallistujien kokema viha omaa kehoa kohtaan muuttui hyväksyvämmäksi ja kipuun suhtautuminen muuttui niin, että he pystyivät käsittelemään sitä eri tavalla. (Albersten ym. 2019.)

Alberstenin ym. (2019) tutkimuksen kautta toteutettu BBAT-menetelmä stimuloi uudenlaisia kehon kokemuksia ja sitä kautta avasi uusia mahdollisuuksia ahmintahäiriötä sairastaville osallistujille. Tuloksissa todettiin, että BBAT-menetelmä voi parantaa lapsuuden traumasta kärsivien ahmintahäiriöpotilaiden terveydentilaa. (Albersten ym. 2019.) Pienen otannan ja henkilökohtaisiin kokemuksiin perustuvien päätelmien vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta voidaan todeta, että joillekin syömishäiriöistä kärsiville BBAT-menetelmästä voi olla apua.

8.2.2 Mindfulness

Kehotietoisuutta voidaan vahvistaa myös buddhalaisiin perinteisiin pohjautuvan mindfulnessin eli tietoisien läsnäolon harjoittamisella. Zhangin ym. (2021) mukaan

mindfulness on tunteiden, ajatusten, kehon aistimusten ja ympäristön tiedostamista hetki hetkeltä. Mindfulness liittyy ennakkoluulottomuuteen, avoimuuteen ystävällisyyteen, hyväksymiseen ja myötätuntoon. Mindfulness-harjoitusten tavoitteena on mindfulness-tilan kehittäminen. ”Epävirallinen harjoittelu” ilmenee mindfulnessin harjoittamisena päivittäisessä elämässä, kun taas ”virallinen harjoittelu” voi pitää sisällään esimerkiksi kävelyä, istumista, hengitysharjoitteita ja kehon skannaamista. (Zhang ym. 2021.) Kehon skannauksessa huomio siirretään kehon eri alueille ilman tuomitsemista (Treves ym. 2019). Eniten mindfulness-interventioita tukevaa tieteellistä näyttöä on Raevuoren (2016) katsauksen mukaan aikuisten masennus- ja ahdistusoireiden hoidossa sekä kroonisen kivun ja toistuvan masennuksen lievittämisessä. Katsauksessa kuitenkin todetaan, että tutkimusnäyttö interventioiden vaikutuksista voi olla julkaistuja tutkimustuloksia vähäisempää raportointi- ja julkaisemisharhan vuoksi. Tutkimustietoa mindfulnessin vaikutuksista lapsilla ja nuorilla on toistaiseksi vähän sekä toteutetut tutkimukset ovat heikompilaatuisia. (Raevuori 2016.)

Mindfulnessiin perustuvilla interventioilla voi olla vaikutusta syömishäiriöoireiluun. Kahdessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä tarkasteltiin mindfulness-interventioiden vaikutuksia syömishäiriötä sairastavilla. Ensimmäisessä Beccian ym. (2018) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä todettiin, että mindfulness-interventiot voivat auttaa vähentämään kehonkuvaan liittyviä huolia ja negatiivisia vaikutuksia sekä edistää kehon arvostusta. Toisessa, Turgonin ym. (2019), systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä ilmeni, että mindfulness-interventiolla oli vaikutusta laihuushäiriötä ja ahmimishäiriötä sairastavien osallistujien syömishäiriöoireisiin, sen negatiivisiin vaikutuksiin, tunnesyömiseen, kehotyytymättömyyteen sekä painoindeksiin, kun tuloksia verrattiin ennakoarvointiin. Molemmissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa ja meta-analyyseissa kuitenkin nostettiin esille, että mindfulnessiin perustuvien interventioiden vaikutuksia syömishäiriöiden hoidossa tulisi tutkia enemmän ennen kuin niiden tehoa voidaan vahvistaa (Beccia ym. 2018; Turgon ym. 2019).

Trevesin ym. (2019) meta-analyysissä selvitettiin mindfulnessin ja objektiivisilla mittareilla mitatun kehotietoisuuden välistä yhteyttä. Meta-analyysiin sisällytettiin

tutkimukset, jotka olivat englanninkielisiä, niissä raportoitiin mindfulnessin ja objektiivisesti mitatun kehotietoisuuden yhteydestä ja tutkimuksen osallistujat olivat aikuisia. Lopulliseen otokseen sisällytettiin 15 tutkimusta, joissa oli 17 riippumattonta otosta. Osallistujia oli yhteensä 879. Kehotietoisuuden mittaamiseen käytettyjen objektiivisten mittareiden tarkoituksena oli mitata kehotietoisuuden tarkkuutta, eli seurata ja arvioida kehollisten tuntemusten ilmenemistä tarkasti. Ne mittasivat proksimaalisesti muun muassa sydämen sykettä, nivelten asentoa ja tuntoaistimuksia, sekä distaalisesti hengityselinten kuormitusta ja proprioseptiikkaa. (Treves ym. 2019.)

Trevesin ym. (2019) meta-analyysin tuloksissa kävi ilmi, että mindfulnessin ja kehotietoisuuden välillä on pieni, mutta mahdollisesti havaittava positiivinen yhteys. Kun tulokset erotettiin tutkimusasetelmien mukaan, yhteys oli merkittävä vain RCT-tutkimuksissa, mikä johtui mahdollisesti siitä, että kyseisessä analyysissä oli huomattavasti suurin otoserä ($n=505$). Vaikutukset olivat samankaltaisia sekä kehotietoisuuden proksimaalisissa että distaalisissa mittauksissa. Erityisesti seitsemästä RCT-tutkimuksesta saadut havainnot tarjoavat uutta meta-analyyttistä näyttöä, joka tukee mindfulness-harjoittelun ja objektiivisten käyttäytymismittausten yhteyttä. (Treves ym. 2019.)

Treves ym. (2019) kuitenkin toteaa, että meta-analyysin tuloksia on tulkittava varovaisesti, koska tutkimusten ($k=17$) ja osallistujien ($n=879$) kokonaismäärä oli vaatimaton. Pieni yhteys mindfulnessin ja objektiivisesti mitatun kehotietoisuuden välillä voi johtua siitä, millaista tarkkaavaisuutta mindfulnessin kautta harjoitetaan. Perinteisessä mindfulnessissa huomio kiinnitetään useisiin ärsykkeisiin. Kehotietoisuuden harjoittelussa, esimerkiksi kehokannauksessa, huomio siirretään systemaattisesti koko kehoon ja kiinnitetään huomiota erilaisiin kehon tuntemuksiin, kuten pistelyyn, paineeseen ja lämpöön. Mindfulness-harjoitus voi muuttaa ihmisen suhdetta kehollisiin tuntemuksiin vaikuttaen tunteisiin, päätöksentekoon ja yleiseen hyvinvointiin, vaikka meta-analyysissä tutkitun kehotietoisuuden tarkkuus ei kehittyisikään. Meta-analyysissä todetaan, että vaikka tulokset viittaavat mindfulnessin olevan vain kohtalaisesti yhteydessä kehotietoisuuteen, kliiniset tutkimukset osoittavat, että mindfulness-pohjaiset interventiot parantavat oireita tiloissa, joille on ominaista kehotietoisuuden häiriö. (Treves ym. 2019.)

8.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on osana useiden eri mielenterveyden häiriöiden hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Se on hyväksytty osaksi hoitosuosituksia myös syömishäiriöiden kohdalla useiden muiden mielenterveyshäiriöiden lisäksi. Tarkoituksena on, että psykoedukaation myötä potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan omaan terveydentilaansa. Erilaisiin uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen itse vaikuttamalla potilas voi vahvistaa omaa terveyttään. Psykoedukaatiossa potilas ja hänen läheisensä saavat tietoa potilaan sairauteen liittyvistä asioista siten, että heidän kykynsä ymmärtää tilannetta kohentuu. Lisäksi he saavat tukea jokapäiväiseen selviytymiseen sairauden kanssa. Oleellista psykoedukaatiossa on myös potilaan ja hänen läheistensä kuunteleminen. Tällöin ammattilainen saa käsityksen siitä, miten he itse ajattelevat potilaan ja perheen tilanteesta yleisesti sekä tilanteeseen vaikuttavista asioista, kuten esimerkiksi voimavaroista ja huolista. Psykoedukaation toteutus käytännössä vaatii suunnittelua, ja yhä useammin toteutustavaksi valikoituu sähköinen materiaali. (Santalahti, Mäki & Välimäki 2016a.) Perinteikkäällä tavalla toteutettu psykoedukaatio tapahtuu kasvotusten potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kesken (Santalahti, Mäki & Välimäki 2016b).

On yleistä, että syömishäiriöoireita kokevat ihmiset odottavat hoitoon pääsyä useita kuukausia, vaikka varhainen puuttuminen on todettu olevan syömishäiriöiden ennustetta parantava tekijä. Fursland, Erceg-Hurn, Byrne ja McEvoy (2018) tutkivat yhden 75–90 minuuttia kestävästä psykoedukaatiota sisältävästä intervention eli SSI:n (single session intervention) vaikuttavuutta laihuushäiriötä tai ahmimishäiriötä sairastavien hoitojonon pituuteen, osallistumiseen sekä syömishäiriöoireiluun. Tutkimus toteutettiin australialaisen syömishäiriöihin erikoistuneen julkisen klinikan (Center for Clinical Interventions) potilailla, sillä oli huomattu, että läheteiden määrä klinikalla oli kasvanut vuosien 2008 ja 2016 välillä. Lähetemäärän kasvun takia potilaat joutuivat odottamaan hoitoon pääsyä jopa yhdeksän kuukautta. Pitkällä hoitoon jonottamisella on todettu olevan kielteisiä vaikutuksia hoitoon sitoutumiseen ja hoidon tuloksellisuuteen. (Fursland ym. 2018.)

Elokuun 2013 ja joulukuun 2015 välillä saadut peräkkäiset lähetteet (n=448) sisällytettiin Furslandin ym. (2018) tutkimukseen. Toukokuuhun 2014 asti hyväksytyt lähetteet asetettiin odotuslistalle (n=109). Toukokuusta 2014 alkaen vastaanotetut lähetteet sisällytettiin tutkimuksen SSI-kohorttiin ("SSI cohort" n=339). SSI-kohortin potilaat saivat syömishäiriöiden hoitoprotokollan mukaisen arvioinnin ja psykoedukaatiota syömishäiriöistä. SSI:n jälkeen SSI-kohorttiin kuuluvat hoitoon soveltuvimmat potilaat asetettiin odotuslistalle, jonka jälkeen he saivat lisäarvioinnin ja aloittivat hoidon. SSI-kohorttia verrattiin odotuslistalla oleviin henkilöihin ("pre-SSI cohort" n=109), jotka eivät olleet saaneet SSI:tä. Kun tämän ryhmän potilaat olivat odotuslistan kärjessä, heille tarjottiin ennen hoidon aloittamista tapahtuvaa arviointia ja heitä pyydettiin täyttämään demografinen kyselylomake sekä joukko mittareita. Näiden jälkeen potilas sai hoitoa, mikäli se katsottiin hänelle soveltuvaksi. (Fursland ym. 2018.)

Furslandin ym. (2018) tutkimukseen kuuluvassa SSI:ssä lääkäri antoi verbaalisesti informaatiota syömishäiriöistä ja jakoi potilaille kirjallisen materiaalin. Psykoedukaatio oli yhdistettynä kliiniseen arviointiin, jossa otettiin huomioon potilaan oma motivaatio. Potilaalta kysyttiin, olisiko hän kiinnostunut kuulemaan asioista enemmän, jonka jälkeen potilaan kanssa käytiin vuorovaikutuksellista keskustelua aiheista ja annettiin tietoa. Kuitenkin tietyt aihealueet, kuten esimerkiksi syömishäiriön riskit, käytiin läpi kaikkien kanssa. Intervention jälkeen todettiin, että odotuslistalla olevien potilaiden määrä oli pysynyt alhaisempana kuin ennen interventioiden aloittamista, sillä SSI näytti auttavan kasvussa olevan lähetemäärän vastaanottamisessa. Lisäksi sen ansiosta pystyttiin varhaisessa vaiheessa tunnistamaan ne, jotka eivät soveltuneet hoitoon tai eivät halunneet jatkaa hoitoa. Tämän myötä hoitoa tarvitsevat odotuslistalla olevat henkilöt pääsivät hoitoon nopeammin. Lisäksi SSI:n saaneilla laihuushäiriöpotilailla todettiin painoindeksin kasvua 0,9 yksikön verran. SSI:n saaneilla huomattiin selvää vähentymistä tietyissä syömishäiriöoireissa, jotka olivat itse aiheutettu oksentaminen, ylensyöminen sekä objektiiviset ahmimisjaksot. Myös itse syömishäiriösairauksien huomattiin heikentyneen sekä masentuneisuuden vähentyneen. Tutkimusprotokollassa oli kuitenkin joitakin rajoitteita, joiden vuoksi havaituille muutoksille voi olla muitakin selityksiä kuin SSI. (Fursland ym. 2018.)

Gulliksen ym. (2014) tutkivat kokemuksia keräävän haastattelun keinoin lai-
huushäiriötä sairastavien naisten (n=34) ensimmäiseen hoitokontaktiin liittyviä
ajatuksia, reaktioita sekä olosuhteita, jotka johtivat hoitokontaktin toteutumiselle.
Haastatteluhetkellä 22 potilasta oli avohoitopotilaita, kun puolestaan 12 oli osas-
tohoidossa. Kysymyksiä kysyessään haastattelija improvisoi käyttämällä samalla
puolistrukturoitua haastatteluohjetta. Esitettävät kysymykset olivat avoimia kysy-
myksiä ja haastattelija johdatteli keskustelua eteenpäin, mikäli potilas ei spontaa-
nisti alkanut kertoa kysytyistä asioista. Haastattelun tulokset osoittivat, että ter-
veydenhuollon ammattilaisten on osoitettava vaikuttavia ammatillisia vuorovaiku-
tustaitoja sekä pätevää tietämystä syömishäiriöistä. Terveystieteiden ammatti-
laisten tulisi kiinnittää huomiota sanallisen viestinnän lisäksi myös kehonsa asen-
toihin ja liikkeisiin, eleisiin, mimiikkaan, intonaatioon sekä äänensävyyn, jotta po-
tilaalle saataisiin kokemus turvallisuudentunteesta sekä siitä, että häntä kuunnel-
laan. Tutkimuksessa nousi esiin myös laihihuushäiriötä sairastavien potilaiden tai-
pumus kontrollin säilyttämiseen. He kertoivat, että he kokivat ahdistusta rutiinin
ja elämänhallinnan mahdollisesta menettämisestä, kun heillä oli tutkimuksen
myötä mahdollisuus puhua ensimmäistä kertaa ammattilaisen kanssa. Ahdistuk-
sen myötä hoitoon saatettiin suhtautua ristiriitaisesti tai vastahakoisesti. Tutki-
muksessa pohdittiin sitä, että olisi tärkeää pyrkiä vähentämään laihihuushäiriöpoti-
laiden ahdistusta kontrollin menettämisestä heti ensimmäisessä keskustelussa.
(Gulliksen ym. 2014.)

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että syömishäiriöiden varhainen tunnistami-
nen sekä hoidon toteuttaminen suojaavat syömishäiriöiltä ja johtavat suotuisam-
piin lopputuloksiin. Spettigue ym. (2014) tutkivat sitä, voidaanko syömishäiriötä
sairastavan vanhemmille kohdennetun kahden tunnin pituisella psykoedukaati-
ointerventiolla sekä siihen yhdistetyllä kahden viikon välein tapahtuvalla puhelin-
tuella vaikuttaa vanhempien tietämykseen syömishäiriöistä sekä parantaa van-
hempien pystyvyyden kokemusta, jonka myötä voidaan tukea lasta toipumisessa
ja vähentää syömishäiriöoireilun vaikutusta koko perheessä. Interventio suunnat-
tiin perheille, joiden syömishäiriötä sairastava nuori odotti arviokäynnille pääsyä.
51 vanhempaa jaettiin satunnaisesti interventioryhmään (n=27) ja kontrolliryh-
mään (n=24). Kontrolliryhmän vanhemmille luvattiin, että he tulevat lopulta saa-
maan kaikki samat tiedot kuin interventioryhmän vanhemmat. Kaikki vanhemmat
täyttivät kyselylomakkeen ennen ryhmiin satunnaistamista. Interventioryhmä

täytti saman kyselylomakkeen uudelleen psykoedukaatiointervention jälkeen, kun puolestaan kontrolliryhmä täytti sen oltuaan odotuslistalla noin kuukauden ajan. Intervention jälkeen molempien ryhmien lapset saivat kattavan arvioinnin, jonka yhteydessä molempien ryhmien vanhemmat täyttivät kyselylomakkeet vielä kerran. Joillekin interventior ryhmän vanhemmille suoritettiin lopuksi kvalitatiivinen seurantahaastattelu, jonka tarkoituksena oli saada lisätietoa psykoedukaatiointervention hyödyllisyydestä. (Spettigue ym. 2014.)

Spettiguen ym. (2014) tutkimuksen psykoedukaatiointerventio toteutettiin kasvotusten vanhempien, psykiatrin ja nuorten terveyteen erikoistuneen lääkärin kanssa. Interventiossa kerrottiin yleistietoa syömishäiriöistä, oireiden määrittelystä, syömishäiriöiden riskitekijöistä sekä lääketieteellisistä ja psykiatrisista komplikaatioista. Psykoedukaatiointerventiota seurasi kahden viikon välein sairaanhoitajan kanssa toteutettavat puhelinkeskustelut, joissa vanhemmille tarjottiin tukea ja neuvoja vastaamalla sairauteen ja sen hoitoon liittyviin kysymyksiin. Perheille tarjottiin myös kopioita syömishäiriötä käsittelevistä kirjoista, ateriointiin liittyvää tukea tarjottiin DVD:n muodossa sekä he saivat listan muista suositelluista lähteistä, kuten kirjoista, artikkeleista, verkkosivuista sekä paikallisista vertaistukiryhmistä. Lopulta psykoedukaatiointerventio onnistui yleisen syömishäiriötiedon lisäämisessä sekä vanhempien pystyvyyden kokemuksen kasvattamisessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että vanhempien pystyvyyden kokemuksen lisääntyminen vaikuttaa nuoren syömishäiriöoireilun vähenemiseen. Tässä tutkimuksessa nuorten syömishäiriöoireilussa ei kuitenkaan löydetty eroja ryhmien välillä, mikä oli tutkijoiden mielestä yllättävää, mutta toisaalta selitettävissä pienellä otoskoolla tai mittausongelmalla sekä sillä, että nuoret eivät itse täyttäneet kyselylomakkeita lähtötilanteessa. Tutkimuksessa kuitenkin osoitettiin, että lyhyt psykoedukaatiointerventio voi olla hyödyllinen odotuslistalla oleville perheille ennen kuin heidän lapsensa pääsee virallisesti aloittamaan hoidon. (Spettigue ym. 2014.)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tuotoksena muodostuvan oppaan tarkoituksena oli antaa Tampereen yliopistollisen sairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan käyttöön materiaali, jota he voivat hyödyntää työssään syömishäiriötä sairastavia nuoria kohdattaessaan. Oppaan sisältö suunniteltiin syömishäiriötä sairastaville 13–17-vuotiaille poliklinikan nuorille. Tarkoituksena oli lisätä syömishäiriöoireilevien nuorten tietoisuutta syömishäiriöoireilusta sekä psykofyysisestä fysioterapiasta. Tämän lisäksi halusimme, että nuoret tulevat psykofyysiseen fysioterapiaan mahdollisimman avoimin mielin, joten kerroimme muun muassa siitä, miten vastaanotolle kannattaa valmistautua.

Opinnäytetyömme teorialiedon rajaus perustui meidän mielestämme oppaan kannalta olennaisiin aihealueisiin. Pohdimme yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan sisältöä, joten aloitimme myös tiedonhaun keskusteluissamme nousseiden teemojen pohjalta. Lisäksi nämä aihealueet nousivat esiin sekä tutkimustietoa hakiessa että asiantuntijahaastattelun vastauksissa. Täten valitsimme, että kerromme opinnäytetyömme teoriassa syömishäiriöistä, kehonkuvasta, psykofyysisestä fysioterapiasta sekä sen menetelmistä ja mahdollisuuksista syömishäiriötä sairastavien kuntoutuksessa. Opinnäytetyöraportissa perehdyimme tarkemmin seuraaviin psykofyysisen fysioterapian menetelmiin: ahdistuksenhallintaan, kehotietoisuusharjoitteluun ja psykoedukaatioon. Nämä menetelmät nousivat esille yhteistyökumppanin kanssa käydyissä keskusteluissa ja asiantuntijahaastattelussa, jonka vuoksi päätimme hakea aiheista tutkimustietoa. Lisäksi halusimme perehtyä siihen, miten hyvä opas muodostetaan ja miten meidän oppaamme kohderyhmä kannattaa huomioida. Mielestämme opinnäytetyön teorialiedon rajaus onnistui hyvin. Tietoa on laajalti ja riittävästi, mutta mielestämme aihe pysyy kuitenkin informatiivisena ilman opinnäytetyön kannalta epäoleellisiin yksityiskohtiin paneutumista. Lisäksi aiheen rajaus vastaa sitä, mitä tietoa tuomme oppaassa esiin.

Tiedonhaku onnistui mielestämme hyvin, sillä käytimme laajasti erilaisia hakusanoja, joista muodostimme useita hakulausekkeita muutamissa eri tietokannoissa. Tiedonhakua tehdessä huomasimme, että erityisesti psykofyysinen fysioterapia

on vielä kansanvälisesti melko vähän tutkittu aihe, eikä tällä hakusanalla löytynyt tietokannoista tutkimuksia lainkaan. Tämän vuoksi aloimme pilkkoa psykofyysisen fysioterapian käsitettä pienempiin osiin ja menetelmiin, jotka voisivat liittyä psykofyysiseen fysioterapiaan.

Onnistuimme sisällyttämään opinnäytetyön teoriaan tutkimuksia, jotka ovat julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Pidämme tätä valittua aikaväliä opinnäytetyön tiedon luotettavuuden kannalta tärkeänä. Tarkemman tietokannoissa tehdyn tiedonhaun lisäksi tehdyssä tiedonhankinnassa löysimme muutamia vanhempia tutkimuksia ja teoksia, joita hyödynsimme opinnäytetyössämme. Vaikka muutamat teokset olivat julkaistu tämän vuosituhannen alkupuolella, pystyimme järjelemällä toteamaan, että tiedot pitävät paikkansa myös tänä päivänä. Lisäksi vanhempien tutkimusten ja teosten tieto ei ollut ristiriidassa löytämämme tuoreemman tiedon kanssa.

Opinnäytetyöprosessi eteni loogisessa järjestyksessä ja pysyimme melko hyvin suunnittelemassamme aikataulussa, vaikka koimme ajoittain haasteita aikataulumme yhteensovittamisessa. Saimme hyvin jaettua opinnäytetyöprosessin aikana vastuualueita, joka mahdollisti työskentelyn jatkumisen myös itsenäisesti ja helpotti aikataulussa pysymistä. Kokonaisuutta tarkastellessa olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhömmme ja sen tuotoksena muodostettuun oppaaseen. Koemme, että oppaalle oli työelämäyhteistyökumppaniltamme selkeä tarve, joten opasta tullaan varmasti hyödyntämään käytännössä. Oppaasta hyötyy niin nuorisopsykiatrian poliklinikan työryhmä kuin myös syömishäiriötä sairastavat nuoret. Tämän lisäksi oppaan ja opinnäytetyön tekeminen ovat olleet meille opinnäytetyön tekijöille opettavaista ammatillisesta näkökulmasta. Koemme, että oppaan tieto on luotettavaa ja ajankohtaista, sillä se perustuu tutkimustiedon lisäksi asiantuntijahaastattelusta saatuun tietoon. Tämän vuoksi tiedämme, että oppaassa mainittu tieto, menetelmät ja toimintatavat pitävät paikkansa käytännön tilanteissa.

Johtopäätöksinä voimme todeta, että syömishäiriöt ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joiden kuntoutus tapahtuu aina yksilö huomioiden moniammatillisen työryhmän toimesta. Tutkimuksissa on todettu, että psykofyysisistä fysioterapiaa voidaan hyödyntää muiden hoitomuotojen rinnalla ja sen tavoitteena on esimerkiksi

lieventää syömishäiriötä sairastavien henkilöiden syömishäiriöoireilua. Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan keskittyä muun muassa ahdistuksenhallintakeinojen opetteluun, kehotietoisuuden vahvistamiseen sekä psykoedukaatioon, jolla pyritään lisäämään sairastuneen tietoisuutta sairauteen liittyvistä asioista. Monet syömishäiriötä sairastavat kokevat ahdistusta, jota on mahdollista hallita muun muassa hengitys- ja rentoutusmenetelmiä hyödyntäen. Kehotietoisuusharjoittelulla voi olla myönteisiä vaikutuksia siihen, miten syömishäiriötä sairastavat suhtautuvat omaan kehoonsa. Kehotietoisuusharjoittelua voidaan toteuttaa esimerkiksi mindfulness-menetelmän keinoilla, ja jotkin syömishäiriötä sairastavat ovat kokeneet vähenemistä kehonkuvaansa liittyvissä huolissa ja täten heidän arvosuksensa omaa kehoaan kohtaan on kasvanut. Myös BBAT-menetelmä on todettu olevan kohtalaisen tehokas ahdistus- ja masennusoireiden sekä kehollisten oireiden hallintaan. Psykoedukaation keinoin on voitu kasvattaa syömishäiriötä sairastavien tietoisuutta sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista sekä vaikuttaa lieventävästi syömishäiriöoireiluun.

Mielenterveyden haasteet ovat viime vuosien aikana olleet paljon esillä eri tilanteissa ja kanavissa. Yllätykseksemme kuitenkin huomasimme, että syömishäiriöistä ja niiden psykofyysisestä fysioterapiasta on vielä melko vähän tutkimustietoa. Havaitsimme, että useissa tutkimustuloksissa menetelmien hyödyllisyydestä oli vain kohtalaista näyttöä, eikä niiden toimivuudesta voida olla varmoja. Toisaalta pohdimme, että menetelmien vaikuttavuutta syömishäiriötä sairastaville voi olla haastavaa tutkia esimerkiksi siksi, koska kohderyhmän kokemukset aiheista ovat subjektiivisia eikä tarkkoja mittareita ole. Tällöin tutkimustuloksia ei välttämättä voida yleistää siten, että asia pitäisi paikkansa syömishäiriötä sairastavien enemmistön kohdalla.

Käytimme opinnäytetyössämme myös tutkimuksia, jotka eivät käsitelleet sekä syömishäiriötä ja niiden oireita että psykofyysistä fysioterapiaa ja sen menetelmiä. Tämän takia kaikissa opinnäytetyöraporttiin valituissa tutkimuksissa ei suoraan vastata opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin, vaan meidän tuli yhdistää eri tutkimuksien tietoa toisiinsa ja tehdä niistä johtopäätöksiä. Valitsimme esimerkiksi mukaan tutkimuksen, joka käsitteli ahdistuksenhallintaa ilman syömishäiriönäkökulmaa. Teoriatiedon pohjalta tiesimme, että ahdistus kuuluu usein olennaisena osana syömishäiriöoireiluun, joten pystyimme käyttämään myös sellaisia

tutkimuksia, joissa ei suoraan kerrottu asioiden liittymisestä toisiinsa. Lisäksi huomasimme, että tutkimuksissa ikää ei useinkaan nostettu esiin merkitseväänä seikkana, vaikka syömishäiriöt ovat yleensä nuorten ja nuorten aikuisten sairauksia. Tämän vuoksi emme kohdentaneet opinnäytetyöraportin teorial tietoa vain nuoriin, vaan kaiken ikäisiin. Kuitenkin opas kohdennettiin nuorille.

Opimme opinnäytetyötä tehdessämme runsaasti lisää syömishäiriöistä ja niiden psykofyysisestä fysioterapiasta. Emme esimerkiksi olleet ollenkaan tietoisia siitä, että syömishäiriöt ovat periytyä. Erityisen mielenkiintoista oli tietää, että syömishäiriötä sairastavan miehen naissukupuolisella sukulaisella on lisääntynyt riski sairastua syömishäiriöön. Koemme, että tiedon lisääntyminen syömishäiriöistä voi auttaa ennaltaehkäisemään syömishäiriöitä tulevaisuudessa. Tiedon kasvamisen myötä ihmiset saattavat esimerkiksi kiinnittää läheisensä syömishäiriöoireiluun tarkemmin huomiota, jolloin myös alkaviin syömishäiriöihin voidaan puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Uskomme, että tulevaisuudessa näiden aihealueiden tutkimisesta on varmasti hyötyä ja tällöin myös ihmisten tietoisuus aiheista kasvaa. Opinnäytetyömme aihealueita tutkiessa syömishäiriötä sairastavien subjektiiviset kokemukset ovat tärkeitä, jotta sairaudesta ja sen hoidosta saadaan lisätietoa. Tällöin myös psykofyysisen fysioterapian merkityksellisyydestä voitaisiin saada enemmän tieteellistä näyttöä. Meidän opinnäytetyömme tuotoksena syntyvä opas tulee toivottavasti olemaan hyödyllinen monille. Olisi mielenkiintoista tietää, millaisia vaikutuksia oppaallamme on saatu aikaan ja huomaako poliklinikan työryhmä muutoksia esimerkiksi nuorten suhtautumisessa psykofyysiseen fysioterapiaan.

LÄHTEET

- Albertsen, M. N., Natvik, E. & Råheim, M. 2019. Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder -movement toward health: a phenomenological study. *Journal of Eating Disorders* 7 (36). Viitattu 25.4.2024. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0264-0>
- Anis, N., Aaltonen, S. & Keski-Rahkonen, A. 2019. Liikunta ja syömishäiriöt. *Duodecim-lehti* 135 (13), 1249–1255. Katsaus. Viitattu 20.2.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15010>
- Baceviciene, M. & Jankauskiene, R. 2020. Associations between Body Appreciation and Disordered Eating in a Large Sample of Adolescents. *Nutrients* 12 (3), 752. Viitattu 24.4.2024. <https://doi.org/10.3390/nu12030752>
- Beccia, A. L., Dunlap, C., Hanes, D. A., Courneene, B. J. & Zwickey, H. L. 2018. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention* 9, 1–12. Viitattu 25.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1016/j.mhp.2017.11.001>
- Bulik, C. M., Blake, L. & Austin, J. 2019. Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatric Clinics of North America* 42 (1), 59–73. Viitattu 10.5.2024. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>
- Charpentier, P. 2018. Nuorten syömishäiriöiden hoito. Teoksessa Ranta, K., Fredriksson, J., Koskinen, M. & Tuomisto, M. T. (toim.) 2018. Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2021. Ortoreksia. Lääketieteen sanasto. Viitattu 4.7.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04379>
- Figueiredo, R. A. de O., Simola-Ström, S., Isomaa, R. & Weiderpass, E. 2018. Body dissatisfaction and disordered eating symptoms in Finnish preadolescents. *Eating Disorders* 27 (1), 34–51. Viitattu 24.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1080/10640266.2018.1499335>

Fursland, A., Erceg-Hurn, D. M., Byrne, S. M. & McEvoy, P. M. 2018. A single session assessment and psychoeducational intervention for eating disorders: Impact on treatment waitlists and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders* 51 (12), 1373–1377. Viitattu 4.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1002/eat.22983>

Gard, G., Nyboe, L., & Gyllensten, A. L. 2019. Clinical reasoning and clinical use of basic body awareness therapy in physiotherapy – a qualitative study? *European Journal of Physiotherapy* 22 (1), 29–35. Viitattu 25.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1080/21679169.2018.1549592>

Greene, S. B. 2011. *Body Image: Perceptions, Interpretations and Attitudes*. E-kirja. Nova Science Publishers, Incorporated. Viitattu 23.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tampere/detail.action?docID=3018736>

Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Skårderud, F. & Holte, A. 2014. The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders* 23 (3), 206–222. Viitattu 16.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1080/10640266.2014.981429>

Gyllensten, A. L. & Gard, G. 2018. *Best Practice: Basic Body Awareness Therapy – Evidence and Experiences*. Teoksessa Probst, M. & Skjaerven, L. H. (toim.) 2018. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Edinburgh: Elsevier.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim-lehti* 121 (16), 1769–1773. Katsaus. Viitattu 24.4.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Hätönen, T., Suokas, J. & Salonen, U. 2021. Syömishäiriöt. Teoksessa Kunttu, K., Komulainen, A., Kosola, S., Seilo, N. & Väyrynen, T. (toim.) 2011. Opiskelu-terveys. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ote00232/do>

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keski-Rahkonen, A., Ketvel, L., Westerholm, S., Aapro, S., Nyberg, R. & Ruusunen, A. 2024. Syömisen välttämisen- ja rajoittamishäiriö (ARFID). Duodecim-lehti 140 (5), 363–371. Katsaus. Viitattu 30.7.2024. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo18131>

Khir, S. M., Yunus, W. M. A. W. M., Mahmud, N., Wang, R., Panatik, S. A., Sukor, M. S. M. & Nordin, N. A. 2024. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety and Depression: A Systematic Review. Psychology Research and Behavior Management. 2024 (17), 345–365. Viitattu 20.3.2024. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S437277>

López-Gil, J. F., Tárraga-López, P. J., Soledad Hershey, M., López-Bueno, R., Gutiérrez-Espinoza, H., Soler-Marín, A., Fernández-Montero, A. & Victoria-Montesinos, D. 2023. Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms: A systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries. Journal of Global Health 13. Viitattu 8.5.2024. <https://jogh.org/2023/jogh-13-04087>

Magnon, V., Dutheil, F. & Vallet, G. T. 2021. Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. Scientific Reports 11 (19267). Viitattu 8.5.2024. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98736-9>

Mannila, L. 2019. Psykofyysinen psykoterapia eli kehopsykoterapia. Teoksessa Pesonen, T., Aalberg, V. A., Leppävuori, A., Räsänen, S. & Viheriälä, L. (toim.) 2019. Yleissairaalapsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 24.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppiportti.fi/op/ysp04102/do?p_haku=kehotietoisuus#q=kehotietoisuus

Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V. & Stewart, A. L. 2011. Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6 (6). Viitattu 13.5.2024. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>

Menetelmät ja hyödyt. n.d. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry. Verkkosivu. Viitattu 23.2.2024. <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/metelmät-ja-hyodyt/>

Meskanen, K. 2022. Ahmintahäiriö (BED). Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 19.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00819/ahmintahairio-bed>

Mitä on psykofyysinen fysioterapia? n.d. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry. Verkkosivu. Viitattu 23.2.2024. <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/>

National Eating Disorders Collaboration. n.d. Body Image. Verkkosivu. Viitattu 23.2.2024. <https://nedc.com.au/eating-disorders/eating-disorders-explained/body-image>

Navarro-Tapia, E., Almeida-Toledano, L., Sebastiani, G., Serra-Delgado, M., Garcia-Algar, O. & Andreu-Fernández, V. 2021. Effects of Microbiota Imbalance in Anxiety and Eating Disorders: Probiotics as Novel Therapeutic Approaches. *International Journal of Molecular Sciences* 22 (5), 2351. Viitattu 5.5.2024. <https://doi.org/10.3390/ijms22052351>

Pajari, E., Silén, Y. & Keski-Rahkonen, A. 2023. Varhainen puuttuminen syömishäiriöihin. *Duodecim-lehti*. 139 (16), 1257–1262. Katsaus. Viitattu 3.3.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17795.pdf>

Probst, M., Diedens, J. & Van Damme, T. 2018. Physiotherapy and Patients With Eating Disorders. Teoksessa Probst, M. & Skjaerven, L. H. (toim.) 2018.

Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. A scientific and clinical based approach. Edinburgh: Elsevier.

Raevuori, A. 2016. Mindfulnessin terveystvaikutukset - mitä lääkärin on hyvä tietää? Duodecim-lehti 132 (20), 1890–1897. Katsaus. Viitattu 28.4.2024.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo13356>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016a. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.oppiportti.fi/op/ljn01802/do>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016b. Ahmimishäiriön kliininen kuva ja somaattiset löydökset. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.2.2024.

Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn01803/do>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016c. Laihuushäiriö (anorexia nervosa). Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.oppiportti.fi/op/ljn01801/do>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016d. Muut syömishäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn01804/do>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016e. Syömishäiriöiden etiologia. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. &

Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.oppiportti.fi/op/ljn01805/do>

Raevuori, A. & Ebeling, H. 2016f. Syömishäiriöt. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn01800/do>

Rovasalo, A. & Eerola, H. 2023. Ahdistus ja ahdistuneisuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 24.4.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00188>

Ruuska, J. 2021a. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 26.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00352>

Ruuska, J. 2021b. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 18.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>

Ruuska, J. 2021c. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Lääkärin käsikirja. Viitattu 10.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00824>

Ruuska, J. 2022. Syömishäiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Verkkosivu. Viitattu 10.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01320>

Ruusunen, A. 2021. Syömishäiriöt. Teoksessa Mutanen, M., Niinikoski, H., Schwab, U. & Uusitupa, M. (toim.) 2014. Ravitsemustiede. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 7.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/oppikirjat/rvt00272#q=epätyypillinen%20syömishäiriö>

Ruusunen, A. & Niinikoski, H. 2023a. Nuoruusiän syömishäiriöt. Teoksessa Renko, M., Niinikoski, H. & Palmu, S. (toim.) 2010. Lastentaudit. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.3.2024. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.oppiportti.fi/op/lta01022/do?p_haku=arfid#q=arfid

Ruusunen, A. & Niinikoski, H. 2023b. Syömishäiriöihin liittyviä ilmiöitä. Teoksessa Renko, M., Niinikoski, H. & Palmu, S. (toim.) 2010. Lastentaudit. E-kirja. Viitattu 10.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/lta01023/do>

Saeed, S. A., Cunningham, K. & Bloch, R. M. 2019. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *American Family Physician* 99 (10), 620–627. Viitattu 24.3.2024. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0515/p620.html#tai-chi-and-qi-gong>

Santalahti, P., Mäki, P. & Välimäki, M. 2016a. Psykoedukaatio käsitteenä. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn03001/do>

Santalahti, P., Mäki, P. & Välimäki, M. 2016b. Psykoedukaation eri toteutustapoja. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn03002/do>

Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Gyllensten, A. L., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D. & Vancampfort, D. 2015. Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorders: An International Survey of Expert Clinicians. *Physiotherapy Research International* 21 (4), 237–246. Viitattu 10.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1002/pri.1637>

Spettigue, W., Maras, D., Obeid, N., Henderson, K. A., Buchholz, A., Gomez, R. & Norris, M. L. 2014. A Psycho-Education Intervention for Parents of Adolescents With Eating Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Eating Disorders* 23 (1), 60–75. Viitattu 24.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1080/10640266.2014.940790>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2023a. Binge eating disorder, BED - ahmintahäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2017. Psykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.2.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiporrti.fi/op/pkr00190/do>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2023b. Muita syömiskäyttäytymisen häiriöitä. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2017. Psykiatria. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.3.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiporrti.fi/op/pkr00191/do>

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu 10.2.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101?tab=suositus>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Treves, I. N., Tello, L. Y., Davidson, R. J. & Goldberg, S. B. 2019. The relationship between mindfulness and objective measures of body awareness: A meta-analysis. Scientific Reports 9, 17386. Viitattu 27.4.2024. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53978-6>

Turgon, R., Ruffault, A., Juneau, C., Blatier, C. & Shankland, R. 2019. Eating Disorder Treatment: a Systematic Review and Meta-analysis of the Efficacy of Mindfulness-Based Programs. Mindfulness 10, 2225–2244. Viitattu 27.4.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1007/s12671-019-01216-5>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 26.6.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Weissman, R. S., Becker, A. E., Bulik, C. M., Frank, G. K. W., Klump, K. L., Steiger, H., Strober, M., Thomas, J., Waller, G. & Walsh, B. T. 2016. Speaking of that: Terms to avoid or reconsider in the eating disorders field. *International Journal of Eating Disorders* 49 (4), 349–353. Viitattu 26.4.2024.

<https://doi.org/10.1002/eat.22528>

Zhang, D., Lee, E. K. P., Mak, E. C. W., Ho, C. Y. & Wong, S. Y. S. 2021. Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin* 138 (1), 41–57. Viitattu 24.4.2024. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>

LIITTEET

Liite 1. Opas 13–17-vuotiaille nuorille.

1 (20)

Pirkanmaan hyvinvointialue



Opas psykofyysiseen fysioterapiaan tulevalle syömishäiriöoireilevalle nuorelle

Nuorisopsykiatrian poliklinikka

(jatkuu)

Oppaan tarkoitus

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa tietoa sinulle, joka olet tulossa nuorisopsykiatrian poliklinikan psykofyysisen fysioterapian vastaanotolle. Tarkoituksena on, että opas lieventää erityisesti ensikäyntiin liittyvää jännitystä ja mahdollista ahdistusta käyntiin liittyvästä epätietoisuudesta. Voit halutessasi lukea opasta yhdessä läheisesi kanssa tai antaa oppaan hänelle myöhemmin luettavaksi.

Aluksi käydään läpi yleistä tietoa syömishäiriöoireilusta sekä sen kuntoutuksesta nuorisopsykiatrian poliklinikalla tapahtuvan psykofyysisen fysioterapian keinoin. Saat tietoa siitä, mitä psykofyysinen fysioterapia on, mitä sen vastaanotto voi pitää sisällään sekä miten voit valmistautua vastaanotolle.

Opas sisältää neljä harjoitetta, joita voit kokeilla itsenäisesti tai läheisen kanssa rauhassa kotona. Voit kokeilla harjoitteita jo ennen ensimmäistä vastaanottokäyntiäsi tai vasta käynnin jälkeen. Näiden harjoitteiden lisäksi oppaassa kerrotaan vinkkejä muutamista sivustoista ja sovelluksista, joista voit etsiä lisää itsellesi soveltuvia harjoitteita.



Tietoa syömishäiriöoireilusta

Nuoruusiässä alkanut syömishäiriöoireilu on melko yleistä eikä ajatusten kanssa tarvitse olla yksin.

Syömishäiriöoireiluun kuuluu olennaisena osana syömiskäyttäytymisen häiriintyminen. Samalla suhde omaan kehoon voi vääristyä, jolloin oma keho nähdään ja koetaan kielteisenä, eli kehonkuva on negatiivinen.



Myös kehotietoisuus eli oman itsensä tiedostaminen, hahmottaminen, hallinta ja ymmärrys voivat heikentyä. Ajatukset voivat pyöriä pitkälti omaan kehoon, syömiseen ja liikkumiseen liittyvissä asioissa.

Yllä mainitun oireilun lisäksi on mahdollista kokea tilanteeseen liittyvää ahdistusta, huolta ja stressiä. Oireilu voi olla hyvin kokonaisvaltaista sekä ilmetä myös sosiaalisissa tilanteissa ja suhteissa. Syömishäiriöoireilu voi siis aiheuttaa haasteita arkeen merkittävälläkin tavalla.

On tärkeä muistaa, että syömishäiriöoireilu ei ole kenenkään syy, vaan tilanteeseen on voitu päätyä monen eri asian summana. Syömishäiriöoireilua on mahdollista lievittää erilaisilla keinoilla, ja osa pääsee oireista kokonaan eroon. Kuntoutuminen tapahtuu aina yksilöllisesti, eikä sen kesto voida tarkasti arvioida. Avun piiriin hakeutuminen on jo iso askel parantumista kohti. Tässä vaiheessa on tärkeää suhtautua eri kuntoutusmuotoihin avoimin mielin, mahdollisimman sitoutuneesti.

Nuorisopsykiatrian poliklinikalla hoitoon osallistuu useita eri alojen ammattilaisia, jotka toimivat keskenään moniammatillisessa työryhmässä parhaan mahdollisen hoidon ja kuntoutuksen takaamiseksi. Syömishäiriöoireilu koskettaa usein koko perhettä, jolloin perheen neuvonta ja tuki otetaan huomioon myös poliklinikalla.



Psykofyysinen fysioterapia

Fysioterapiasta puhuttaessa mieleen saattaa nousta liike ja liikkuminen, ihmisen fyysisen toimintakyvyn osa-alue. Tämän osa-alueen lisäksi ihmisen toimintakyky koostuu muistakin osa-alueista, kuten psyykkisestä toimintakyvystä. Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen kohdataan kokonaisvaltaisesti mieli ja keho, sekä niiden välinen vuorovaikutus huomioiden. Lähestymistapa on kehollinen eli se on monille tutuimpaan, esimerkiksi urheiluvammojen kuntoutukseen keskittyvään, fysioterapiaan nähden erilainen. Käytännössä kehollinen lähestymistapa tarkoittaa sitä, että psykofyysisen fysioterapian käynnillä voidaan esimerkiksi tunnistaa erilaisia kehollisia tunteuksia ja oppia hyväksymään niitä.

Psykofyysisen fysioterapian käynnit voivat pitää sisällään keskustelua fysioterapeutin kanssa, lomakkeiden täyttöä ja erilaisten kehollisten harjoitteiden tekoa. Keskustelu kuuluu psykofyysiseen fysioterapiaan erityisesti ensikäynnillä, jotta fysioterapeutti saa riittävän laajan kuvan tilanteesta ja voi auttaa mahdollisimman hyvin. Käynnillä on myös mahdollista saada tietoa esimerkiksi omasta oireilusta ja siihen liittyvistä asioista. Fysioterapeutti vastaa mielellään myös aiheeseen liittyviin kysymyksiin.



Sinun on mahdollista hyötyä psykofyysisestä fysioterapiasta muiden hoitomuotojen rinnalla. Psykofyysisen fysioterapian tarkoituksena on muuan muassa saada helpotusta syömishäiriöoireisiin ja hankaliin kehollisiin tuntemuksiin. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet laaditaan jokaiselle yksilöllisesti, mutta tavoitteina voi olla esimerkiksi ahdistuksenhallinta, rentoutumisen harjoittelu, kehotietoisuuden vahvistaminen sekä hyväksyvämpi suhtautuminen omaan kehoon. Psykofyysisessä fysioterapiassa kokeiltuja ja opittuja asioita on mahdollista hyödyntää myös itsenäisesti omassa arjessa. Voit esimerkiksi käyttää ahdistuksenhallintakeinoja hankalan olotilan ollessa päällä, mutta myös ahdistusta ennaltaehkäisevästi.

Mitä nuorisopsykiatrian poliklinikan psykofyysisessä fysioterapiassa tehdään?

Nuorisopsykiatrian poliklinikan psykofyysisessä fysioterapiassa käydään yleensä 1–5 kertaa. Psykofyysisen fysioterapian vastaanotolla fysioterapeutti keskustelee kanssasi ja voi pyytää täyttämään erilaisia kyselylomakkeita. Kyselylomakkeilla voidaan kartoittaa



muun muassa ahdistusta, kehonkuvaa ja kehotietoisuutta. Vastaanotolla voidaan myös tehdä erilaisia kehollisia harjoitteita, joiden tarkoituksena on esimerkiksi vahvistaa kehotuntemusta ja kehonkuvaa sekä lievittää ahdistusta.

Vastaanotoilla poliklinikan fysioterapeutti kartoittaa psykofyysisen fysioterapian tarvetta ja sen hyötyjä jatkokuntoutusta ajatellen.

Tässä huomioidaan myös oma kiinnostuksesi ja motivaatiosi kehollista työskentelyä kohtaan. Vastaanottotilanteet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä tilanteestasi ja voinnistasi riippuen, eli yhtä tiettyä kaavaa niihin ei ole.

Miten valmistautua psykofyysiseen fysioterapiaan?

Psykofyysiseen fysioterapiaan ei tarvitse valmistautua millään erityisellä tavalla. Voi kuitenkin olla hyvä, että vastaanotolle tullessa on jonkinlainen mielikuva psykofyysisestä fysioterapiasta ja siitä, mitä siellä saatetaan tehdä. Aiemmin oppaassa oletkin jo saanut tietoa siitä, millainen psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa on ja mitä fysioterapiakäynti voi mahdollisesti pitää sisällään.



On hyvä tiedostaa, että aihealueet, kuten esimerkiksi syömishäiriöoireilu, kehonkuva, kehotietoisuus ja ahdistuneisuus sekä muut hankalilta tuntuvat tunnetilat, saattavat nousta esiin keskusteluissasi fysioterapeutin kanssa. Poliklinikalla psykofyysinen

fysioterapia tapahtuu vain kerran tai muutamia kertoja. Tämän jälkeen tavoitteellisempi psykofyysinen fysioterapia tapahtuu poliklinikan ulkopuolella, mikäli poliklinikalla on huomattu, että voit hyötyä psykofyysisen fysioterapian jatkumisesta.

Tule psykofyysiseen fysioterapiaan omana itsenäsi, avoimin mielin. Psykofyysisessä fysioterapiassa edetään aina sinun ehdoillasi. Saat aina kertoa fysioterapeutille tuntemuksistasi ja esimerkiksi siitä, jos jokin tuntuu epämiellyttävältä. Tuntemusten sanoittamisessa kannattaa olla mahdollisimman avoin, jotta fysioterapeutti ymmärtää sinua parhaiten ja siten pystyy myös auttamaan sinua.

Riittää, että tulet vastaanotolle aivan tavallisissa, sinulle mukavissa vaatteissa. Saat tulla vastaanotolle yksin, ja joissain tilanteissa sinun voikin olla helpompi olla vain kahden kesken fysioterapeutin kanssa. Tietysti saat halutessasi ottaa myös läheisen mukaasi.



Harjoitteita

Tähän oppaaseen on valittu neljä harjoitetta, joita voit halutessasi kokeilla. Harjoitteiden vaikutukset ovat aina yksilöllisiä, mutta niiden tavoitteina on esimerkiksi auttaa ahdistuksenhallinnassa, rauhoittaa mieltä ja kehoa, siirtää ajatuksia pois ikävistä ajatuksista sekä vahvistaa kehotietoisuutta ja positiivista kehonkuvaa.

Harjoitteita tehdessä on muistettava, etteivät kaikki harjoitteet välttämättä tunnu itselle sopivilta tai mielekkäiltä. Se on normaalia eikä harjoitteiden tekemisestä tarvitse kokea suorituspainetta. Harjoitteita ei kuulu tehdä väkisin, sillä niiden tarkoituksena on helpottaa oloasi ja harjoitteiden kokeilemisen jälkeen voitkin tehdä vain niitä harjoitteita, jotka tuntuvat sinusta hyvälle.

Rohkaisemme kuitenkin testaamaan alla olevia harjoitteita avoimin mielin, sillä saatat löytää itsellesi toimivan harjoitteen. Harjoitteita on suositeltavaa tehdä silloinkin, kun olo on hyvä. Ne ovat yleensä tehokkaampia myös haastavammissa tilanteissa silloin, kun ne ovat jo entuudestaan tuttuja. Ennen harjoitteiden aloittamista kannattaa lukea ohjeistukset läpi, jotta harjoitteen aikana voit keskittyä vain harjoitteen tekemiseen.



Suosittellemme, että teet harjoitteita mahdollisimman rauhallisessa ja hiljaisessa tilassa. Harjoitteiden ajaksi voit halutessasi laittaa taustalle esimerkiksi rauhallista taustamusiikkia tai luonnon ääniä. Ensimmäinen harjoite eli kolmiohengitys on itsenäisesti tehtävä eikä sen tekemiseen tarvita välineitä. Toisessa harjoitteessa eli turvapaikkaharjoitteessa ja kolmannessa eli kehoskannausharjoitteessa tarvitset paria lukemaan harjoitteen sinulle ääneen tai vaihtoehtoisesti voit äänittää sen puhelimesi etukäteen, jolloin voit tehdä harjoitteen kokonaan myös itsenäisesti. Äänite voi olla itsesi lukema tai voit pyytää esimerkiksi vanhempaasi äänittämään sen sinulle. Viimeinen harjoite eli kehonrajaharjoite on parin kanssa tehtävä ja sen tekemisessä voitte halutessanne hyödyntää esimerkiksi palloa tai puhdasta maalisivellintä.



Lisätietoa

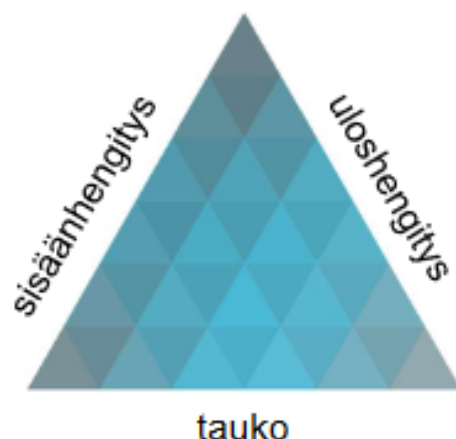
Meillä jokaisella on autonominen hermosto, joka koostuu parasympaattisesta ja sympaattisesta hermostosta. Nämä hermoston osat aktivoituvat eri tilanteissa. Parasympaattisen hermoston aktivoituminen hidastaa sykettä ja tämä aktivoituminen tapahtuu esimerkiksi levossa ja rentoutuessa, eli sillä on rauhoittava vaikutus. Sympaattinen hermosto aktivoituu esimerkiksi silloin, kun olemme jännittyneitä tai stressaantuneita. Sympaattisen hermoston aktivoituessa syke nousee ja valmius toimia nopeasti helpottuu. Uloshengitys ja sen jälkeinen lyhyt tauko hengityksestä aktivoi parasympaattista hermostoa, jonka vuoksi hengitysharjoitteilla on usein rauhoittava vaikutus.



1. Hengitysharjoite – kolmiohengitys

Kolmiohengitysharjoitteen tavoitteena on rauhoittaa mieltä ja kehoa. Harjoite voi myös auttaa saamaan ajatuksia muualle ja helpottaa ahdistusta. Harjoitteessa hengitetään ikään kuin kolmion sivujen mukaisesti niin, että jokainen kolmion sivu kuvaa yhtä hengityksen vaihetta. Hengitysvaiheita ovat sisäänhengitys, uloshengitys ja uloshengityksen jälkeinen lyhyt tauko hengityksestä. Harjoitteen edetessä voit halutessasi tehdä uloshengityksen hieman sisäänhengitystä pidempänä, sillä se aktivoi parasympaattista hermostoa ja näin ollen edistää rauhoittavaa vaikutusta. Ennen harjoitteen aloittamista valitse itsellesi mieleinen paikka ja alkuasento.

Harjoite alkaa: Hengitä ensin hetki omaan tahtiin. Pyri hengittämään sisään nenän kautta ja ulos suun kautta. Voit sulkea silmäsi ja kuvitella mielessäsi kolmion. Vaihtoehtoisesti voit katsoa harjoitteen alapuolella olevaa kolmiota ja liikuttaa sormeasi kolmion sivuja pitkin, jos se auttaa havainnollistamaan hengitysrytmiä. Liikuta sormeasi hitaasti kolmion sivua pitkin viereiseen kulmaan ja hengitä sivun ajan sisään. Liikuta sormeasi seuraavaan kulmaan ja hengitä ulos. Liikuta sormeasi kolmion viimeisellä sivulla ja pidä muutaman sekunnin tauko hengittämisestä. Jatka hengittämistä kolmion sivujen mukaisesti rauhallisesti omaan tahtiin. Anna hengityksesi syventyä ja hengitä itsellesi miellyttävään hengitysrytmiin.



2. Turvapaikkaharjoite

Turvapaikkaharjoitteen tarkoituksena on lisätä turvallisuudentunnettasi, jonka kautta pystyt rentoutumaan ja rauhoittumaan. Se on mielikuvaharjoitus, jonka myötä ajatuksesi siirtyvät hetkeksi aivan muualle. Voit lukea harjoitteen itse samalla, kun teet, mutta on suositeltavaa kokeilla sitä siten, että joku toinen lukee harjoitteen sinulle ääneen. Vaihtoehtoisesti voit myös äänittää sen ennen aloittamista. Harjoite kannattaa lukea rauhalliseen tahtiin, jotta harjoitteen tekijä saa aikaa pohtia harjoitteessa esiin nousevia kysymyksiä. Aluksi kannattaa hakeutua rauhalliseen ja miellyttävään ympäristöön.

Harjoite alkaa: Saat laittaa silmät kiinni, mikäli se tuntuu sinusta hyvälle. Voit halutessasi kuitenkin jättää silmät auki, mutta anna tällöin katseen levätä alaviistossa. Kun olet löytänyt itsellesi sopivan asennon, hengitä muutaman kerran syvään sisään ja ulos. Anna ajatustesi hakeutua valitsemaasi turvapaikkaan. Turvapaikka voi olla oikea paikka tai se voi olla täysin kuvitteellinen. Se on täysin sinun oma paikkasi. Paikka, jossa voit kokea olevasi turvassa. *(anna harjoitteen tekijälle aikaa valita ja miettiä omaa turvapaikkaansa)*



Mieti mielessäsi valitsemaasi turvapaikkaa ja pidä kuva mielessäsi. Ajattele paikan yksityiskohtia ja kuvaile niitä mielessäsi itsellesi, ei siis tarvitse kertoa tapahtumista ääneen:

(lukijan kannattaa pitää pienet tauot kysymysten lukemisen välissä)

- Miltä turvapaikassasi näyttää?
- Millaisia värejä näet?
- Millainen valoisuus siellä on?
- Millaisia erilaisia materiaaleja turvapaikassasi on?
- Kuinka avaraa paikassasi on?
- Onko siellä liikkuvia asioita, vai pysyykö kaikki paikallaan?
- Oletko paikassa yksin?
- Millaisia ääniä kuulet vai onko kenties täysin hiljaista?
- Miltä siellä tuoksuu?
- Millaisesta paikasta tarkkailet turvapaikkaasi?
- Tarkkailetko paikkaasi seisten, istuen, maaten vai jossain muussa asennossa?
- Oletko paikassa täysin paikallaan vai liikutko vaikkapa kävellen?
- Millaiselta alusta tuntuu kehoasi vasten?
- Miltä ihossasi tuntuu paikassa ollessasi?
- Tunnetko lämpöä, viileyttä vai jotain siltä väliltä?
- Mitä muita tuntoaistimuksia koet?
- Miltä paikan turvallisuus tuntuu kehossasi?
- Onko kehosi täysin rento?
- Onko paikassa helppo olla ja hengittää?
- Mitä tunteita turvapaikkasi saa aikaan?



Jää vielä hetkeksi turvapaikkaasi ja havainnoi paikan myötä heränneitä kehollisia tuntemuksiasi. Muista, että voit aina palata turvapaikkaasi myös tämän harjoituksen loputtua. Palaa vähitellen takaisin tähän hetkeen. Avaa silmäsi, mikäli ne ovat kiinni tai nosta katse alaviistosta. Millainen olo kehoosi jäi?

3. Kehoskannaus

Tässä harjoitteessa käydään koko keho skannaamalla läpi. Harjoitteen tarkoituksena on lisätä itsetuntemustasi ja vahvistaa kehotietoisuuttasi. Se toimii myös kehoa ja mieltä rentouttavana keinona. Harjoitteessa keskityt hengitykseesi sekä tutkit ja havainnoit kehonosiasi sekä niiden ajattelemisesta aiheutuvia tunteuksia. Harjoite kannattaa tehdä avoimin mielin. Kehonosia ja oman kehon tunteuksia ei käydä läpi arvostellen, vaan pikemminkin uteliaalla otteella. Anna jokaisen tunteen tulla esiin, niitä ei tarvitse peitellä tai yrittää poistaa. Anna tunteen olla ja siirry jatkamaan skannausta.

Voit lukea harjoitteen itse samalla, kun teet, mutta on suositeltavaa kokeilla sitä siten, että joku toinen lukee harjoitteen sinulle ääneen. Vaihtoehtoisesti voit myös äänittää sen ennen aloittamista. Harjoite kannattaa lukea rauhalliseen tahtiin, jotta harjoitteen tekijä saa aikaa pohtia eri kehonosien ajattelemisesta aiheutuvia tunteuksia.



Harjoite alkaa: Asetu aluksi sinulle mukavaan asentoon, se voi esimerkiksi olla istuma- tai makuuasento. Ota itsellesi tyyny pään alle, mikäli se tuntuu miellyttävälle. Voit laittaa silmät kiinni tai pitää katseen alaviistossa tiettyyn pisteeseen keskittyen.

Aloitetaan hetken päästä käymään kehoa läpi, vaihe vaiheelta. Tarkoituksena on, että jokaisen kehonosan kohdalla jäät pohtimaan sen aiheuttamia tunteuksia. Voit pohtia muun muassa sitä, miltä

eri kehonosat tuntuvat alustaa vasten ja tuntuvatko esimerkiksi molemmat raajat samanlaisilta vai onko painopiste enemmän jommallakummalla puolella. Voit huomioida myös kehonosien lämpötilaa ja mahdollisia eroja.

Keskity aluksi hengitykseesi. Tunne, kuinka pallea nousee ja laskee hengityksen tahdissa. Löydä itsellesi sopiva tahti hengittää. *(pidä seuraavien lauseiden luettelemisen välissä noin 20–30 sekunnin tauot)* Kiinnitä sitten huomiosi jalkateriin ja varpaisiin. Pohkeisiin ja sääriin. Etu- ja takareisiin. Pakaroihin ja lantion alueeseen. Alaselkään, kylkiin ja vatsaan. Rintarangan alueelle ja selkään. Kämmeniin ja sormiin. Käsivarsiin ja olkapäihin. Hartioihin, kaulaan ja niskaan. Päähän ja kasvoihin. Harjoite päättyy.

Kun olet tehnyt harjoitteen yhden kerran, voit tehdä skannauskierroksen uudestaan. Toisella kerralla voit keskittyä enemmän siihen, millä tavalla jokin kehonosa tuntuu sinusta tärkeältä ja arvokkaalta. Millä tavalla se on osa sinua? Jokainen skannauskierros voi olla erilainen. Harjoitteelle kannattaa siis antaa mahdollisuus ja sitä voikin kokeilla viikon aikana useamman kerran.



4. Kehonrajaharjoite

Kehonrajaharjoitteella pyritään tunnistamaan ja vahvistamaan oman kehon rajoja tuntoaistimuksen avulla. Kehon rajojen vahvistaminen edistää omaa positiivista kehonkuvaa ja kehotietoisuutta, eli oman kehon tunteminen ja sen viestien kuuntelu voi selkeytyä.

Ennen harjoitteen aloittamista pyydä läheistäsi tai kaveriasi tekemään harjoite

kanssasi. Valitse halutessasi jokin väline, kuten pallo tai puhdas maalisivellin harjoitetta varten. Harjoitteen voi myös tehdä esimerkiksi kämmenselällä, jolloin välineitä ei tarvita. Pari piirtää harjoitteessa läpi kehosi rajat, joten kerro hänelle etukäteen, mikäli et halua jotain kohtaa kehostasi kosketettavan, esimerkiksi päätä.



Harjoite alkaa: Käy selinmakuulle haluamallesi alustalle ja laita käsivarret suoriksi ja rennoiksi kehon viereen. Sulje halutessasi silmät ja hengittele rauhallisesti itsellesi sopivaan hengitysrytmiin. Pari alkaa rauhallisesti piirtämään kehosi ääriviivoja valitsemallanne välineellä tai kämmenselällä kehon sivuja pitkin. Pari piirtää yhtenäisen viivan, joka lähtee kantapäästä, kulkee jalan ulkosyrjää kohti kylkeä, kainaloa, käsivartta ja kaulaa pitkin päähän.

17 (20)

Yhtenäinen viiva jatkuu päästä samalla tavalla toista sivua pitkin toiseen kantapäähän, kantapäästä polveen ja polven kohdalla siirrytään toiseen polveen ja kohti ensimmäistä kantapäästä, eli lähtöpistettä. Sisäreisien ja haarojen aluetta ei siis piirretä. Harjoite päättyy.

Pyydä pariasi käymään kehosi rajat läpi ainakin kerran. Halutessasi voit toistaa harjoitteen muutaman kerran peräkkäin. Harjoitteen jälkeen voit pohtia, miltä kehossasi tuntuu. Tunnetko vielä parisi piirtämät rajat kehossasi? Tuntuuko kehon rajakohdissa erilaiselta kuin muualla kehossa?



Vinkkejä sivustoille/sovelluksiin

Aiemmin oppaassa käydään läpi vain muutamia esimerkkejä harjoitteista, joita voit kokeilla erilaisiin tilanteisiin. Hienoa, jos löysit niistä itsellesi sopivan harjoitteen, mutta ei hätää, mikäli tällä kertaa kyseiset harjoitteet eivät olleet sinua varten.

Internetistä ja muista kanavista voit löytää valtavasti lisää harjoitteita, jotka voivat soveltua sinulle. Kaikki sivustot eivät ole luotettavia, eikä kaikki tieto perustu tutkittuun tietoon. Kannattaa suhtautua varauksella sosiaalisessa mediassa näkemääsi tietoon. Alla on listaus muutamista sivustoista ja sovelluksista, joista voit itse etsiä harjoitteita. Nämä sivustot ja sovellukset ovat havaittu luotettaviksi lähteiksi, ja niistä saatuun tietoon voit luottaa.



Näiden sivustojen ja sovellusten lisäksi voit hyödyntää myös musiikkia ja erilaisia äänimaisemia, kuten esimerkiksi luonnon ääniä, musiikkipalveluiden kautta. Äänimaisemat voivat olla myös hyvä lisä erilaisiin mielikuvaharjoitteisiin, kuten aiemmin mainittuun turvapaikkaharjoitteeseen. Rentoutumiseen voit kokeilla esimerkiksi ASMR-tallenteita.



Lisätietoja

Fysioterapeutti on yhteydessä nuoren perheeseen psykofyysisen fysioterapian arviointijakson ajan sopimiseksi, kun nuoren arviointivuoro lähestyy.

Tämä opas on toteutettu osana Jemina Lepolan ja Paula Oksasen Tampereen ammattikorkeakoulun fysioterapeutin tutkinto-ohjelman opinnäytetyötä. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus-verkkotietokannassa. 2024.

Oppaassa käytetyt piirroskuvat ovat tekijänoikeusvapaita kuvia.

Nuorisopsykiatrian poliklinikka

Tays Keskussairaala
Pirkanmaan hyvinvointialue
Elämänaukio 2
L-rakennus, 0. krs
33520 Tampere



pirha.fi

Seuraa meitä somessa.

