



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

OPISKELUMATERIAALIA RUUMIINTUNTEMUSHARJOITTEISTA FYSIOTERAPIAOPISKELIJOILLE

Psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapia
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Mariliisa Heininen
Miia Junttila

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

JUNTTILA, MIIA

Opiskelumateriaalia
ruumiintuntemusharjoitteista
fysioterapiaopiskelijoille

HEININEN MARILIISA:

Psykofyysisen fysioterapian
näkökulmasta

Fysioterapian opinnäytetyö

60 sivua, 6 liitesivua

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Tämä on toiminnallinen opinnäytetyö psykofyysisen fysioterapian ruumiintuntemusharjoitteista. Opinnäytetyö sisältää kirjallisen osuuden, jossa selvitetään teoriamuodossa psykofyysisen fysioterapian taustaa ja käyttötarkoitusta sekä avataan teoreettisesti viisi käytännön harjoitusta. Kirjallisen tuotoksen lisäksi opinnäytetyö sisältää konkreettisen tuotoksen eli teoriaosuuteen pohjautuvan visuaalisen opiskelumateriaalin fysioterapiaopiskelijoiden käyttöön.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa fysioterapiaopiskelijoille opiskelu- ja kertausmateriaalia hyödynnettäväksi esimerkiksi ennen psykofyysisen fysioterapian harjoittelua. Opiskelumateriaali tulee käytettäväksi Lahden ja Tampereen ammattikorkeakouluihin sekä Oslon fysioterapiaopiskelijoiden käyttöön. Tavoitteena on myös tuoda kokonaisvaltaista näkemystä psykofyysisestä fysioterapiasta. Opinnäytetyö ei sisällä potilaan tutkimusmateriaalia ja harjoitteet ovat suuntaa antavia, sekä jatkuvasti varioitavissa yksilöllisesti kuntoutujan tarpeiden mukaisesti. Tämä työ ei sisällä kaikkia ruumiintuntemusta harjoittavia osa-alueita, vaan tarkoituksena on antaa perusteet ruumiinhahmotuksen harjoittamiselle.

Harjoitteiden suunnittelussa ja valinnassa on käytetty apuna sekä kirjallista teoriatietoa, psykofyysisen fysioterapian fysioterapeuteilta haastattelun avulla saatua tietoa, että opinnäytetyön toisen tekijän käytännön kokemusta psykofyysisen fysioterapian harjoittelusta. Harjoitteiden hyödyllisyydelle on saatu tukea muun muassa Päijät-Hämeen keskussairaalan fysioterapeuteilta, Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätön fysioterapeuteilta, sekä Auroran sairaalan psykiatrisen ja päihdekuntoutuksen fysioterapeutilta.

Näiden taustatietojen perusteella päädyimme tuottamaan viisi erilaista ruumiinhahmotusharjoitetta videomuodossa. Videoissa käytetään ohjauksiensa sekä suomen että englannin kieltä, jotta kaikki opiskelumateriaalia käyttävät ymmärtävät harjoitteet.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, ruumiintuntemus, ruumiintuntemusterapia, opiskelumateriaali

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in physiotherapy

JUNTTILA MIIA

Studying material about body awareness
exercises for physiotherapy students

HEININEN MARILIIISA:

Psycho physical perspective

Bachelor's Thesis in physiotherapy

60 pages, 6 appendice pages

Autumn 2013

ABSTRACT

This is a functional bachelor's thesis about body awareness exercises based on psycho physical physiotherapy. The thesis includes a written part explaining the theory and background of psycho physical physiotherapy, and the theoretic part of five different body awareness exercises. In addition, this thesis includes a concrete output, visual teaching material for physiotherapy students based on the written part.

The purpose of this thesis is to provide study and recap material for physiotherapy students to use before clinical practice in the psycho physical field of physiotherapy. Studying materials will be usable for physiotherapy students in Lahti university of applied sciences, Tampere university of applied sciences and physiotherapy students in Oslo. The aim is also to open the concept and form a comprehensive outlook of psycho physical physiotherapy based on the information from the field. The thesis does not include any examination guidelines and the exercises are only directional, and they can be varied individually according to the patients needs. This thesis does not include all the parts that can be used in the training of body awareness and body control. The main goal is to provide the basis for body awareness therapy.

The planning and selection of the exercises was made with the help of theoretic information, the interviews of physiotherapists who work in the psycho physical field, and the clinical practice experiences of this thesis's other author. The usefulness of these exercises is verified by the physiotherapists working in the central hospital of Päijät-Häme, the physiotherapists of the Päijät-Häme social-psychiatric foundation and the physiotherapists working in the psychiatric ward in Aurora hospital in central Helsinki.

According to these background informations decisions of the forthcoming five exercises could be made. The guiding languages used in the videos are finnish and english.

Key words: psycho physical physiotherapy, body awareness, body awareness therapy, studying material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	3
3	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	5
3.1	Psykosomaattinen fysioterapia	7
3.2	Psykofyysisen fysioterapian kohderyhmä	9
4	RUUMIINTUNTEMUS	11
4.1	Ruumiinkuva	12
4.2	Ruumiinkuvan häiriöt	13
4.3	Ruumiin reaktiot mielenongelmiin	14
5	RUUMIINTUNTEMUSHARJOITTELU	19
5.1	Body Awareness Therapy (BAT)	20
5.2	Basic Body Awareness Therapy (B-BAT)	21
5.3	Ruumiintuntemusharjoittelun osa-alueet	22
5.3.1	Suhde alustaan	23
5.3.2	Suhde keskilinjaan	23
5.3.3	Ruumiin liikekeskus	24
5.3.4	Hengitys	25
6	RUUMIINTUNTEMUSHARJOITTEET	27
6.1	Harjoitteet makuuasennossa	30
6.2	Harjoite istuma-asennossa	33
6.3	Harjoite seisoma-asennossa	35
6.4	Ohjaussanat	36
7	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	38
7.1	Kehittämistarpeen arviointi	40
7.2	Ideointi	41
7.3	Luonnostelu	41
7.4	Kehittely	42
7.5	Viimeistely	43
8	POHDINTA	44
8.1	Tavoitteiden saavuttaminen	46
8.2	Oma arvio	48

8.2.1	Tuotoksen arviointi	49
8.2.2	Tuotteistamisprosessin arviointi	53
8.2.3	Tiedonhakuprosessin arviointi	54
8.3	Jatkokehittämisaiheet	55
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	60

1 JOHDANTO

Näkemyksistä millaista on olla ihminen, perustuu usein siihen kuinka ihminen itse tiedostaa, näkee tai käsittää itsensä. Havainnoidessa itseään ja muita, huomataan käsityksiä ja mielikuvia itsestä ja muista. On opittava tuntemaan itsensä, jotta voi oppia millaista on olla ihminen. (Roxendal & Winberg 2003, 25; Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 17.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys käsittää sekä psyykkisen, fyysisen että sosiaalisen hyvinvoinnin. Sairauksien painopiste on siirtynyt tulehdussairauksista stressin ja elämäntapojen aiheuttamiin sairauksiin, jotka piilottavat lääketieteellisten diagnoosien taakse mielenterveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. (Monsen 1992, 6–7.)

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista, joka pyrkii kohtaamaan kuntoutujan kokonaisvaltaisesti, jolloin on otettava huomioon kaikki olemassaolon osa-alueet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. Psykofyysisellä fysioterapialla on useita terapiamenetelmiä, jotka eroavat toisistaan terapian tavoitteen ja pääasiallisen vaikutustavan mukaan. (Suomen fysioterapeutit; Lintunen, Koivumäki & Säilä 1995, 134; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265, 275).

Psykofyysisellä fysioterapialla pyritään lisäämään kuntoutujan tietoisuutta mielen toimintojen ja ruumiinreaktioiden välillä. Tavoitteena on saada kuntoutuja työskentelemään itsensä kanssa, jotta elinvoimaisuus on mahdollista saada takaisin. (Monsen 1992, 50; Talvitie, Lintunen ym. 1995, 133–135; Karppi & Mansikkamäki 1999, 155, 165.) Psykofysiologian oppien mukaan jokainen mielen tuottama tunneperäinen aktivaatio johtaa eriasteisiin ruumiin reaktioihin. Monsenin (1992, 6) mukaan se mitä ihminen psyykkisesti sisällään kokee, ilmenee ruumiillisesti.

Opinnäytetyömme on suunnattu perusasteen fysioterapiaopiskelijoille, jotka ovat käyneet tai parhaillaan käymässä psykofyysisen fysioterapian kurssia. Opinnäytetyö on johdatus ruumiintuntemuksen harjoitteisiin, joissa keskitymme Roxendalin kehittämään Body Awareness Therapy- malliin. Terapiamallin

tavoitteena on ruumiintuntemuksen ja ruumistietoisuuden parantaminen, ruumiinhallinnan lisääntyminen sekä häiriintyneen ruumiinkuvan eheyttäminen. (Roxendal 1985, 18–19; Gyllensten 2001, 18.)

Valitsimme juuri tämän psykofyysisen fysioterapian suuntauksen, koska mielestämme terapiamenetelmä on selkeä kokonaisuus ihmisen ruumiin tuntemuksesta, tiedostamisesta ja hahmotuksesta. Lisäksi Roxendalin terapiamalli on laajasti tunnettu sekä edelleen sovellettu. Fysioterapiaopiskelijan on hyödyllistä perehtyä tämän suuntauksen ruumiintuntemusharjoitteisiin ennen psykofyysisen fysioterapian harjoitteluun menoa tai kerrata ruumiintuntemusharjoittelun perusteet.

Olemme valinneet työn kirjallisessa osuudessa ja tietoperustassa käytettäväksi ”kehon” sijasta sanan ”ruumis”, sillä sitä käytetään psykofyysisen fysioterapian kirjallisuudessa sekä fysioterapeuttien kirjauksissa. Kuitenkin valitsimme työn tuotoksessa eli ruumiintuntemusharjoitteiden ohjauksessa ja videoissa käytettäväksi sanan keho, sillä suomalaisille ilmaisu ruumis luo kuvan kuolleesta ja saattaa aiheuttaa esimerkiksi psykoosi-, skitsofreniapotilaalle tai masentuneelle kuvan omasta kehosta kuolleena. Vaikka ”keho” luo kuvan elävästä ihmisestä, on ”ruumis” ammatillisesti oikeampi. Suomalaisessa kirjallisuudessa käytetään molempia muotoja, joten haluamme työssämme käyttää molempia sanoja, aivan kuin psykofyysisessä fysioterapiassakin käytetään. Kirjallisuuteen tutustumisen myötä sanat ruumiinkuva, ruumiintuntemus ja ruumiinrajat ovat ruotsinkielisiä ja englanninkielisiä termejä paremmin vastaavia.

Herrala, Sandström & Kahrola (2008, 28) ovat koonneet suomennokset body image ja body awareness termeille. Päädyimme käyttämään kirjallisessa tietoperustassa suomennoksia ruumiinkuva (body image) ja ruumiintuntemus (body awareness), mutta ruumiintuntemusharjoitteiden verbaalisessa ohjauksessa sekä harjoitteita konkretisoivissa videoissa sanaa keho. (Tähtinen & Kuoppala 2013.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opiskelumateriaalia ruumiintuntemusharjoitteista fysioterapiaopiskelijoille - opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena ovat visuaalisesti toteutetut ohjeet ruumiintuntemusharjoitteisiin mielenterveyskuntoutujille.

Opinnäytetyön **tavoitteena** on tuottaa video-opiskelumateriaalia fysioterapian koulutusohjelman psykofyysisen fysioterapian kurssin opiskelijoiden käyttöön.

Lyhyitä videoita tuotetaan viisi, joista kahdessa ruumiintuntemusharjoitteet tehdään makuuasennossa, kaksi muuta toteutetaan istuen ja seisten. Lisäksi videoihin sisältyy yksi johdanto-video. Opinnäytetyön raportti tukee tuotosta tietoperustaltaan sekä raportissa harjoitteet esitellään yksityiskohtaisemmin. Opinnäytetyön tuotos jaetaan sekä Oslon että Tampereen ammattikorkeakouluille, jotka ovat Lahden ammattikorkeakoulun kanssa yhteistyössä.

Ajatus videomateriaalin tekemisestä lähti psykofyysisen fysioterapian opettajaltamme. Hän toivoi psykofyysisen fysioterapian kurssille video-opiskelumateriaalia ruumiintuntemusta kehittävästä harjoitteista, jotta opiskelijoiden olisi helpompi toteuttaa itsenäistä opiskelua sekä käytännön tunneilla harjoiteltujen asioiden kertaamista.

Videoihin sisältyvät ohjaussanat suomeksi ja englanniksi. Videomateriaalin avulla opiskelijat saavat konkreettisen käsityksen ruumiintuntemusharjoitteista sekä verbaalisten ohjaussanojen tarkoitus visuaalisessa ohjeessa konkretisoituu. Harjoitteet sopivat myös opiskelijan omaan kertaukseen kurssista tai työkaluiksi psykofyysisen fysioterapian harjoitteluun.

Työn **tarkoituksena** on kirkastaa psykofyysisen fysioterapian ominaispiirteitä opiskelijoille. Lisäksi visuaalisen opiskelumateriaalin tarkoituksena on kehittää opiskelijoiden käsitystä ruumiintuntemusharjoittelusta ja –harjoitteista sekä tuoda niihin psykofyysisen fysioterapian fysioterapeuttien näkökulmaa.

Työ tarjoaa opiskelijoille eväitä psykofyysisen fysioterapian terapeuttisen harjoittelun toteuttamiseen sekä tuo psykofyysisen fysioterapian kokonaisvaltaista käsitystä paremmin esiin.

Olemme haastatelleet Päijät-Hämeen keskussairaalan, Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisen säätiön fysioterapeutteja sekä Auroran sairaalan fysioterapeuttia, joilta olemme saaneet toiveita ja ehdotuksia psykofyysisen fysioterapian harjoitteluun tulevien fysioterapiaopiskelijoiden opiskelumateriaaliin. Psykofyysisen fysioterapian fysioterapeutit ovat kokeneet, että opiskelijoilla ei ole kokonaisvaltaista kuvaa ihmisen ruumiin tietoisuuden, hahmotuksen tai tuntemuksen harjoittamisesta. Fysioterapeuttien mukaan opiskelijoilla ei usein ole todellista kuvaa psykofyysisestä fysioterapiasta, jonka vuoksi erityisesti PHKS:n fysioterapeutit toivovat, että opiskelijat olisivat harjoitteluun tultaessa käytännönläheisiä. Kehotuksena kaikilta tahoilta oli, että tekisimme harjoitteita, joissa yhdistyvät useat ruumiintuntemukseen liittyvät osa-alueet, sillä yksin niitä ei tulisi harjoittaa, eikä yksikään kuntoutuja tule fysioterapiaan vain yhden osa-alueen harjoitteluun. (Tähtinen & Kuoppala 2013; Lamio 2013; Mustonen & Moilanen 2013.)

Opinnäytetyömme on rajattu viiteen kolmesta eri alkuasunnoista alkavaan ruumiintuntemusharjoitteeseen. Työ esittelee lähteisiin perustuvat ja sovelletut perusharjoitteet, joita voidaan potilas tai kuntoutujakohtaisesti soveltaa. Ruumiintuntemusharjoitteita eri variaatioineen on lukemattomia, joten opinnäytetyö ei tarjoa kaikkia mahdollisuuksia. Opinnäytetyömme ei sisällä potilaan tutkimusmateriaalia, eikä tietoa kaikista psykofyysisen fysioterapian koulukunnista tai suuntauksista. Harjoitteet ovat suuntaa antavia sekä tietoista läsnäoloa ja kuntoutujan tuntemuksia korostavia, mutta antavat kuitenkin hyvät perusteet psykofyysisen fysioterapian harjoitteluun.

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen, asiakkaan tutkimiseen näiden edellytysten osalta sekä fysioterapeuttisten menetelmien hallintaan, ohjaukseen ja neuvontaan.

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista. (Suomen fysioterapeutit; PsyFy 2013.)

Psykofyysinen fysioterapia pyrkii kohtaamaan kuntoutujan kokonaisvaltaisesti, jolloin on otettava huomioon kaikki olemassaolon osa-alueet: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen (Lintunen, Koivumäki & Säilä 1995, 134; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265). Kokonaisvaltainen ajattelu ei erota ihmisen ruumista ja mieltä erilleen, eikä ihmistä ympäristöstä ja vuorovaikutussuhteista, vaan kohtaa nämä yhdessä toimivana ja toisiinsa vaikuttavana kokonaisuutena. (Talvitie ym. 2006, 267–268; PsyFy 2013.)

Psykofyysisen fysioterapian päätavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen ja eheyttäminen, jota tavoitellaan lieventämällä kipua, hallitsemalla stressiä, rentoutumalla, eheyttämällä ruumiinkuvaa, lisäämällä ruumiinhallintaa, vuorovaikutusta sekä itsetuntemusta. Keinoina käytetään hengitysharjoittelua, manuaalista käsittelyä, rentoustekniikoita sekä ruumiintuntemusharjoittelua. (Huhtanen & Ojala 2011, 8.)

Lisäksi psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on saada kuntoutuja sisäistämään elämysten aiheuttamia ristiriitoja, sekä niiden ratkaisuyrityksiä. Tällä pyritään lisäämään kuntoutujan tietoisuutta siitä, että kaikki tällaiset kokemukset heijastuvat ruumiiseen. Tavoitteena on saada kuntoutuja työskentelemään itsensä kanssa, jotta elinvoimaisuus on mahdollista saada takaisin. Huomioinnin kohteena ovat potilaan resurssit eli voimavarat sekä motivaatiotaso. Psykofyysinen fysioterapia pyrkii jälleenrakentamaan häiriintynyttä ”ruumisminää”. (Monsen 1992, 50; Lintunen ym. 1995, 133–135; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 155, 165.)

Termin määrittämisessä Talvitie ym. (2006, 269) kuvaavat psykofyysisen fysioterapian tarkoittavan ihmisen voimavarojen vahvistamista sekä liikunta- ja toimintakyvyn tukemista. Keskeiset osatekijät Talvitien ym. (2006, 269) mukaan psykofyysisessä fysioterapiassa ovat kuntoutujan ja fysioterapeutin kohtaaminen, heidän välisensä ihmiskäsitys, kuntoutujan motivaatio sekä ruumisminä.

Thornquist ja Bunkan (1991, 72) korostavat enemmän fysioterapian mahdollisuuksia. Heidän mukaansa kokonaisvaltaisella fysioterapialla voidaan muokata yhteyttä ruumiiseen, sekä erilaisilla kuntouttavilla menetelmillä joko yhdistää tai erottaa ruumista ja ruumiin tunteita toisistaan. Lisäksi heidän mielestään psykofyysisessä ajattelussa tulee huomioida, että vaikutetaan kuntoutujan ruumiinkuvaan ja tunteisiin, jolloin ollaan yhteydessä kuntoutujan identiteettiin sekä havaintoihin.

Kanstrén ja Pind (2002, 2, 7) korostavat teoksessaan kahdesta aiemmasta näkemyksestä poiketen, että psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutujaa autetaan saavuttamaan yhteys itseensä ja ymmärtämään mistä ruumiilliset reaktiot tulevat ja mitä ne merkitsevät. Terapiassa keskitytään tietoisesti tunnistamaan ruumiillinen kokemus, sillä ilman tietoisuutta ruumiilliset kokemukset koetaan vain irrallaan olevina kokemuksina, jolloin niitä ei voida yhdistää omaan olemiseen. Voimavarojen tukemisella ja niiden rajojen tunnistamisella sekä elämyksien ilmaisulla tuetaan kuntoutujan elämänhallintaa ja itsetuntemusta.

Psykofyysisessä fysioterapiassa on useita erilaisia koulukuntia, kuitenkin kaikissa näissä ruumiin ja mielen yhteistyö sekä tietoinen ajattelu on esillä. Roxendalin & Winbergin (2003, 40–41) mukaan minuus ja ihmisen sisäinen maailma kehittyvät tietoisuuden kautta. Tietoisuus on osaltaan kyky kokea, ottaa vastaan ja tuntea erilaisia tunteita, sekä osaltaan kyky kuvastaa kokemuksiamme. Tämä taas mahdollistaa sen, että voimme tutkiskella ja tarkastella niitä. Ainutlaatuisen ihmismielestä tekee se, että meillä on kyky kyseenalaistaa tulevaisuutta, ja miettiä minkälaisia seuraamuksia teoillamme on.

Opinnäytetyössä käytämme Jacques Dropsyn teorian pohjalta Gertrud Roxendalin soveltamaa fysioterapiamenetelmää, jota kutsutaan nimellä Body Awareness Therapy, suomeksi käännettynä ruumiintuntemusterapia (PsyFy 2012). Roxendalin teoria korostaa ihmisen kokonaisvaltaisuutta, jossa käsitteinä esiintyvät kokemus- ja liikenäkökulma. Työssämme on käytetty myös norjalaisen Berit Heir Bunkanin teoriaa, joka korostaa teoriassaan enemmän emotionin näkymistä ihmisen fyysisessä rakenteessa ja asennossa. Bunkan on kehittänyt psykosomaattista fysioterapiaa sekä määrittänyt psykosomaattisen mallin, josta kerrotaan seuraavassa luvussa lisää. (Roxendal 1985, 20; Bunkan 1992, 20, 28.)

3.1 Psykosomaattinen fysioterapia

Norjalainen Berit Heir Bunkan on ollut kehittämässä psykosomaattista fysioterapiaa, joka lähestyy yksilöä enemmän fyysisen osa-alueen kautta. Bunkan (1980, 11) on määrittänyt psykosomaattisen mallin, joka pyrkii ymmärtämään fyysisen ja psyykkisen olemisen erottamattomuutta. Monsenin (1992) mukaan psykosomaattinen näkemys korostaa Bunkanin tavoin fyysisen ja psyykkisen puolen yhteisvaikutuksen tärkeyttä. Soomaa eli ihmisruumista ei siis voida erottaa psyykestä, vaan psykosomaattisessa ajattelumallissa ihminen on kokonaisuus, perimän ja ulkoisten tekijöiden summa. (Mannisenmäki & Närhi 2006, 5.)

Psykosomaattinen fysioterapia ottaa ihmisen huomioon psykofyysisenä kokonaisuutena. Ruumiinharjoitusten avulla kuntoutujan on tarkoitus pyrkiä löytämään voimavarojaan, saamaan niitä käyttöön sekä löytämään niistä apua kriisien ratkaisemiseen. Pitkäaikainen psyykinen paine voi johtaa vieraantumiseen omasta ruumiista. (Mannisenmäki & Närhi 2006, 6-7.) Monsen (1992, 45) toteaa, että psykosomaattisen näkemyksen mukaan tunteiden tukahduttamisella voi olla yhteys fyysiisiin sairauksiin. Tunteisiin liittyvät näkökohdat ovat hoidon kannalta tärkeitä, etenkin kun kyse on asennon muuttamisesta. Tunteilla on suuri merkitys elinvoimaisuudellemme ja terveydellemme, mutta myös häiriöiden kehittymiselle.

Monsenin (1992, 45) mukaan tunteet ovat biologisesti määräytyvä ulottuvuus, reaktiotapa, jota ei ole opittu. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö oppiminen ja psykologinen kehitys vaikuttaisi tunneperäisiin kokemuksiin. Tunteiden psykologisia ulottuvuuksia kuvaamaan he ovat käyttäneet käsitteitä eläytymiskyky ja ilmaisukyky eli ekspressiivisyys. Mannisenmäki ja Närhi (2006, 6–7) korostavat halua unohtaa ja ohittaa vaikeat tunteet, joka puolestaan aiheuttavat avuttomuuden ja huonommuuden tunnetta. Tällaiset tunnekokemukset näkyvät motorisen järjestelmän, autonomisen hermoston sekä endokrinologisen ja immunologisen järjestelmän toiminnoissa. Fysioterapeuttisia menetelmiä käytetään apuna identiteetin ja oman tahdon uudelleen löytämisessä.

Psykosomaattinen fysioterapia voidaan jakaa psykodynaamiseen ja psykomotoriseen fysioterapiamenetelmään. Psykodynaamisessa fysioterapiassa vapautumisella tarkoitetaan kuntoutujasta purkautuvaa, liikkeen avulla vapautettua energiaa. Vapautumisen avulla kuntoutuja saa mahdollisuuden ilmaista itseään erilaisilla tavoilla, saa uusia kokemuksia sekä pääsee lähemmäksi aikaisempia kokemuksia, joista ongelmat ovat lähtöisin. Kuntoutuja vaatii kannustusta ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta, joiden kautta fysioterapeutti auttaa kuntoutujaa saamaan yhteyden ruumiiseen ja tunteisiin. Rakentaessaan suhdetta ruumiiseensa kuntoutuja oppii samalla hallitsemaan ruumiinsa. Tunteita tulee ilmaista aktiivisesti terapian aikana. (Monsen 1992, 50–51.)

Wilhelm Reich kehitti Norjassa ajattelumallin, jossa ruumisterapeuttinen lähestymistapa liitetään psykoanalyysiin. Psykomotorinen fysioterapia perustuu tähän ajatukseen ja keskittyy fyysisiin ominaisuuksiin päämääränään elinvoimaisuuden tiedostamisen kehittäminen. Ihmisen puolustusmekanismit voivat toimia sekä fyysisellä että psyykkisellä tasolla, mutta tunteiden tukahduttaminen ilmenee erityisesti fyysisinä oireina. (Mannisenmäki & Närhi 2006, 8.)

Talvitie ym. (1999, 164) mukaan psykomotorisen fysioterapian avulla pyritään käymään läpi tunneperäisiä ristiriitoja. Lihastasapainon muutokset voivat aiheuttaa vääristyneitä asentoja, ja fysioterapian avulla pyritään tasapainottamaan ja laukaisemaan jännitystiloja lihaksistossa. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa kehittymään sisältäpäin, jonka myötä voidaan saavuttaa oikeanlainen asento. Samalla pyritään myös kehittämään kuntoutujan näkemystä ja asennetta itseensä, kykyihinsä, oikeuksiinsa ja tarpeisiinsa.

Mannisenmäki ja Närhi (2006, 8) mukaan asentoa ja hengitystä pyritään vapauttamaan lihaksiin vaikuttavilla harjoitteilla ja samalla seurataan hoidon aiheuttamia reaktioita tunteissa ja hengityksessä. Lisäksi he painottavat että psykomotorisessa fysioterapiassa pääpaino on hengityksellä, jonka avulla ihminen ilmaisee tunteensa. Hengitystapa muuttuu kokemusten mukaan; ihminen voi joko pidättää hengitystä tai hengitys voi tihentyä.

3.2 Psykofyysisen fysioterapian kohderyhmä

Psykofyysinen fysioterapia on kokonaisvaltainen terapiamuoto, kun ihminen kärsii mielenterveysongelmien aiheuttamasta ruumiinkuvan häiriöstä tai ruumiintuntemisen ongelmista. Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys kuvaa psykofyysinen fysioterapian soveltuvan henkilöille, joilla on kroonisia kiputiloja, jännittyneisyyttä, uupumusta, identiteettiin ja sen muotoutumiseen liittyviä häiriöitä, eriasteisia mielenterveyden ongelmia, pitkäaikaisen sairauden aiheuttamia ongelmia perusliikkumisessa sekä päivittäisissä toiminnoissa. Häiriöiden tai ongelmien taustalla ovat mielenterveyden häiriöt, niiden lääkitys sekä päihdeongelmien tuottamat seuraukset. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 9; PsyFy 2013.)

Mielenterveyskuntoutuja tai mielenterveyshäiriöpotilas koetaan nyky-yhteiskunnassa omista asioistaan vastuussa olevana ja yhteistyötä tekevänä kansalaisena. Kuitenkin monille mielenterveyden häiriöille ominaista on, että potilas tai kuntoutuja ei ole yhteydessä itsensä tai omien asioidensa kanssa. Mielenterveyskuntoutujat tai potilaat tuntevat usein pelkoa pelottavien oireiden, käyttäytymisen sekä pitkien hoitoaikojen vuoksi. Vakavat mielenterveyshäiriöt

aiheuttavat lisäksi toimintakyvyn heikkenemistä, eivätkä kuntoutujat tai potilaat usein kykene täyttämään tarpeitaan tai selviytymään työn rasituksesta. Yhteys todellisuuteen on kateissa, jolloin kuntoutuja menettää kyvyn olla yhteydessä tai luoda suhteen muihin ihmisiin. Tästä johtuen ihmiset, joihin vaikuttaa mielensairaus, jäävät töistä pois tai syrjäytyvät. (Hátlová 2003, 10; Lönnqvist ym. 2011, 16.)

PsyFyn (2013) mukaan tutkitusti positiivista näyttöä terapiamenetelmän vaikutuksista on esimerkiksi syömishäiriöisten, kipu- ja fibromyalgiapotilaiden, masennus-, persoonallisuushäiriö- sekä skitsofreniapotilaiden kokonaisvaltaisena hoitomuotona. Huhtanen ja Ojala (2011, 44–56) tutkivat opinnäytetyössään psykofyysisten fysioterapiaharjoitteiden vaikutusta mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Heidän mukaansa harjoitteilla oli positiivisia vaikutuksia ryhmäläisten psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Harjoitteilla oli positiivisia vaikutuksia muun muassa ruumiin asentoon, hengitykseen, motorisiin toimintoihin sekä ruumiintuntemukseen, myös ryhti, hengitys-, ruumiinkuva- että rentoutusharjoitteista koettiin olevan hyötyä. Tutkimuksen mukaan ryhmäläisten ahdistuneisuuden tunne laski, fyysinen kunto koheni sekä elämänlaatu parani.

Positiivisia vaikutuksia saivat myös Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martinez-de-Salazar-Arboleas & Sanchez-Guerrero (2010) jotka osoittavat tutkitusti, että kokonaisvaltainen terapiamuoto on tehokas vääristyneen ruumiinkuvan hoidossa, ahdistuksen hallinnassa sekä liiallisen liikkumisen kontrolloinnissa.

4 RUUMIINTUNTEMUS

Ruumiintuntemus (body awareness) on itsensä syvää ja kokonaisvaltaista tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa. Roxendalin (1985, 16–17) mukaan ruumiintuntemus on ruumiillinen kuva koko ihmisen tuntemuksesta ja tietoisuudesta. Siihen ovat vaikutuksessa mielen elementit, joita ovat tieto ruumista ja sen osista, asennon ja liikkeen havainnointi sekä tieto liikkeen laadusta. Lisäksi se sisältää kokemuksen, tiedon sekä asenteen omaa ruumista, fyysistä kykyä, liikkeitä ja harjoitteita kohtaan. Herrala ym. (2008, 32) määrittävät Bunkanin teoriaa apuna käyttäen, että ruumiintuntemus on havaittavissa ihmisen erilaisten elinjärjestelmien avulla, sen tasoa voidaan arvioida muun muassa motorisen, autonomisen, endokriinisen, psyykkisen ja immunologisen järjestelmän avulla. Arvio perustuu järjestelmien tapaan reagoida ihmisessä syntyviin ärsykeisiin. Kun elinjärjestelmät ovat vaikutuksessa keskenään tai ihminen on vaikutuksessa ympäristön kanssa, syntyy ärsykeitä.

Roxendal (1985, 20) määrittää ihmistä kokemus- ja liikeaspektin avulla. Kokemusaspektilla tarkoitetaan toimintaa, jossa ihminen keskittää huomion itsensä seuraamiseen ja toimintojen kuunteluun. Tällaisella huomion kohdistamisella tullaan tietoiseksi omasta ruumiista, ruumiin osista sekä niiden käyttömahdollisuuksista. Ruumiintuntemuksen lisääntymiseksi ihminen hankkii jatkuvasti tietoa itsestään ruumiin toimintojen kautta ja ruumiin ulkopuolelta. Liikeaspektiin sisältyen ihminen voi saada kokemuksia itsestään ulkoapäin esimerkiksi peilin kautta tai tarkastelemalla sisäisiä aistimuksia lihasten kautta sekä tuottaa niistä kokemuksia. Liikeaspekti pitää lisäksi sisällään liikemallit, kehonhallinnan sekä kehonkontrollin. Liikemallit opitaan kehityksen myötä, mutta niitä voidaan myöhemmin hioa. Ruumiinhallintaa tarvitaan asennon ylläpitämiseen ja sen ergonomiseen vaihtamiseen asennosta toiseen. Ruumiinkontrolli kehittyy yksilöllisesti, mutta kontrollia voidaan myös tietoisesti kehittää. (Herrala ym. 2008, 32–33.)

Herrala ym. (2008, 25) kuvaavat fyysisten toimintojen myötä psyykkisten ja sosiaalisten toimintojen elpyvän. Esimerkiksi liikkuminen on aina yhteydessä psyykkiseen tasoon kuluttamalla tai aktivoimalla energiaa, jolloin tietoisuus saavuttaa ruumiin. Vähitellen kaikkien tasojen tietoisuus muuttuu syvemmäksi ja läsnäolo itsessä korostuu.

Psykofyysistä ajattelumallia voidaan soveltaa kaikkeen fysioterapiaan sekä kaikkeen liikuntaharjoitteluun. On osattava tiedostaa huonot liiketottumukset, tarpeettomat liikkeet ja jännitystilat lihaksistossa, jotta niitä voidaan muuttaa. Ruumistuntemus on tärkeässä roolissa monessa liikuntaharjoittelussa. Kaikkeen liikkeeseen liittyy läheisesti liikkeen tiedostaminen myös psyykkisellä tasolla. (Niiranen 2013, 27.)

Herralan ym. (2008, 26) mukaan mielen sisäistämisen ruumiin ja ruumistietoisuuden taustalla on kolmitasoinen ruumiillisuuden vaikutus. Ruumiinkuvan muodostumiselle perustana on ruumiillisuus olemassaolon konkreettisena ilmentymänä. Ihminen luo ruumiinkuvan kautta itsestään käsityksen itsenä, suhteessa muihin sekä suhteessa ympäristöön, jolloin tajunnallisuus muodostuu. Ruumiintuntemiseen vaikuttaa tajunnallisuuden lisäksi se kuinka ihminen käyttää ruumistaan vuorovaikutukseen. Ruumiintuntemus vaatii kehittyäkseen ruumiinkuvan muotoutumista, sillä ruumiinkuva luo hahmotelman ihmisen kodista, kun taas ruumiin tunteminen sisältää sen miten elämän varrella muuttuvassa kodissa asutaan.

4.1 Ruumiinkuva

Ruumiinkuva sisältää ihmisen tunteet, tuntemukset, asenteet ja havainnot omasta ruumiista. Ruumiinkuva voi muuttua tunteiden, asenteiden ja arvojen vaikutuksesta. Sen selkeä ja eheä sisäistäminen luovat perusteet olemassaololle, sekä eheä ruumiinkuva tukee ihmistä elämän eri tilanteissa, sekä muokkautuu ja kehittyy jatkuvasti. Ruumiinkuvan kehittymisen taustalla ovat monenlaiset tekijät, joiden pohjalta ihminen käyttää opittua tietoa analysoidessaan itseään. Ihminen arvioi jatkuvasti kehon kokemuksia ja vertaa niitä kohdistettuihin asenteisiin ja vaatimuksiin itsestään, sekä mielipiteisiin ruumiistaan. Ruumiinkuvaan sisältyy myös käsitys reviiristä sekä omasta sijainnista erilaisissa tiloissa. (Hokkanen &

Sakala 2004, 6; Talvitie ym. 2006, 268; Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 29-31; Tuimala 2013.)

Roxendal määrittää ruumiinkuvan olevan ihmisen tieto- ja tunnepohjaista mielikuvaa sekä kokemusta omasta ruumiista ja sen toiminnoista. Ruumiin ilmaisu ja käyttäytymismallit ovat osa muodostunutta ruumiinkuvaa ja viestivät sen eheydestä. (Roxendal 1993, 7–9; Hokkanen & Sakala 2004, 6.)

Roxendalin käyttämää kroppsjag- käsitettä vastaa suomenkielessä käsite ruumisminä. Tämän käsitteen mukaan ihminen on jakamaton kokonaisuus, jolla ei ole erillisiä ruumiin osia tai toimintoja. Oma ruumis tunnetaan kokonaisuutena, jolla on sekä sisäinen että ulkoinen muoto. Ruumiinkuva on osa ruumisminää, ja yhdessä eheän ruumiisminän kanssa se on yhteydessä elämänhallinnan tunteeseen. Talvitie ym. (2006) korostaa enemmän ruumisminän merkitystä persoonallisuuden ytimenä ja lähtökohtana. Roxendal tarkentaa omassa teoksessaan ruumisminä- käsitettä, johon hän liittää ihmisen kokemuksen ruumiista sekä asenteen ruumiin toiminnasta. Ruumiinilmaisu ja käyttäytymismallit ovat osa muodostunutta ruumiinkuvaa ja viestivät sen eheydestä. (Roxendal 1993, 7-9; Hokkanen & Sakala 2004, 6; Talvitie ym. 2006, 268.)

4.2 Ruumiinkuvan häiriöt

Rikkinäinen ruumiinkuva saattaa näkyä fyysisesti liikkumisessa, asennossa, kävelyssä, liikkeiden rytmisissä, tasapainon hallinnassa sekä omien rajojen tunnistamisessa (Herrala 2008, 103). Ruumis muistaa fyysisen reaktion kokemuksen pitkäänkin, vaikka mieli olisi sen jo unohtanut. Erityisesti negatiiviset fyysisen reaktion tuottamat kokemukset, kuten väkivalta, trauma, hylkääminen tai pelkotila saattaa häiritä ruumiinkuvaa pitkäänkin. (Tuimala 2003.) Ruumiinkuvan häiriöt vaikuttavat vahvasti ruumiintuntemukseen, koska eheä ruumiinkuva on ruumiintuntemuksen edellytys. (Herrala ym. 2008, 26.)

Häiriintynyt tai rikkinäinen ruumiinkuva näkyy omakuvapiirroksessa, sillä piirroksesta heijastuu ruumiin puutteellinen tuntemus sekä suhtautuminen ja asenne omaa kehoa kohtaan. Omakuvanpiirroksessa häiriintynyt ruumiinkuva

voidaan havaita joidenkin ruumiinosien piirtämisellä ylikorostuneesti, tai päinvastoin puutteellisesti. Ruumiinosien ääriviivat voivat olla himmeät tai suhteessa huomattavasti muuta vartaloa pienemmät tai päinvastaisesti voimakkaat, tarkan yksityiskohtaiset, sekä suhteessa huomattavan suuret muuhun ruumiiseen nähden. (Tuimala 2013.)

Ruumiinkuvan eheytyminen vaatii tietoisiksi tulemista omasta ruumiista, ruumiin käyttämisestä sekä toimintatavoista ja ajattelumalleista. Vasta tietoisuus näistä asioista voi auttaa ruumiinkuvaa muuttumaan. (Tuimala 2013.) Ruumiinkuvan eheytyminen on tärkeää, koska ruumiinkuva on osa minäkuvaa, ja yhdessä eheän minäkuvan kanssa se on yhteydessä elämänhallinnan tunteeseen. (Hokkanen & Sakala 2004, 6.)

4.3 Ruumiin reaktiot mielenongelmiin

Ruumis viestii meille monia asioita. Monsenin mukaan jokainen mielen tuottama tunneperäinen aktivaatio johtaa eriasteisiin ruumiin reaktioihin. Mitä ihminen psyykkisesti sisällään kokee, se ilmenee ruumiillisesti. (Monsen 1992, 6.) Ihmisen tunnekokemukset näkyvät fyysisellä tasolla eli ruumiin asennoissa, liikkuvuudessa, hengityksessä ja lihaksiston joustavuudessa. Lihaskäynnitystasoon vaikuttavat tekijät on jaoteltu mekaanisiin, orgaanisiin ja psyykkisiin. (Bunkan 1980, Mannisenmäki & Närhi 2006, 6 mukaan.)

Ilmaisemme itseämme jatkuvasti ruumiin liikkeillä, eleillä ja ilmeillä.

Ranskalainen psykoterapeutti ja liikunnan opettaja Jacques Dropsy keskittyy muutamaa tärkeimpään ruumista koskevaan käsitteeseen, joita ovat tasapaino, keskitys, vapaa hengitys sekä tietoinen läsnäolo. Dropsyn mukaan ongelmana pääsääntöisesti kosketukseen ja yhteyteen liittyvät ongelmat, kuntoutujilla on puutetta käsitellä itseään tehokkaasti. Dropsyn mukaan puute perustuu kolmen epäonnistuneen yhteyden ongelmaan, jotka ovat aina toisistaan riippuvaiset. Ongelmia on vajavainen suhde itseen, fyysiseen alustaan sekä muihin ihmisiin. (Dropsy 1975; Pitkänen 2002, 2 mukaan.)

Psyykkiset oireet voivat aiheuttaa motorisen käyttäytymisen häiriöitä ja ruumiinkuvan vääristymistä. Ongelmat voivat ilmetä esimerkiksi ruumiin

tiedostamisessa ja tuntemuksissa. Psykkiset häiriöt koetaan ja ilmaistaan ruumiin välityksellä, ja niiden ilmaantuvuus vaihtelee tilanteen ja yksilön mukaan.

Psykkiset oireet voivat ilmetä esimerkiksi väsymyksenä, voimattomuutena ja liikkeiden hitautena. Myös eleet ja ilmeet vähenevät. Psykkiset sairaudet passivoittavat ihmistä pikkuhiljaa, minkä seurauksena notkeus vähenee, fyysinen kunto heikkenee ja tasapaino huononee. Jännittyneisyyttä esiintyy erityisesti selässä, niskassa ja hartioissa. (Talvitie ym. 2006, 433–436.) Ruumis ilmaisee jatkuvasti sisäisen ja ulkoisen maailman suhdetta. Suhde ja muutokset ruumiissa näkyvät jäykkänä ja jähmeinä liikkeinä. (Dropsy 1987, 196).

Psykkisiin sairauksiin voi liittyä myös erilaisia pelko- ja ahdistustiloja, jotka ilmenevät mm. hengityksen pidättämisenä. Ihminen torjuu vaikeita tunne-elämyksiä muuttamalla hengitystä ja jännittäen lihaksia. Ihminen saattaa menettää yhteyden todellisiin tunteisiin ja elämyksiin, kun hän sulkee mielensä ruumiin reaktioilta. Mielen sulkemiseen vaikuttavat yksilölliset ihmisen historiaan liittyvät syyt. Esimerkiksi masennuksella reagoidaan psyykkiseen pahoinvointiin, koska masennustila auttaa sopeutumaan elämäntilanteisiin, jotka ylittävät ihmisen voimavarat. (Kanstrén & Pind 2002, 2; Talvitie ym. 2006, 433–436.)

Psykkisistä syistä aiheutuvat muutokset ruumiin jännitystilassa johtuvat yleensä ensisijaisesti ulkoisista tekijöistä, joka useimmiten on stressi. Stressi rasittaa ruumiin tasapainoa ja hormonitoimintaa, sekä heikentää sietokykyä mekaaniselle kuormitukselle. (Bunkan 1980, 14.) Ruumiin jännittyneisyys voi ilmetä esimerkiksi unihäiriöinä, keskittymisvaikeuksina, toimintakyvyn heikkenemisenä, seksuaalisen toiminnan muutoksina, kipuina, lihasjännityksinä, hengitysongelmina sekä ahdistuksen tunteena. Monsenin (1992) mukaan jännittyneisyys hengityksessä, liikkeissä tai asennon hallinnassa kuormittaa ihmisen voimavaroja. Pitkään jatkuessaan jännittyneisyys uuvuttaa ja saattaa aiheuttaa esimerkiksi lihas- tai nivelkipuja, toimintahäiriöitä sisäelimiin, sekä heikentää kykyä olla yhteydessä itseensä. Kun ihminen ei ole yhteydessä itseensä ja joutuu torjumaan tunteitaan, heikkenee ihmisen kyky olla kosketuksessa omaan kokemusmaailmaansa sekä säilyä elinvoimaisena. (Kanstrén & Pind 2002, 6–9.)

Tasapainoinen asento mukautuu joustavasti eri tilanteisiin levossa ja liikkussa. Asento voi muuttua, jos yksilö reagoi hankaliin tilanteisiin tiedostamattomalla lihasjännityksellä. Toinen tapa reagoida hankaliin tilanteisiin on lamaantuminen, joka voi johtaa lihasvoiman heikentymiseen. Ruumiin asento antaa tietoa ihmisen aivojen tunneosasta, esimerkiksi masennus saa asennon voimattomaksi ja heikoksi, kun taas riemu ja ilo muuttavat asennon ojentumisen vuoksi voimakkaammaksi. Masentuneella ihmisellä on läsnä tunne itsensä arvostuksen ja itsetunnon menettämisestä tai heikkenemisestä. Masentunut tuntee ruumissaan voimattomuutta, tyhjyyttä ja syyllisyyden tunnetta. (Kanstrén & Pind 2002, 6; Hátlová 2003, 11–13; Herrala ym. 2008, 70, 75, 90.)

Herralan ym. (2010, 98–100) mukaan ihminen elää ruumiillaan tunnemaailmaa, jonka seurauksena tapa alkaa vähitellen vaikuttaa asentoon sekä liikkumiseen, jolloin ihmiselle usein syntyy tunnemaailmassa elämisen seurauksena asentomalli. Asennon muuttumisen jälkeen pystyasento voi olla koukistunut, ojentunut tai kaksijakoinen. Koukistuneessa asennossa polvet ja lonkat ovat koukussa, hartiat ja pää ovat työntyneet eteenpäin ja yläselkä on pyöreä. Asennon katsotaan liittyvän pelkoon, puolustautumiseen tai pitkäaikaiseen stressiin. Turvattomuus ja kontrollointi voivat näkyä ruumiin suljettuna asentona selinmakuulla. Suljetussa asennossa alaraajat ovat ristissä ja yläraajat tiukasti vartalon vieressä. Vastaavasti avoimessa asennossa tukipinta alustaa vasten on koko ruumiin laajuinen. (Monsen 1992.)

Ojentuneessa asennossa hengitys voi olla pinnallista tai sisäänpäin lukkiutunutta. Asentoon saattaa liittyä korostunutta itsetehostuksen tarvetta, pää on ojentuneena ylös, mutta katse alaviistoon. Ojentuneeseen asentoon liittyvä hengityksen kontrolli saattaa merkitä heikkoa itsearvostusta, jota peitetään lihasjännityksen avulla. Kaksijakoisessa asennossa kehon ylä- ja alaosat ovat toinen koukistuneessa ja toinen ojentuneessa asennossa. Ojentuneen ja koukistuneen asennon yhdistelmä viestii ihmisen päättämättömyydestä, sillä asento kuvaa, että ihminen ei tiedä onko jännittynyt vai rentoutunut. (Herrala ym. 2010, 98–100.)

Norjassa vuosina 1946–1952 kehitetyn fysioterapeuttisen menetelmän NPMP:n (Norwegian Psychomotor Physiotherapy) mukaan ryhti, hengitys ja lihasjännitys ovat suoranaisesti yhteydessä tunnepuolen konflikteihin sekä psyykkisiin ongelmiin. Osa tutkittavista koki tehneensä kaikkensa muita ihmisiä varten, eivätkä olleet huomioineet itseään lainkaan. Heillä oli vaikeuksia ilmaista vihaisuutta tai aggressiivisuutta, ja yrittivät aina parhaansa mukaan piilottaa tällaiset tunteet. Keho sanoo “ei”, mutta mieli sanoo “kyllä” sanonta tuli useasti esille. Tähän valtavaan stressitilaan elimistössä voi liittyä usein myös itsetuhoisia ajatuksia. Fyysinen kipu ja hengitysvaikeudet olivat tutkittavien keskeisimpiä ongelmia. Osa kertoi kuinka hengitysvaikeuksista oli tullut jokapäiväistä elämää rajoittava tekijä fyysisen jäykkyyden ja kivun ohella. Kuntoutujat kuitenkin mielsivät hengitysvaikeudet itsenäisenä, irrallisena ilmiönä. Monen tekijän summana tutkittavat kokivat menettäneensä oman elämänsä hallinnan. (Ekerholt & Bergland 2004, 403–405.)

Ihminen saattaa menettää yhteyden todellisiin tunteisiin ja elämyksiin, kun hän sulkee mielensä ruumiin reaktioilta. Mielen sulkemiseen vaikuttavat yksilölliset ihmisen historiaan liittyvät syyt. Esimerkiksi masennuksella reagoidaan psyykkiseen pahoinvointiin, koska masennustila auttaa sopeutumaan elämäntilanteisiin, jotka ylittävät ihmisen voimavarat. Ihminen torjuu vaikeita tunne-elämyksiä muuttamalla hengitystä ja jännittäen lihaksia. (Kanstrén & Pind 2002, 2.)

Thörnborgin ja Mattsonin (2010, 1) tutkimus todistaa ruumiin tärkeyttä itsetunnon ja identiteetin kehityksessä. Ruumiillinen kokemus luo ymmärryksen itsestämme sekä sopeuttaa meidät maailmaan. Ruumistietoisuus vaikuttaa parantavasti itsetietoisuuteen. Fyysiset ja tunneperäiset kokemukset ovat keskeisiä havainnoinnin, ajattelun ja olemisen perustana. Tutkitusti on todettu, että ruumiinkuva ja asentokontrolli ovat osittain yhteydessä toisiinsa yhdessä kivun, motivaation ja tunnereaktion kanssa.

Useat mielenongelmien aiheuttamat ruumiilliset muutokset johtuvat mielenterveyskuntoutujien mielialalääkkeistä. Yleisiä haittavaikutuksia ovat uneliaisuus, huimaus, suun kuivuminen, näön hämärtyminen, ummetus sekä posturaalinen hypotensio. Lisäksi mielenterveyslääkkeiden, erityisesti psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksiin liittyy ongelmia lihasten hallinnassa, lihaskouristuksia tai kouristuksia pään ja kaulan alueella. Myös sätkimistä, kasvojen pakkoliikkeitä, kielten ulostyöntymistä, huulten nuolemista, huohottamista ja irvistämistä, vapinaa ja jalkojen laahustamista voi esiintyä. Lisäksi kaikki mielialalääkkeet voivat lisätä riskiä sydämen rytmihäiriöihin. (The Harvard Medical School 2005; Grohol 2013.)

5 RUUMIINTUNTEMUSHARJOITTELU

Ruumiintuntemusharjoitteiden tavoitteena on liikkumisen helpottuminen ja ilon lisääntymisen yksinkertaistetussa liikkumisessa, sekä sen myötä elämän laadun koheneminen. Harjoitteilla tavoitellaan tilannetta, jossa kuntoutuja voisi todeta olevansa kokonainen omassa ruumiissaan, sillä kokonaisuuden kokemisen myötä kuntoutujan itsetuntemus- ja luottamus paranevat. Harjoitteilla pyritään lisäämään kuntoutujan tietoisuutta, jolloin kuntoutuja itse tunnistaa ja tulkitsee asennon, liikkeet sekä ruumiin viestit. (Muuro 2004, 23.)

Roxendal (1987, 33–34) korostaa ruumiintuntemusharjoittelussa oireiden lievittymistä, sillä ne saattavat voimakkaimmillaan olla osa kuntoutujan persoonallisuutta. Harjoittelun myötä oireiden kadotessa niiden vallitsema osuus persoonallisuudesta on täytettävä terveellä ruumiintuntemuksella, jolloin sosiaalinen toimintakyky ja kuntoutujan itsetunto kohenevat. Monsen (1992, 50–51) painottaa ruumiintuntemusharjoittelussa kuntoutujan työskentelemistä itsensä kanssa sekä saamaan vahvemman yhteyden ruumiiseensa. Monsenin mukaan fyysisten oireiden vähentyessä tunteille jää tilaa, jolloin kuntoutuja saa mahdollisuuden päästä lähemmäs itseään.

Viime vuosien aikana terveydenhuollossa on pyritty yhä enemmän kiinnittämään huomiota siihen kuinka kuntoutuja itse kokee tilanteensa ja terveytensä, sekä siihen mitä terveydenhuollon ammattilaiset voivat tehdä parantaakseen kuntoutujan tilannetta. Terveydenhuollossa ollaan tultu yhä tietoisemmaksi siitä, että kommunikaatio on lääkinnällisen työn peruselementti, ja se määrittelee terapeutin ja kuntoutujan välisen vuorovaikutussuhteen. On yleisesti tiedostettu, että ruumiin ja mielen yhteys vaikuttaa läheisesti ihmisen terveyteen. (Ekerholt & Bergland 2004, 403–404.)

Ruumiintuntemusharjoittelu perustuu ranskalaisen psykoanalyytikon Jacques Dropsyn kehittämään teoriaan ihmisen olemassaolosta ja liikkumisen ulottuvuuksista. Ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal löysi Dropsyn kehittämän menetelmän ja alkoi soveltaa sitä fysioterapiassa. Roxendal vakiinnutti mallin Body Awareness Therapy (BAT), josta nähdään eri teoksissa erilaisia suomennoksia.

5.1 Body Awareness Therapy (BAT)

Ruotsalainen Gertrud Roxendal vakiinnutti mallin Body Awareness Therapy (BAT), suom. ruumiin tuntemusterapiasta pohjoismaihin 1970-luvulla.

Terapiamallin taustalla ovat useat ruumiin tuntemuksiin ja nonverbaaliseen toimintaan keskittyvät terapiat. Terapiamenetelmän taustalla vaikutti ranskalainen psykoanalyttikko ja liikunnanopettaja Jacques Dropsy, jolta Roxendal tunnisti liikkumisen harjoittelumenetelmän arvon liittyen Dropsyn teoriaan ihmisen liikkumisen ulottuvuuksista ja olemassaolosta. Liikkumisen harjoittelun tavoitteena Dropsyn mukaan on tietoisuus, vapaus sekä tasapaino. Kuitenkin ihmisen kehitystä Dropsy kuvasi neliulotteisesti; rakenteellisesti, fysiologisesti, psykologisesti ja olemassa olon näkökulmasta. (Gyllensten 2001, 18)

Ruumiintuntemusterapian (body awareness therapy) tavoitteena on tuoda terveys ja ihmisen henkilökohtaiset voimavarat esiin. Sen pääpiirteitä ovat keskittyminen itsensä tutkimiseen sekä minäkuvan tunnistaminen ja hahmottaminen (Catalan-Matamoros ym. 2011, 618). Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys määrittelee ruumiintuntemusharjoittelun olevan fysioterapiamenetelmä, jonka pyrkimyksenä on saada ihmisen hyvinvointia ja terveyttä tukevat voimavarat käyttöön. Harjoittelu yhdistää tasapainon, hengityksen sekä tietoisien liikeharjoittelun, joista tehdyt havainnot, kokemukset ja oivallukset johtavat kehontuntemuksen oppimiseen. (PsyFy 2012.)

Dropsyn teoriaan perustuen Roxendal alkoi soveltaa menetelmää fysioterapiaan, josta käytetään nimeä ruotsiksi ”basal kroppskänndom” ja englanniksi ”basic body awareness therapy”. Jaakkola (1999) mainitsee teoksessaan, että Roxendalin kehittämä ruumiintuntemusterapia sisältää periaatteet sekä terapiamenetelmät ruumiintuntemuksen arvioinnista sekä psykiatristen potilaiden hoidosta. (Jaakkola 1999; Gyllensten 2001, 17, 21–22; Talvitie ym. 2006, 269–270; PsyFy 2012.)

Roxendal (1985, 18–19) määrittää terapian tavoitteeksi kuntoutuajan kehittyvän ruumiintuntemuksen sekä ruumiillisten häiriöiden vähenemisen.

Ruumiintuntemusterapia eroaa perinteisestä fysioterapiasta stimuloimalla aistitietoisuutta sekä keskittymällä pääsääntöisesti liikkeisiin, joissa tavoitteena on ruumiin totaalinen koordinaatio. Muista terapeuttisista tekniikoista poiketen

ruumiintuntemusterapia ei ensisijaisesti keskity ilmaisun ongelmiin, vaan voimavarojen aktivointi on hoitoprosessin tarkoitus. Gyllensten (2001, 7) määrittelee ruumiintuntemusterapian olevan yleinen nimitys ruumikeskeiselle fysioterapeuttiselle lähestymistavalle, joka tähtää suoraan ruumiin toiminnan hahmottamiseen, liittyen ruumiin toimintoihin, käyttäytymiseen sekä vuorovaikutukseen itsensä ja muiden kanssa.

5.2 Basic Body Awareness Therapy (B-BAT)

Body awareness therapy yhdistetään usein termiin Basic body awareness therapy, joka on liikkumisen perustoimintoihin keskittyvä hoitomuoto. (Gyllensten 2001, 7.) BBAT koostuu helpoista ja yksinkertaisista liikeharjoituksista, joita tehdään istuen, seisten ja maaten. Harjoitteissa voidaan käyttää pariharjoitteita, äänenkäyttöharjoitteita sekä pehmytkäsittelyä. Harjoitteisiin yhdistetään tasapaino-, vapaa hengitys- sekä tietoinen läsnäolo- harjoitteita. Kuitenkin terapian olennaisin asia on kuntoutujan ja terapeutin välinen vuorovaikutus terapiasta, kuntoutujan tuntemuksista, havainnoista ja oppimisesta. (PsyFy 2012.)

BBAT on hyvin vakiinnutettu fysioterapeuttinen hoitomuoto, johon on yhdistetty psykiatrista ja psykosomaattista fysioterapiaa. Terapiamenetelmää käytetään potilaille, joilla on pitkäaikaisia monimutkaisia sairauksia. Terapia voidaan aloittaa potilaan nykyisten voimavarojen ja terveyttä tuottavien elementtien selvittämisellä. (Thörnberg & Mattson 2010, 3.)

Pitkäsen (2004, 1-2) mukaan B-BAT -menetelmän tarkoitus on ohjata kuntoutujaa kohti ruumiinsa harmonisempaa ja taloudellisempaa käyttöä. Tällöin ruumis antaa vapautta ja voimaa nivelille ja lihaksille. Menetelmä sisältää yksinkertaista perusliikkumista sekä olemista, jossa keskeisimpänä ajatuksena on henkisen läsnäolon ja tietoisuuden yhdistäminen harjoitteisiin. Kun arkielämälähtöisiä liikkeitä tehdään usein ja toistuvasti, siirtyy henkinen läsnäolo ja tietoisuus kuntoutujan arkielämän päivittäisiin toimintoihin. BBAT harjoitteita voidaan tehdä mekaanisesti ja kohentaa toimintakykyä, mutta silloin harjoitteen ydin jää oppimatta ja kokematta.

Thörnborgin ja Mattsonin (2010, 3) mukaan BBAT:n harjoitteet ovat kopioitu arkielämän liikkeistä ja niiden tavoitteena on tasapainon, lihasjännityksen, hengityksen, koordinaation ja niiden kaikkien välisen yhteyden normalisointi. Harjoitteita tehdään makuu-, istuma-, seisoma- sekä kävelyasentoissa. Lisäksi harjoitteita voidaan tehdä yksilö- tai ryhmäterapiassa. Liikkeisiin sisältyy ohjattu huomion kiinnittäminen. Itsetietoisuus kehittyy vähitellen, kun meneillään oleva hetki tiedostetaan jatkuvasti.

Roxendal on kehittänyt BBAT:n yhteyteen erilaisia arviointimenetelmiä, joilla kuntoutujan ruumiintuntemista ja sen muutoksia voidaan mitata. Tunnetuimmat BBATin yhteydessä käytetyt mittarit ovat BAS (Body Awareness Scale), BARS (Body Awareness Rating Scale) ja BAS-H (Body Awareness Scale Health). (Pitkänen 2004, 22.) Opinnäytetyössä emme käsittele näitä arviointimittareita enempää.

5.3 Ruumiintuntemusharjoittelun osa-alueet

Ruumiinkuvan eheyttämisessä tavoitteena on pyrkiä takaisin kuntoutujan normaaliin toimimiseen ja siihen minkälaista normaali liikkuminen yleisellä tasolla on. Ruumiintuntemusharjoittelun perustekniikka perustuu Roxendalin (1985) ohjattuihin harjoitteisiin, joissa tähdätään ruumiinhallintaan, jonka kautta ruumiintuntemus lisääntyy. Roxendalin ruumiintuntemusharjoittelussa yksinkertaisia harjoitteita toistetaan useasti, jotta keskittyminen tekemisestä siirtyisi ruumiin tuntemiseen ja sen huomiointiin. (Roxendal 1985, 21–29; Tuimala 2013.)

Roxendal on määrittänyt perusliikkumisen osa-alueita, joista olemme valinneet opinnäytetyöhön erityisesti tarkasteltaviksi suhteen alustaan ja keskilinjaan, ruumiin liikekeskuksen ja hengityksen. Lisäksi ruumiintuntemusharjoittelun perus osa-alueisiin kuuluvat ruumiinrajat, lihasten jännitys ja rentous, virtaus ja kävely sekä edistyessä mukaan harjoitteluun tulevat kävelytyyli, rytmi, ääni, suhtautuminen peilikuvaan ja vuorovaikutusharjoitukset. Kuntoutujan tasapaino, suhde alustaan, pystysuora-asento sekä liikkeiden suhde ympäristöön vaikuttavat siihen, miten kuntoutuja ilmaisee liikkeensä. (Thörnborg & Mattson 2010, 2.)

5.3.1 Suhde alustaan

Suhde alustaan on tärkeä osa motorista toimintaa ja käyttäytymistä. Jokaisella liikkeellä on alkupiste. Turvallinen kosketus lattiaan on välttämätön edellytys tehokkaalle liikkeelle, koordinaatiolle, kävelylle ja ryhdille. Laaja tukipinta on kuntoutujalle rentoutumisen sekä turvallisuuden edellytys, kun päinvastoin pieni tukipinta kertoo kuntoutujan epävarmuudesta asentoon ja tasapainoon. (Roxendal 1985, 21; Talvitie ym. 2006, 270.) Thornquistin ja Bunkanin (1991, 72) mukaan tärkein periaate alustasuhteelle on rakentaa keho alhaalta ylöspäin, jaloista päähän. Perusta vapaalle liikkeelle on ankkuroituminen alustaan.

Suhdetta alustaan voidaan harjoittaa ja havainnoida suuntaamalla kuntoutujan huomio lattian pintaan, jota hänen kehonsa koskettaa ja ohjata kuntoutujaa havainnoimaan ruumiin painoa erilaisissa asennoissa. Esimerkiksi varpaille nousu tai polvien koukistus muuttavat ruumiin painon tunnetta kontaktissa lattiaan. Harjoitteet tehdään painovoimaa vastaan. (Roxendal 1985, 21–22.)

5.3.2 Suhde keskilinjaan

Pystyasennossa keskilinja alkaa lattiasta jalkaterien välistä ja jatkuu koko ruumiin läpi suoraan ylöspäin aina päälakeen asti. Kun asento on tasapainoinen, jakautuu ruumiin paino tasaisesti keskilinjan molemmille puolille. Ylöspäin suuntautunut asentoa ylläpitävä voima, tasapainottaa painovoimaa. Mikäli alaspäin suuntautuva voima hallitsee asentoa, alkavat tietyt lihasryhmät jännittyä ja toiset puolestaan veltostua. Poikkeavuus linjasta aiheuttaa ongelmia ryhdin kanssa ylijännittyneiden lihasten vuoksi sekä voi häiritä ruumiin tasapainoa, jota ei tapahdu mikäli koordinaatio on oikeanlainen. Tämä muuttaa asentoa siten että yläselän kyfoosi suurenee, kaularangan lordoosi korostuu, polvet koukistuvat ja hartiat painuvat eteen. Jos taas ylöspäin suuntautuva ojentava voima on hallitseva, lihakset jännittyvät ja suhde alustaan heikkenee. Tällöin ihminen ei anna painon kohdata alustaa, joka aiheuttaa jännitystilaa kaikkialle perifeerisiin lihaksiin. (Roxendal 1985, 22; Roxendal 1987, 81–83; Muuro 2004, 25; Niiranen 2013, 28.)

Hyvän asennon ylläpitämiseen ihminen käyttää syviä lihaksia. Syvien lihasten lihassäikeet ovat lyhyitä ja toimivat vuorottelevasti, tästä johtuen syvät lihakset eivät tuota suurta voimaa, mutta jaksavat toimia pitkäkestoisesti. Asennon ollessa epätasapainoinen, ihminen joutuu käyttämään sen ylläpitämiseksi enemmän perifeerisiä lihaksia. Niillä on pidemmät säikeet kuin syvillä lihaksilla, mutta niiden kestävyys on rajallinen verrattuna syviin lihaksiin. Normaalisessa asennossa ilmenee pieni notko lanneselässä ja pieni kouru rintarangassa. Poikkeavuudet tästä asennosta saattavat aiheuttaa muutoksia keskilinjassa. (Niiranen 2013, 29.)

Suhdetta keskilinjaan ja alustaan harjoitetaan usein samoilla harjoitteilla, sillä esimerkiksi ylös ja alas suuntautuvat harjoitteet keskittyvät toimimiseen ja kokemiseen keskilinjassa sekä suhdetta alustaan. Keskilinjaan harjoitteiden tavoitteena on kehittää ruumiin asentoa kokonaisvaltaisten sekä yhdistelevien liikkeiden ja hengitysharjoitteiden avulla. Käsitystä keskilinjasta voidaan tehostaa erilaisilla kierto- ja kiertoliikkeillä. (Roxendal 1985, 22; Roxendal 1987, 81–83; Muuro 2002, 25.)

5.3.3 Ruumiin liikekeskus

Ihmisruumis voidaan jakaa kahteen liikekeskuksen osaan, alempaan ja ylempään. Alempi pitää sisällään alaraajat ja lantion sekä ylempi taas yläraajat, rintakehän ja pään. Ylempi osa pitää sisällään myös kommunikoinnin, hienomotoriikan sekä tunteet. Alempana kuuluvat voima ja liikkuminen. Roxendalin (1985, 22–23) mukaan varsinainen liikekeskus eli ruumiin keskikohta sijaitsee navan ja rintalastan välissä, sisältäen poikittaiset vatsalihakset, jotka ovat tärkeimmät lihakset ruumiin keskikohdan harjoitteissa. Liikekeskuksesta lähtevät sekä alemman että ylempään ruumiin osan liikkeet. Talvitie ym. (2006, 270) täsmentää ruumiin liikekeskuksen sijaitsevat kohdalla, jolla pallelihas kiinnittyy selkärankaan. Roxendalin (1987, 83–85) mukaan yhteisen liikekeskuksen alueena toimii pallean ja lantion välinen alue. Toiminnalliset osat ovat yhteydessä ruumiin keskiosan liikkeissä.

Liikekeskusharjoitteet voidaan aloittaa supistumis- ja laajentumisliikkeillä. Myöhemmin harjoitteisiin yhdistetään hengitysharjoitteet sekä koordinaatiota lisäämällä erilaiset variaatiot. (Roxendal 1985, 23.)

5.3.4 Hengitys

Hengitys mukaillee ruumiin liikkeitä ja muuttuu ruumiin aktiivisuuden mukaan. Hengitys saattaa ehkäistä tai päinvastoin yllyttää erilaisia tunteita. Esimerkiksi psyykinen trauma tai sairaus aiheuttaa pysyviä häiriöitä hengitykseen. Harjoitteissa pyritään ohjaamaan kuntoutujan ajattelu varsinaisesti hengityksestä pois ja rentouttamaan ruumista. Kuntoutujalle voidaan huomauttaa, että hengitys on automaattista. Hengitystä voidaan myös harjoitella ohjaamalla kuntoutujaa päästämään ääni sekä ulos- että sisäänhengityksellä. Harjoitukseen yhdistetään liikkeitä sekä ulos- että sisäänhengitykselle, jolloin harjoituksesta saadaan kokonaisvaltaisempi ja tehokkaampi. Hengitys- ja äänenkäyttöharjoitteet aiheuttavat helposti tunnepohjaisia reaktioita, jonka vuoksi terapeutin tulee ohjata ja suorittaa harjoitteet ammattitaidolla sekä huolellisesti. (Roxendal 1985, 23–24.)

Hengittäminen ja tunteet nähdään toisistaan riippuvaisina tekijöinä, sillä muutokset hengityksessä viittaavat siihen että kuntoutuja reagoi tunnetasolla. Tutkimisessa on ymmärrettävä koko ruumis psykologisena ilmiönä. On otettava huomioon kuntoutujan reagointi tutkimiseen, yleinen ruumiintuntemus ja ruumiinkuva. (Monsen 1992, 25.)

Hengitys vaikuttaa ratkaisevasti kaikkiin ruumiin toimintoihin. Sitä ohjaa autonominen hermosto, mutta siihen voidaan vaikuttaa myös tahdonalaisen hengitysmekanismin turvin. Autonomiseen säätelyyn kuuluvat mm. hengitysrefleksit kuten aivastaminen. Tahdonalainen säätely taas määrää esimerkiksi puheäänemme. Tämän hengitysmekanismin avulla säädämme hengitystä tukahduttamaan kokemuksiamme. (Monsen 1992, 25.)

Rentoutunut ja spontaani hengitys kulkee vapaasti hengitysteiden läpi ja muuntautuu sen mukaisesti, mitä siltä vaaditaan. Tällainen hengitys sallii lähtökohtaisesti tunteiden näyttämisen. Hengitys alkaa keskeltä palleaa ja leviää sekä alaspäin lantion suuntaan että ylöspäin rintakehään. Passiivinen uloshengitys tapahtuu kun sisäänhengityksessä venyneet osat rentoutuvat. (Monsen 1992, 26.)

A. Lowenin (1986) mukaan niukka hengitys kielii niukoista tunteista. Jatkuva epämiellyttävien tuntemusten torjuminen heijastuu hengitykseen. Joskus rintakehä voi jäädä pysyvästi laajentuneeseen asentoon joko ongelmallisen elämäntilanteen, tai pelkoa tai ahdistusta herättävän tilanteen jälkeen. Estynyt hengitys johtaa normaalia vähempään hapensaantiin, mikä taas aiheuttaa elimistön energiansaannin vähenemisen. Hengityksen tietoinen säätely ja tunteiden patoaminen ei ainoastaan vaikuta kokemiseen ja tiedollisiin toimintoihin, vaan myös todellisuudentajuun. Pystyasennossa spontaani hengitys sijoittuu pääasiallisesti keskiylävatsaan, johon liittyy pieni myötäliike rintakehän alaosassa. Makuuasennossa hengitys on syvempää ja se näkyy selvänä ylöspäin suuntautuneena liikkeenä rintakehässä. Koko hengitysaalto tulisi olla nähtävissä, muutoin hengitys on jostakin syystä estynyt. (Monsen 1992, 26–27.)

Herrala ym. (2008, 83–85) toteavat, että hengitys voi monella tapaa olla epätasapainoista. Liiallinen tai liian vähäinen hengitys on usein ruumiillisen ilmentymän seuraus. Useimpia ruumiillisia ilmentymiä kuvaavat tilat, joihin liittyy esimerkiksi ahdistuneisuutta, paniikkihäiriö, jännitys, psykosomaattinen oireilu ja kipu. Edellä mainitut tilat vaikuttavat hengitykseen, koska ruumiin valmistautuu toimimaan, kun tilanne koetaan vaaralliseksi tai hyvinvointia uhkaavaksi. Tihentyneen hengityksen myötä syke tihenee, josta normaalin rytmin menettämisen seurauksena saattaa olla rintakipu. Tihentynyt ja liiallinen hengittäminen laskee hiilidioksidin osapainetta veressä, joka krooniseksi muodostuneessa liikahengittämisessä reagoi voimakkaasti psyykkiseen tai fyysiseen stressiin ja niiden hengitysmuutoksiin ja ennestään alhaalla olevan hiilidioksidin osapaineen vuoksi.

Tietoisessa hengitysharjoituksessa tunnustellaan ja kuunnellaan hengitystä sekä ollaan harjoitteessa tietoisesti läsnä. Hengitykseen voidaan yhdistää liike tehostakseen hengitystä. Esimerkiksi harjoitteessa sisäänhengityksen aikana kädet viedään pään yli kämmenselät koskettaen alustaa sekä uloshengityksellä tuodaan kädet takaisin vartalon viereen. (Kataja 1996.) Hengitysharjoitteissa keskitytään sisätilan tyhjentämiseen eli aktiiviseen uloshengitykseen. Apuna voidaan käyttää puhallusta, suihinää ja ääntä. Aktiiviset harjoitteet usein vapauttavat ja antavat rohkeutta. (Martin 2010, 102.)

6 RUUMIINTUNTEMUSHARJOITTEET

Jotta terapeuttisesta harjoittelusta saataisiin paras mahdollinen hyöty irti, on energia harjoittelun aikana pystyttävä keskittämään vain suoritettavaan harjoitteeseen. Roxendal ja Winberg (2003, 93–94) toteavat kuntoutujan keskittymistä lisääviä asioita, joita on hyvä käydä esimerkiksi terapian aluksi läpi. Jotta ruumiintuntemusharjoittelu onnistuisi mahdollisimman hyvin, on tärkeää asettaa selkeät tavoitteet sekä olla realistinen niiden suhteen. Harjoittelu tulee aikatauluttaa ja jo ennalta suunnitella milloin ja mihin aikaan harjoitteet tehdään.

Terapeutin on hyvä kiinnittää huomio terapiatilaan. Suurta tilaa ei tarvita, mutta terapian ja kuntoutujan kannalta harjoitteet tulisi aina suorittaa samassa paikassa. B-BAT- ajattelun selkeän alustakontaktin kannalta paras harjoittelualusta on kova lattia tai ohut matto, joka tukee kuntoutujan tuntemusta alustasta. Harjoitteiden määrä sekä niissä käytettävä liikkeen määrä on hyvin riippuvainen kuntoutujasta ja hänen voimavaroistaan. Alussa liikkeet voivat olla pienempi ja joko muutaman toiston tai terapiakerran tai useiden terapiakertojen jälkeen liikettä voidaan suurentaa. Kuntoutujan kohdalla yksilöllinen terapiamenetelmä muodostuu pitkäaikaisella tekemisellä, jolloin samaa harjoitetta toistetaan useita kertoja. (Roxendal 1985, 18–19; Roxendal & Winberg 2003, 96–97.)

Harjoiteliikettä aloittaessa ensin kokeillaan ja etsitään oikeanlainen, keskittynyt ja rento suoritus harjoitteesta, jonka jälkeen liikettä voidaan tunnustella ja miettiä miltä se tuntuu. Toistaessa liikettä yhä uudelleen ja uudelleen, liikettä voidaan kehittää ja syventää sitä. Harjoittelun vähimmäiskesto tulisi olla kymmenen minuuttia, mutta mitä pidempään harjoite kestää, sitä enemmän siitä on hyötyä. On yksilöllistä kuinka pitkään kutakin harjoitetta tulisi tehdä, mutta harjoitteet ovat sen luontoisia, että niitä tulisi toistaa useita kertoja. Näin voidaan kokea harjoitteen todellinen hyöty. Lisäksi harjoitteet tulisi suorittaa ilman musiikkia. (Roxendal 1985, 18–19; Roxendal & Winberg 2003, 93–95, 96–97.)

Harjoittelussa voidaan käyttää välineitä ja usein ne rentouttavat tunnelmaa ja auttavat keskittymään. Tuimala (2013) suosittelee ruumiinkuvan eheyttämisharjoitteissa peilin hyödyntämistä. Kun kuntoutuja tarkkailee itseään peilistä tehden samalla terapeutin ohjaamia liikkeitä, saa hän uudenlaisia havaintoja omasta kuvastaan ja ruumiin toiminnasta. Tuimala toteaa, että esimerkiksi syömishäiriöpotilaille peilin käyttö harjoitteissa voi olla rankkaa, mutta konkreettinen kuva ruumiista auttaa aivoja työstämään kuvaa ruumiista kohti tasapainoa. Myös Roxendal (1987, 93) toteaa, että peiliä voidaan käyttää apuvälineenä harjoitteissa tehostamaan oman kuvan tunnistamista ja hyväksymistä. Oman peilikuvan hyväksymisellä on Roxendalin mukaan merkitys myös sosiaalisiin suhteisiin.

Yhdistämme harjoitteissa Roxendalin ja Winbergin (2003, 97) teoksessa esiteltyjä harjoitteita sekä Skjaervänin (2002) Roxendalin harjoitteiden pohjalta uudistettuja harjoitteita. Olemme soveltaneet ja yhdistelleet harjoitteita, jotta ne olisivat mahdollisimman tehokkaita sekä selkeitä fysioterapiaopiskelijoille. Harjoitteisiin on yhdistetty Martinin ym. (2010, 153) esittelemiä hengitysharjoitteita. Hengitysharjoitteet yhdistämme harjoitteisiin, sillä ruumiintuntemusharjoittelu tehostuu, kun liikkeisiin yhdistetään tietoinen harjoittelu. (Roxendal 1985, 24; Kanstrén & Pind 2002, 7.)

Hengityksen ja liikkeen yhdistäminen saattaa tuntua paljonkin harjoitteita tehneelle hankalalta, sillä monelle kahden asian yhtäaikainen tekeminen hankaloittaa harjoitetta. Hengittämiseen ei yleisellä tasolla yhdistetä käsien, jalkojen ja selän liikkeitä. Niillä tehtyjä liikkeitä voidaan käyttää harjoituksissa, sillä silloin mieli ei keskity pelkästään hengitykseen ja sen kontrollointiin. Kehittämisen myötä liikkeeseen yhdistetään tietoinen hengitys. Liikkeiden yhdistäminen hengitykseen auttaa virtaamiseen ja rytmiin, jolloin tietoisesti voidaan tukea luonnollista hengitysliikettä. Hengityksen suuntaa voidaan tunnustella ja suuntaa voidaan vaihtaa jos se tuntuu kuntoutujalle paremmalta. (Roxendal & Winberg 2003, 96–97; Martin ym. 2010, 153.)

Olemme valinneet harjoitteisiin kolme psykofyysisen fysioterapian työssä käytettyä alkuasentoa: makuu- istuma- ja seisoma-asennon. Ajatuksena eri alkuasentojen käytössä on mahdollisimman laaja näkökulma psykofyysisen fysioterapian ruumiintuntemusharjoitteisiin. Harjoitteiden tavoitteena on saada opiskelijalle näkemys siitä, että kuntoutuja ei tule fysioterapiaan vain yhden vaikutusalueen harjoitteluun. Lääkärit eivät kirjoita läheteitä esimerkiksi keskilinjän tukemiseen. Tämän takia jokaisessa harjoitteessa painottuu usea eri ruumiintuntemusharjoittelun vaikutusalue, jotta harjoitteet vastaisivat psykofyysisen fysioterapian harjoittelussa tarvittavia taitoja ja valmentaisivat opiskelijaa alan vaatimuksiin. Lisäksi harjoitteissa painottuu kuntoutujan oma tekeminen ja oman oivalluksen kautta oppiminen. Painotus perustuu Monsenin (1992, 50) tekstiin, jossa hän painottaa ruumiintuntemusharjoittelussa kuntoutujan työskentelemistä itsensä kanssa sekä saamaan vahvemman yhteyden ruumiiseensa.

Esimerkiksi venytys suoraksi - koukistus pyöreäksi sekä stabiilin istuma-asennon ja keskilinjän harjoitteet ovat melko monivaiheisia ja pitkiä harjoitteita, jonka vuoksi ne voivat kokonaisuudessaan olla vaikea toteuttaa ruumiintuntemusharjoittelussa. Harjoitteet eivät ole suunniteltu niin, että ne tulisi toteuttaa juuri opinnäytetyössä olevassa muodossa, vaan harjoitteita voidaan eriyttää ja pilkkoa pienempiin osiin kuntoutujan voimavarojen mukaan. Yhtä harjoitteen osaa voidaan tehdä useammallakin fysioterapiatapaamisella. (Lamio 2013; Tähtinen & Kuoppala 2013.)

Harjoitteiden ohjauksessa käytetään ilmaisun ruumis sijaan ilmaisua keho, sillä keho luo elävämmän kuvan kuntoutujalle itsestään. Ruumis- sana saattaa johdattaa kuntoutujaa näkemään itsensä kuolleena, joka ei harjoitteiden tavoitteiden mukaan edistä ruumiintuntemusta, hallintaa sekä tiedostamista.

6.1 Harjoitteet makuuasennossa

Elämän ensimmäinen asento on makuuasento, jossa ihminen viettää suuren osan elämästään. Jo hetkellinen makuuasennossa rauhoittuminen auttaa ihmistä elpymään, ja rentoutuminen on yhtä tärkeää kuin työnteko.

Ruumiintuntemusharjoittelussa pelkästään lepo on tietoinen harjoite.

Makuuasennossa tehdyt harjoitteet valmistavat ruumista muihin harjoitteisiin, sillä makuuasennossa, silmät kiinni rentoutuessa on mahdollista tuntea ja tulkita ruumiin signaaleja, jolloin laaja-alainen alustasuhteen tunnustelu ja tiedostaminen korostuvat. (Roxendal & Winberg 2003, 103.)

Makuuasennon tunnustelu ja hengityksen kuuntelu

Harjoitteet makuuasennosta voidaan aloittaa makuuasennon tunnustelulla.

Tunnustelu perustuu terapeutin ohjaamiin kysymyksiin ja kuntoutujan omaan havainnointiin ja tuntemuksiin kehostaan. Tunnusteluharjoite painottaa tietoista läsnäoloa, suhdetta alustaan, keskilinjan tuntemista sekä hengitystä. (Roxendal & Winberg 2003, 104–105; Lamio 2013.)

Kuntoutuja asettuu makaamaan lattialle selinmakuulle. Pään ja polvien alle voidaan asettaa tyyny. Terapeutti ohjeistaa kuntoutujaa laittamaan kädet vatsan päälle lepäämään niin, että ne ovat navan ja rintalastan välissä. Sormet saavat olla irrallaan ja kyynärpäät saavat levätä lattiaan. Kuntoutuja saa sulkea silmät.

Hengityksen kuuntelun ohjauksessa kuntoutujalla voidaan muistuttaa, että ei ole väärää tapaa hengittää, vaan jokaisella on oma tapa. Kuntoutuja siis keskittyy kuuntelemaan juuri hänen omaansa hengitystä. (Kataja 1996, 22–23; Skjaerven 2002, 7; Roxendal & Winberg 2003, 104–107; Lamio 2013.)

”Aloita tunnustelemaan mitä tapahtuu käsien alla vaihtamatta asentoa? Pidä yllä tietoista tuntemusta lähellä palleaa. Pyri antamaan hengitykselle vapaus. Anna sen tulla ja mennä sellaisena kuin se on, ilman ajattelua onko hengitys oikein vai väärin, hyvin tai huonoa. Ota hetki aikaa löytääksesi paikan ja rytmin sekä sopeutuakseni tilanteeseen. Tulet tietoisiksi kuinka vatsa liikkuu aaltomaisesti käsiesi alla. Voit tutkia kuinka pieni häiriö vaikuttaa hengitykseen ja sen jälkeen antaa sen virrata vapaata.” (Skjaerven 2002, 7–8.)

Rauhallisen hengityksen löytymisen ja sen kuuntelemisen jälkeen terapeutti ohjeistaa kuntoutujaa keskittymään lattiaan ja kehottaa ajatuksella käymään mikä kohta kehosta on kontaktissa lattiaan. Kontaktin tunnustelu voidaan aloittaa kantapäistä, sillä Thornquistin ja Bunkanin (1991, 72) mukaan tärkein periaate alustasuhteen harjoittamiselle on rakentaa kehoa alhaalta ylöspäin, jaloista päähän. Kantapäistä edetään tietoisella ajattelulla rauhallisesti pohkeisiin, reisiin sekä lonkkiin. Terapeutti ohjaa kuntoutujaa keskittymään mikä osa kehosta koskettaa lattiaa. Pienen tauon jälkeen, terapeutti ohjeistaa kuntoutujaa jatkamaan tietoista ajattelua ja keskittymistä lattiaan edeten kehoa ylöspäin. Ihmeellisiä tunteuksia ei haeta, vaan ”kehonskannaus” on asennon tunnustelun tavoitteena. Makuuasennon tunnustelun ja hengityksen kuuntelun jälkeen voidaan keskustella kokemuksista ja tunteuksista sekä siirtyä varsinaiseen harjoitukseen. (Skjaerven 2002, 8; Roxendal & Winberg 2003, 104–108.)

Harjoite 1: Jalat yhteen

Harjoitteen tavoitteena on tuoda jalat yhteen niin, että liike tulee kehon keskuksesta. Terapeutti ohjeistaa kuntoutujan makaamaan selinmakuulla, kädet kehon vieressä. Terapeutti kehottaa kuntoutujaa kuuntelemaan omaa hengitystä ja rauhoittumaan asentoon. Kun kuntoutujan hengitys tasaantuu, aletaan hengityksen tahtiin lisäämään liikettä. Terapeutti ohjaa kuntoutujaa asettamaan jalat yhteen niin, että ne painautuvat toisiaan vasten. Reidet, polvet ja nilkat saavat koskettaa toisiaan keskilinjassa. Hetkellisen jännityksen jälkeen jalat saa päästää rennoksi ja irralleen toisistaan. Terapeutti ohjeistaa kuntoutujaa ottamaan liikkeeseen mukaan hengityksen. Sisäänhengityksellä jalat tulevat yhteen ja uloshengityksellä ne erkanevat. Hengityksen suuntaa voidaan vaihtaa, jalat voidaan tuoda yhteen uloshengityksellä ja antaa niiden erkaantua sisäänhengityksellä. (Skjaerven 2002, 12; Roxendal & Winberg 2003, 107.)

Harjoitetta jatketaan viemällä jalat yhteen tunnustellen kehon jännitystä, jonka jälkeen jalkojen annetaan erkaantua. Liikettä jatketaan tasaisesti tasaisessa rytmissä. Aluksi saattaa tuntua, että voima liikkeeseen tulee jaloista tai alavatsasta, kuntoutujaa voidaan ohjeistaa tunnustelemaan missä tuntuu jännitystä, mikä osa kehosta on jännittyneenä. Jalkojen jännityksen hellittämisen jälkeen

kuntoutujaa voidaan ohjata tunnustelemaan jännityksen ja rentouden eroa. (Roxendal & Winberg 2003, 107; Martin ym. 2010, 153.)

Jalkojen yhteen tuominen ja samalla kehon keskuksen jännityksen tunteminen on harjoituksen päätavoite. Jalkojen päästäminen erilleen ei ole kuitenkaan rentoutumisharjoitus, vaan harjoite jonka avulla voidaan etsiä tasapainoa jalkojen yhdistämisen ja erilleen päästämisen välillä, sekä jännityksen ja rentouden välillä. Kun harjoitteen tempo on nopea, jalat pääsevät erilleen sen verran, että kuntoutuja saa voimaa yhdistää ne uudelleen. Toisaalta taas kun tempo on nopea, voidaan vähentää voimaa, joka vie jalat yhteen. (Roxendal & Winberg 2003, 107; Martin ym. 2010, 153.)

Pienen harjoittelun jälkeen liikkeen voi antaa jatkua ikään kuin rytmisenä aaltoliikkeenä. Aaltoliike saa nopeutua ja yhä nopeutua, jolloin liikkeestä tulee voimakas ja ikään kuin leikkisä. Harjoitus voidaan päättää makaamalla hetki selällään. Kädet voidaan asettaa vatsan päälle ja hetki kuunnella hengitystä ja kehoa. (Roxendal & Winberg 2003, 107–108; Skjaerven 2002, 7, 12.)

Harjoite 2: Venytys suoraksi – koukistus pyöreäksi

Tavoite ohjatuissa venytysharjoitteissa on auttaa kuntoutujaa rentouttamaan hengitysrefleksit sekä fysiologisen prosessin. Venytys suoraksi – kehon koukistus pyöreäksi harjoittaa liikekeskusta, jossa aktiivisesti yhdistetään ala- ja ylävartalon liikkeitä. Lisäksi harjoite harjoittaa keskilinjaa, sillä harjoite tehdään keskilinjassa, jossa molemmat puolet ruumiista mukailevat symmetrisesti samaa liikerataa. Harjoitteessa tulee myös liikkeen virtauksen harjoitusta sekä hengityksen tiedostamista. (Skjaerven 2002, 14; Roxendal & Winberg 2003, 108.)

Kuntoutuja makaa lattialla selinmakuulla, jalat suorana ja kädet symmetrisesti suorana pään yläpuolella. Mikäli kuntoutujalla on ongelmaa pitää kädet pään yläpuolella, harjoitetta voidaan tehdä kädet kehon vierellä. Terapeutti ohjaa venyttämään käsiä niin pitkälle kuin pystyy, pitämään hetken ja rentouttamaan. Seuraavaksi terapeutti ohjaa venyttämään jalkoja pitkiksi, pitämään hetken venytyksen ja rentouttamaan jalat muutaman kerran, jonka jälkeen kuntoutuja

ohjataan venyttämään käsiä ja jalkoja yhtä aikaa antaen ajatuksen venytyksestä olemalla venyvä kuminauha. Kuntoutujaa voi kehottaa tunnustelemaan tuleeko venytys keskeltä. Lisäksi voidaan antaa ajatus kehon venymisestä pitkin keskilinjaa sormiin ja varpaisiin asti. Koko kehon venytystä voidaan jatkaa noin kymmenen kertaa kuntoutujan voimavarojen ja motivaation mukaan. (Skjaerven 2002, 14–15; Roxendal & Winberg 2003, 108–109.)

Koko kehon venytykseen lisätään vastaliikkeeksi kehon koukistusliike. Terapeutti ohjaa kuntoutujan venytyksestä koukistamaan jalat ja tuomaan kädet säärien päälle. Kuntoutuja saa levätä hetken asennossa ja tunnustella sitä. Terapeutti voi muistuttaa rauhallisesta hengityksestä ja ohjata seuraavaksi kuntoutujaa kiinnittämään huomio uloshengityksellä siihen, että jalat tulevat lähemmäs vatsaa ja rintakehää. Sisäänhengityksellä hengitykselle saa antaa tilaa ja päästää jalkoja hieman kauemmas vatsasta. Kuntoutuja hengittää muutaman kerran rauhassa sisään ja rauhassa ulos, jonka jälkeen liikesarja aloitetaan uudelleen koko käsien venytyksellä. Ajan myötä voidaan harjoitteeseen lisätä voimaa, jolloin venytyksestä tulee voimakkaampi. (Roxendal & Winberg 2003, 108–112.)

6.2 Harjoite istuma-asennossa

Roxendal ja Winberg (2003, 116–117) toteavat, että meistä tulee yhä enemmän ja enemmän “istuvaa” kansaa. Jatkuva kouluttautuminen ja pitkä koulutie pakottavat sekä lapset että aikuiset istumaan monta vuotta elämästään koulun penkillä. Vapaa-ajalla istumme mielellämme television edessä. Istumme autossa tai bussissa matkalla töihin ja kotiin. Istumme ajaen koneita, jotka tekevät työn puolestamme. Vaikka koneet ovat helpottaneet työtä ja työn kuormittavuutta, ovat selkä- ja niskaongelmat suuri yhteiskunnallinen ongelma.

Istumaharjoitteessa suhde alustaan on erilainen. Hyvää asentoa haetaan tukevasta asennosta, jossa jalat ovat tukevasti maassa ja vartalo on hallittuna suorana sekä ryhdikkäänä. Harjoite sisältää keskilinjan hakemista käyden keskilinjan ulkopuolella sekä edessä ja takana että sivuilla. Yksinkertainen harjoite kehittää keskilinjaa ja sen hahmottamista, alusta suhdetta, istumatasapainon ja stabiilin asennon etsimistä. Kun istuma-asento on luonnollinen ja oikeanlainen, kehon

syvät, asentoa ylläpitävät lihakset aktivoituvat. Tällöin istumatasapainon ylläpitäminen ei vaadi minkäänlaisia ponnisteluja. (Skjaerven 2002, 19–20; Roxendal & Winberg 2003, 116.)

Harjoite 3: Stabiili istuma-asento ja keskilinjan hakeminen

Harjoitteeseen tarvitaan käsi- ja selkänöjaton tuoli, jossa on tasainen istuin. Terapeutti ohjaa kuntoutujan istumaan tuolin etuosaan, kuitenkin niin että asento ei kallistu selkäpuolelle. Kuntoutujan kädet saavat levätä polvien päällä. Hyvää asentoa haettaessa terapeutti voi ohjata kuntoutujaa kääntämään päätä puolelta toiselle kevyesti, jotta lihasjännitys niskasta poistuisi. Jalat tulisi pitää hieman erillään toisistaan, mutta tukevasti maassa suoraan polvien alapuolelle, jotta selän asento olisi vakaa ja stabiloitu. Lattiasta voidaan ottaa kiintopiste, johon katse voidaan kohdistaa. Kuntoutujaa voidaan ohjata nojamaan hieman eteenpäin sekä ohjata kehon painon siirtyä jaloille niin, että asento tuntuu hyvältä ja vakaalta. Kädet saavat levätä reisien päällä niin, että käsivarret voivat olla rentoina. (Skjaerven 2002, 19; Roxendal & Winberg 2003, 116–122.)

Seuraavaksi kuntoutujaa ohjataan tunnustelemaan istuinkyhmyjen kontaktia alustaan vajoamalla ensin kasaan, ja sen jälkeen suoristamalla keho suoraan ylöspäin keskilinjaa pitkin. Ohjauksessa kuntoutujalle ei puhuta istuinkyhmyistä, vaan voidaan ohjata tunnustelemaan suhdetta tuoliin sivulta sivulle ja edestä taakse liikkeiden avulla. Liikkeet tehdään pehmeästi ja hitaasti kiinnittäen huomio siihen, että vajoaminen ei mene liian alas tai nouse liikaa suoristaessa kehoa.

Vajoamisharjoitteen jälkeen ohjataan kuntoutujaa hakemaan keskilinjaa sivuttaissuunnassa. Kuntoutujaa ohjataan liikkumaan pienin liikkein puolelta toiselle, jotta tasapaino löytyy molemmin puolin. Tämän jälkeen liikutaan ensin eteen ja taakse keskilinjasta. Kuntoutujaa kehoitetaan etsimään ääripäistä keskilinja ja asento, jossa on hyvä istua. Terapeutti voi huomauttaa, että keskilinja sijaitsee usein edempänä kuin luullaan. Keskilinjan löydyttyä kuntoutuja voi tuntea vakaan ja vapaan asennon. (Skjaerven 2002, 20; Roxendal & Winberg 2003, 116–119.)

Stabiilin istuma-asennon löytymisen jälkeen, terapeutti voi ohjeistaa kuntoutujaa hieman liikkumaan asennossa sekä tunnustelemaan asentoa:

” Kohota asennossa hartioita, ja anna niiden tippua alas rentouttaaksesi kehosi. Kierrä ylävartaloasi kevyesti muutaman kerran, ja kiinnitä samalla huomiota niskaan. Kierrä kevyesti päätäsi ja nyökkää muutaman kerran. Tämän harjoitteen tarkoituksena on löytää aktiivinen istuma-asento ilman pinnallisten lihasten toimintaa.” (Roxendal & Winberg 2003, 120–123.)

6.3 Harjoite seisoma-asennossa

Seisten tehdyissä harjoitteissa tukipinta-ala on paljon suppeampi kuin maaten tai istuen. Ruumiin paino kuitenkin kohdentuu vain jalkateriin, jolloin alustasuhteen tunnustelu tuo jälleen erilaista kokemusta kehosta. Seisten tehtävässä harjoitteessa pyritään löytämään tasapainoinen pystyasentoa vertikaaliakselilla. Tasapainoissa asennossa painovoima vetää alaspäin, mutta samalla ojennusrefleksit vetävät ruumista ylös. Harjoitteen tavoitteena on löytää asento ja tuntea fyysisesti kevyt- ja psyykkisesti hyvä olo. (Dropsy 2000, 39; Roxendal & Winberg 2003, 17; Pitkänen 2004, 1–2.)

Harjoite 4: Kierto

Skjaerven (2002, 28) toteaa, että Dropsyn mukaan kiertoliike on yksi ihmisen perusliikkeistä. Harjoite aloitetaan pystysuoran akselin mukaisesta asennosta, jossa kireyksiä ei ole ja hengitys kulkee vapaasti omalla rytmillään. Terapeutti ohjaa kuntoutujaa ottamaan lantion levyisen haara-asennon. Polvet saavat jäädä pehmeiksi ja muu keho levätä rentona jalkojen päällä. Kuntoutujaa ohjataan pienten painonsiirtojen kautta hakemaan tasapainoista asentoa. Liikkua voidaan eteen ja taakse sekä sivulta sivulle, jolloin keskilinja löydetään käyden sen ulkopuolella. (Roxendal & Winberg 2003, 140.)

Harjoite on tasapuolinen, sillä mikään kehonosa ei ole aktiivisempi kuin muut. Terapeutti ohjeistaa kuntoutujaa kiertämään kehoa niin, että liike lähtee keskeltä ja levittäytyy pitkin keskilinjaa. Huomio keskitetään kehon keskustaan, mutta samalla ollaan tietoisia koko kehosta. Pehmeä liike edellyttää, että keho johtaa

liikettä. Kiertoliikkeessä mukana ovat koko keho jaloista rintaan ja selkään sekä käsiin ja niskaan, kuitenkin ilman että jalkapohjat irtoavat lattiasta. Kädet saavat roikkua vapaana kehon vierellä, mutta eivät saa johtaa liikettä. Pää saa seurata liikkeen mukana, silmät pidetään auki, mutta katse saa vilkuilla lattiaan.

Terapeutti voi rohkaista kuntoutujaa sanomalla: Sinä itse kierrät itseäsi! Kun liike tuntuu varmemmalta, nostetaan katse kokonaan horisontaalitasoon. Liike siirtyy tällöin jaloista silmiin saakka. Terapeutti ohjaa kuntoutujaa hengittämään vapaasti liikkeen mukana. Harjoite aloitetaan pienestä liikkeestä kuitenkin koko ajan kasvattaen sitä. (Skjaerven 2002, 28; Roxendal & Winberg 2003, 141.)

Kun kuntoutuja kokee, että liike on vakaa keskilinjassa ja tuntuu turvalliselta, kuntoutujaa voidaan kehottaa rentoutumaan ja lepäämään liikkeessä. Kun harjoite liikkuu pitkin keskilinjaa ja lähtee keskuksesta, liikkeeseen tulee mukaan kehon kierrosta tuleva voima ja liike alkaa tehdä itseään. Terapeutti ohjeistaa useasti kuntoutujaa tietoiseen ajatteluun ja pohtimaan lausetta: minä kierrän itseäni tässä tilassa. Huomiota kiinnitetään muun muassa liikkeen ja hengityksen suhteeseen, liikkeen virtaukseen, rytmiin ja tietoisuuteen. (Skjaerven 2002, 28; Roxendal & Winberg 2003, 140–142.)

Harjoite on hyvä päättää liikkeen sammuttamiseen eli hiljalleen pienennetään liikettä ja annetaan sen ”sammua pois” (Lamio 2013).

6.4 Ohjaussanat

Harjoitteiden kirjallisessa selityksessä olemme pyrkineet käyttämään opiskelijaa ohjaavaa -muotoa. Harjoitteet on kirjoitettu niin, että opiskelija huomaa, mitä voi kuntoutujalle huomauttaa ja miten ohjata. Ohjaussanoista tehtiin erillinen harjoitteiden ohjaussanojen käsikirjoitus, joka löytyy työstä liitteenä. Käsikirjoitus oli apuna harjoitteiden kuvaamisessa eli videoissa esiintyvät ohjaussanat löytyvät myös käsikirjoituksesta.

Ohjaussanoja on harjoitteiden varmistuttua käyty läpi yhdessä Auran fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutti korostaa ohjauksessa rauhallista ja selkeää kieltä. Lisäksi B-BAT- harjoitteiden ohjauksesta tulee jättää tuntemusten tai kokemusten arvottaminen pois, jolloin käytetään toteavaa tapaa. Lisäksi

harjoitteissa ei voida kertoa kuntoutujalle, miltä liikkeen tulisi tuntua tai minkälainen kuntoutujan olo tulisi olla. Tämä saattaa johtaa mielenterveyskuntoutujilla ahdistuksen syntyyn, koska mikäli tunne ei ole terapeutin sanojen mukainen, koetaan että harjoite tehdään väärin ja ahdistutaan. Fysioterapeutti mainitsee myös oman kokemuksensa perusteella, että kuntoutujalla on hyvä korostaa harjoitetta tehdessä omaa tapaa ja lupaa olla omanlainen. Harjoitteissa, joissa jännitetään ja rentoutetaan, fysioterapeutti ohjaa käyttämään mieluummin muotoa ”hellitä”, sillä muoto ”rentouta” on usein varsinkin psykoosipotilaille hyvin haastavaa. Hellitä -muoto on sallivampi, eikä ohjaa ajatusta pakonomaiseen rentouden tunteeseen. (Lamio 2013.)

7 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää tekstin, joka vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja miten olet työtä tehnyt. Lisäksi työssä on tultava esiin millainen työprosessi on sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin työn edetessä on tultu. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10).

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tekstiosan lisäksi varsinainen tuotos eli produkti (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 65.) Produktin tekstissä tulee käyttää kohderyhmälle ymmärrettävää tekstiä, huomioon tulee ottaa kohderyhmän aikaisempi tietämys aiheesta sekä produktin käyttötarkoitus ja tavoite. (Vilka & Airaksinen 2003, 51). Tämän opinnäytetyön tuotoksena on viisi lyhyttä opetusvideota. Tuotoksen kohderyhmänä ovat fysioterapiaopiskelijat, joilla on jo aiempaa tietämystä aiheesta psykofyysisen fysioterapian opinto-osuuden pohjalta. Tämä produkti on tarkoitettu opiskelu- ja kertausmateriaaliksi sekä teoriaopetuksen konkretisoimiseksi.

Perehdyimme työtä varten opiskelumateriaalin ominaisuuksiin ja laadun takaamiseen. Commonwealth of Learning- järjestön (2005) mukaan oppimateriaalin tulee olla samalla tietotasolla opiskelijoiden kanssa, jotta oppimateriaalin hyödyntäminen onnistuu. Opetushallinto (2012) on määrittänyt verkkomateriaalin laatukriteereitä, joissa mainitaan, että kaikkia oppimisen hyviä piirteitä ei voida sisällyttää opiskelumateriaaliin. Opiskelumateriaali voi kuitenkin tukea joitain oppikokonaisuuksia paremmin sekä tarjota työkaluja oppimisen soveltamiseen. Olemme suunnitelleet opiskelumateriaalimme fysioterapiaopiskelijoille, joilla oletamme jo olevan tietoa psykofyysisen fysioterapian kurssin ansioista. (Commonwealth of Learning 2005, 11; Opetushallinto 2012.)

Opiskelumateriaalin hyödyntäminen tehostuu, kun tieto esitetään käyttäen hyviä esimerkkejä. Tuotoksen pohdinnassa olemme pohtineet harjoitteita ja antaneet esimerkkejä ohjaussanoista, jotka voivat luoda kuntoutujalle ahdistuneen tai väärin ymmärretyn kuvan ohjeesta. Lisäksi olemme tuoneet esiin esimerkiksi erilaisten mielenhäiriöongelmien luomia rajoitteita harjoitteille. (Commonwealth of Learning 2005, 11.)

Opinnäytetyön kokonaisuuden arvioiminen kuuluu opinnäytetyön oppimisprosessiin. Arvioinnissa voidaan tarkastella toiminnalliselle opinnäytetyölle ominaisia aiheita, kuten työn ideaa, asetettuja tavoitteita, teoreettista viitekehystä ja tietoperustaa sekä kohderyhmän valintaa. (Vilkkä ym. 2003, 154). Tätä opinnäytetyötä ja sen tavoitteiden toteutumista arvioidaan pohdinnassa.

Kivistö (2003, 9) määrittää tuotteistamisen tarkoittavan palvelutuotannon suunnittelua ja kehittämistä niin, että se vastaa asiakkaiden tarpeita. Sipilä (1996, 12) täsmentää tuotteistamisessa tarjottavan palvelun määrittelyä, suunnittelua ja kehittämistä, jotta asiakas saa maksimaalisen hyödyn sekä tuottajan tulostavoite saavutetaan. Edellytys tuotteistamiselle on palvelun sisällön, laadun sekä palvelua käyttävän kohderyhmän tarkentaminen.

Kun tuotteistetaan asiakaspalvelua, tulee tuotteistamisprosessin kanssa lähteä liikkeelle aiheen syvällisestä ymmärryksestä. Täysin tuotteistettu palvelu voidaan julkaista varsinaisen tuotoksen muodossa, kuten atk-ohjelmistona tai kirjana. (Sipilä 1996, 12–13.) Opinnäytetyömme tuotteistuksen tuotoksena ovat lyhyet videot ruumiinhahmotusharjoitteista. Kivistö jakaa tuotteet kahteen luokkaan määrittelemällä tuotteen asiasisällön joko suppeaksi tai laajaksi. Esimerkiksi suppeasti määritelty tuote tarkoittaa materiaalista tuotetta tai palvelutapahtumaa osana laajempaa kokonaisuutta. Laajasti määritelty tuote saattaa sisältää palvelukokonaisuuden, jolloin tuote voi olla yhden ammattiryhmän tuottama tai moniammatillisesti tuotettu. (Kivistö 2003, 8.) Tässä opinnäytetyössä tuotettu produkti on suppea, sillä videoissa esitetyt harjoitteet ovat vain perusharjoitteet liittyen ruumiin hahmotukseen, ja niitä voidaan varioida monella eri tavalla.

Tuotteistamisen tuoteideat voivat perustua oman idean keksimiseen, markkinoiden systemaattiseen tutkimiseen tai kaiken muun kuin markkinoiden tutkimiseen (Sipilä 1996, 35). Saimme opinnäytetyöhön tuotteistamisen tuoteidean koulun opettajalta, joka on huomannut tarpeen tuottamalle tuotteelle. Sipilä nimeää tuoteideasta seuraavan vaiheen esiselvitysvaiheeksi, joka sisältää

toteutusmahdollisuuksien selvittämistä. Vasta tämän jälkeen voidaan pohtia kannattaako tuotteistamisessa siirtyä kehitysvaiheeseen.

Jämsän ja Mannisen (2000, 28) mukaan sosiaali- ja terveystalalla tuotteiden suunnittelu ja kehittäminen jäsentyy tuotekehittelyn viiden perusvaiheen mukaan. Mikäli päätös tuotteesta ja sen ominaisuuksista on tehty jo alkuvaiheessa, on pääpaino itse tuotteen valmistamisessa. Tuotekehittelyn ensimmäinen vaihe on kehittämistarpeen tunnistaminen, jota seuraa ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja lopuksi viimeistely. Vaiheesta toiseen siirtyminen ei edellytä edellisen vaiheen päättymistä.

Tuotteistamisprosessi kuvaa vaiheita, joiden tuloksena on tuote, joka vastaa asiakkaan tarvetta. Tuotteistamisen onnistumisen edellytyksenä on selkeäksi määritelty tavoite tuotteistamiselle sekä kaikille tuotteistukseen osallistuville miksi tuotteistetaan ja mikä merkitys sillä on. Kivistö (2003, 9, 168) erottaa Jämsän & Mannisen (2000, 28) tuotekehittelyn viidestä vaiheesta poiketen tuotteistamisprosessista neljä vaihetta, jotka ovat valmistelutyö ja selvitykset, tuotteiden muodostaminen ja niiden hinnoittelu, tuotteiden markkinointi sekä tuotteiden kysynnän seuranta ja laadun kehittäminen.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Jämsän ja Mannisen (2000, 28) esittämän tuotekehittelyn viiden perusvaiheen mukaan. Koimme sen sopivan paremmin työmme ohjenuoraksi, sillä työn produktia ei ole tarkoitettu markkinoitavaksi, ja näin ollen kysyntää ei ole tarkoitus seurata eikä laatua kehittää tällä erää.

7.1 Kehittämistarpeen arviointi

Uuden tuotteen kehittämisen tavoitteeksi voidaan asettaa täysin uuden materiaallisen tuotteen kehittäminen vastaamaan nykyisen tai uuden asiakaskunnan tarpeita (Jämsä & Manninen 2000, 30). Tässä tapauksessa kehittämistarpeen tunnistaminen on opettajalta saatu idea video-opiskelumateriaalin suunnittelusta ja toteuttamisesta teoriaopetuksen tueksi sekä kertausmateriaaliksi opiskelijoiden käyttöön.

7.2 Ideointi

Kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu, käynnistyy ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi (Jämsä & Manninen 2000, 35). Opettajamme kertoi jo opinnäytetyön aihetta esitellessään, että toivoo psykofyysisen fysioterapian kurssille video-opiskelumateriaalia. Toteutusmahdollisuuksia ei siis sen kummemmin tarvinnut miettiä. Aiheen valittuamme kävimme keskustelua siitä, millaisia videot voisivat olla ja miten ne julkaistaan. Pohdimme verkkojulkaisun mahdollisuutta, dvd -muotoista tallennusta, ja yksinkertaisesti muistitikulle tallentamista. Päädymme tallentamaan valmiit videot muistitikulle, joka luovutetaan yhdessä kirjallisen tuotoksen kanssa opettajalle. Muistitikulta videot ovat helposti jaettavissa opiskelijoiden käyttämälle verkko-opintoalustalle sekä sitä voi kuljettaa oppitunneille mukana.

7.3 Luonnostelu

Kun on tehty päätös siitä millainen tuote aiotaan suunnitella ja valmistaa, käynnistyy tuotteen luonnostelu. Tuotteen luonnostelu perustuu asiakasanalyysin laadintaan, jossa selvitetään asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tarpeita ja odotuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteen ensisijaisia käyttäjiä ja hyödynsääjiä eivät kuitenkaan aina ole asiakkaat, vaan hyöty tuotteesta tulee välillisesti esimerkiksi hoitohenkilökunnan kautta. Kun suunnittelussa otetaan huomioon molempien osa-puolten näkökohdat, saadaan tuote ja sen asiasisältö vastaamaan tarkoitustaan. (Jämsä & Manninen 2000, 43–48.)

Ennen tietoperustan kirjoittamista kävimme tekemässä alkuhaastattelut Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrisessa säätiössä sekä Päijät-Hämeen keskussairaalamme. Haastateltavina toimivat psykofyysiset fysioterapeutit, joilta pyrittiin saamaan näkökulmaa siihen, mitä opiskelijoille olisi hyvä opettaa psykofyysisen fysioterapian kurssilla ja mitkä ovat todellisuudessa työelämän osaamistarpeet. Tämän jälkeen aloitettiin luonnosteluvaihe.

Tuotteen luonnostelu aloitettiin perehtymällä ruumiinhahmotusharjoitteiden ja psykofyysisen fysioterapian tietoperustaan. Tätä seurasi kirjallisen tuotoksen kirjoittaminen, ja vasta tämän jälkeen oli vuorossa itse videomateriaalin

kuvaaminen. Koska kyseessä on omakustanteinen opinnäytetyö, ei videomateriaalia tulla monistamaan konkreettiseksi levykkeeksi, vaan ne tulevat olemaan täysin elektronisessa muodossa verkossa.

Tietoperustan kerääminen pohjautui alan suppeasti tarjolla olevaan kirjallisuuteen, joiden hankkimiseen käytimme oppilaitoksen kaukolainapalvelua. Käytimme myös oppilaitoksen tunnuksilla erilaisia tietokantoja. Käyttämämme tietokannat ovat Pubmed, Elsevier, Pedro sekä Cinal. Hakusanoina ja hakusanayhdistelminä käytimme erilaisia englanninkielisiä termejä, kuten psycho, physical, physiotherapy, body awareness, body image, eating disorder, treatment, ja mental disorder. Selasimme paljon erilaisia tutkimuksia, joiden otsikko saattoi antaa perehtymisen aiheita. Koimme kuitenkin tutkimusten olevan suurimmaksi osaksi hyödyttömiä opinnäytetyön tietoperustaksi.

7.4 Kehittely

Harjoitteet ja niiden ohjaussanat on käyty yhdessä läpi sekä Auroran sairaalan psykofyysisen fysioterapeutin että Päijät-Hämeen keskussairaalan psykofyysisen fysioterapeutin kanssa, jotta ne olisivat mahdollisimman selkeät ja asiasisällöllisesti oikeanlaiset. Harjoitteita kehitettiin yhdessä fysioterapeuttien kanssa ja työhön valittiin opiskelijoille hyödyllisimmät harjoitteet.

Aluksi harjoitteiden yläotsikkona oli ruumiintuntemusharjoitteiden sijaan kehonkuvanharjoitteet. Materiaaliin tutustumisen sekä psykofyysisen fysioterapian kuntoutujien kanssa työskentelyn pohjalta saadun kokemuksen myötä päädyimme vaihtamaan nimeksi ruumiintuntemusharjoitteet.

Harjoitteet on tehty kirjallisuuteen ja tutkittuihin lähteisiin perustuen. Ohjaussanoissa on käytetty materiaalia sekä fysioterapeuttien kokemuksia heidän mielestään toimivista ohjaussanoista. Ohjaussanojen englanniksi kääntämisessä olemme käyttäneet englannin kielistä materiaalia apuna saadaksemme mahdollisimman kuvaavat ohjeet. Ohjaussanojen käsikirjoituksessa sanat ovat kuitenkin myös suomeksi.

Videoissa esiintyvät työn tekijät fysioterapeutin sekä kuntoutujan roolissa. Videoissa ei ole kuvattu fysioterapeuttia lainkaan, ainoastaan kuntoutujaa joka suorittaa harjoitteita ohjeiden mukaisesti. Tämä oli työn tekijöiden yhteinen päätös, sillä sen koettiin olevan selkein tapa toteuttaa videot selkeästi.

7.5 Viimeistely

Mannisen ja Jämsän (2000, 80–81) mukaan tuotteen viimeistelyyn voi liittyä koekäyttöä sekä jakelun suunnittelua. Tämän opinnäytteen valmis tuotos on suunniteltu jo ideavaiheessa kahdelle muulle ammattikorkeakoululle Lahden ammattikorkeakoulun lisäksi. Tuotetta ei ole tarkoitus markkinoida edelleen, vaan tämä opinnäytetyö on vain murto-osa isommasta kokonaisuudesta, jota toimeksiantajan taholta tullaan toivottavasti tulevaisuudessa jatkamaan muiden opinnäytteiden muodossa.

Opinnäytetyön tuotosta ei annettu koekäyttöön projektin edetessä, mutta harjoitteita on kokeiltu aihepiirin potilailla sekä ohjaussanoja on pohdittu yhdessä kokeneiden psykofyysisellä alueella työskentelevien fysioterapeuttien kanssa. Videoiden editointi ja tallentaminen on toteutettu opinnäytetyön tekijöiden toimesta helppokäyttötoimintoja hyväksikäyttäen. Pääpaino työssä ei ollut visuaalisen materiaalin esteettisyydessä, vaan sisällössä. Apua haettiin tuloksetta Lahden ammattikorkeakoulun Muotoiluinstituutista, joten videot päädyttiin editoimaan itsenäisesti.

Valmis raportti julkaistaan Theseus –julkaisuarkistossa, mutta työn tuotosta ei tulla julkaisemaan arkistossa. Valmis tuotos tallennettiin muistitikulle, jonka kautta edelleen jaetaan opettajan toimesta opiskelijoiden verkko-opintoalustalle tai sähköposteihin.

8 POHDINTA

Alkuperäinen opinnäytetyön aihe peruuntui prosessin alkuvaiheessa, mutta psykofyysisen fysioterapian opettaja antoi meille idean uudesta opinnäytetyöstä, joka käsittelisi psykofyysistä fysioterapiaa sekä kehonkuvaa. Aihe tuntui mielenkiintoiselta sekä sen tarpeellisuus ja tuleva hyödyllisyys motivoi opinnäytetyön tekoon. Opinnäyteprosessin aikana molemmat ovat saaneet aivan erilaisen kuvan psykofyysisestä fysioterapiasta kuin mikä koulun kurssin jälkeen oli syntynyt.

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan kuvata sanalla kokonaisvaltainen, sillä se tiivistää terapian ydinajatuksen. Kuntoutuja kohdataan fysioterapiatilanteessa kokonaisvaltaisesti, jolloin otetaan huomioon kaikki olemassaolon osa-alueet - fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen. (Lintunen, Koivumäki & Säilä 1995, 134; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265.) Tuotoksessamme ei katsojalle ensimmäiseksi välity psykofyysisen fysioterapian kokonaisvaltaisuus, sillä videokuvattujen harjoitteiden tarkoituksena on konkretisoida verbaalisia ohjeita, ei niinkään tuoda psykofyysistä fysioterapiatilannetta esiin. Kuitenkin harjoitteiden ohjaussanoissa tuodaan fyysinen ja psyykinen osa-alue ja niiden tunteminen sekä havainnointi esiin. Sosiaalinen osa-alue on otettu huomioon myös ohjaussanoissa, joiden pohjalta olemme hakeneet vuorovaikutuksellisuutta sekä sisäistä keskustelua kuntoutujan puolelta.

Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli opinnäytetyöprosessin aikana harjoittelussa Auroran sairaalassa psykiatrian- ja päihdekuntoutuksen fysioterapian harjoittelussa. Jo ensimmäisellä viikolla kentän harjoittelussa asioita avautui ja psykofyysisen fysioterapian ero somatiikan fysioterapiasta selkeni. Käsite, kokonaisvaltainen fysioterapia, sai uuden merkityksen kun kokemus harjoitteista ja potilastapaamisista kertyi. Omin sanoin kokonaisvaltainen kohtaaminen näkee ihmisen ihmisenä. Ovesta ei tule sisään kipeä selkä tai epästabiili olkapää, vaan oikea fysioterapeutin kaltainen ihminen, jonka tuntemuksia ja ongelmia avataan yhdessä ja etsitään kuntoutujalle parhaat keinot kuntoutumisen tueksi.

Kokemukset harjoittelusta psykiatrian potilaiden kanssa olivat hyvin opettavaisia ja arvokkaita opinnäytetyön suhteen, mutta toisaalta jo olemassa olevat harjoitteet muuttuivat erinomaisista kehonkuvan harjoitteista ruumiintuntemuksen harjoitteiden pintaraapaisuksi.

Suurin muutos opinnäytetyössä tapahtui Auroran sairaalasta saadun tietojen syventämisen jälkeen. Lähes siihen asti opinnäytetyön nimenä oli kehonkuvaharjoitteita fysioterapiaopiskelijoille. Käsitys kehonkuvasta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä ja sen vaikutuksen seurauksiin on kirjallisuuteen uudelleen syventymisen jälkeen ollut opinnäytetyön käännekohta. Suunnitelmaseminaarissa esittelimme ihmisen kehonkuvan luovan perusteet olemassaololle. (Herrala ym. 2008, 29.) Tuolloin olimme tekemässä harjoitteita mielenterveyskuntoutujalle tai potilaalle harjoittaen hänen kehonkuvaansa.

Ensimmäinen muutos tapahtui ruotsin ja englannin kielen teoksista suomennettujen teosten tutkimiseen, jolloin sana ”keho” vaihtui sanaan ”ruumis”. Ruumiillisuuden ja ruumiintuntemuksen ymmärtämisen myötä oivalsimme, että ruumiinkuvan (kehonkuvan) avulla ihminen muokkaa käsityksen itsestään sekä muusta maailmasta, jolloin hän yhdistää tietoisuuden itseensä. Tajunnallisuuden ja tietoisuuden myötä ihmisen ruumiintuntemus (kehotietoisuus, kehontuntemus) kehittyi, johon me haluamme harjoitteet keskittää. Kehonkuvaa voidaan harjoittaa sekä tehdä siihen liittyviä harjoitteita, mutta haluamme tehdä harjoitteet laajemmin ja kattavammin liittyen ihmisen ruumiin hallintaan, tiedostamiseen, hahmottamiseen sekä ymmärrykseen liittyen. (Roxendal 1985, 17; Herrala ym. 2008, 32.)

Opinnäytetyön tuotoksena eli opiskelumateriaalina harjoitteet vastaavat tietoperustassa ruumiintuntemusharjoittelun piirteitä, sillä niiden toteutuksessa on noudatettu ruumiintuntemusharjoittelun periaatteita. Lähtökohtana harjoitteille oli kuntoutujan kokeminen itsensä kokonaiseksi ja sitä kautta kehittää ruumiintuntemustaan.

Muuron (2004, 23) mukaan ruumiintuntemusharjoitteilla tavoitellaan tilannetta, jossa kuntoutuja voisi todeta olevansa kokonaisuus omassa ruumiissaan, sillä kokonaisuuden kokemisen myötä kuntoutujan itsetuntemus- ja luottamus paranevat. Kokonaisuuden tunne on huomioitu niin, että jokaisessa liikkeessä koko ruumis osallistuu liikkeeseen joko fyysisesti tai tiedostamisen tasolla.

8.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opiskelumateriaalia psykofyysisen fysioterapian kurssille sekä mahdolliseen kurssin asioiden kertaamiseen. Onnistuimme tekemään neljä ruumiintuntemusta harjoittavaa, lähteisiin perustuvaa harjoitetta sekä tekemään niistä tietopohjan lisäksi videomateriaalia sekä harjoitteiden käsikirjoituksen, jossa harjoitteiden ohjaussanat ovat sekä suomeksi että englanniksi. Lisäksi toteutimme yhden ruumiintuntemusharjoitteluun johdattelevan harjoitteen, jossa halusimme korostaa hengityksen kuuntelua ja sen tärkeyttä. Tavoitteisiin nähden, onnistuimme opinnäytetyössä saavuttamaan ne hyvin. Mutta ovatko harjoitteet laadultaan hyviä?

Auroran sairaalan fysioterapeutin ja Päijät-Hämeen keskussairaalan kahden fysioterapeutin mukaan harjoitteet ovat perusharjoitteita. Ne perustuvat alan vanhojen asiantuntijoiden teoriaan, joten voidaan sanoa, että juuret harjoitteille ovat syntyneet noin 1970- luvulla. Auroran fysioterapeutin mukaan harjoitteita ei täysin opinnäytetyön harjoitteiden kaltaisina psykofyysisessä fysioterapiassa nykypäivänä pelkästään käytetä. Nykyään jokainen fysioterapeutti poimii hieman eri koulukunnista itselleen parhaita harjoitteita ja edelleen soveltaa ja varioi niitä potilaan ja kuntoutujan voimavarojen ja motivaatiotason mukaan.

Ongelmana työtä tehdessä ilmeni, että näistä uusista sovellutuksista ja fysioterapeuttien kokemuksista ei valitettavasti löydy tutkimuksiin perustuvaa materiaalia. Tämän vuoksi päädyimme esittelemään perusharjoitteet kolmesta eri alkuasennosta, mutta tahdomme painottaa työssämme, että harjoitteita sovelletaan ja niissä käytettävät variaatiot ovat lähes rajattomat.

Ruumiintuntemusharjoittelussa ei ole vastaavia täsmäharjoitteita kuin esimerkiksi olkapään stabiloivissa harjoitteissa, sillä kuntoutettava kohde on abstrakti.

Vasta harjoittelussa paljastui psykofyysisen fysioterapian yksi tärkeimmistä alueista, joka on tietoisuuden yhdistäminen tuntemuksiin. Psykofyysisessä fysioterapiassa päätavoitteena on opettaa ihmiselle itselleen asioita hänestä itsestään. Terapiassa keskitytään tietoisesti tunnistamaan ruumiillinen kokemus, sillä ilman tietoisuutta ruumiilliset kokemukset koetaan vain irrallaan olevina kokemuksina, jolloin niitä ei voida yhdistää omaan olemiseen. Kun oppii kuuntelemaan ruumistaan ja sen tuntemuksia, sekä tunnistaa esimerkiksi ahdistuksen alkavan, on tuntemuksen herra ihminen itse. Tämä on kuntoutujalle hyvin arvokas ja voimaannuttava kokemus. (Thornquist & Bunkan, 1991, 72; Kanstrén & Pind 2002, 2, 7; Talvitie 2006, 269.)

Olemme opinnäytetyöprosessin aikana havainneet, että aiempien tavoitteiden ja tarkoitusten lisäksi olemme pyrkineet tuoda psykofyysisen fysioterapian ydintä opiskelijoille esiin. Koulun resurssien johdosta on vaikeaa saada kurssille kaikki olennainen tieto sekä saada se vielä opiskelijoiden päähän niin, että sitä voidaan käytännössä soveltaa. Olemme työssämme useasti painottaneet kokonaisvaltaista lähestymistapaa sekä tietoisuuden liittämistä liikkeisiin, jolloin niitä voidaan tunnustelua ja oppia näiden kokemusten kautta omasta ruumistaan lisää. Mielenterveyshäiriöiden aiheuttamiin ruumiintuntemuksen ongelmiin ei ole olemassa ”täsmäharjoitetta”, jolla koko ruumis ja mieli saataisiin jälleen toimimaan suvereenisti yhdessä.

8.2 Oma arvio

Tieto lisää tuskaa, on ollut työssä mottona. Mitä enemmän ruumiin ja mielen toimintaan perehdyimme, sitä enemmän tuli tarve hankkia lisää tietoa ja tuoda esiin opinnäytetyön aiheesta poikkeavaa tietoa. Tämän vuoksi tietoa on pitänyt rajata, sekä olemme tarkasti yrittäneet pitäytyä opinnäytetyön aiheessa ja paneutua siihen, mitä meiltä on pyydetty.

Suurin ongelma tarvittavan tiedon rajaamisessa oli pohtia, mikä on työn kannalta oleellista ja mikä ei. Esimerkiksi Dropsyn teoria ihmisen liikkumisen ulottuvuuksista ja olemassaolosta oli aihe, josta pohdimme teorian oleellisuutta opinnäytetyön kannalta. Hänen teoriansa pohjalta Roxenadal sovelsi opinnäytetyössä käytetyn Body Awareness Therapy- mallin, mutta itse Dropsyn teorian (Gyllensten 2001, 18) yksityiskohtaisen selvityksen jätimme pois, sillä emme kokeneet sitä tarpeelliseksi ruumiintuntemusharjoitteita käsittelevässä työssä.

Olemme työhön kokonaisuudessaan tyytyväisiä ja mielestämme olemme täyttäneet työlle asetetut tavoitteet. Koemme, että olisimme itse hyötäneet psykofyysisen fysioterapian kurssilla työstä ja sen tarjoamista ruumiintuntemusharjoittelun perusteista. Kehittämisalueita aina löytyy, tässä työssä se olisi voinut olla teorioiden perusteellisempi tutkiminen ja vertailu, mutta toisaalta emme tietoisesti halunneet tuoda ”liian syvällistä” tietoa tietoisuudesta tai ruumiillisuudesta, koska perusasteen fysioterapian koulutusohjelman psykofyysisen fysioterapian sisältöön aiheet olisivat ylittäneet vaaditut osaamisalueet. Toimimme kuitenkin esiin tietoisuuden merkityksen psykofyysisessä fysioterapiassa, joka meidän mielestämme on työssä oleellista.

Aikataulun suhteen epäonnistuimme sen pitämisessä. Suunnitelmaseminaarissa esitellyn aikataulusuunnitelman mukaan opinnäytetyö olisi pitänyt olla kesän lopussa jo melko valmiissa paketissa. Todellisuudessa aloitimme varsinaisen puurtamisen vasta kesän jälkeen. Toisaalta myöhäisempi aloitus sai meidät työskentelemään motivoituneesti sekä Auroran sairaalasta saatu kokemus ja näkemyksien muutokset toivat opinnäytetyöhön syvempää otetta. Ilman

psykofyysisen fysioterapian harjoittelua työstä olisi tullut todennäköisesti paljon pinnallisempi ja suppeampi. Lisäksi työ olisi ollut asiasisällöltään virheellinen.

8.2.1 Tuotoksen arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tuotimme viisi opiskelumateriaaliksi tarkoitettua videota. Videoissa lähtökohtana ei ollut mahdollisimman esteettinen visuaalinen toteutus, vaan tehdä selkeä ja verbaalisen ohjeen konkretisoiva video. Videoissa on kuvattu ainoastaan kuntoutujaa, niin että taustalla kuuluu vain fysioterapeutin antama verbaalinen ohjeistus suomeksi ja englanniksi. Kyseisellä asetelmalla tahtoimme tuoda kuntoutujan omaa tekemistä ja oman oivalluksen tärkeyttä esiin. Painotus perustuu Monsenin tekstiin, jossa hän painottaa ruumiintuntemusharjoittelussa kuntoutujan työskentelemistä itsensä kanssa sekä saamaan vahvemman yhteyden ruumiiseensa. (Monsen 1992, 50.)

Jokainen harjoitteen video sekä harjoitteen ohjaussanat vaativat suunnittelua sekä Auroran että Päijät-Hämeen keskussairaalan fysioterapeuttien kanssa niiden läpikäymistä ja muokkaamista. Olisimme voineet testata tuotoksen esimerkiksi sen tulevilla kohderyhmällä eli fysioterapiaopiskelijoilla. Valitettavasti tämä tuli liian myöhään muistiin suunnitelmaseminaarin keskustelusta. Olemme kuitenkin testauttaneet ja huolellisesti läpikäyneet sekä harjoitteet että niiden ohjaussanat psykofyysisen fysioterapian kokeneiden fysioterapeuttien kanssa. Kuitenkin kohderyhmän kommentointi ja palaute olisi tuotoksen laadun sekä hyödyllisyyden kannalta ollut olennaista.

Harjoitteita sekä niiden ohjaussanoista ja videoista heräsi ajatuksia, sekä niihin tuli osittain muutoksia yhdessä fysioterapeuttien kanssa käydyn keskustelun ja pohtimisen jälkeen. Tämän vuoksi olemme halunneet arvioida jokaisen harjoitteen ja sen videon erikseen.

8.2.1.1 Hengityksen kuuntelu ja makuuasennon tunnustelu

Tämä harjoite oli alun perin yksi varsinaisista harjoitteista, mutta siihen oli yhdistettynä ruumiin tunnustelu alustaa vasten. Harjoitteesta luovuttiin varsinaisena harjoitteena, mutta halusimme kuitenkin tuoda sen esiin hengityksen kuuntelun vuoksi ja johdantona muille harjoitteille. Ruumiintunnustelu alustaa vasten muutettiin ruumiin skannaukseksi, sillä fysioterapeuttien sekä toisen tekijän psykofyysisen fysioterapian harjoittelusta saadun kokemuksen mukaan harjoite oli hyvin haastava. Alunperäisessä harjoitteessa kuntoutujan tuli tunnustella kantapäistä aloittaen ruumis läpi ja tunnustella miltä se tuntuu. Tuntemuksia tuli tunnustella ja pohtia ovatko ne miellyttäviä vai epämiellyttäviä sekä tuntuuko toinen puoli raskaammalta kuin toinen. Tällainen tuntemuksien arvotus ja tunnistaminen ovat haastavia mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Lisäksi jonkin tuntemuksen nimeäminen saattaa saada kuntoutujan tuntemaan, että tuntemus on väärä, jolloin saattaa syntyä ajatus, että kuntoutuja on pilannut koko harjoitteen. (Lamio 2013; Tähtinen & Kuoppala 2013.)

Video hengityksen kuuntelu- harjoitteesta on hyvin yksinkertainen, eikä visuaalisesti selvennä harjoitetta, sillä harjoitteeseen ei sisälly varsinaista liikettä. Emme tietoisesti yhdistäneet hengityksen kuunteluharjoitteeseen makuuasennon tunnustelua, sillä visuaalinen merkitys olisi ollut hyödytön. Visuaalinen ohjeet hengityksen kuuntelun asennossa konkretisoi verbaalista ohjetta.

8.2.1.2 Jalat yhteen

Molempien organisaatioiden fysioterapeutit kehuivat harjoitetta ja kuvasivat sitä sellaiseksi, mitä he itsekin tekevät kuntoutujan kanssa. Auroran fysioterapeutin mukaan liikkeeseen usein yhdistetään käsien liike, jolloin harjoitteesta tulee ”meritähti”- liike. Hän totesi myös, että mikäli kuntoutujalla on seksuaalitraumataustaa, saattaa pelkkä jalkojen avaaminen tuoda muistoja ja saada kuntoutujan ahdistumaan liikkeestä. (Lamio 2013.)

Harjoitteen alkuperäisessä ohjeessa kuntoutujaa ohjataan huomioimaan, kuinka energianlähde liikkeeseen on sisäisessä keskuksessa. Harjoitteen liike tulee koko ruumiista eikä vain jaloista. (Roxendal & Winberg 2003, 107.) Päijät-Hämeen

keskussairaalan fysioterapeutit kokivat ohjeen haastavana sekä vaikeasti ymmärrettävänä. Lisäksi he toivat esiin, että mikäli kuntoutuja on hyvin psykoottinen tai harhainen, sisäisestä keskuksesta ja energianlähteestä puhuminen voi saada lisää harhoja ja pelkoa esiin. Jätimme energianlähteestä ja sisäisestä keskuksesta puhumisen ohjaussanoista pois, mutta jätimme tuntemuksen jännityksestä koko ruumiissa ja sen vertaamista rentouteen. (Tähtinen & Kuoppala 2013.)

Harjoite kuvattiin useaan kertaan, jotta jalkojen painaminen yhteen sekä niiden rennoksi ja irralleen päästäminen näkyisivät mahdollisimman hyvin. Aluksi liike oli hyvin pieni sekä näkymätön, mutta punttien käärimisen ja pienen liioittelun avulla harjoitteesta saatiin oikean visuaalisen merkityksen antama.

8.2.1.3 Venytys suoraksi ja koukistus pyöreäksi

Harjoite PHKS:n fysioterapeuttien mielestä toimiva sekä hyvä koko ruumiin liikkeeseen keskilinjassa. He toivat esiin, että harjoite on haastava ja pitkä. Keskustelimme harjoitteen pituudesta sekä siitä, että vain yksi osa harjoitetta voi olla monenkin fysioterapiatapaamisen tavoitteena. Tämän halusimme ilmaista tietoperustassa sekä tuoda esiin pohdinnassa. Harjoitteen eriyttäminen pieneen osiin ja käsitys niidenkin haastavuudesta ei ollut tullut meille mieleen. Esimerkiksi harjoitteen loppuvaiheessa hengityksen tunnustelu koukistusasennossa on itsessään hyvä harjoite.

Harjoitteen videossa liikkeet sekä niiden suunta pyrittiin tuomaan mahdollisimman selvästi esiin, jossa onnistuimme muutaman kuvauskerran jälkeen.

8.2.1.4 Stabiili istuma-asento

Stabiilin istuma-asennon harjoitteesta ja siihen yhdistetystä keskilinjan suuntaisesta vajoamisesta ja kohoamisesta heräsi PHKS:n fysioterapeuttien kanssa samanlaista keskustelua kuin venytys-koukistus-liikkeestä. Harjoite on hyvä, mutta melko monimutkainen sekä pitkä. Pohdimme harjoitteen eriyttämisen mahdollisuuksia, mutta päätimme jättää harjoitteen työhön kokonaiseksi.

Harjoitteiden ohjaussanojen läpikäymisessä esille tuli ilmauksien ”istuinkyhmy” sekä ”vajoaminen pitkin keskilinjaa” epäselkeys kuntoutujalle. Fysioterapeutille ja fysioterapiaopiskelijalle ilmaus istuinkyhmy kertoo mikä se on, missä se on ja kuinka sitä tunnustellaan, mutta skitsofreenikolle tai hyvin harhaiselle tai muuten itsestään ulkopuolella olevalle ihmiselle kyhmyjen paikannus ja varsinkaan niiden tunnustelu ei ole yhtä yksinkertaista. Muutimme ohjeen yksinkertaisemmaksi ja helpommin ymmärrettävämmäksi vain painon siirtämisellä istuen puolelta toiselle sekä edestä taakse. (Tähtinen & Kuoppala 2013.)

Keskilinjaa pitkin vajoaminen sekä kohoaminen istuma-asennossa harjoittavat keskilinjassa liikkumista ja vahvistavat käsitystä siitä. (Roxendal & Winberg 2003, 118–119.) Fysioterapeuttinen mukaan käsitys vajoamisesta ja kohoamisesta on haastava, sillä usein kuntoutujat, joilla on ongelmia ruumiintuntemuksen kanssa tulevat hieman vajonneessa asennossa ja huonossa ryhdissä. Kyseisestä asennosta on vaikea lähteä vajoamaan edelleen alaspäin. Säilytimme harjoitteet ennallaan, mutta konkretisoimme verbaalista ohjausta käyttäen muotoa vajoamalla kasaan ja suorittamalla ruumis ylöspäin keskilinjaa pitkin. (Tähtinen & Kuoppala 2013.)

8.2.1.5 Kierto

Harjoite on omasta mielestämme tehokkain ja hyödyllisin, vaikka se vaikuttaa yksinkertaiselta. Sekä Auroran että PHKS:n fysioterapeutit kertoivat itse käyttävänsä liikettä potilastyössään. Mielensterveys- ja päihdekuntoutujat saattavat ruumiin ilmaisultaan muuttua jäykiksi. Dropsyn (1987, 196) mukaan ruumis ilmaisee jatkuvasti sisäisen ja ulkoisen maailman suhdetta, jonka muutokset ruumiissa näkyvät jäykkinä ja jähmeinä liikkeinä

Kierto- harjoitteen tavoite on antaa liikkeen olla rento sekä antaa sille vapaus alkaa itse hallita itseään. Psykofyysisen fysioterapian harjoittelusta saadun kokemuksen mukaan harjoite on hyvin vaikea, lähes jokaisella potilaalla tai kuntoutujalla on ongelmia antaa liikkeen tulla rennosti ja nauttia liikkeen synnyttämästä voimasta.

Ohjaussanoja tarkastaessa Auroran fysioterapeutti toi esiin vaihtoehtoisen muodon sanalla ”rentouta” tai ”rentoudu”. Hän kertoi käyttävänsä itse aina sanaa ”hellitä”, joka on anteeksiantavampi eikä luo pakonomaista kuvaa rentoutumisen kokemisesta. Lisäksi hän toi esiin harjoitteen aloittamisen pienestä liikkeestä, josta se hiljalleen kasvatetaan niin suureksi kuin mahdollista ja jälleen sammutetaan hiljaa pois. Myös harjoitteen ohjaussanoissa tuli esiin polvien lievän koukkuasennon ilmaiseminen muotona ”polvet pehmeinä”. Käytimme harjoitteessa näitä muutoksia, sillä ne toivat harjoitteeseen todenmukaisemman kuvan verbaalisesti. (Lamio 2013.)

8.2.2 Tuotteistamisprosessin arviointi

Tuotteistamisprosessissa olemme noudattaneet Jämsän & Mannisen (2000) tuotekehittelyn viittä perusvaihetta. Kehittämistarpeen arviointi- ja ideointivaiheet sujuivat ongelmitta, sillä tarve työlle ja idea sen toteutukselle tulivat valmiina psykofyysisen fysioterapian opettajalta. Luonnostelu- ja kehittelyvaiheet päinvastoin tuntuivat raskailta ja aikaa vieviltä. Kun tietoperustaa harjoitteisiin ja ruumiintuntemukseen oli hankittu, aloitettiin harjoitteiden kokoaminen sekä niiden kehittely yhdessä alan fysioterapeuttien kanssa. Koemme, että kehittelyvaiheeseen olemme käyttäneet eniten aikaa. Harjoitteet ovat

muokkautuneet kehittelyn ja fysioterapeuttien antaman palautteen kautta muutaman kerran.

Viimeistelyvaiheessa lopulliset harjoitteet esiteltiin PHKS:n fysioterapeuteille, joilta palaute oli positiivista. Kuitenkin muutamiin ohjaussanoihin tuli pieniä muutoksia, jotta ohjaussanat olisivat selkeät ja lyhyet. Jälkikäteen ajateltuna harjoitteet olisi ollut hyödyllistä koekäyttää fysioterapiaopiskelijoille, jotta olisimme saaneet todellisen kohderyhmän palautetta. Psykofyysisen fysioterapian fysioterapeuteilla on jo valmiiksi vankka tietopohja ruumiintuntemusharjoitteista ja laaja kokemus niiden suorittamisesta potilaiden kanssa, joten koekäytössä olisimme voineet toimia toisin.

8.2.3 Tiedonhakuprosessin arviointi

Tiedonhakuprosessin alussa käytimme avuksi käsitekarttaa, sillä Halttusen ym. (2001, 17) mukaan käsitekartta selventää tutkimusaihetta sekä jäsentää aihetta koskevia kysymyksiä. Koimme käsitekartan auttavan tiedonhakuprosessin alussa jäsentämään mitä ja mistä meidän tulee etsiä. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa ajatukset sekoittuvat ja mielessä pyörivät miljoonat kysymykset, jolloin käsitekartta ja sen tuoma konkretisointi ajatuksiin selkeytti prosessin alkua.

Olisimme voineet nähdä enemmän vaivaa artikkelien hankkimiseen. Eri tietokantojen avulla löysimme useita mielenkiintoisia englannin ja ruotsin kielen artikkeleja, mutta niiden koko tekstin saatavuus oli rajattu. Osan artikkeleista olisi pystynyt mahdollisesti tilaamaan, mutta muutamiin olisi tarvinnut sivuston omat tunnukset, jotta artikkelin olisi saanut käsiinsä. Löysimme kuitenkin paljon kirjallisuutta, jonka pohjalta saimme tietoa.

8.3 Jatkokehittämisaiheet

Opinnäytetyössä olemme tehneet neljä harjoitetta sekä yhden johdatusharjoitteen käyttäen Roxendalin (1985, 21–23) määrittämiä perusliikkumisen ja ruumiintuntemuksen osa-alueita. Työssä olemme käyttäneet neljää erilaista osa-aluetta, jotka ovat suhde keskilinjaan ja alustaan, ruumiin liikekeskuksen sekä hengityksen. (Thörnborg & Mattson 2010, 2.)

Lisäksi ruumiintuntemusharjoittelun osa-alueisiin kuuluvat ruumiinrajat, lihasten jännitys ja rentous, virtaus ja kävely sekä ruumiintuntemuksen edistyessä mukaan harjoitteluun tulevat kävelytyyli, rytmi, ääni, suhtautuminen peilikuvaan ja vuorovaikutusharjoitukset. (Thörnborg & Mattson 2010, 2.)

Fysioterapiaopiskelijoille näistä rajaamisen ulkopuolelle jääneistä osa-alueista olisi hyötyä opintojen suhteen, joten jatkotutkimuksia ja opiskelumateriaalia varten opinnäytetöitä voidaan tehdä vielä useampi. Erityisesti ruumiinrajat ovat mielestämme laaja kokonaisuus, jota emme halunneet yhdistää tähän työhön, sillä ruumiinrajausharjoitteet ovat mielestämme täysin oma lukunsa. Lisäksi kävelyn alkuasento sekä harjoitteet jäivät työstä pois, sillä halusimme tehdä harjoitteet täsmällisesti kolmesta eri alkuasennosta.

Alkuasentojen suhteen jatkokehittämistä voidaan tehdä, esimerkiksi Auroran fysioterapeutti toi esiin konttausasennon alkuasentona, jossa pystytään harjoittamaan montaa osa-aluetta sekä pelkästään asento ja sen hallinta vaatii jo paljon edellytyksiä. (Lamio 2013.)

LÄHTEET

Bunkan, B. 1980. Muskel spänningar. Undersökning och behandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, T., Martinez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sanchez-Guerrero, E. 2011. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 11/2010, 618-619.

Commonwealth of Learning. 2005. Creating Learning Materials for open and distance learning: A Handbook for Authors and Instructional Designers [viitattu: 2.10.2013]. Saatavissa: http://www.fao.org/sd/erp/toolkit/BOOKS/Creating_Learning_Mat_ODLguide.pdf

Dropsy, J. 1975. Leva I sin kropp. Kroppsuttryck och mänsklig kontakt. WSOY.

Ekerholt, K. & Bergland, A. 2004. The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*.

Grohol, J. 2013. Schizophrenia Treatment. PsychCentral [viitattu: 15.9.2013]. Saatavissa: <http://psychcentral.com/disorders/sx31t.htm>

Gyllensten, A. 2001. Basic body awareness therapy. Lund: Studentlitteratur.

Halttunen, K., Hirvijärvi, E., Niinikangas, L. & Perttula S. 2001. Tiedonhakijan opas. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy.

Hátlová, B. 2003. Kinesiotherapy. Movement therapy in psychiatric treatment. Univerzita Karlova. Praha: Nakladatelství Karolinum.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. 1. painos. Helsinki: WSOY

Hokkanen, H. & Sakala, S. 2004. Psykofyysinen ryhmäfyysioterapia: Uupuneiden ajatuksia. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö.

Huhtanen, S. & Ojala, M. 2011. ”Olen tietoisempi kehostani”. Psykofyysisten fysioterapiaharjoitteiden vaikutukset mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö.

Jaakkola, R. 1999. Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Jyväskylän yliopisto: Pro gradu- tutkielma.

Kanstrén, J. & Pind, R. 2002. Ruumiilliset tuntemukset masennuksen aikana. Masennukseen liittyvän psykofyysisen fysioterapian kehittämiseksi tehty kyselytutkimus.

Kataja J. 1996. Rentoutumisen työkirja. Turenki: Kirjapaino Jaarli Oy.

Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit nro 5.

Lamio, S. 2013. Fysioterapeutti. Auroran sairaala. Haastattelu 26.9.2013.

Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. 1995. Jalka potkee mieli notkee. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

Mannisenmäki, H. & Närhi, M. 2006. Elimelliset häiriöt ja niiden hoito fysioterapeuttisin menetelmin - Haastattelututkimus psykiatristen sairaaloiden fysioterapeuteille. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala [viitattu 5.9.2013]. AMK-opinnäytetyö. *Saatavissa:* <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17521/TMP.objres.350.pdf?sequence=2>

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Mustonen, T. & Moilanen T. 2013. Fysioterapeutteja. Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö. Haastattelu 13.2.2013.

Muuro, S. 2004. Ruumiintunteminen ja siihen vaikuttaminen psykofyysisessä fysioterapiassa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu: erikoistumisopinnot.

Niiranen, M. 2013. Anna minulle hetki aikaa! Kuvaus psykofyysisestä fysioterapiaprosessista fysioterapeutin näkökulmasta. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. AMK- kehittämistehtävä, erikoistumisopinnot [viitattu 5.9.2013]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/54017/Niiranen_Mikko.pdf?sequence=1

Opetushallinto. 2012. Materiaaleja ja työtapoja: E-oppimateriaalin laatukriteerit [viitattu: 16.10.2013]. Saatavissa: http://www.edu.fi/verkko_oppimateriaalit/e-oppimateriaalin_laatukriteerit

Roxendal, G. 1993. BAS-skalan - Bod Awareness Scale med BAS-hälsa. 2. painos. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa - Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Tryckning Elanders Gummessons.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv - sjukgymnastik inför famtiden. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, G. 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Källered: Kompendietryckeriet.

Sipilä, J. 1996. Asiantuntijapalveluiden tuotteistaminen. Porvoo: WSOY.

Skjaerven, L. H.. 2002. Basic Body Awareness Therapy. Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. Bergen.

Suomen fysioterapeutit. Fysioterapia ja fysioterapeutti [viitattu: 24.8.2013].
Saatavissa:

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275

Pitkänen, J. 2004. Basic Body Awareness Therapy fysioterapiassa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

PsyFy. 2012. Basic Body Awareness Terapia [viitattu: 28.4.2013]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/bbat.php?id=157>

PsyFy. 2013. Psykofyysinen fysioterapia [viitattu: 25.8.2013]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/>

Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: Oy Edita Ab.

Talvitie U., Karppi S-L. & Mansikkamäki T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

The Harvard Medical School. 2005. Drug treatment of schizophrenia [viitattu: 15.9.2013]. Saatavissa: <http://www.health.harvard.edu/fhg/updates/update0205a.shtml>

Thornquist, E. & Bunkan, B. 1991. What is psychomotor therapy?. Oslo: Norwegian University Press

Thörnborg, U. & Mattson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders –A cross-sectional study. Umeå: University Umeå.

Tuimala, L. 2013. Psykofyysinen lähestymistapa. Kehonkuva [viitattu: 25.6.2013]. Saatavissa: <http://www.kehonkuva.com/3>

Tähtinen, M. & Kuoppala, M. 2013. Fysioterapeutteja. Päijät-Hämeen keskussairaala. Haastattelu 15.2.2013 ja 14.10.2013.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

LIITTEET

Harjoitteiden käsikirjoitus:

MAATEN

Makuuasennon tunnistelu ja hengityksen kuuntelu:

Käy selinmakuulle alustalle. / Lie supine on the floor.

Laita kädet vatsan päälle, navan ja rintalastan väliin lepäämään. Sormet saavat olla toisistaan irrallaan ja kyynärpäät saavat levätä alustaan. / Put your hands on your stomach, your elbows may touch the ground.

Voit sulkea silmät. / You can close your eyes.

Keskity kuuntelemaan omaa hengitystäsi, älä arvota hengitystä, vaan anna sen olla juuri sellainen kuin se on. / Focus on listening to your breathing.

(Hetken kuuntelun jälkeen aloitetaan ohjeistus)

Aloita tunnistelemaan mitä tapahtuu käsien alla vaihtamatta asentoa?/ Try to feel what is happening under your hands without changing position.

Pyri antamaan hengitykselle vapaus. Anna sen tulla ja mennä sellaisena kuin se on. Ota hetki aikaa löytääksesi sopivan rytmin. / Let your breathing flow freely – take your time to find a comfortable rhythm.

Tulet tietoiseksi kuinka vatsa liikkuu aaltomaisesti käsiesi alla. / Feel how your stomach is moving under your hands.

Voit tutkia kuinka pieni häiriö vaikuttaa hengitykseen ja sen jälkeen antaa sen virrata vapaata. / You may feel how just a little distraction can effect on your breathing. Now breath freely.

Ruumiin skannaus alustaa vasten: (Harjoitetta ei ole videoitu)

Käy selinmakuulle alustalle, kädet kehon vierellä. Voit sulkea silmäsi.

Hengitä rauhallisesti ja makaa rauhassa.

Aloita ruumiin skannaus alustaa vasten kantapäistä. Koskevatko ne alustaan?

Kuinka painavat ne ovat?

Siirrä ajattelusi pohkeisiin, takareisiin ja lonkkiin.

Pysähdytään hetkeksi miettimään ja tunnustelemaan. Tuntuvatko molemmat puolet samanlaiselta alustaa vasten?

Onko jaloissa puolieroä? Onko toinen raskaampi? Tuntuuko jalat alustaa vasten miellyttävältä?

Jatka kehoa ylöspäin, miltä selkä tuntuu alustaa vasten? Jääkö selän alla tilaa?

Miltä olkapäät tuntuvat lattiaa vasten?

Kädet?

Takaraivo?

Koko kehon tuntemus. Tuntuuko jokin kehon osa painavammalta? Onko ylä- ja alaraajoissa eroä?

Harjoite 1 JALAT YHTEEN/ LEGS TOGETGER:

Käy selinmakuulle ja hengitä rauhallisesti ja syvään. / Lie supine and breath freely.

Aseta jalat yhteen, niin että ne painautuvat toisiaan vasten niin, että nilkat, polvet ja reidet koskettavat toisiaan. / Put your legs together so that ankles, knees and thighs touch eachother.

Pidä hetki jalvoja yhdessä, päästä jalat rentoutumaan ja irti toisistaan. Vedä jalat uudelleen yhteen, päästä rennoksi. / Keep your legs together for a moment, and let them fall apart. Repeat the movement.

Tunnustele jännitystä kehossasi. / Try to spot the tension in your body.

Pyri tuntemaan jännityksen ja rentouden ero. / Try to feel the difference between tension and relaxation.

Ota hengitys tietoisesti mukaan liikkeeseen, sisäänhengityksellä tuo jalat yhteen ja uloshengityksellä anna niiden erkaantua. / Combine breathing with the movement. When you inhale bring your legs together and when you exhale let them fall apart.

Harjoite 2 VENYTYS SUORAKSI – KOUKISTUS PYÖREÄKSI:

Asetu makaamaan selinmakuulle lattialle, jalat suorana ja kädet suorana pään yläpuolella. / Lie supine on the floor with your legs straight and hands straight above your head.

Mikäli et pysty pitämään käsiä pään yläpuolella, voit pitää ne kehon vierellä. / If you can't keep your hands above your head, you can keep them beside your body.

Venytä käsiä niin pitkälle kuin pystyt. Pidä hetki ja hellitä. Toista liike muutaman kerran. / Stretch your hand as far as you can. Hold it a moment and relax. Repeat the movement a few times.

Venytä jalvoja pitkiksi, pidä hetki ja hellitä. Toista liike muutaman kerran. / Stretch your legs as far as you can. Hold it a moment and relax. Repeat the movement a few times.

Seuraavaksi venytä käsiä ja jalvoja yhtä aikaa niin pitkiksi kuin voit, ajatteleamalla olevasi kuminauha, joka venyy pitkäksi. / Stretch your hands and legs at the same time as far as you can. Try to imagine yourself as a rubberband.

Anna venytyksen tulla keskeltä ja anna kehon venyä pitkin keskilinjaa sormiin ja varpasiin asti. / Let your body stretch along your centerline.

Seuraavaksi lisätään koko kehon venytysliikkeeseen vastaliikkeeksi koukistusliike. / Next add a countermove of stretching which is flexion.

Koukista suoraan venytyksestä jalat vatsan päälle ja tuo samalla kädet polvien päälle. / Flex your legs and bring your thighs on your stomach and your hands on your knees.

Lepää asennossa hetki ja tunnustele sitä. / Hold the position for a moment and try to feel the position.

Kiinnitä huomio uloshengityksellä siihen, kuinka jalat tulevat lähemmäs vatsaa ja rintakehää. / Focus on exhaling and how your legs come closer to your stomach and chest.

Sisäänhengityksellä anna tilaa hengitykselle ja päästä jalkoja hieman kauemmas vatsasta. / When you exhale, let your legs a little apart from your stomach.

Hengitä muutama kerta rauhallisesti sisään ja ulos, jonka jälkeen liikesarja aloitetaan alusta. / Breath slowly in and out a few times and repeat the movement.

(Toistetaan harjoite alusta)

ISTUEN

Harjoite Stabiili istuma-asento ja keskilinjan hakeminen:

Asetu istumaan tuolille (käsi- ja selkänojaton tuoli, jossa tasainen istuin). / Sit down.

Istu tuoliin etuosaan, ilman että asentosi kallistuu selkäpuolelle. / Sit on the front of the chair, without leaning backwards.

Kädet saavat levätä polvien päällä. / Let your hands rest on your knees.

Pidä jalat hieman erillään toisistaan, niin että jalat tukevat asentoasi. / Keep your legs a little apart from each other so that they stabilize your position.

Käännä päätäsi puolelta toiselle kevyesti. / Turn your head lightly from side to side.

Ota lattiasta kiintopiste, johon voit kohdistaa katseesi. / Take a spot from the floor where you can focus your sight.

Nojaa asennossa hieman eteenpäin samalla ohjaten ruumiin painoa jaloille niin, että asento tuntuu vakaalta ja hyvältä. / Bend forward a little so that most of your weight is on your legs.

Tunnustele kontaktia alustaan vajoamalla ensin kasaan, ja sen jälkeen suoristamalla keho suoraan ylöspäin keskilinjaa pitkin. / Feel the relation to the surface by sinking and then straightening your body up along the centerline.

Tee liike hitaasti ja pehmeästi. / Make the movement slowly and softly.

Siirrä painoa puolelta toiselle ja edestä taakse. / Transfer your weight from side to side and from back to front.

Tunnustele vakaata istuma-asentoa. / Try to feel that the position is stable and free.

(Kun stabiili istuma-asento on löytynyt, kuntoutujaa voidaan kehottaa hieman liikkumaan asennossa)

Kohota asennossa hartioita, ja anna niiden tippua alas rentouttaaksesi kehosi. / Raise your shoulders and let them drop down to relax your body.

Kierrä ylävartaloasi kevyesti muutaman kerran, ja kiinnitä samalla huomiota niskaan. Kierrä kevyesti päätäsi ja nyökkää muutaman kerran. / Rotate your upper body a few times. Rotate your head slightly and nod a few times.

SEISTEN

Harjoite Kierto:

Ota lantion levyinen haara-asento. Polvet saavat jäädä pehmeiksi ja hieman koukkuun ja muu ruumis saa levätä rentona jalkojen päällä. / Stand with a hip wide position. Your knees may stay soft and slightly flexed.

Aloita tasapainoisen asennon etsiminen liikkumalla pienillä painonsiirroilla eteen ja taakse sekä sivulta sivulle. / Try to find a balanced position by a little weight transferring for back to front and from side to side.

Aloita kiertämään kehoa niin, että liike lähtee keskeltä ja levittäytyy pitkin keskilinjaa. Aloita liike rauhallisesti ja tekemällä pientä liikettä. / Begin to rotate your body so that the movement starts from the center and spreads along the centerline.

Koko keho on mukana liikkeessä - jaloista rintaan ja selkään sekä käsiin ja niskaan, kuitenkin ilman että jalkapohjat irtoavat lattiasta. / Your whole body is moving, from legs to chest and from back to your hands and head. Keep your feet on the ground.

Kädet saavat roikkua vapaana ruumiin vierellä ja ”läpsähtää” rentoina kylkiin. / Your hands may hang beside your body and slap your ribs.

Pää seuraa liikkeen mukana. Pidä silmät auki. Voit välillä vilkuilla katsella lattiaan. / Keep your eyes open. You may look to the ground.

Ajattele, että ”Sinä itse kierrät itseäsi!” / Think that you are rotating yourself.

Kun liike alkaa tuntua varmemmalta, nosteta katse kokonaan horisontaalitasoon. / When the movement feels safe you can take your sight off the ground.

Hengitä vapaasti liikkeen mukana ja anna liikkeen kasvaa suuremmaksi. / Breath freely along the movement and let it get bigger and bigger.

Anna liikkeen kasvaa niin suureksi kuin mahdollista ja huomaa, kuinka se alkaa tulla itsestään. / Let the movement grow as wide as possible. Realize how it starts to come naturally.

Lähde hiljalleen sammuttamaan liikettä. Älä pakota sitä loppumaan, vaan anna liikkeen pienentyä pikkuhiljaa. Kun liike on pienin mahdollinen, anna sen loppua. / Do not force the movement to stop. Let it shut down little by little. When the movement is small enough it stops by itself.