



Tanssi-liiketerapia neuromoni- naisten lasten ja nuorten psy- kofyysisessä fysioterapiassa

Jasmin Niemelä

Miisa Seppälä

OPINNÄYTETYÖ
Elokuu 2024

Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma

NIEMELÄ, JASMIN & SEPPÄLÄ, MIISA:

Tanssi-liiketerapia neuromoninaisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 10 sivua
Elokuu 2024

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoisuutta tanssi-liiketerapian soveltamisesta psykofyysisessä fysioterapiassa neuromoninaisilla 7–16-vuotiailla lapsilla ja nuorilla kasvaneen kuntoutustarpeen vuoksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia mahdollisuuksia ja menetelmiä tanssi-liiketerapia ja psykofyysinen fysioterapia tarjoavat neuromoninaisille lapsille ja nuorille sekä selvittää terapioiden vaikuttavuutta. Teoreettinen viitekehys perustui terapiamuotojen sekä neuromoninaisuuden tarkasteluun. Opinnäytetyön tiedonhakuun sisällytettiin terveystieteiden kirjallisuutta sekä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kuusi tutkimusta. Tiedonhakua täydennettiin keväällä 2024 kolmella asiantuntijahaastattelulla. Opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena syntyi tietopaketti. Yhteistyökumppanina toimi Premius Kuntoutus Tampere.

Psykofyysinen fysioterapia on kokemukselliseen oppimiseen perustuva fysioterapian erikoisala, jonka keskeisimpiä menetelmiä ovat toiminnalliset menetelmät sekä kehotietoisuus-, vuorovaikutus-, rentoutus-, kosketus- ja peilausmenetelmät. Tanssi-liiketerapia on luova psykoterapian muoto, jonka keskeisimpiä menetelmiä ovat kehotietoisuus-, tietoisuustaito-, kehonhahmotus-, liikeimprovisatio- ja rentoutusmenetelmät sekä pelit ja leikit. Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian lähestymistavat poikkeavat hieman toisistaan, vaikka menetelmät ovat osittain samankaltaisia. Terapiamuodot on todettu Kelan selvitysten mukaisesti käyttökelpoisiksi ja vaikuttaviksi. Terapiamuotojen yhdistäminen laajentaa ammattilaisen näkökulmaa mahdollistaen yksilöllisten tarpeiden huomioimisen.

Opinnäytetyöprosessin tuotoksena syntyi sähköinen tietopaketti sisältäen ajankohtaista tietoa 7–16-vuotiaiden neuromoninaisuudesta sekä tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian soveltamisesta ja vaikuttavuudesta. Tietopaketti on tarkoitettu yleiseen käyttöön, mutta erityisesti alan ammattilaisille. Opinnäytetyön raportti ja sähköinen tietopaketti ovat vapaasti saatavilla Theseuksessa.

Jatkokehittämissuhteena ehdotetaan haastatteluita selvittääkseen, mitkä asiat ovat merkityksellisiä tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yhdistelmää kokeneille asiakkaille. Opinnäytetyön aihe koettiin olleen yleinen katse ja erittäin laaja tarkasteltava alue.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, tanssi-liiketerapia, neuromoninaisuus, yksilöllisyys, yksilölähtöisyys, toimintakyky

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

NIEMELÄ, JASMIN & SEPPÄLÄ, MIISA:

Dance-movement therapy in psychophysical physiotherapy for neurodiversity children and adolescents

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 10 pages
August 2024

The objective of this thesis was to increase awareness of the application dance-movement therapy in psychophysical physiotherapy for neurodiversity children and adolescents aged 7-16 years. The purpose of this thesis was to find out the possibilities and methods of dance-movement therapy and psychophysical physiotherapy offer to neurodiversity children and adolescents and in its effects on them. Psychophysical physiotherapy is a special field in physiotherapy based on experimental learning. Dance movement therapy is a creative form of psychotherapy. The approaches of dance movement therapy and psychophysical physiotherapy differ slightly, although the methods are partly similar. Premius Kuntoutus Tampere commissioned the thesis.

The theoretical framework was based on an examination of the forms of therapy and neurodiversity. The content included health literature and six studies from descriptive literature review. The information search was complemented by three expert interviews in spring 2024. The output of the thesis was an electronic information package containing up-to-date information on neurodiversity in 7–16-year-olds, and the application and effectiveness of dance-movement therapy and psychophysical physiotherapy.

The result revealed that dance-movement therapy and psychophysical physiotherapy have been found to be useful and effective, according to Kela reports. The combination of these forms of therapies expands the professional's perspective, allowing individuals needs to be considered. The effectiveness of the methods is reflected in positive effects on the mind, body and social aspects.

For further research, it is suggested to conduct interviews with clients who have experienced a combination of dance movement therapy and psychophysical physiotherapy. This approach would help identify relevant factors for clients and provide insight into the therapies' effectiveness from their perspective.

Key words: psychophysical physiotherapy, dance movement therapy, neurodiversity, individuality, individual orientation, functional ability

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	7
3	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	8
	3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	8
	3.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	9
	3.3 Puolistrukturoitu teemahaastattelu	11
4	NEUROMONINAISUUDEN KÄSITTEITÄ	13
	4.1 Autismikirjo	14
	4.2 ADHD & ADD	15
	4.3 Touretten oireyhtymä	17
	4.4 Kehityksellinen kielihäiriö ja oppimisvaikeudet	18
5	KUNTOUTUS JA HOITOKEINOT	21
6	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	24
	6.1 Historia ja kehitys	24
	6.2 Lähestymistavat	25
	6.3 Mahdollisuudet	26
7	TANSSI-LIIKETERAPIA	27
	7.1 Historia ja kehitys	27
	7.2 Lähestymistavat	29
	7.3 Mahdollisuudet	30
8	TANSSI-LIIKETERAPIA JA PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	31
	8.1 Sovellettavuus	31
	8.2 Menetelmät	33
	8.3 Vaikuttavuus	37
9	TIETOPAKETIN RAKENTAMINEN	42
	9.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen	42
	9.2 Luonnostelu	43
	9.3 Kehittäminen	44
	9.4 Viimeistely ja arviointi	45
10	JOHTOPÄÄTÖKSET	47
11	POHDINTA	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	57
	Liite 1. Tietopaketti	57

LYHENTEET JA TERMIT

ADD	Attention deficit disorder
ADHD	Attention-deficit hyperactivity disorder
ADTA	The American Dance Therapy Assosiation
ASD	Autism spectrum disorder
BBAT	Basic Body Awareness Therapy
EADMT	The European Association Dance Movement Therapy
ICF	WHO:n kansainvälinen toimintakyvyn, -rajoitteiden ja terveyden luokitus
Neurodivergentti	Neuromoninainen ihminen
Neuromoninainen	Yksilö, joka kuuluu neurovähemmistöön
Neuromoninaisuus	Luonnollinen neurobiologian vaihtelu, neurokehityksellinen erilaisuus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
TLT	Tanssi-liiketerapia
TS	Tourette syndrome

1 JOHDANTO

Neuromoninaisuus on noussut yhä ajankohtaisemmaksi aiheeksi Suomessa. Neuromoninaisuuteen liittyvien diagnoosien määrä on jatkuvasti kasvussa Suomessa sekä maailmanlaajuisesti, ja sen kuntoutustarve on lisääntynyt viime vuosina. Diagnooseja tyypillisesti yhdistää erilaiset toimintakyvyn haasteet. Haasteita esiintyy sosiaalisen vuorovaikutuksen, tunteiden säätelyn, toiminnanohjauksen ja kielellisen viestinnän vaikeutena. Usein neuromoninaisuus pitää sisällään liitännäisdiagnooseja, kuten mielenterveysongelmia. Neuromoninaisuus ilmenee tyypillisesti seitsemänten ikävuoteen mennessä. (Autismiliitto n.d.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportoi, että vuonna 2020 julkisen terveydenhuollon mielenterveysperusteisilla käynneillä kävi yhteensä 30 500 7–22-vuotiaasta asiakasta, joilla on neuromoninaisuuteen liittyvä diagnoosi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022). Kuntoutuksen tarve on todellinen. Tanssi-liiketerapian sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä yhdistämällä voisi mahdollistaa kokonaisvaltaisemman huomioimisen yksilöllisiin tarpeisiin ja haasteisiin.

Opinnäytetyön aihe lähti kiinnostuksesta tanssi-liiketerapiaa sekä psykofyysistä fysioterapiaa kohtaan. Terapiamuodoissa kiinnostusta herätti yksilön kokonaisuutta korostavat terapiamuodot, mukanaan myös luovaa näkökulmaa. Tanssi-liiketerapia oli vähemmän tunnetumpi, mutta sitä mielenkiintoisempi ala. Neuromoninaisuus teemana täydentyi opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden toiveesta sekä omasta kiinnostuksesta.

Opinnäytetyön kohderyhmä rajattiin peruskouluikäisiin Suomessa kuntoutuksen suuren tarpeen mukaan sekä mahdollisimman vaikuttavan tietopaketin rakentamiseksi. Peruskouluikäisillä viitataan 7–16-vuotiaisiin lapsiin ja nuoriin. Opinnäytetyössä käsitellään neuromoninaisuutta sekä sen mahdollisia toimintakyvyn haasteita ja kuntoutusta. Ajankohtainen tieto on koottu yhteen sähköisen tietopaketin muodossa. Kehokeskeisiä terapioida tulisi hyödyntää yhä enemmän — Onhan kehonkieli myös meidän ensimmäinen kieleemme.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoisuutta tanssi-liiketerapiasta osana psykofyysistä fysioterapiaa neuromoninaisten 7–16-vuotiaiden lasten ja nuorten kuntoutuksessa. Tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman kattava kirjallinen raportti sekä tietopaketti kahden eri terapiamuotojen menetelmien mahdollisuuksista sekä näiden vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tietopohja rakentuu terveysalan kirjallisuudelle, kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle sekä asiantuntijahaastatteluille. Tietopaketti on tarkoitettu kaikille asiasta kiinnostuneille, erityisesti neuromoninaisten lasten ja nuorten kanssa kentällä työskenteleville tai tuleville ammattilaisille.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Mitä menetelmiä ja mahdollisuuksia psykofyysinen fysioterapia hyödyntää ja tarjoaa lapsille ja nuorille, joilla on neuromoninaisuutta?
2. Mitä menetelmiä ja mahdollisuuksia tanssi-liiketerapia tarjoaa lapsille ja nuorille, joilla on neuromoninaisuutta?
3. Millä tavoin tanssi-liiketerapian soveltaminen psykofyysiseen fysioterapiaan on vaikuttavaa neuromoninaisten lasten ja nuorten kuntoutuksessa?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi 2023 alkuvuodesta aiheen suunnittelulla. Otimme keväällä yhteyttä Kirsi Tuomiin, joka on psykofyysinen fysioterapeutti, neuropsykiatrinen valmentaja sekä käynyt vuoden mittaiset tanssi-liiketerapian perusopinnot 1. Ensimmäinen palaveri pidettiin kesällä 2023, josta opinnäytetyöprosessi sai alkunsa. Opinnäytetyön aiheeksi muodostui tanssi-liiketerapia neuromoninaisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa. Tanssi-liiketerapia oli aiheena alkuun vieraampi, mutta mielenkiintoinen. Alkuvuodesta 2024 varmistui Premius Kuntoutus Tampere yhteistyökumppani, jolloin yhteinen sopimus allekirjoitettiin Jonna Päivänurmen ja Kirsi Tuomin kanssa.

Opinnäytetyö suunniteltiin toiminnallisena toteutuksena perustuen kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen sekä asiantuntijoille toteutettuihin teemahaastatteluihin. Seuraavissa alaluvuissa kuvataan toiminnallisen opinnäytetyön toteutusta sekä tiedonhaun menetelmiä. Tulokset esitellään myöhemmin opinnäytetyössä kappaaleessa kahdeksan narratiivisen raportointitavan mukaisesti. (Saaranen-Kauppien & Puusniekka 2006.)

3.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön piirteitä ovat poiketen tyypillisestä tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä opiskelijan tekemä tuotos, tuotokseen tähtäävä työn kehittäminen, jatkuva työskentely ja vuorovaikutukselliset keskustelut toimijoiden kanssa tietyssä toimintaympäristössä. (Salonen 2013, 5–6.) Toiminnallinen opinnäytetyö ei täysin tarkkarajaisesti eroa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä, mutta voidaan ajatella toiminnallisen näkökulman tunnuspiirteitä kehittämistyössä olevan arvioiva, tulkitseva sekä kumuloituva työote (Salonen 2013, 41). Tiivistettynä toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen, jossa yhdistyy käytännön toteutus sekä sen raportointi tutkimuksellisesti. Päättävänä on tutkimukselliseen työskentelyyn, opinnäytetyön kirjoittamiseen, opinnäytetyöprosessin läpiviemisen yhdistäminen ammatillisuuteen sekä ammatillisiin teorioihin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi sähköinen tietopaketti, jonka tarkoituksena oli koota yhteen kerätty tieto tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista psykofyysisessä fysioterapiassa neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla. Tietopaketti tuotettiin sähköiseen muotoon kaikille asiasta kiinnostuneille ja erityisesti neuromoninaisten lasten ja nuorten kanssa kentällä työskentelevien ja tulevien ammattilaisten käyttöön. Tietopaketti sisälsi ajankohtaista tietoa lasten ja nuorten neuromoninaisuudesta sekä tanssi-liiketerapian sekä psykofyysisen fysioterapian sovellettavuudesta ja vaikuttavuudesta valitulla kohderyhmällä pohjautuen terveysalan kirjallisuuteen sekä opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen sekä asiantuntijahaastatteluihin. Tietopaketti rakennettiin tuotekehitysprosessina, jonka kehittelyä kuvataan kappaleessa yhdeksän.

3.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleinen katsauksen muoto, jonka piirteisiin kuuluu yleiskatsaus ilman tarkkoja tai tiukkoja sääntöjä. Aineistojen valintaa eivät siis rajoita metodiset säännöt. Tutkimuskysymykset antavat myös enemmän tilaa kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laaja-alaisesti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alaluokkiin kuuluvat narratiivinen sekä integroiva kirjallisuuskatsaus. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa epäyhtenäinen tieto yhdistetään jatkuvaksi tapahtumaksi, ja on katsauksien tyypeistä kevyin. Narratiivinen tyyppi mahdollistaa tutkimustiedon ajankohtaistamisen, vaikka se ei tarjoa suoraan analyttistä tulosta. Integroiva kirjallisuuskatsaus puolestaan viittaa tutkittavan ilmiön tai ilmiöiden monipuoliseen kuvaamiseen. Integroiva tyyppi sopii uuden tiedon tuottamiseen jo tutkitusta aihealueesta. (Salminen 2011, 6–9.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön tiedonhaun muotona antoi mahdollisuuden käyttää aineistoa laajasti. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alatyypeistä narratiivinen katsaus kuvasi parhaiten opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamista. Opinnäytetyössä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää tanssi-liiketerapian mahdollisuuksia sekä vaikuttavuutta 7-16-vuotiailla neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla mahdollisimman laaja-alaisesti. Tieteellisiä tutkimuksia haettiin tanssi-liiketerapiasta rajattuna 7-16-vuotiaisiin neuromoninaisiin lapsiin ja nuoriin.

Kirjallisuuskatsauksen hakutermeiksi valikoitui "dance movement therapy" OR "dance movement therapy methods" OR "dance therapy" OR "movement therapy" AND "neurodevelopmental disorders" OR neurodiversity OR neurocognitive OR "attention-deficit hyperactivity disorders" OR "tourette syndrome" OR "developmental language disorders" OR "learning disability" OR "autism spectrum disorders". Hakutulokset rajattiin tutkimusten julkaisuvuosille viimeiseen kymmeneen vuoteen sekä tutkimuksen otannan ikärajaa 6–12-vuotiasiin lapsiin sekä 13–18-vuotiaisiin nuoriin. Tietoa haettiin Pubmedistä, Medlinestä, Cinahlistasta sekä yksittäin manuaalisella haulla. Tutkimusten valinta tapahtui sisäänottokriteerien sekä poissulkukriteerien avulla tutkimuksien eettisyyden ja luotettavuuden takaamiseksi. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit ovat listattuna taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Valitut tutkimukset tai tieteelliset julkaisut ovat julkaistu vuosina 2013–2023	Tutkimukset tai tieteelliset julkaisut, jotka ovat julkaistu ennen vuotta 2013
Tutkimusten tai tieteellisten julkaisujen julkaisukieli on suomi tai englanti	Tutkimusten tai tieteellisten julkaisujen julkaisukieli on jokin muu kuin suomi tai englanti
Neuromoninaisten 7–16-vuotiaiden lasten ja nuorten tanssi-liiketerapiaan liittyvät tieteelliset tutkimukset tai julkaisut	Tutkimukset tai tieteelliset julkaisut eivät liity 7-16-vuotiasiin neuromoninaisiin lapsiin tai nuoriin, tanssi-liiketerapiaan tai sen menetelmiin
Tutkimukset tai tieteelliset julkaisut täyttävät tieteellisen julkaisun kriteerit	Tutkimuksia tai julkaisut, joka ei täytä tieteellisen julkaisun kriteerejä
Tutkimukset tai tieteelliset julkaisut ovat saatavilla kokonaan	Tutkimuksia tai tieteellisiä julkaisuja ei ole saatavilla kokonaan

Kriteerejä täyttäviä tutkimuksia löytyi yhteensä 6 kappaletta.

3.3 Puolistrukturoitu teemahaastattelu

Opinnäytetyön teoriapohjaa täydensivät teemahaastattelut. Teemahaastattelu on puoliksi strukturoitu haastattelun muoto, joka sijoittuu lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Se ei etene valmiiksi muotoiltujen tarkkojen kysymysten kautta, mutta valmistellut aihepiirit ja teemat ovat kaikille haastateltaville samoja. Puolistrukturoitu haastattelu antaa haastateltaville tilaa tuoda enemmän omia näkökulmia esiin, ja soveltuu haastattelun joustavan muodon vuoksi moniin eri tutkimustarkoituksiin. Haastattelut tuottavat aineistoa, jonka pohjalta tehdään tutkittavaan ilmiöön liittyviä luotettavia päätelmiä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–48.)

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta määriteltiin teemat, jotka olivat kaikille haastateltaville samoja. Tarkkoja kysymyksiä ei teemahaastattelussa laadita etukäteen, sillä haastattelussa tarkentavia kysymyksiä ja näkökulmia tuo esiin sekä haastattelija että haastateltava. Haastattelukysymykset eivät sido haastateltavaa tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. (Hirsimäki & Hurme 2001, 66.) Teemahaastattelua varten haastattelijoiden tulee perehtyä aihepiiriin huolellisesti, jotta haastattelun aikana voidaan keskustella valituista teemoista vuorovaikutuksellisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Suurimpana etuna teemahaastattelussa on, että se ei määritä kuinka syvällisesti teemoihin keskitytään eikä se sido haastattelua suoraan kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen muotoon. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48).

Tutkimustietoa valitusta aiheesta löytyi rajallisesti, jolloin puolistrukturoidut teemahaastattelut tukivat opinnäytetyössä tutkimuskysymykseen vastaamista kirjallisuuskatsauksen lisäksi. Haastattelun toteutustavaksi valittiin yksilöhaastattelu, jotta keskustelun tallentaminen on sujuvampaa ja haastateltavat saavat oman näkökantansa esiin. Haastattelupyynnöt lähetettiin fysioterapeuteille, jotka hyödyntävät tai ovat hyödyntäneet työssään tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Haastatteluun osallistuville lähetettiin saatekirje, johon suostuessa haastateltava suostui haastattelun ehtoihin. Saatekirjeessä tuli esille mihin tarkoitukseen tietoja kerätään sekä millaisia tietoja tarvitaan, miten tieto kerätään ja säilytetään, kauanko tietoja tarvitaan ja miten tietojen arkistoinnista huolehditaan. Haastattelun ajankohta sovittiin yhdessä

opinnäytetyön tekijöiden sekä haastateltavien kesken sovittuna ajankohtana sovitussa paikassa tai etänä Teams-puheluna. Tämän lisäksi haastatteluita varten tehtiin tietosuojailmoitus luotettavuuden ja eettisyyden varmistamiseksi (TAMK. n.d.). Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin mahdollistaen pidemmät puheenvuorot (Hyvärinen, Suoninen & Vuori 2021).

Asiantuntijahaastatteluihin osallistuivat Kirsi Tuomi, Maj-Kristine Lindgren sekä Marianne Virtanen. Asiantuntija Maj-Kristine Lindgren on fysioterapeutti sekä tanssi-liiketerapeutti, joka on ollut kouluttamassa TAMK:in psykofyysisen fysioterapian opinnoissa useita vuosia. Lindgren on työskennellyt viimeiset 15 vuotta ennen eläkkeelle siirtymistään HUS:sin nuoriso- ja lastenpsykiatriassa. Asiantuntija Kirsi Tuomi on psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti ja neuropsykiatrinen valmentaja, joka on opiskellut vuoden kestävän tanssi-liiketerapian perusopinnot. Asiantuntija Marianne Virtanen on psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti sekä tanssi-liiketerapeutti. Sekä Tuomi että Virtanen työskentelevät Tampereen Premium Kuntoutuksella lasten, nuorten ja aikuisten parissa. Haastattelun asiantuntijoilla on kokemustausta kouluikäisten neuromoninaisten lasten ja nuorten fysioterapiasta, johon he ovat soveltaneet tanssi-liiketerapiaa tai tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä.

4 NEUROMONINAISUUDEN KÄSITTEITÄ

Neuromoninaisuudella viitataan kehityksellisiin neuropsykiatrisiin oireyhtymiin (Jehkonen, Saunamäki, & Hokkanen 2020). Opinnäytetyössä käytetään termiä neuromoninaisuus sen neutraalin ilmaisumuodon vuoksi vuonna 2021 käynnistyneen AAVA (Autismikirjon Avaimet Vaikuttamiseen) -hankkeen tuottaman autismin ja neurokirjon syrjimättömän sanaston mukaisesti. Hankkeesta on vastannut Suomen autismikirjon yhdistys, ja sanaston on tuottanut AAVA-hankkeen työryhmä. Neutraalin sanaston tarkoituksena on poistaa lääketieteellisten termien aiheuttamaa stigmaa, sillä diagnoosilähtöinen toistuva puhe aiheuttaa neuromoninaisille ihmisille vääristynyttä ja epäonnistunutta minäkuvausta itsestään. Sanat luovat asioita todellisiksi, ja niillä on usein voimakas merkitys. Näin ollen eettinen näkökulma on huomioitava neuromoninaisuutta käsittelevässä työssä. Uudistuneen sanaston tarkoituksena on tuoda terminologia yleiseen käyttöön. (AAVA-hanke 2021.)

Lääketieteellisissä termeissä piilee piiloasenteellisuutta sekä ne luovat negatiivisia mielleyhtymiä. Kuntoutuksen piirissä lasta tai nuorta ajatellaan yhä usein objektina diagnoosipohjaisesti tai menetelmäkeskeisesti. Termit, kuten kehityksellinen kielihäiriö tai autismi auttaa lääketieteellisellä alueella ymmärtämään ja käsittelemään ongelmia hoidon kannalta. Diagnoosipohjainen ja menetelmäkeskeinen terminologia johtaa kuitenkin ryhmittelyyn ja lapsen identiteetin muodostumisen prosessiin. Puhuttaessa suoraan esimerkiksi Asperger-lapsesta, kokoaa tämä kuntoutuksen asiat yhteen diagnoosin muodossa. On kuitenkin välttämätöntä eettisestä näkökulmasta, että lasta tai nuorta ei kohdella pelkkänä objektina. Kuntoutusta tulee järjestää niin, että se tukee lapsen kasvua ja kehitystä yksilöllisesti huomioiden myös minuuden muodostumista. (Koivikko & Sipari 2021, 53–54.) Neutraali terminologia edistää neuromoninaisten ihmisten osallisuutta sekä vähentää leimaavuutta. (AAVA-hanke 2021.) Lääketieteellinen diagnoosi saattaa häivyttää sairauden, vamman tai oireiden välisen eron. (Koivikko & Sipari 2021, 54). On myös tärkeää ymmärtää mitä eroavaisuutta termeillä vika, häiriö, ominaisuus ja poikkeavuus on.

4.1 Autismikirjo

Autismikirjon häiriö ASD, eli autism spectrum disorder on keskushermoston kehityksellinen poikkeavuus. Autismikirjolla viitataan autismin moninaisuuteen, toimintakyvyn vaihteluun. Autismikirjo esiintyy ihmisillä tavassa aistia sekä kokea ympäröivä maailma, johon liittyy myös kommunikointi sekä vuorovaikutus muiden kanssa. (Autismiliitto 2022.) Autismikirjon häiriön selitetään johtuvan perimän ja ulkoisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Geneettinen etiologia on heterogeeninen, mikä aiheuttaa diagnosoinnin iän vaihtelua. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023.)

Ydinpiirteitä autismikirjossa ovat sosiaalisten tilanteiden kommunikaation sekä vuorovaikutuksen vaikeus, toiminnanohjauksen haasteet, poikkeava hermoston kuormittuminen sekä stressitasojen kasvaminen ja aistien välittämän tiedon ja tulkinnan poikkeavuus tavallisesta. Lapsilla ja nuorilla autismikirjo näyttäytyy yksilöllisesti. Oireet voivat näyttäytyä koulumaailmassa erilaisina haasteina, vaikka heillä vastavuoroisesti on monia voimavaroja ja vahvuuksia. (Autismiliitto 2022.) Autismikirjoon liittyy kasvanut riski muihin somaattisiin sekä neurologisiin sairauksiin ja psykiatriin häiriöihin. Monihäiriöisyys saattaa hankaloittaa oireiden varhaista tunnistamista sekä diagnostiikkaa. Tyypillisiä neuropsykiatrisia ja psykiatrisia samanaikaishäiriöitä autismikirjossa ovat ahdistuneisuushäiriö, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, syömishäiriöt, persoonallisuushäiriö, haastava käyttäytyminen, katatoniapiirteet, traumaperäinen stressihäiriö, tic-häiriöt, sukupuolidysforia sekä mahdollinen kasvanut alttius päihdehäiriöille ja masennukselle. Neurologisia samanaikaishäiriöitä tai -sairauksia saattaa ilmetä aistitiedon käsittelyn ongelmina, epilepsiana, kielellisinä vaikeuksina, migreeninä, motoriikan kehityshäiriöinä tai oppimisvaikeuksina. Lisäksi autismikirjossa saattaa ilmetä samanaikaisia somaattisia häiriöitä tai sairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, endokriinisia häiriöitä tai allergioita. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023.)

Diagnostisesti autismikirjosta puhutaan laaja-alaisista kehityshäiriöistä ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Diagnostiikka tarkentuu ICD-11-luokituksen astuttua voimaan. Voimassa olevan ICD-10-luokituksen mukaan autismikirjoon luetellaan

lapsuusiän autismi, epätyypillinen autismi, Aspergerin oireyhtymä, muu lapsuusajan laaja-alainen kehityshäiriö, määrittämätön lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö, Rettin oireyhtymä, muu lapsuusiän persoonallisuutta hajottava häiriö sekä älylliseen kehitysvammaisuuteen ja kaavamaisiin liikkeisiin liittyvä hyperaktiivisuushäiriö. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023.) Diagnostisia kriteerejä autismikirjon häiriölle ovat laaja-alaiset puutteet sosiaalisessa kommunikatioissa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä, rajoittuneet ja kaavamaiset käyttäytymismallit, toiminnot tai kiinnostuksen kohteet, oireiden ilmeneminen varhaislapsuudessa sekä oireiden vaikuttaminen toimintakykyyn (Jehkonen ym. 2020). Autismikirjon piirteitä saattaa esiintyä pienissä määrin diagnostisia kriteerejä täyttämättä (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023).

Suomessa sekä maailmanlaajuisesti lasten autismikirjon diagnoosit ovat viime vuosina olleet kasvussa. Tätä selitetään osin tiedon lisääntymisellä sekä diagnostiikan muutosten takia, jolloin myös lievempioireiset näkyvät esiintymisluvuissa. Autismikirjo on tavallista yleisempää miehillä. Varhainen diagnosointi sekä kuntoutuksen aloittaminen tukee lapsen tai nuoren toimintakykyä, minäkuuvan kehittymistä sekä se auttaa huomioimaan ja ehkäisemään mahdollista komorbiditeettia. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023.)

4.2 ADHD & ADD

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö on kehityksellinen neuropsykiatrinen oirekuva. Tästä käytetty lyhenne on ADHD eli attention-deficit hyperactivity disorder. Nykyisin ADHD jaetaan kolmeen esiintymismuotoon, jotka ovat yhdistetty esiintymismuoto, pääasiassa tarkkaamaton esiintymismuoto ja pääasiassa yliaktiivinen/impulsiivinen esiintymismuoto. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.) ADHD:n tarkkaamattomasta esiintymismuodosta tunnetumpi termi on ADD eli attention-deficit disorder. ADD:sta puhutaan edelleen, mutta se ei enää ole erillinen diagnoosi. (Määttä 2023.) ADHD oirekuvan kehittämisessä perimällä on usein suuri merkitys, mutta myös raskauteen ja synnytykseen liittyvät tekijät sekä ympäristötekijät voivat vaikuttaa oireiden ilmenemiseen. (ADHD-liitto n.d.)

Ydinoireita ADHD:ssa ovat aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyn haasteet sekä impulsiivisuus ja ylivilkkaus. Myös toiminnanohjauksen haasteet sekä tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeudet ovat tyypillisiä. ADHD:n oireet vaihtelevat yksilöllisesti ja näyttäytyvät erilaisina henkilön iän ja toimintakyvyn mukaan. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.) ADD:n oireet painottuvat keskittymisen ja tarkkaavuuden säätelyn ongelmiin, eikä ylivilkkautta tai impulsiivisuutta juurikaan esiinny. Muita keskeisimpiä oireita ovat muun muassa häiriöherkkyys, huono työmuisti ja heikko toiminnanohjaus. (Määttä 2023.) Alle kouluikäisillä oireet aiheuttavat ongelmia pääosin toimimisessa aikuisten sekä toisten lasten kanssa. Kouluikässä oireet vaikuttavat monimuotoisemmin koulutyöskentelyyn sekä aikuisten ja lasten kanssa toimiseen. Nuoruusiässä oireet voivat haastaa itsenäistymistä heikentyneen itsearviointikyvyn sekä muiden oireiden vuoksi. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.) ADHD:n kanssa samanaikaisesti esiintyvät muut häiriöt tai sairaudet ovat tavallisia. Suomalaisen väestöpohjaisen tutkimuksen (2016) mukaan yleisimpiä näistä ovat kielelliset erityisvaikeudet ja motoriikan ongelmat, käytöshäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, autismikirjon häiriöt ja masennus. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.)

ADHD:n diagnosoinnissa olennaista on diagnoosikriteereiden täytyminen sekä mahdollisten samanaikaisten häiriöiden ja erotusdiagnostisten vaihtoehtojen arvioiminen. ICD-10:n mukaisia diagnostisia kriteerejä ADHD:lle ovat laaja-alaiset keskittymiskyvyn ja aktiivisuuden säätelyn haasteet sekä impulssikontrollin ongelmat. Oireiden tulee esiintyä useammassa tilanteessa ja tietoa tarvitaan tavallisesti useammasta lähteestä, kuten lapsen vanhemmilta ja opettajalta. Mikäli lapsilla ja nuorilla esiintyy koulunkäyntiin tai käyttäytymiseen liittyviä haasteita, on ADHD:n mahdollisuus otettava aina huomioon. Yleensä ADHD:n oireet alkavat jo leikki-iässä, mutta luotettava diagnosoiminen ennen kouluikää on haasteellista oireiden epäspesifisyyden vuoksi. Lapsilla ja nuorilla ADHD:n diagnosoiminen ja hoito tapahtuvat yleensä perusterveydenhuollossa. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.)

ADHD-diagnoosien sekä hoidon piirissä olevien lasten ja nuorten määrä on viime vuosina ollut kasvussa, minkä arvellaan liittyvän ADHD:n aiempaa parempaan tunnistamiseen. Lapsilla ADHD:n esiintyvyys on noin 4–7 %, mutta aikuisuuteen

tultaessa se laskee noin 3 %:iin (Jehkonen ym. 2020.) ADHD on tavallista yleisempää pojilla. On kuitenkin todennäköistä, että tytöillä oirekuva jää herkemmin tunnistamatta. Tyypillisesti diagnoosi tarkentuu lähempänä kouluikää tai kouluikässä tarkkaavuuden vaatimusten kasvaessa. ADHD:n varhainen tunnistaminen ja aktiivinen hoito vähentää terveysriskejä sekä parantaa yksilön ja hänen läheistensä elämänlaatua. Toimintakyvyn haasteiden ilmetessä tarkemmat tutkimukset ovat varteenotettavia, mutta tukitoimien aloittaminen ei vaadi diagnoosia. (ADHD-liitto n.d.)

4.3 Touretten oireyhtymä

Touretten oireyhtymä TS, eli Tourette syndrome on kehityksellinen poikkeavuus, joka alkaa lapsuudessa. Touretten oireyhtymän tunnuspiirteitä ovat erilaiset tic-oireet eli nykimisoireet. Nykimishäiriössä tic-oireita ilmenee useita kertoja päivässä, vähintään kuukauden ajan. Oireyhtymä voidaan luokitella oireiden keston perusteella oireiden kestäessä alle vuoden väliaikaiseksi tai yli vuoden pitkäaikaiseksi. Pitkäaikaisessa nykimishäiriössä oireettomat jaksot eivät ole kahta kuukautta pidempiä, eikä motorisia tai äänellisiä tic-oireita esiinny samanaikaisesti. Touretten etiologiaa ei täysin tunneta, mutta perinnöllisillä tekijöillä ja ympäristötekijöillä on merkittävä vaikutus. Tic-oireiden voimakkuuteen vaikuttavat ympäristötekijät, kuten erilaiset kuormitustekijät. (Åberg 2021.)

Touretten oireyhtymässä tic-oireet ilmenevät tyypillisesti pitkäaikaisina motorisina ja äänellisinä nykimisoireina. Motoriset tic-oireet ovat lihasten tahdosta riippumattomia nykäyksiä, kun taas äänelliset tic-oireet syntyvät nenänielun alueella ilman liikkua. Motoriset tic-oireet alkavat useimmiten 4–6-vuoden iässä. Oirekuvat ja oireiden vaikeudet ovat yksilöllisiä. (Leivonen, Sourander, Voutilainen & Leppämäki 2015.) 10–12-vuoden iässä pitkäaikaiset tic-oireet ovat tyypillisimmin voimakkaimmillaan, mutta voivat tämän jälkeen lieventyä. Osalla tic-oireet jatkuvat pitkälle aikuisuuteen, mutta enemmistöllä oireiden aiheuttama haitta pienee. Osalla oireet voivat vaikeutua ikääntymisen myötä. Touretten oireyhtymässä jopa 60 % on liitännäisoireita ja -sairauksia, kuten ADHD, pakkotoimintoja sekä ajatuksia, masennusta, ahdistuneisuutta ja migreeniä. (Åberg 2021.) 5–15 % diagnosoiduista Touretten oireyhtymistä on arvioitu olevan autismikirjon häiriö. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023).

Diagnoosi pohjautuu tyypilliseen oirekuvaan sekä historiaan. Diagnostisia kriteerejä ovat useat motoriset nykimisoireet, vähintään yksi äänioire, ennen 18-vuoden ikää alkaneet oireet, toiminnallista haittaa aiheuttavat oireet, tilapäisesti ja tahdonalaisesti estettävät oireet, oireiden voimakkuuden vaihtelu sekä vähintään vuoden ajan kestäneet oireet. Diagnoosia hankaloittaa tic-oireen sekä pakko-oireen erottaminen toisistaan. Pakko-oireeseen liittyy tyypillisesti ahdistusta, joka vähenee pakkotoiminnon myötä poiketen tic-oireesta, jossa ennakkotunteeseen ei yleensä liity ahdistusta ja toiminta on tarkoituksetonta. Tämän vuoksi Touretten oireyhtymän diagnoosi perustuu kokonaisuudessaan perusteelliseen anamneesiin sekä neurologiseen ja psykiatriseen tutkimukseen. (Leivonen ym. 2015.)

Touretten oireyhtymästä on tiedetty jopa jo 1800-luvulla, mutta sitä on pidetty hyvin harvinaisena. Touretten oireita on pyritty pitkään selittämään psykologisesta näkökulmasta. Nykyisin kouluikäisille tehdystä tutkimuksesta on selvinnyt 0,4–1,5 %:lla olevan Touretten oireyhtymä, ja jopa 0,9–2,8 % esiintyvän tic-oireita. Tourette oireyhtymä on yleisempi miespuolisilla. Prevalenssi on yhtä suurta kulttuurista tai maasta riippumatta. Touretten oireyhtymä alidiagnosoidaan helposti, sillä sitä ei osata tunnistaa helposti. (Leivonen ym. 2015.)

4.4 Kehityksellinen kielihäiriö ja oppimisvaikeudet

Kehityksellinen kielihäiriö on diagnostinen nimitys kielellisten taitojen erityisvaikeuksiin, jotka eivät kehity ikätason ja muun kognitiivisen kehityksen mukaisesti. Poikkeavuus on jaoteltavissa oireiden perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen muotoon, mutta vaikeusasteiden rajaaminen on haastavaa. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -Suositus 2019.) Lievässä muodossa lapsi ja nuori selviää arjen toiminnoistaan, mutta ikätasoisessa kielellisessä kehityksessä on puutteita. Keskivaikeassa muodossa haasteet haittaavat ikätasoisista osallistumista ja toimimista. Vaikea-asteisessa muodossa lapsi tai nuori ei kykene toimimaan tai osallistumaan ikätasoisensa mukaisesti arjen tutuissa toiminnoissa. (Kehityksellinen kielihäiriö lapsilla... 2024.) Oppimisvaikeuksilla viitataan opettavien taitojen oppimisen vaikeuteen. Oppimisvaikeuksiin luokitellaan lapsen tai nuoren erityisiin vaikeuksiin lukemisessa, kirjoittamisessa ja laskemisessa. Oppi-

misvaikeus-termiä käytetään usein myös kehityksellisten kielihäiriöiden yhteydessä. (Jehkonen ym. 2020; Lyytinen 2022.) Kielellisten erityisvaikeuksien ja oppimisvaikeuksien arvellaan johtuvan aivojen toimintahäiriöstä, jonka taustalla vaikuttavat pääosin perintötekijät. Ympäristötekijöillä ei ole niin suurta merkitystä esiintyvyydessä, mutta kielellistä toimintakykyä heikosti tukeva ympäristö voi lisätä diagnoosin tyypillisiä haasteita. (Kehityksellinen kielihäiriö lapsilla... 2024.) Oppimisvaikeuksista lukemisen vaikeus esiintyy tyypillisesti perinnöllisten tekijöiden myötävaikutuksesta (Lyytinen 2022).

Kielen kehitykseen liittyvällä diagnoosilla on laaja-alaiset vaikutukset toimintakykyyn, vuorovaikutukseen ja osallistumiseen. Lapsella tai nuorella voi olla vaikeuksia muun muassa lauserakenteissa, puheen ääntämisessä ja ymmärtämisessä, taivutusmuotojen ja käsitteiden käyttämisessä, asioiden nimeämisessä sekä yleisesti puheen sujuvuudessa. Ymmärtämisen vaikeudet voivat ilmetä arjessa esimerkiksi keskittymisvaikeuksina tai levottomuutena. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -Suositus 2019.) Kouluikään mennessä lapsen puhe usein selkeytyy ja kielen hallinta kehittyy. Tällöin lapsen kielelliset vaikeudet näkyvät usein oppimisvaikeuksina, joista tavallisimpia ovat lukemis- ja kirjoittamisvaikeudet sekä matemaattiset ja kielelliset vaikeudet. Kielellisten erityisvaikeuksien vuoksi koululaisella saattaa ilmetä liitännäisoireina myös tarkkaavuuden ja keskittymisen vaikeuksia, oman toiminnanohjauksen haasteita, puutteita sosiaalisissa taidoissa sekä poikkeavuuksia aistitiedon käsittelyssä. (Mikä kehityksellinen kielihäiriö... 2024.) Oppimisvaikeudet puolestaan tyypillisesti vaikuttavat kouluikäisen heikompaan koulu- ja opintomenestykseen erityisesti riittämättömän ennaltaehkäisyn seurauksena. Lukemisen haasteet vaikuttavat luetun ymmärtämiseen sekä peruslukutaidon oppimiseen, kirjoittamisen haasteet kirjoitustaitoihin sekä laskemisen haasteet numeerisen tiedon käsittelyyn ja matemaattisiin taitoihin. Vaikeuksia voi esiintyä useammalla osa-alueella ilman, että vaikeudet liitetään älyllisen tason heikkenemiseen. Suomalaisilla oppimisvaikeuksia esiintyy tyypillisesti lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksina yhdessä. (Lyytinen 2022.)

Suomessa diagnostiikka perustuu ICD-10-tautiluokituksen kriteereihin. Kehityksellisen kielihäiriön diagnoosi luokitellaan oireiden perusteella puheen tuottamisen häiriöön ja puheen ymmärtämisen häiriöön. (Kehityksellinen kielihäiriö:

Käypä hoito -Suositus 2019.) Oppimisvaikeuksista käytetään ICD-10-tautiluokituksessa termiä oppimiskyvyn häiriö, jonka alle lukeutuvat omat diagnoosiluokat lukemiskyvyn häiriölle, kirjoittamiskyvyn häiriölle sekä laskemiskyvyn häiriölle (Jehkonen ym. 2020). Oppimisvaikeuksien toteaminen sekä varhainen tuki ovat tärkeitä lapsen tai nuoren itsetunnon sekä itsensä oppijana käsityksen muodostumiseen (Lyytinen 2022). Kunkin diagnoosin saaminen edellyttää moniammatillisen työryhmän tutkimuksia, testituloksia, kliinistä arviointia ja erotusdiagnostiikkaa. Kehityksellinen kielihäiriö on luotettavimmin diagnosoitavissa 4–6 vuoden iässä. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -Suositus 2019.) Kouluikässä oppimisvaikeuksia seulotaan oman opettajan tai erityisopettajan toimesta opiskelijan oppimisen tai valmiuksien perusteella tarvittaessa myös yksilöllisesti (Lyytinen 2022). Kielellisten, opillisten tai motoristen vaikeuksien lisäksi on tärkeää huomioida mahdolliset samanaikaissairaudet (Korhonen 2021).

Eri muotoisten kehityksellisten kielihäiriöiden diagnoosien esiintyvyys Suomessa on noin 7 %. Puheen kehitys sen sijaan viivästyy jopa 19 % lapsista. Kehityksellisen kielihäiriön diagnoosi on mahdollisesti yleisempää pojilla kuin tytöillä. Kielellisen kehityksen viiveen tai poikkeavuuden varhainen tunnistaminen ja tukitoimien aloittaminen parantaa lapsen osallistumista ja toimintaa hänen toimintaympäristössään. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -Suositus 2019.) Puolestaan oppimisvaikeuksia lapsilla esiintyy 5–10 %, pojilla tämä on tyttöjä tavanomaisempaa. Eri tasoisia lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksia on arvioitu esiintyvän 10 % lapsista, kun taas laskemisen erityisvaikeuksia on arvioitu esiintyvän 10–15 % lapsista, joista 3–7 % esiintyy vaikeampi tasoisena. Oppimisvaikeudet jatkuvat tyypillisesti aikuisikään saakka. (Korhonen 2021.) Kouluikäisillä ja aikuisilla oppimisvaikeuksia ilmenee jopa joka 20. henkilöllä (Lyytinen 2022).

5 KUNTOUTUS JA HOITOKEINOT

Kuntoutus on yksilön toiminta-, työ- ja opiskelukykyä, osallistumismahdollisuuksia, itsenäistä selviytymistä sekä työllistymistä ja työssä jatkamista edistävä suunnitelmallinen prosessi. Kuntoutus pohjautuu kuntoutujan tarpeisiin ja tavoitteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.) Oireiden varhainen tunnistaminen on tärkeää tukitoimien sekä tarpeellisen kuntoutuksen aloittamiseksi (Leivonen ym. 2015). Kuntoutuksen merkitys lapsuudessa on erityisen tärkeää, mutta myös jokaisessa elämän taitovaiheessa, jolloin oireet useimmiten hankaloittavat arka entisestään (Jehkonen ym. 2020). Diagnoosi ei ole suora kriteeri tukitoimien aloittamiselle, mutta kuntoutuksen lausuntoon vaaditaan lääkärin diagnoosi ja toimintakykyarvio. Diagnoosi auttaa siirtämään tietoa nopeasti paikasta toiseen, mutta ei ole yksinään riittävä tapa siirtää tietoa. (Koivikko & Sipari 2021, 75–76.) ICF:llä viitataan kansainväliseen hierarkkiseen luokitukseen, joka kuvaa toimintakykyä, -rajoitteita ja terveyttä. ICF kuvaa sairauden tai vamman vaikutusten näkymistä yksilön elämässä kokonaisvaltaisesti. Kuntoutuksen näkökulmasta ICF korostaa diagnoosin olevan vain yksi terveydentilaan liittyvistä tekijöistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024.) Terveydenhuollossa tehdään asianmukainen tutkimus kuntoutuksen tarpeesta sekä toteuttamistavasta (Ebeling ym. 2020, 23).

Hyvässä kuntoutuksessa lapsia ja nuoria pyritään auttamaan, ei muuttamaan. Heidä kunnioitetaan ja heidät hyväksytään omina itsenään. On hyvä pohtia käsitteitä ”normaali” ja ”epänormaali”, onko lapsella haasteita sopeutua yhteiskuntaan vai onko yhteiskunnalla haasteita sopeuttaa massasta poikkeavia yksilöitä joukkoonsa. (Ladonlahti, Naukkarinen & Vehmas 1998, Koivikko & Sipari 2021, 46–47). Lapsen ja nuoren minuutta, toimijuutta ja osallisuutta tulee yksilöllisesti tukea, ja se huomioidaan kuntoutuksessa. Yleisesti eettiset periaatteet kuntoutuksessa näyttäytyvät elämän kunnioittamisena, ihmisarvon kunnioittamisena, hoitamisenä, itsemäärämisenä, oikeudenmukaisuutena ja hyödyn maksimoimisena. Eettisten näkökulmien huomioiminen kuntoutuksessa on välttämätöntä myös hyvän kuntoutussuunnitelman syntymisen edellytyksenä. Kuntoutus lasten ja nuoren kohdalla erityisesti suunnitellaan yksilön kehitysvaiheeseen soveltuvaksi. Lasten kuntoutusta pyritään suunnittelemaan aina yksilön kehitystä tukien, siis jokaisen lapsen kohdalla. (Koivikko & Sipari 2021, 34–54.)

Neuromoninaisuuden haitatessa toimintakykyä huomattavasti, on yksilö todennäköisesti oikeutettu Kelan etuuksiin tai kuntoutukseen eri lakien säätelemänä. Lapsi tai nuori voi saada alle 16-vuotiaan vammaistukea tai 16-vuotta täyttäneen vammaistukea, nuoren kuntoutusrahaa, lääkekorvauksia, vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta tai harkinnanvaraista kuntoutusta. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen lukeutuu LAKU-perhekuntoutus, Oma väylä -kuntoutus ja erilaiset sopeutumisvalmennuskurssit. (Kela n.d.) Fysioterapiaan voi hakeutua kuka tahansa itse maksavana asiakkaana, mutta kelan kuntoutusta haettaessa vaatimuksena on erikoislääkärin laatima lausunto kuntoutustarpeesta sekä neuropsykologin neuropsykologinen tutkimus. (Kela n.d.) Fysioterapian tavoitteet laaditaan yksilöllisesti sekä kuntoutuksen tarpeen mukaan, esimerkiksi kehonkuvan haasteisiin (Ebeling ym. 2020, 23).

Psykoedukaatio, taitojen opettelu ja psyykkisen tilanteen huomioiminen ovat tärkeitä osa-alueita neuromoninaisten kuntouksessa. Psykoedukaatiolla viitataan riittävään ja tarpeenmukaiseen tiedottamiseen esimerkiksi neuromoninaisen lapsen hoidosta ja kuntoutuksen muodoista henkilölle itselleen sekä perheelleen tai lähihenkilöilleen. (Jehkonen ym. 2020.) Psykoedukaatiolla voidaan lisätä lapsen, nuoren ja huoltajien ymmärrystä lapsen tai nuoren piirteistä sekä kykyä hakea tietoa tuki- ja kuntoutusvaihtoehtoista (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019; Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus). Kuntoutuksessa huomioidaan lapsen ja nuoren ikä, sekä suositellaan huoltajia tai perhettä osallistumaan tarpeen mukaan kuntoutukseen. Perhe on lapsen tai nuoren asiantuntijoita, mutta lääketieteellinen, psykologinen ja kuntoutuksellinen asiantuntijuus kuuluu ammatillisille asiantuntijoille. (Koivikko & Sipari 2021, 50–63.) Moniammatillinen, koulun, kuntouttavien toimien ja huoltajien välinen yhteistyö on lasten ja nuorten kuntoutuksessa tärkeää. Psykoedukaatio sisältää neuvontaa myös riittävästä unesta, säännöllisestä sekä monipuolisesta liikunnasta ja ravinnosta. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019; Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023.)

Neuromoninaisuuden osaan oireista ja siten toimintakykyyn voidaan vaikuttaa erilaisilla lääkkeillä (Socada 2023). Lääkehoito määritellään tarvittaessa yksilöllisesti ja johdonmukaisesti (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019; Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023; Åberg 2021). Lasten lääkehoito toteutetaan yh-

teistyössä huoltajien kanssa, ja aikuinen vastaa lapsen lääkehoidon toteutuksesta sekä lääkkeiden säilytyksestä. Iän mukaan lapselle annetaan lisää vastuuta lääkehoidon toteutuksesta. (Puustjärvi, Raunio, Lecklin & Kumpulainen 2016.) Autismikirjossa lääkehoitoa ydinoireisiin ei ensisijaisesti suositella, mutta lapsilla ja nuorilla lääkehoidosta voi olla hyötyä liitännäishäiriöiden tai -sairauksien hoidossa (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023). ADHD:ssa lääkehoito on keskeisimpiä hoitomuotoja psykososiaalisten hoitokeinojen ja muiden tukitoimien lisäksi. Oikein toteutettuna ADHD:n lääkehoito on tehokasta ja turvallista. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019.) Touretten oireyhtymässä sekä tic-oireiden haitatessa on hyvä olla lääkäriin yhteydessä, mutta lääkehoito on harkinnanvaraista oireiden haitatessa jatkuvasti, intensiivisesti sekä oireiden aiheuttaessa kipua. (Åberg 2021.) Kehityksellisissä kielihäiriössä ja oppimisvaikeuksissa lääkehoidon sijasta lapsilla ja nuorilla hoitokeinoina ovat erilaiset tukitoimet kotona, varhaiskasvatuksessa ja koulussa. (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -Suositus 2019).

6 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä edistävä lähestymistapa fysioterapiassa. Ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus, jolloin mieli ja keho muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden ja ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään. Tunteet synnyttävät tuntemuksia kehossa samoin kuin kehon aistimukset vaikuttavat mieleen. Tärkeää psykofyysisessä fysioterapiassa on salliva vuorovaikutus ja asiakkaan omien ideoiden kuunteleminen kohtaamistilanteissa. (Kauranen 2021, 537–541). Psykofyysisen fysioterapian kansainvälisiä käsitteitä ovat myös bio-psykososiaalinen fysioterapia tai ”mental health physiotherapy” eli karkeasti suomennettuna mielenterveys fysioterapia. Vaikka psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian kentällä suhteellisen uusi erikoisala, kokonaisvaltainen lähestymistapa ei ole varsinaisesti uutta. ICF-luokittelu pyrkii myös huomioimaan kokonaisvaltaisesti kuntoutujan toimintakyvyn sekä toimintaedellytykset. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016a, Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatryöryhmä 2015.)

Suomessa psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuminen edellyttää fysioterapeutin ammattikorkeakoulututkinnon sekä psykofyysisen fysioterapian täydennuskoulutuksen. Suosituksena erikoistumiselle on fysioterapeutin jatkuva oma kehollinen prosessi, jotta viitekehyksessä työskentely on mahdollista. Erikoistumisen lisäksi ammattilaisten on mahdollista täydentää koulutustaan Basic Body Awareness, psykofyysisen fysioterapian menetelmäopinnoilla. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry n.d.) Erikoistuminen on Suomessa ollut mahdollista vuodesta 1993 lähtien (Härkönen ym. 2016a).

6.1 Historia ja kehitys

Psykofyysinen fysioterapia pohjaa suomalaiseen perinteiseen fysioterapiaan, mutta lähestymistapa on saanut vaikutteita myös ruotsalaisesta ja norjalaisesta fysioterapiaperinteestä. Ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal kehitti kehotietoisuusterapian, basic body awareness therapy eli BBAT -terapia. BBAT -terapiassa tärkeimmät kolme elementtiä ovat tasapaino, vapaa hengitys sekä tietoinen läsnäolo. Harjoitusten tavoitteena on tyypillisesti lisätä kehotietoisuutta,

kehon hallintaa ja itsetuntemusta. BBAT -terapiaa on hyödynnetty Suomessa erityisesti masennuksen ja skitsofrenian hoidossa, stressinhallinnassa, syömishäiriöissä sekä kroonisten kipupotilaiden kanssa. Puolestaan norjalainen vaikutus psykofyysiseen fysioterapiaan on tullut norjalaisesta psykomotorisesta fysioterapiasta, joka perustuu psykiatri Wilhelm Reichin kehittämään menetelmään. Psykomotorinen fysioterapia korostaa fyysisten ja psyykkisten osa-alueiden yhteenkuuluvuutta sekä niiden tuomien reaktioita erilaisiin ongelmiin. Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian tavoitteena on tyypillisesti vapauttaa hengitystä, ratkoa yksilön tunneperäisiä ristiriitoja sekä vähentää lihasjännityksiä. (Kauranen 2021, 538.)

Suomessa psykofyysisen fysioterapian kehitys alkoi voimakkaammin 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen ansiosta. Psykofyysisen fysioterapian kehittämistyötä ovat tehneet fysioterapeutit, psykologit ja psykiatrit yhteistyössä. (Kauranen 2021, 536.) Psykofyysinen fysioterapia on osittain uusi, mutta nopeasti kehittyvä ala, joka pohjautuu kliiniseen ja tieteelliseen näyttöön (Probst & Skjaerven 2018, 10).

6.2 Lähestymistavat

Lähestymistavan pohjana on kokonaisvaltaisuutta korostava ihmiskäsitys, jossa keskeisenä elementtinä on kokemuksellinen oppiminen. Aiemmin mainittu kansainvälisesti tunnetumpi käsite bio-psykososiaalinen lähestymistapa huomioi fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet. Bio-psykososiaalinen malli auttaa erityisesti ymmärtämään silloin, kun patologista syytä ei löydetä. Psykofyysisessä fysioterapiassa korostuu tavoitteen asettaminen yhdessä asiakkaan kanssa, hoito-odotuksista keskustelu, hyvä kommunikointi ja yhteistyö, joiden on nähty olevan myös yhteydessä onnistuneeseen hoitoon ja kuntoutukseen. (Probst & Skjaerven 2018, 15–16.)

Psykofyysinen fysioterapia pitää sisällään laajalti erilaisia menetelmiä. Yleisesti ottaen yleisimpiä näistä ovat muun muassa terapeuttinen harjoittelu, hengitysharjoitukset, kehon tietoisuutta lisäävät harjoitukset eli kehon aistiminen asennoissa ja liikkeissä, rentoutusharjoitukset, mielikuvaharjoitukset, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet, toiminnalliset harjoitukset, kosketusharjoitukset, peiliharjoitukset

sekä ohjaus ja neuvonta. Toiminnallisilla harjoituksilla harjoitellaan muun muassa kehon suhdetta alustaan, painovoimaan ja kuormitukseen. Kosketuksella puolestaan pyritään kehontuntemuksen lisääntymiseen ja peilausharjoituksilla analysoidaan oman kehon asentoja ja liikkeitä. (Kauranen 2021, 537–541). Psykofyysisen fysioterapian menetelmät mahdollistavat omaan kehoon liittyvät arvostuksen ja toimijuuden kokemukset. Niiden avulla asiakas voi esimerkiksi oppia aistimaan omaa kehoaan ja sen reaktioita, hallitsemaan stressiä, vahvistamaan itsetuntemustaan sekä oppia vuorovaikutustaitoja ja nonverbaalia ilmaisua. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry n.d.)

6.3 Mahdollisuudet

Psykofyysisellä fysioterapialla voidaan vaikuttaa lapsen tai nuoren tietoisuuteen omista voimavaroista, arjen sujuvoittamiseen, kivun lievitykseen, kehon hahmottamiseen, stressin hallintaan sekä rentoutumiseen yksilö- tai ryhmätotetuksena. Fysioterapian osaan kuuluu myös psykoedukaatio sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävä neuvonta lapselle, nuorelle sekä lähiomaisille. Fyysisellä aktiivisuudella on vaikutusta yksilöiden ahdistuksen vähenemiseen sekä vireystiloihin ja jännittyneisyyteen perustuen keskushermoston välittäjäainepitoisuuksien muutoksiin. (Kauranen 2021, 540–543.) Kuntoutuksen tarve ja tavoite arvioidaan aina yksilöllisesti jokaisen kuntoutujan voimavarojen sekä haasteiden mukaan. (ADHD: Käypä hoito -Suositus 2019; Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023; Åberg 2021.) Myös vahvuuksien tukeminen on tärkeää niiden toimiessa kannustimina vähemmän kiinnostavien asioiden parissa. Keskittymällä onnistuneisiin ja hyvää oloa tuottaneisiin tilanteisiin ja tunteisiin on todettu olevan yhteys autismikirjolla olevien ihmisten onnellisuuteen. (Autismiliitto n.d.)

7 TANSSI-LIIKETERAPIA

Tanssi-liiketerapia (TLT) on psykoterapian erityissovellus, luova taideterapian muoto, joka perustuu liikkeeseen ja keholliseen ilmaisuun. Tanssi-liiketerapian tavoitteena on mahdollistaa liikkeen ja tanssin kautta sensomotorisen, emotionaalisen ja kognitiivisen kokemisen tasojen integraation. Keskeistä tanssi-liiketerapiassa on ymmärrys tanssista ja liikkeestä kommunikaationa sekä kehon ja mielen konsepti: mieli vaikuttaa kehoon ja keho vaikuttaa mieleen. Olennaista ei ole yksilön tanssillisuus tai tanssin osaaminen. (Pylvänäinen, Hyvönen, Muotka ym. 2021.) Tunteisiin liittyvien fysiologisten prosessien ymmärtämisen myötä tunnekokemuksista tulee tietoisempia, ja tunteiden tunnistaminen ja käsittely helpottuvat. Tanssin ja liikkeen kautta asiakas saa mahdollisuuden omien tuntemusten havaitsemiseen sekä tunteiden turvalliseen ilmaisemiseen. (Suomen tanssiterapiayhdistys ry n.d.) Muita tanssi-liiketerapian tavoitteita ovat esimerkiksi toimijuuden kokemuksen vahvistaminen, vuorovaikutuskuvioiden tunnistaminen ja tietoisuustaitojen kehittyminen. (Pylvänäinen 2020).

Tanssi-liiketerapian koulutus on Suomessa ammatillista täydennyskoulutusta. Tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä voivat hyödyntää vuoden kestävän tanssi-liiketerapian perusopinnot suorittanut ammattilainen. Tanssi-liiketerapian perusopinnot antavat pätevyyden tanssi-liiketerapeuttisten menetelmien ohjaajana toimimiseen. Suomessa tanssi-liiketerapiaa toteuttavat kouluttautuneet tanssi-liiketerapeutit. Tanssi-liiketerapeutteina voivat toimia kolmivuotisen ammatillisten opintojen suorittanut ammattilainen, joka on täydennyskoulutus perusopinnoista. (Suomen tanssiterapiayhdistys ry n.d.) Tanssi-liiketerapeutit eivät ole toistaiseksi Suomessa laillisesti nimikesuojattuja ammattilaisia koulutuksista huolimatta (Lindgren 2024; Valvira n.d.) Tilanteesta johtuen tanssi-liiketerapian asema terveydenhuollon kentällä on Suomessa epävakaa ja osin jäsentymätön. Useassa Euroopan maassa tanssi-liiketerapia lukeutuu psykoterapian kentälle, jolloin tanssi-liiketerapian asema on selkeämpi. (Lindgren 2024.)

7.1 Historia ja kehitys

Tanssin historia parantamisen keinona ja tunteiden ilmaisun välineenä ulottuu kauas menneisyyteen, sillä kehollinen ilmaisu on ollut olemassa kauan ennen

sanallisen ilmaisun kehittymistä. Yhdysvalloissa ja Englannissa kiinnostuttiin 1900-luvulla kehon ja mielen yhteydestä sekä mielen aikaansaamista kehollisista reaktioista. Tanssi-liiketerapia nykyisenä kuntoutusmuotona sai alkunsa 1940–50-luvulla, kun Marian Chase ja muutamat muut modernin tanssin ammattilaiset päätyivät käyttämään liikettä psykoterapeuttisin tavoittein. Chase alkoi opettaa tanssia 1930-luvulla, jolloin hän avasi myös oman tanssistudionsa. Tanssia opettaessaan Chase havaitsi, että monet hänen oppilaistaan osallistuivat opetukseen, koska he nauttivat kehonsa taiteellisesta ilmaisusta tanssijan uran tavoittelun sijaan. Lisäksi masennuksesta kärsivät oppilaat kertoivat mielialansa kohonneen tanssituntien tuloksena. (Malchiodi 2011, 98–100.)

Chase oli yksi tanssi-liiketerapian varhaisia pioneereja, ja vuonna 1942 hänet kutsuttiin Washingtonin psykiatriseen sairaalaan levittämään tanssin sanomaa menestyksekkäin tuloksin. Chase käytti tanssia edistämään kommunikaatiota, lisäämään vuorovaikutusta sekä luomaan empatiaa sairaalan potilailla, ja lopulta hän onnistui synnyttämään luottamuksen ja tavoittamaan tanssin ja liikkeen kautta jopa kaikkein eristyneimmät potilaat. (Malchiodi 2011, 98–100.) Yhdysvaltojen kanssa samoihin aikoihin Britanniassa kehittyi oma tanssi-liiketerapian suuntauksensa, jossa tanssin teoreetikko ja koreografi Rudolph von Laban toi tanssi-liiketerapiaan myös tanssin ilmaisua painottavia ulottuvuuksia. Laban oli vaikuttamassa siihen, että 1970-luvun lopulla tanssinopettajia alettiin kouluttaa ymmärtämään tanssin ekspressiivisiä аспекteja. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016b.)

Tanssi-liiketerapian ensimmäisen sukupolven pioneerit havaitsivat mahdollisuuden hyödyntää tanssin luovia ja parantavia elementtejä muun muassa laitospotilailla. Toisen sukupolven tanssiterapeutit puolestaan onnistuivat luomaan laajemmän käsityksen tanssi-liiketerapiasta sisällyttäen siihen myös psykoanalyttisen ja jungilaisen psykologian koulukunnilta lainattuja psykodynaamisia käsitteitä. (Malchiodi 2011, 99–100.)

Psykiatrisista hoitolaitoksista tanssi-liiketerapia laajeni vähitellen eri toimintaympäristöihin, ja kohderyhmien kirjo kasvoi. Tanssi-liiketerapian ammatillisuus vaikiintui 1960-luvulla, ja vuonna 1966 perustettiin Amerikan Tanssiterapiayhdistys

eli The American Dance Therapy Assosiation (ADTA). Suomen Tanssiterapiayhdistys ry perustettiin vuonna 2000, ja Euroopan Tanssiterapiayhdistys (EADMT) vuonna 2010. (Härkönen ym. 2016b.) Suomen Tanssiterapiayhdistys toimii tanssi-liiketerapeuttien ammatillisena verkostona, ja sen tarkoituksena on tehdä tanssi-liiketerapiaa tunnetuksi Suomessa. Suomen Tanssiterapiayhdistys ry on eurooppalaisen EADMT:n jäsen. (Suomen tanssiterapiayhdistys ry n.d.). Tanssi-liiketerapian asemoituminen kuntoutuskentälle on edelleen kehittymässä, eikä Kela ole vielä hyväksynyt kuntoutusmuotoa Kela korvattavaksi (Härkönen ym. 2016b).

7.2 Lähestymistavat

Tanssi-liiketerapia pitää sisällään erilaisia lähestymistapoja, joita yhdistää luovan liikkeen keskeisyys terapian peruselementtinä. Chasen lähestymistavassa korostuu peilaava liike tai asiakkaan liikkeeseen yhtyminen. Lähestymistavassa hyödynnetään rytmisiä vartalon liikkeitä sekä viestintää liikkeen kautta. Peilaamiskäsitteestä on käytetty myös termiä ”empaattinen reflektio”, joka tarkoittaa terapeutin keinoa rakentaa tuomitsematon ja tukea antava ympäristö. Terapeutti arvioi asiakkaan mielialoja ja tunnetiloja hyödyntämällä häneltä saamiaan verbaa-lisia sekä nonverbaalisia vihjeitä. (Malchiodi 2011, 100–102.) Integroidussa kehityksellisessä lähestymistavassa terapeutti tarkkailee liikkeen kehityksellisiä vaiheita auttaen asiakkaita kehityksellisten esteiden ja viivästymien työstämisessä. Lähestymistavassa yhdistyvät selkeä liike sekä kehollinen ymmärrys mielen sisäisestä kehityksestä ja ihmissuhteiden järjestelmistä koko elinkaaren ajalta. Kehollisuus ja liike sisältyvät objektisuhdeterapioihin, jotka tarjoavat ymmärrystä yksilöitymisen vaiheista ja ihmissuhteista. (Malchiodi 2011, 102–103.) Mary Whitehouse kehitti ensimmäisenä autenttisen liikkeen -lähestymistavan eli liikeimprovisaation, joka perustuu liikkujan ja läsnäolijan suhteeseen. Autenttisessa liikkeessä liikkuja kuuntelee sisäisiä impulssejaan ja antaa niiden muodostaa näky-mätöntä tai näkyvää liikettä. Lähestymistavassa painottuu sisäisen kokemus-maailman kuunteleminen sekä muiden ja itsensä todellisena näkeminen. (Malchiodi 2011, 103–104.)

Tanssi-liiketerapeuttiset menetelmät mahdollistavat uuden keinon itsensä ilmaisuun. Suomen tanssiterapiayhdistyksen (n.d.) luettelemia menetelmiä ovat esimerkiksi kehotietoisuus- ja tietoisuustaitotyöskentely, pelit ja leikit, liikeimprovisaatio, rentoutus-, mielikuva- ja kehonhahmotusharjoitukset. Menetelmät pohjautuvat eri lähestymistapoihin. Esimerkiksi liikeimprovisaatio pohjautuu autenttisen liikkeen lähestymistapaan ja perustuu sisäisen kokemusmaailman kuuntelemiseen. Tanssi-liiketerapian menetelmiin kuuluu myös liikekokemusten kuvaaminen sanallisesti tai esimerkiksi kuvien avulla. Tämä auttaa asiakasta liikkeen merkityksen ymmärtämisessä ja sen integroimisessa osaksi omaa kokemusmaailmaa. Menetelmien valintaan vaikuttavat asiakkaan yksilölliset tarpeet, kuntoutuksen tavoitteet sekä terapeutin soveltamat työskentelytavat. Samankaltaisia menetelmiä käytetään osittain myös muissa terapiamuodoissa sekä tanssin opetuksessa, mutta tanssi-liiketerapian näkökulmasta niissä korostuu vuorovaikutukselliset tavoitteet sekä yksityiskohtainen suhtautuminen liikekokemusten merkitykseen. (Pylvänäinen ym. 2021, 11–12; Suomen tanssiterapiayhdistys ry n.d.)

7.3 Mahdollisuudet

Tanssi-liiketerapiaa on hyödynnetty muun muassa autismitietäjien, muiden mielen-terveyden haasteiden sekä syömishäiriöiden kuntoutuksessa. Siitä voi olla hyötyä erityisesti henkilöillä, joiden on vaikea ilmaista itseään perinteisessä verballisessa terapiassa johtuen esimerkiksi kielen haasteista, fyysisistä vaurioista tai trauman jälkeisestä stressioireyhtymästä. (Malchiodi 2011, 98–99.) Tanssi-liiketerapia antaa mahdollisuuden tutkia omia vuorovaikutustapoja sekä luoda kokonaan uusia tapoja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Liikkeen ja kehollisuuden kautta sanattomat kokemukset ja psyyken tiedostamattomat prosessit voivat tulla paremmin tietoisien mielen ulottuville, mikä mahdollistaa tunnetietoisuuden lisääntymisen sekä tunnesäätelyn kehittymisen. Tietoisuustaitojen kehittyminen vahvistaa kykyä tunnistaa kehon tuntemuksia, omaa liikettä, aistimuksia, ajatuksia ja tunteita. Tanssi-liiketerapia tarjoaa mahdollisuuden käyttää liikettä ja luovuutta ratkaisujen reittinä. Terapiamuodossa sovelletaan tanssin perinteessä olevia menetelmiä luovien ratkaisujen etsimiseen ja tuottamiseen. (Pylvänäinen ym. 2021, 12–14.)

8 TANSSI-LIIKETERAPIA JA PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Tanssi-liiketerapian sekä psykofyysisen fysioterapian yhtenevä päätekijä on Kelan mukaan liikkeen ja kehon keskeisyys. (Härkönen ym. 2016a; Härkönen ym. 2016b). Terapiamuotojen lähestymistavat ovat hieman erilaisia, vaikka tanssi-liiketerapeuttiset menetelmät ja psykofyysisen fysioterapian menetelmät sekoittuvat helposti keskenään (Lindgren 2024; Tuomi 2024; Virtanen 2024).

Tanssi-liiketerapia pohjautuu psykoterapeuttisiin teorioihin, fenomenologiaan, kiintymyssuhde- ja varhaisen vuorovaikutusteorioihin, luovuuden teorioihin sekä neurotieteisiin. Psykofyysinen fysioterapia puolestaan pohjautuu luonnontieteellisiin ja humanistisiin lähtökohtiin. Karkeasti tiivistettynä psykofyysinen fysioterapia perustuu fysioterapiatieteeseen, jossa sovelletaan monen muun kuten lääketieteen, terveystieteiden, liikuntatieteen ja sosiaali- ja käyttäytymistieteiden tutkimusta ja tietoa. Tanssi-liiketerapiassa korostetaan eri mittakaavassa terapeutista vuorovaikutussuhdetta, vaikka se on olennaista myös psykofyysisessä fysioterapiassa. (Kotro 2023, 6.) Molemmat terapiamuodot ovat Kelan selvitysten mukaisesti todettu vaikuttavaksi ja käyttökelpoisiksi terapiamuodoiksi. (Härkönen ym. 2016a; Härkönen ym. 2016b).

8.1 Sovellettavuus

Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yhdistämisestä neuromoninaisille ei suoraan löytynyt tieteellisiä tutkimuksia. Tietoa sovellettiin erilaisista luotettavista kirjallisuuden lähteistä, yksittäisistä tutkimuksista ja asiantuntijahaastatteluista. Näiden pohjalta tietoa koottiin yhteen tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian soveltamisesta neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla. Asiantuntija Maj-Kristine Lindgren (2024) totesi, että tietoisuus neuromoninaisuudesta sekä eri kuntoutuksen menetelmistä, kuten tanssi-liiketerapiasta ole aina olleet Suomessa selkeitä. Neuromoninaisuuteen liittyvän tutkimuksen lisääntyessä on kuitenkin alettu hiljalleen hyödyntää myös kehollisia lähestymistapoja hoidossa. (Lindgren 2024.)

Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmät ovat osaltaan hyvin samankaltaisia. Menetelmien käytössä korostuu sovellettavuus, asiakaslähtöisyys ja asiakkaan tavoitteet. On tärkeää selvittää, mitä asiakas tarvitsee, mitkä ovat terapian tavoitteet sekä mitä tavoitteita asiakkaalla itsellään on terapian suhteen. Sekä tanssi-liiketerapeuttisissa menetelmissä että psykofyysisen fysioterapian menetelmissä on omat erityispiirteensä, ja näiden yhdisteleminen hyödyttää asiakasta monella tapaa. (Virtanen 2024.) Tanssi-liiketerapiakoulutusten myötä lasten ja nuorten kehityspsykologinen ja kiintymyssuhteeseen liittyvä kehollinen ymmärrys on huomattavasti laajentunut ja hyödyttänyt siten terapiaprosesseja. (Lindgren 2024). Lisäksi tanssi-liiketerapian yhdistäminen psykofyysiseen fysioterapiaan antaa terapeutille laajemmat mahdollisuudet soveltaa toimintaa eri tilanteissa. Kokemuksellisuus on yhdistävä tekijä näissä kahdessa terapiamuodossa, ja tästä syystä tanssi-liiketerapian menetelmät ovat monella tapaa hyödynnettävissä myös psykofyysisen fysioterapian kentällä. (Tuomi 2024.)

Sovellettavuuteen sisältyvänä tärkeänä teemana nousi kirjallisuuden sekä asiantuntijahaastatteluiden perusteella esiin elävän vuorovaikutuksen sekä terapeutin asenteiden ja olemuksen merkitys terapiatilanteissa. Neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla vuorovaikutuksessa on usein omaa tyyliä, ja vuorovaikutustilanteet voidaan kokea hyvin kuormittavina. Lapsen tai nuoren voi olla hankala katsoa terapeuttia silmiin, ja etäisyys terapeutista on usein hyvin vaihtelevaa. Yhteyden muodostaminen vastaanotolla lapseen tai nuoreen voi onnistua liikkeen tai erilaisten leikkien kautta. Piirtäminen, maalaaminen, kuvalliset kortit, tunnelistat sekä asennoilla ja äänellä itsensä ilmaisu tarjoavat lapsille ja nuorille vaihtoehtoisia tapoja kommunikoida. (Virtanen 2024.)

Terapeutin oma olemus korostuu erilaisia menetelmiä toteuttaessa, mikä vaatii terapeutilta kykyä olla liikkeessä ja heittäytyä. Tuomin (2024) mukaan erityisesti lapset kokevat hyvin mielekkääksi, kun aikuinen lähtee tekemään harjoitteita ja ilmaisemaan turvallisesti erilaisia tunnetiloja heidän kanssaan. Terapeutin tehtävänä on hukassa olevalle tai haasteiden kanssa painivalle lapselle tai nuorelle edellä mainitun lisäksi sanallistaa, olla esimerkkinä, kuunnella ja reagoida. Eritäin tärkeää on myös lapsen tai nuoren ohjaamisen lisäksi vanhempien kanssa keskustelu, neuvominen ja ohjaus — psykoedukaatio. (Lindgren 2024.)

8.2 Menetelmät

Tanssi-liiketerapian sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmissä korostuvat ihmisen kokonaisvaltainen huomiointi sekä liike tai keho vuorovaikutuksen välineenä, vaikka kahden eri terapian lähestymistavat poikkeavat hieman toisistaan (Härkönen ym. 2016a; Härkönen ym. 2016b; Kotro 2023). Usein lasten ja nuorten tilanteet ovat moninaisia ja vaikeita, joten neurokirjo voi olla vain osa ongelmaa. Olennaista on aina asettua hoidossa ja terapiassa olevan yksilön kokonaistilanteeseen parhaalla mahdollisella tavalla, ja edetä hänen tarpeidensa ja vastaanottokykynsä mukaan. Menetelmät ovat siis vain työkalukokoelma. (Lindgren 2024.)

Kirjallisuudessa sekä asiantuntijahaastatteluissa korostuivat vuorovaikutukselliset menetelmät osana kuntoutusta. Fysioterapeutin ydinosuamiseen kuuluu hyvä vuorovaikutusosaaminen, johon kuuluu myös kommunikointi asiakkaan lisäksi perheen, huoltajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Hyvä vuorovaikutussuhde pohjaa terapiasuhteen syntymistä asiakkaan sekä terapeutin välille. (Suomen fysioterapeutit 2016.) Tanssi-liiketerapiassa terapeutin vuorovaikutussuhde on syvempi, sillä psykoterapiassa vuorovaikutusprosessi pohjautuu psykologiseen tieto- ja teoriapohjaan (Juva ym. 2021; Kotro 2023). Vuorovaikutuksessa terapeutin tärkeänä tehtävänä etenkin lasten ja nuorten kohdalla on näyttää esimerkkiä, sanallistaa, kuunnella ja reagoida yksilön tarpeiden mukaan. (Lindgren 2024). Peilausmenetelmät sekä empaattinen reflektio ovat tanssi-liiketerapian menetelmiä, joissa vuorovaikutuksen rooli korostuu entisestään. Peilausmenetelmissä on kyse laadullisesta emotionaalisesta yhteydestä terapeutin ja asiakkaan välillä, johon yhdistyy toisen toiminnan peilausta. (Tortora 2006, Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher 2014.) Peilausmenetelmää voidaan hyödyntää erilaisissa liikeharjoituksissa, joissa terapeutti tekee liikettä mukana tutkien samalla kehon käyttöä ja saaden informaatiota asiakkaasta liikkeen kautta (Tuomi 2024).

Liike ja tanssi ovat synnynnäisiä viestintävälineitä ja tarjoavat sanattoman ilmaissukeinon erityisesti lapsille, joilla on kommunikaatiohaasteita. Autismikirjossa tyypilliset haasteet liittyvät kommunikaatioon ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen.

(Scharoun ym. 2014.) Autenttinen liike -lähestymistapaan kuuluvissa liikeimprovisaatioharjoitteissa painottuu yksilöllisyys sekä terapeutin kyky lukea asiakasta. Osalle asiakkaista liikkuminen musiikkiin ja itsensä ilmaisu tulevat hyvin luonnostaan, mutta osalla harjoitteisiin osallistuminen on rajoittuneempaa. Kaikille liikeimprovisaatioharjoitteet eivät siis sovi ainakaan terapian alkuvaiheessa. (Virtanen 2024.) Liikeimprovisaatiosta voidaan puhua myös luovana liikkeenä. Luova liike antaa mahdollisuuden itsensä sanattomaan ilmaisuun ja sitä hyödynnetään kaikkialla maailmassa. (Scharoun ym. 2014.)

Autismikirjon haasteisiin kuuluvat usein joustavuuden vaikeudet. Joustavuus on taitoa mukautua uusiin tilanteisiin, jonka puute autismikirjossa vaikuttaa liikkumiseen ja sosiaaliseen vaikeutumiseen (Sengupta & Banerjee 2020). Hillin (2004) ja Hughesin (1994) mukaan kehon asenne liittyy siihen, miten yksilö pitää itsensä tilassa ja ajassa, jossa sisäinen malli omasta kehosta on olennaisessa osassa kehotietoisuuden lisäämisessä sekä itsekehittämisessä. (Sengupta & Banerjee 2020.) Kehotietoisuutta voidaan lisätä erilaisilla vastaliikepariharjoituksilla, joissa toteutetaan vastaparina esimerkiksi kevyttä ja raskasta liikettä havainnoiden samalla oman kehon käyttöä sekä liikkeen vaikutusta ajatuksiin ja mielialaan. Kehityksellisten liikkeiden hyödyntämistä ja Bartenieff-patteristoa voidaan käyttää liikeharjoittelussa asiakkaan kanssa, sillä ne sisältävät hyviä kehontuntemuksellisia elementtejä. Esittelemällä asiakkaalle liikelaatuja ja tarjoamalla erilaisia tapoja liikkua asiakas saa uusien kokemusten kautta mahdollisuuden ratkaista ongelmia hieman eri tavoin. (Tuomi 2024; Virtanen 2024.) Kehon asenne keskittyy myös kehoon itsessään, tietoisuuteen itsestään, tietoisuuteen kehon eri osista sekä niiden suhteesta toisiinsa eri tilanteissa ja tapahtumissa (Hill 2004, Hughes 1994, Sengupta & Banerjee 2020).

Kehossa esiintyvät kivut ja kipukäyttäytyminen liittyvät esimerkiksi Touretten oireyhtymään ja tic-oireiden toistuviin liikkeisiin. Fysioterapian näkökulmasta neuromoninaisuudessa voidaan hyödyntää myös kipufysioterapiaa sekä kädentaitoja. Fysioterapeutit voivat tehdä manuaalista terapiaa, jota Lindgren (2024) on hyödyntänyt Touretten oireyhtymän sekä tic-oireiden aiheuttamien kipujen hoidossa. Kosketus voi toimia myös yhtenä kommunikaation menetelmänä (Lindgren 2024). Neuromoninaisilla oma keho saattaa tuntua hyvin vieraalta, jolloin

kosketusharjoituksia voidaan hyödyntää kehontuntemuksen vahvistamisessa. Lisäksi kosketusharjoituksia voidaan käyttää tarpeen mukaan esimerkiksi ohjauvaan tai rauhoittavaan tarkoitukseen. (Tuomi 2024; Virtanen 2024.) Banerjee ja Sengupta (2020) nostavat tutkimuksessaan esiin McCormarckin ja Holsingerin termin "comfort touch" eli somatosensorisen menetelmän, joka perustuu lohduttavaan kosketukseen rauhoittavan vaikutuksen aikaansaamiseksi. Kosketusharjoituksissa on huomioitava aistiherkkyudet sekä varmistettava kosketuksen mukavuus ja turvallisuus. (Banerjee & Sengupta 2020.) Psykofyysisiin keinoihin autismikirjon häiriön Käypä hoito -suositus (2023) luettelee asiakkaan voimavarojen lisäämisen, kehon hahmotuksen sekä kivunlievityksen lisäksi stressinhallinnan ja rentoutumisen keinot. Rauhoittumiseen voidaan käyttää myös erilaisia rentoutusharjoituksia. Tuomi (2024) ohjaa asiakkailleen usein vuoteeseen tehtäviä liikkeitä, jotka vaikuttavat vireystilaan ja ohjaavat kehoa rauhoittumaan helpottaen unen saantia. Esimerkkejä tällaisista harjoitteista ovat painovoimalle antautuminen, jännitys-rentoutus-menetelmät ja meritähti eli itsensä pitkäksi venyttäminen. (Tuomi 2024.) Rentoutumisessa ja rauhoittumisessa voidaan hyödyntää myös välineitä, kuten neuroakustista patjaa tai painopeittoa (Lindgren 2024; Tuomi 2024).

Lapsen tai nuoren iän, kehitystason sekä mielenkiintojen mukaan tanssi-liiketerapiassa ja psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan hyödyntää erilaisia leikkejä ja pelejä (Lindgren 2024; Tuomi 2024, Virtanen 2024). Leikki kuuluu olennaisena osana tanssi-liiketerapiaan esimerkiksi sen luovuutta, yksilöllisyyttä ja improvativisuutta lisäävän vaikutuksen vuoksi. Leikin avulla on mahdollista käsitellä esimerkiksi omia rajoja ja tunteita kokemuksellisesti. Terapeutin ollessa riittävän turvallinen ja leikissä läsnäoleva aikuinen, voi lapselle tai nuorelle syntyä ymmärrystä itsestään mahdollistaen muutosta sekä kehollisesti että mielen tasolla. (Lindgren 2024.) Asiakkaalle mieleiset leikit voivat rentouttaa ilmapiiriä ja auttaa purkamaan jännitystä tai energiaa erityisesti vastaanoton alussa. Erilaisia leikkejä yhdistävät asiakaslähtöisyys sekä terapisuhteen rakentaminen asiakkaan ja terapeutin välille. Esimerkkejä leikkimenetelmistä ovat peilin leikkiminen, tarkkuuspelit sekä erilaiset tempuradat ja kilpailut. (Virtanen 2024.)

Leikkeihin ja peleihin liittyy vahvasti välineiden käyttö. Välineet voivat toimia menetelmien ja terapian tukena antaen asiakkaalle mahdollisuuden keksiä jotakin

aivan uutta ja yllättävää. Osalle lapsista tai nuorista oman autonomian säilyttäminen on tärkeää, jolloin tilan ja mahdollisuuksien antaminen lapsen omalle mielikuvitukselle korostuu. Liike saattaa lähteä välineestä, ja välineet voivat helpottaa harjoitteiden tekemistä. Välineitä käyttäessä myös terapeutin luovuus ja heittäytyminen ovat suuressa roolissa. Välineiden käyttö vaatii paljon vuorovaikutusta asiakkaan kanssa, ja välineen valinnan sekä liikkeen on tärkeää lähteä asiakkaasta itsestään. (Tuomi 2024; Virtanen 2024.) Erilaiset pallot ja huivit, liikeratoja mahdollistavat sekä omia taitoja palkitsevat välineet ovat tärkeitä (Lindgren 2024; Tuomi 2024). Myös kuvalliset kortit ja sanat voivat toimia liikkeen tuottamisen apuna (Tuomi 2024). Musiikki voi toimia terapiassa välineenä, ja parhaillaan musiikin rytmi lisää keskittymiskykyä, sosiaalisia suhteita sekä auttaa asiakasta mahdollisten liikkeiden mallintamisessa. (Anderson 2015; Scharoun ym. 2014; Morris, Hope, Foulsham & Mills 2023). Musiikkia hyödyntäessä tulee huomioida aistiyliherkkyydet ja mieltymykset, eikä sen käyttö sovellu jokaiselle yksilölle (Lindgren 2024).

Erilaisia menetelmiä sekä välineitä ja musiikkia on yhdistelty Andersonin (2015) tutkimuksessa, jossa tanssi-liiketerapiainterventio perustui Labanin Effort-teoriaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää TLT-interventio matematiikan ja sosiaaliemotionaalisen taitojen opetukseen seitsemännenten luokan nuorille, joilla oli diagnosoitu oppimisvaikeuksia, tunne- tai käyttäytymishäiriöitä ja ADD tai ADHD. Tutkimukseen osallistuneet 14 nuorta olivat iältään 12–13-vuotiaita. Tutkimuksessa yhdistyivät erilaiset menetelmät sekä välineet kuten ohjailevat liikkeet, liikeimprovisaatio, joogamatto sekä musiikki. Labanin Effort-teorian mukaan liikeelementteinä harjoituksissa toimivat kevyt-voimakas, jatkuva-välitön, epäsuorasuora eri liiketekijöiden osuuksissa sekä myös vapaa-sidottu liike-elementit, jotka olivat mukana jokaisessa harjoituksen osuudessa. Liikkeiden yhteydessä hyödynnettiin joogamattoa, joka rajasi opiskelijoiden tilaa konkreettisin keinoin lisäten tietoisuutta omista sekä muiden rajoista. Musiikkia tutkimusryhmä hyödynsi tutkimuksen loppupuolella yhdistäen sitä Labanin liikesarjoihin. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että Labanin Effort-menetelmien mukaan tanssin ja liikkeen yhdistäminen koulumaailmaan vaikutti opiskelijoiden sosiaalisten taitojen ja akateemisen sisällön oppimiseen. Effort-menetelmillä vaikuttaisi olevan yhteys jännityksen vähenemiseen sekä oman kehotietoisuuden sekä kinesfäärin eli tilatietoisuuden lisääntymiseen. (Anderson 2015.) Andersonin (2015) tutkimustulokset ovat

yhdenmukaisia aikaisempien tutkimusten kanssa. (Burnaford, Aprill & Weiss. 2001, Mason & Steedly 2006). Anderson (2015) nosti esiin tutkimustuloksiin vaikuttavien kuitenkin yksilölliset tekijät, kuten akateemisten lisätukien sekä sosiaalis-emotionaalisten tukien merkitys osalle opiskelijoista.

8.3 Vaikuttavuus

Tanssi-liiketerapian vaikuttavuus perustuu yleisellä tasolla vahvinten elämänlaadun parantumiseen, kun taas psykofyysisellä fysioterapialla on vaikutusta toimintakyvyn, terveyden sekä elämänlaadun paranemiseen. (Härkönen ym. 2016a; Härkönen ym. 2016b). Kotimaista tutkimusta tanssi-liiketerapiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta on tehty niukasti. Tanssi-liiketerapian on todettu Kelan julkaisemassa tutkimuksessa (2021) ryhmämuotoisena olevan tehokas ja vaikuttava kuntoutusmuoto aikuispotilaiden masennuksen hoidossa. Tutkimustulokset osoittivat tanssi-liiketerapiaintervention aikana masennusoireiden selkeää vähenemistä sekä positiivisia muutoksia osallistujien kehonkuvassa. (Pylvänäinen ym. 2021.) Kelan tuottamassa kirjallisuuskatsauksessa puolestaan psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus näyttäisi perustuvan kokonaisvaltaisen kehotietoisuustyöskentelyn pohjalta itsesäätelyn vahvistumiseen ja toimintakyvyn kohenemiseen sekä kehollisen työskentelyn pohjalta oiretunteuksien vähenemiseen ja itsensä hyväksymisen ja vastaanottavaisuuden lisääntymiseen. (Härkönen ym. 2016a.)

Onnistuneella vuorovaikutussuhteella luodaan yhteys toiseen ihmiseen, jolla näyttäisi olevan vaikutusta kuntoutuksen onnistumiseen (Suomen fysioterapeutit 2016). Dugganin (1978) mukaan yksilöterapia erityisesti autismiterapioilla olevien lasten kanssa on tärkeää turvallisen terapiasuhteen luomiseksi, jossa lisänä välineet voivat toimia siltana kontaktille (Scharoun ym. 2014). Vuorovaikutukseen perustuvilla peilausmenetelmillä on todettu olevan vaikutusta oman kehonkuvan luomiseen ja käsittämiseen, sosiaalisten taitojen kuten kasvojen ilmeiden tulkitsemisen kehittymiseen sekä vuorovaikutussuhteiden luomiseen mukaan lukien edistään terapeutin ja asiakkaan välistä merkityksellistä, tunne- ja turvallista suhdetta. (Scharoun ym. 2014.) Peilausmenetelmien harjoitusten ehdotetaan perustuvan peilisolujen toimintaan. Aiemmat tutkimukset esittävät hermosolujen heijastavan aivokuoren toimintaa. Peilisolujen tehtävänä on jäljitellä toisen ihmisen

toimintaa sekä tuntemuksia. Peilisolujen toiminta ei rajoitu siis fyysisiin toimiin, vaan sen toiminta liittyy myös kasvojen ilmeisiin. (Pellegrino ym. 1992, Stern 1985, Scharoun ym. 2014). Peilausmenetelmät olivat jopa käytetyin ja tehokkain menetelmä tutkimusten tuloksia tarkastellessa sekä Morrisin ym. (2022) että Takahashin, Matsushiman ja Katon (2019) kirjallisuuskatsauksien tutkimuksissa. Peilausmenetelmillä näyttäisi olevan yhteys aktiivisuuden ja sosiaalisen kommunikaation kehityksen välillä autismikirjoisilla lapsilla ja nuorilla (Morris ym. 2022). Peilausmenetelmät mahdollistavat asiakkaan liikkeen visualisoinnin terapeutin heijastelemana, jolloin asiakas näkee miltä liike kehossa näyttää. Yhteisillä liikkuvilla harjoituksilla voidaan olettaa olevan yhteys laajojen aivoalueiden aktivoitumiseen lisäten kehollista yhteyttä ja joustavuutta sekä empatiataitoja. Empaattisessa suhteessa ja emotionaalisesti turvallisessa ympäristössä liikkuminen auttaa tunteiden, ajatusten ja aistimusten itsehavainnoinnissa, jonka oletetaan vaikuttavan interoseptiivisen aistimuksen seurauksesta. Itsessään kehon liike voi toimia kommunikaationa sanalliseen ilmaisuun. (Valjakka, Marttunen & Haravuori 2024.)

Tanssin ja tanssi-liiketerapian voidaan itsessään ajatella olevan luova prosessi, joka sisältää kehon liikettä tietystä ajassa ja paikassa. Luovan liikkeen harjoituksilla eli liikeimprovisaatioharjoituksilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia kommunikaatiotaitoihin, yhteistyötaitoihin, tietoisuuteen muista sekä ne antavat tilaa omalle kommunikaatiotyylille lapsilla, joilla on autismikirjon häiriö. Liikeimprovisaatiolla ja koordinoidulla liikkeellä on ehdotettu vahvistavan lasten välisiä vuorovaikutussuhteita jakamalla ideoita, fyysistä tilaa sekä hyväksymällä yksilöllisiä eroja lisäten näin kommunikaatiotaitoja. (Scharoun ym. 2014.) Luovassa liikkeessä kehon liike on vertauskuvallista mahdollistaen monipuolista ilmaisua. Liikeimprovisaatioharjoituksien vapaa ilmaisu symbolien kautta saattaa auttaa vaikeiden kokemusten käsittelyssä. (Valjakka ym. 2024.)

Soveltamalla tanssi-liiketerapiaa tai tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä psyko-fyysiseen fysioterapiaan neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla voidaan saavuttaa esimerkiksi parantunutta kykyä tunnistaa oman kehon tuntemuksia sekä sanoittaa ja ilmaista omia tunteita. (Tuomi 2024; Virtanen 2024). Kehotietoisuutta, itse-tuntemusta sekä itsensä hyväksymistä edistävillä harjoituksilla tuetaan yhteyttä

omaan kehoon. Oletettuna vaikutusmekanismina harjoitusten taustalla on vaikuttaminen valve-lepotilajärjestelmään, jossa aivojen lepotilan aktivoituu. (Valjakka ym. 2024.) Banerjee ja Sengupta (2020) tutkimuksessa, jossa kosketusharjoitusten, liikeimprovisaation sekä peilausmenetelmien lisäksi hyödynnettiin bartenieff-patteristoa, joka näyttäytyi vaikuttavan positiivisesti kommunikaatioon ja kehon asenteisiin 3–11-vuotiailla lapsilla, joilla oli diagnosoitu vaikea autismikirjon häiriö. Myös Takahashi ym. (2019) kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista seitsemästä tutkimuksesta neljässä tutkimuksessa todettiin sosiaalisten taitojen mukaan lukien tunteiden ilmaisun kehittyneen tanssi-liiketerapiainterventioiden päätteeksi 4–55-vuotiailla henkilöillä, joilla oli diagnosoitu autismikirjon häiriö. Cofini, Cianfarani, Cecilia, Carbonelli ja Di Giacomo (2018) tutkivat satunnaistetulla kontrolloidulla tutkimuksella tanssi-liiketerapian vaikutuksia 9-11-vuotiailla lapsilla, joilla oli diagnosoitu oppimisvaikeus. Tutkimuksen tulokset osoittivat huomiokyvyn, keskittymiskyvyn, tunteiden tunnistamisen ja itsetunnon kohenemistä. Kontrolliryhmään osallistuneet osoittivat myös parempaa suoriutumista visuaalisessa ja auditiivisessa tunnistamisessa sekä parempia ihmissuhteita. Tanssi-liiketerapiaryhmälle toteutettiin tanssi-liiketerapiaa, jossa hyödynnettiin liikeimprovisaatiota sekä myös oman sekä muiden ruumiillisuutta korostavia harjoitteita. (Cofini ym. 2018.)

Fysioterapian manuaalisen terapian lähtökohtana on yksilöllisiin kuormitustekijöihin puuttuminen manuaalisin menetelmin. Manuaalisen terapian menetelmiä voivat olla manuaalinen liikkeen ohjaaminen, terapeuttinen harjoittelua sekä muita manuaalisia menetelmiä. Manuaalisen terapian vaikutukset ovat yksilöllisiä. (Suomen fysioterapeutit 2016.) Itsessään kosketuksella voidaan saada aikaan rauhoittavaa vaikutusta, joka selittyy oksitosiinilla. Oksitosiinia erittyy mukavan kosketuksen, silityksen ja läheisyyden yhteydessä. Oksitosiini on hermojen välittäjäaineena toimiva ja vereen erittyvä hormoni. Oksitosiini vaikuttaa kasvuun, eritystoimintaan, ulkoiseen käyttäytymiseen, lyhytaikaisiin stressivaikutuksiin sekä pitkäaikaisiin mielenrauhaan kohdistuviin vaikutuksiin kuten rauhallisuuteen ja kivun lieventymiseen. Kivun lievittyminen selitetään hypotalamuksesta lähtevillä sekä oksitosiinia kuljettavilla hermoilla, jotka kulkevat erilaisille hermojärjestelmän alueille, jotka vaikuttavat kivun tuntemiseen. (Uvnäs-Moberg 2007, 79–115.) Lohduttavan kosketuksen sekä peilausharjoitusten yhdistelmä on todettu toimi-

vaksi autismikirjon kanssa työskennellessä (Banerjee & Sengupta 2020). Rentoutumismenetelmien välittömät vaikutukset perustuvat sympaattisen hermoston ärsytystilän keventyminen sekä aivojen sähkömagneettisen toiminnan hidastuminen. Pidempiaikaiset vaikutukset perustuvat autonomisen hermoston toimintojen tasaantumiseen, ahdistus- ja masennusoireiden vähenemiseen, stressinhallinnan lisääntymiseen sekä stressihormonipitoisuuksien laskuun. (Kauranen 2021, 539.) Rauhoittavien ja aktivoivien liikeharjoitusten autonomisen hermoston vaikutus auttaa mahdollisesti tunnesäätelytaitojen kehittymisessä (Valjakka ym. 2024).

On hyvä palata myös perusasioihin — Fyysisellä aktiivisuudella, liikunnalla on paljon positiivisia terveysvaikutuksia, joita ei tule unohtaa (Virtanen 2024). Fysioterapiassa terapeuttinen harjoittelu perustuu liikunnan terveyshyötyihin, kun taas tanssi-liiketerapiassa yhdistyvät liikunnan hyötyjen lisäksi taideterapioiden ja musiikin hyödyt. (Autismikirjon häiriö: Käypä hoito -suositus 2023; Valjakka ym. 2024). Yleisten UKK-instituutin suositusten mukaan 7–17-vuotiaille lapsille ja nuorille suositellaan reipasta ja rasittavaa liikuntaa vähintään tunti päivässä. Säännöllinen liikunta vaikuttaa lapsen ja nuoren kehitykseen, kuten luustoon ja motorisiin taitoihin unohtamatta liikuntaa mielenterveyden edistäjänä (UKK-instituutti 2022). Autismikirjon Käypä hoito -Suosituksessa (2023) mainitun näytönastekatsauksen mukaan liikunnalla voidaan mahdollisesti vaikuttaa autismikirjon häiriön stereotyyppisiin motorisiin liikkeisiin vähentävästi sekä vaikuttaa positiivisesti toiminnanohjaustaitoihin. Puolestaan ADHD Käypä hoito -Suosituksessa (2019) mainitun näytönastekatsauksen mukaan aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön keskeisten oireiden vähenemiseen lapsilla ja nuorilla voidaan myös mahdollisesti vaikuttaa säännöllisellä 6–10 viikon liikunnalla. Liikunnalla sekä koordinoidulla liikkeellä näyttäisi lisäksi olevan tehostavia vaikutuksia sosiaaliseen kehitykseen, kommunikaatiotaitoihin sekä elämänlaadun paranemiseen lapsilla, joilla on autismikirjon häiriö. Tämä selitetään johtuvan liikunnan, liikkeen ja tanssin tarjoamista mahdollisuuksista ihmisten väliseen vuorovaikutukseen esimerkiksi erilaisten pelien ja leikkien muodossa. (Morris ym. 2023.)

Asiantuntijahaastatteluissa korostui, että on hankalaa tarkkaan todeta mikä lähestymistapa tai menetelmä on vaikuttanut mihinkäkin lapsen tai nuoren haasteeseen terapiajakson aikana. Tanssi-liiketerapia ja psykofyysinen fysioterapia

tarjoavat kokonaisvaltaisia hyötyjä. (Lindgren 2024; Tuomi 2024; Virtanen 2024) Scharoun ym. (2014) nostivat kirjallisuuskatsauksessaan esiin tanssi-liiketerapian näkökulmasta sen hyötyjä diagnoosista huolimatta. Joskus tarpeenmukaisen kuntoutuksen ja hoidon saatavuus saattaa estyä erinäisistä syistä, kuten epätarkan diagnoosin vuoksi. Seurauksena tästä lapsen kehitys ja kasvu saattaa hidastua. Tanssi-liiketerapialla on todettu joka tapauksessa olevan positiivisia psyykkisiä ja fyysisiä vaikutuksia diagnoosista tai diagnoosittomuudesta huolimatta, sillä se huomioi ihmisen kokonaisuutena, ei pelkän diagnoosin pohjalta. (Scharoun ym. 2014.) Asiantuntijoiden mukaan suurimmat hyödyt neuromoni-naisten lasten ja nuorten kuntoutuksessa oman kokemuksensa mukaan ovat olleet yksilöiden omien kehollisten reaktioiden tunnistaminen sekä vaikuttaminen omaan oloonsa. Lisäksi lapset ja nuoret olivat asiantuntijoiden mukaan oppineet terapiajaksojen aikana säätämään omaa kuormitustaan paremmin ja tauotta-maan toimintaansa, jotta he välttyvät hermostuneisuudelta ja pystyvät säilyttämään keskittymiskykynsä mahdollisimman hyvin. (Tuomi 2024; Virtanen 2024.)

9 TIETOPAKETIN RAKENTAMINEN

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin sähköisenä tietopakettina. Tietopaketti on suunnattu kaikille aiheesta kiinnostuneille, mutta tarkoituksena on herättää kiinnostusta erityisesti koulutusta tai lisäkoulutusta harkitseville tuleville ammattilaisille sekä myös neuromoninaisuuden parissa työskenteleville ammattilaisille. Tietopakettin rakentaminen ja toteutus pohjautui tuotekehitysprosessiin. Tuotekehityksestä puhutaan, kun toiminnan tavoitteena on kehittää uusi tai paranneltu tuote. Tavallisia syitä tuotekehitykselle ovat nykyisten tuotteiden vanheneminen sekä asiakkaan muuttuviin tarpeisiin vastaaminen. (Jokinen 2010.)

Tuotekehitysprosessin pohjalta tuotetun tietopakettin tavoitteena on lisätä tietoisuutta lapsi- ja nuorilähtöisestä näkökulmasta neuromoninaisuuden haasteisiin toteutuvasta kuntoutuksesta — vähemmän tunnetusta yhdistelmästä, tanssi-liiketerapiasta psykofyysisessä fysioterapiassa. Tuotekehityksen tehtävänä oli kehittää jo olemassa olevaa toimintaa, jolloin ratkaisuperiaate säilyi samana. Tavoitteena ei ollut täysin uuden tuotteen tai toiminnan suunnittelu. Tuotekehitysprosessi on monijakoinen prosessi. Prosessi voidaan jakaa neljään toimintavaiheeseen, joita ovat käynnistäminen, luonnostelu, kehittäminen sekä viimeistely. (Jokinen 2010.)

9.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotekehitysprosessi lähtee liikkeelle tuotteen tarpeen tai ongelman tunnistamisesta, johon halutaan saavuttaa sopiva ratkaisu tuotekehityksen avulla. Tuotteen tarve sekä idea sen toteuttamismahdollisuuksista ovat edellytyksenä tuotekehitysprosessin käynnistymiselle. Näiden havaitseminen voi tapahtua sattumalta tai systemaattisen hakutoiminnan tuloksena. Kehittämistarpeen tunnistamisen vaihe päättyy kehityspäätökseen. (Jokinen 2010.)

Idea toiminnallisesta toteutuksesta lähti liikkeelle neuromoninaisten lasten ja nuorten lisääntyneestä kuntoutustarpeesta sekä halusta lisätä tietoa kahden eri terapiamuodon soveltamisen mahdollisuuksista kuntoutuksessa. Tietoisuuden lisäämisen tarve pohjautui omaan kokemukseen. Kokemuksemme mukaan fy-

sio-terapeutin tutkinto-ohjelman opiskelijakollegat eivät olleet tietoisia tanssi-liike-terapian mahdollisuuksista osana psykofyysistä fysioterapiaa. Tiedon lisäämisen tarve pohjautui osun myös Kelan (2016) toteamiin tanssi-liiketerapian sekä psy- kofyysisen fysioterapian käyttökelpoisuuksiin, joista kuitenkin vain psykofyysinen fysioterapia on Kela korvattava.

Kevään 2024 aikana keskustelua käytiin opinnäytetyön yhteistyötoimijoiden kanssa. Keskusteluiden pohjalta oli loogisinta keskittyä ensin teoreettisen viite- kehyksen toteutukseen ennen toiminnallisen osuuden tarkempaa suunnittelua. Toiminnallinen toteutus päätettiin rakentaa mahdollisimman selkeäksi ja helppo- lukuiseksi yhteenvedoksi sähköiseen muotoon. Sähköiseen toteutustapaan pää- dyttiin, jotta tieto olisi helposti saatavilla. Tietoa lisäävää yhteenvedoa rajatusta aiheesta ei ennestään löytynyt.

9.2 Luonnostelu

Kehittämistarpeen varmistuessa käynnistyy luonnosteluvaihe. Luonnosteluvaihe aloitetaan tehtävän analysoinnilla. Luonnosteluvaiheen tarkoituksena on etsiä erilaisia ratkaisuja kehitettävälle tuotteelle. Kehittämistarpeen perusteella luo- daan vaatimuksia ja tavoitteita. Luonnosteluvaihe päättyy ratkaisuluonnokseen eri ratkaisujen ja luonnosten tuotoksena. (Jokinen 2010.) Opinnäytetyön tutki- muskysymykset toimivat pohjana toiminnallisen opinnäytetyön tarpeen kartoitta- miseen: Millaisia menetelmiä ja mahdollisuuksia tanssi-liiketerapia ja psykofyysi- nen fysioterapia tarjoavat neuromoninaisille 7-16-vuotiaille lapsille ja nuorille sekä millä tavoin terapiamuodot ovat vaikuttavia valitulle kohderyhmälle?

Luonnosteluvaiheen ratkaisumahdollisuuksien etsiminen käynnistyi opinnäyte- työn teoreettisen viitekehyksen kokoamisella, kirjallisuuskatsauksen sekä asian- tuntijahaastatteluiden toteutuksella. Tuotteen kehittäminen alkaa kokonaisvaltaisella luonnoksella, johon liittyy alkuun yleistäminen (Jokinen 2010). Opinnäytetyön toi- minnallinen osuus ajateltiin alun perin toteuttaa sähköisenä oppaana. Teoreetti- sen viitepohjan kokoamisen myötä sähköisen oppaan toteutuksen todettiin kui- tenkin olevan suppea tapa lisätä tietoisuutta valitusta aiheesta. Lopulta päädyttiin toiseen ratkaisutapaan eli tietopakettiin. Tietopaketin koettiin mahdollistavan

enemmän yksilölähtöisyyden sekä terapiamuotojen monimuotoisten mahdollisuuksien korostamista. Tietopaketin tarkoituksena on nostaa esiin neurodivergenttien moninaisuutta, ja täten tarkoituksena ei ole tuoda esiin yksittäisiä, tarkkoja ratkaisuja tai työkaluja. Tuotekehitysprosessissa on tärkeää tuotteen optimointi (Jokinen 2010). Tietopaketin tarkempi suunnittelu alkoi, kun vahvistus tietopaketin toteutukselle saatiin yhteistyökumppanilta. Alkuun tietopaketista sovittiin tehtävän raakaversio, joka lähetettäisiin yhteistyökumppaneille luettavaksi.

Tietopaketin rakenne suunniteltiin ajatuskartan pohjalta. Keskusteluiden sekä ajatuskartan pohjalta sähköisen tietopaketin raakaversioon luonnosteltiin sisällytettävän tietoa neuromoninaisuudesta kouluikäisillä 7–16-vuotiailla lapsilla ja nuorilla, tanssi-liiketerapiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta sekä näiden yhdistelmästä ja yhdistelmän vaikuttavuudesta valitulla kohderyhmällä. Lisäksi tietopaketin luonnosteltiin sisältävän kansilehden, johdannon ja loppusanat. Tieto tuotettiin tietopakettiin selkeällä kirjoitustyyllillä, mahdollisimman ytimekkäästi nostaakseen esiin tärkeimmät pääkohdat. Tietopaketissa käytetään opinnäytetyössä valittuja AAVA-hankkeen (2021) määrittelemiä syrjimättömän sanaston käsitteitä, kuten käsitettä neuromoninaisuus. Raakaversio tuotettiin tekstinä, eikä visuaalista näkökulmaa vielä huomioitu. Toteutuksessa hyödynnettiin terveystieteiden alan kirjallisuuteen sekä opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen ja asiantuntija-haastatteluihin pohjautuvaa tietoa. Luotettavan tiedon pohjalta saatiin kattava yhteenveto valitusta rajatusta aiheesta. Raakaversio lähetettiin sähköpostitse yhteistyökumppaneille.

9.3 Kehittäminen

Kehittämisvaiheesta puhutaan varsinaisena työvaiheena, joka alkaa luonnoksen valmistuttua. Kehittäminen perustuu valitun ratkaisun kokoonpanoluonnoksen luomiseen. Kehittämisvaiheen tarkoituksena on poistaa tuotekehityksen heikot kohdat ideoimalla uusia vaihtoehtoisia ratkaisuja näiden tilalle. Parannellun konstruktion perusteella siirrytään yksityiskohtaiseen suunnitteluun. Kehittämisvaiheen tuloksena syntyy kehitetty konstruktioehdotus. (Jokinen 2010.)

Kehittämävaiheessa keskityttiin tietopaketin sisällön tiivistämiseen sekä visuaaliseen toteutukseen. Sisällön tiivistäminen oli ajoittain haastavaa laajan opinnäytetyön aiheen sekä kolmen tutkimuskysymyksen vuoksi. Tietopakettiin pyrittiin tuomaan tutkimuskysymysten vastausten pääkohtia. Alkusuunnitelman mukaan neuromoninaisuutta käsittelevät aiheet koottiin kahdelle sivulle. Opinnäytetyön yksi olennaisimpia eettisiä lähtökohtia ovat stigmaa poistava neutraali neuromoninaisuuden käsitteistö, jonka vuoksi tietopakettiin lisättiin yksi sivu lisää. Neuromoninaisuuden otsikon alle lisättiin lukijalle suunnattu, ajatuksia herättävä kysymys neuromoninaisuuden käsitteiden sekä diagnoosipohjaisten nimien käytöstä. Tällä sivujaottelulla ja sisällöllä tietopaketista saatiin visuaalisesti selkeämpi ja siinä saatiin nostettua esiin myös eettistä näkökulmaa.

Visuaalinen toteutus suunniteltiin mahdollisimman selkeäksi ja visuaalisesti miellyttäväksi huomioiden neuromoninaisuuteen mahdollisesti liittyvät aistiherkkyudet. Aluksi materiaalin taustaksi määriteltiin vaaleansininen, mutta lopulta pohjaväriksi valikoitui valkoinen. Muihin teemaväreihin valikoitui eri sinisen sävyjä, jotka yleisesti ovat tunnettuja rauhoittavana ja harmonisina värisävyinä. Tietopaketissa on käytetty pohjana kokoa A4 yksipalstaisena, leipätekstin fonttityylinä Hero ja fonttikokona 16, rivivälinä 1,5. Poikkeuksena otsikoiden fonttityyli Bebasneue, fonttikoko 24 ja väliotsikoiden fonttikoko 20. Kehittämävaiheen lopussa tietopaketti oli viimeistelyä vaille valmis.

9.4 Viimeistely ja arviointi

Viimeistelyvaiheessa tehdään tarvittavat korjaukset ja viimeistellään tuotteen yksityiskohdat (Jokinen 2010). Tietopaketin sisältöön ja visuaaliseen toteutukseen liittyen saatiin palautetta opiskelijakollegoilta ja opettajalta. Palautteen pohjalta korjattiin tietopaketin lauserakenteita sekä kielioppivirheitä. Lopuksi keskityttiin vielä visuaalisen toteutuksen viimeistelyyn. Tietopaketista selkeytettiin muutamia pääkohtia, kuten diagnoosien ydinoireiden kuvailemista taustavärillä korostettuihin ympyröihin. Lisäksi materiaaliin suunniteltiin liitettäväksi kuvia, joita myös palautteen perusteella valikoitiin.

Tietopaketin onnistumista ja laatua arvioitiin sisällön, luotettavuuden ja ulkoasun perusteella. Tavoitteena oli tuottaa selkeä ja ytimekäs tietopaketti yhteenvedona

opinnäytetyön tuloksista. Tietopaketti vastaa hyvin sille asetettuja tavoitteita ja vaatimuksia. Tietopaketti on sisällöltään sopivan laajuinen ja sisältö etenee loogisessa järjestyksessä. Visuaalinen toteutus on rauhallinen ja neutraali, ja teksti on tuotettu selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Pääkohtien korostaminen ja ulkoasun selkeys tekee tietopaketista helppolukuisen. Tietopakettiin lisättiin viimeistelyvaiheessa erilaisia kuvia visuaalisen ulkonäön miellyttävyyden lisäämiseksi. Kuviksi valikoitui sinisiä maalauksen jälkiä, sinisiä kukkia sekä perhosia. Perhonen symboloi vapautta ja kauneutta, joka oli kuvien valitsemisen taustalla. Kukat kertovat siitä, kuinka jokainen on omalla tavallaan kaunis, ja jokainen kukka kukkii omalla tavallaan, omalla ajallaan. Ajatusta voidaan vertauskuvallisesti ajatella ihmisiin. Kuvien valikoinnissa huomioitiin myös eettinen näkökulma, ja täten kuvat ovat tekijänoikeusvapaita kuvia.

Opinnäytetyöprosessin tuloksena viimeisen opiskelijoiden opinnäytetyöseminaarin jälkeen syntyi lopullinen 10 sivuinen sähköinen tietopaketti (Liite 1). Tietopaketin valmistuttua, tietopaketti lähetettiin opinnäytetyön yhteistyökumppaneille sekä opponenteille viimeistä kertaa arvioitavaksi. Valmis tietopaketti löytyy sähköisenä versiona, ja on vapaasti saatavilla Theseuksessa. Tulevaisuudessa aikomuksena on esitellä tietopaketti yhteistyössä yhteistyökumppani Premius Kuntoutus Tampere kanssa Tampereen seudun autismiyhdistys TSAU ry:lle syksyllä 2024.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tiivistää ajankohtainen tieto tanssi-liiketerapiasta neuromoninaisten kouluikäisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa. Suoraa kirjallisuutta tai tutkimuksia tanssi-liiketerapiasta 7–16-vuotiaiden neuromoninaisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa ei löytynyt, joka vahvisti opinnäytetyön sekä tiedon lisäämisen tarvetta yhä enemmän. Opinnäytetyöhön koottiin mahdollisimman monipuolisesti erilaisista luotettavista kirjallisuuslähteistä toteuttaen tavoitteisiin vastaaminen kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja asiantuntijahaastatteluina. Opinnäytetyön laajasta aihealueesta huolimatta tavoitteena oli tuottaa luotettava ja monipuolinen yhteenveto lisätäkseen tietoisuutta vähemmän tunnetusta aiheesta.

Tanssi-liiketerapiassa ja psykofyysisessä fysioterapiassa tärkeää on yksilölähtöisyys, lapsen tai nuoren haasteisiin, ongelmiin ja kysymyksiin vastaaminen. Kahden koulutuksen yhdistäminen lisää ammattilaisen lähestymistapaa sekä osaamistaan toimia moninaisten haasteiden parissa. (Lindgren 2024; Tuomi 2024; Virtanen 2024.) Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian eroja ja yhtäläisyyksiä on haastava vertailla keskenään (Kotro 2023, 7). Menetelmät ovat osittain samankaltaisia ja pitävät sisällään samanlaisia elementtejä, kuten vuorovaiikutuksellisuus, kehollisuus ja liikkeellisyys, luovuus, tietoisuus itsestä sekä itsensä ilmaisu. Sekä tanssi-liiketerapiassa että psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään esimerkiksi kehotietoisuus-, kehonhahmotus- ja tietoisuustaitomenetelmiä. (Kauranen 2021; Suomen Tanssiterapiayhdistys ry. n.d.) Erityisesti lasten kohdalla leikki ja erilaiset välineet mahdollistavat monipuolista työskentelyotetta. Voidaan ajatella, että menetelmät ovat osa ammattilaisten työkaluja, eikä välttämätöntä tarvetta ole määritellä menetelmiä täsmällisesti — Milloin käyttää mitäkin menetelmää. Tärkeää on, että asiakas hyötyy parhain mahdollisin tavoin. Keskeistä terapiamuodoissa kuitenkin on liikkeen sekä kehon keskeisyys (Kotro 2023, 5).

Kirjallisuuden, asiantuntijahaastatteluiden tulosten mukaan lukien tutkimusten tulokset, voidaan yhteenvetona näillä perusteilla todeta tanssi-liiketerapialla ja psykofyysisellä fysioterapialla olevan kokonaisvaltaisia myönteisiä vaikutuksia.

Myönteiset vaikutuksia voivat olla elämänlaadun paraneminen, sosiaalisten taitojen kehittyminen, itsetunnon koheneminen, stereotyyppisen käyttäytymisen väheneminen, huomio- ja keskittymiskyvyn koheneminen sekä oman kuormituksen säätelyn kehittyminen. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa nousi esiin myös tarpeenmukaisen hoidon estyminen virallisen tai epätarkan diagnoosin vuoksi, joiden tilanteissa tanssi-liiketerapiasta olisi joka tapauksessa hyötyä (Scharoun ym. 2014). Keho- ja liikekeskeisten terapioiden hyötyihin liittyvät myös liikkumisen hyödyt, joilla on monia psyykkisiä, fyysisiä ja asiakohtaisesti myös sosiaalisia vaikutuksia, kuten Morris ym. (2023) tutkimuksessaan totesivat.

Terapiamuotojen yhdistelmän vartenotettavuutta lisäävät Suomessa aiemmin tehdyt tutkimukset tanssi-liiketerapiasta aikuisten masennuksen hoidossa sekä Kelan selvitykset tanssi-liiketerapiasta sekä psykofyysisestä fysioterapiasta, joissa terapiamuodoilla on myös todettu kokonaisvaltaisia myönteisiä vaikutuksia. (Härkönen ym. 2016a; Härkönen ym. 2016b; Pylvänäinen ym. 2021.) Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian ammattilaisten olisi hyödyllistä soveltaa työkaluja molemmista terapiamuodoista erityisesti monihaasteisilla lapsilla ja nuorilla. Jokaisella lapsella ja nuorella on oikeus yksilöllisiin tarpeisiin vastaavaan hyvään kuntoutukseen (Koivikko & Sipari 2021).

11 POHDINTA

Opinnäytetyön pyrkimyksenä oli vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin, millaisia menetelmiä ja mahdollisuuksia tanssi-liiketerapia sekä psykofyysinen fysioterapia tarjoavat sekä selvittämään terapiamuotojen vaikuttavuudesta tietoa. Opinnäytetyöprosessi piti sisällään paljon tiedonhakua, jota haastoi valitun aiheen tiedon vähäisyys. Opinnäytetyöhön käytettiin paljon aikaa ja resursseja, sillä opinnäytetyöstä haluttiin koota mahdollisimman jäsentynyt, monipuolinen sekä luotettava. Tiedon rajallisuuden vuoksi opinnäytetyöhön valikoitui tutkimuksia, jotka käsittelevät vain tanssi-liiketerapiaa neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla. Tiedonhakua täydennettiin terveysalan kirjallisuudella sekä asiantuntijahaastatteluilla. Asiantuntijahaastatteluita suunniteltaessa nousi esiin asiantuntijoiden vähäisyys. Kouluikäisten neuromoninaisten parissa työskenteleviä tanssi-liiketerapiaa tai tanssi-liiketerapeuttisia menetelmiä hyödyntäviä psykofyysisen fysioterapian fysioterapeutteja on Suomessa vähän. Opinnäytetyöhön saatiin kuitenkin kolme asiantuntijaa. Opinnäytetyö annettiin luettavaksi eri vaiheissa yhteistyökumppanille, haastatteluihin osallistuneille ammattilaisille, opinnäytetyön ohjaajalle sekä opponenteille. Opinnäytetyön toteuttaminen parina antoi mahdollisuuden keskustella, reflektoida ja jakaa ajatuksia opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa.

Opinnäytetyöprosessin aikana tietämyksemme aiheesta syventyi ja laajentui, asenteet sekä näkökulma avartuivat tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yhdistelmästä sekä yleisesti kouluikäisten lasten ja nuorten neuromoninaisuudesta. Opinnäytetyötä lähestyttiin alkuun liian menetelmäpohjaisesti, mutta alkukäsitykset kumoutuivat suhteellisen nopeasti. Tanssi-liiketerapian historiaan ja lähestymistapoihin tutustuminen auttoivat ymmärtämään paremmin psykoterapian teoriataustaa. Neuromoninaisuuden monihaasteisuus puhuu mielestämme myös monialaisen ja -puolisen hoidon ja kuntoutuksen puolesta. Fysioterapia-lehdessä (2024) mainitaan monen fysioterapeutin kokevan hankalaksi erottaa psykologisen ahdistuksen ja kipuun liittyvän ahdistuksen. Harvemmat fysioterapeutit ovat saaneet koulutusta psykologiseen arviointiin, vaikka psyykkisen stressin seulonta luetaan fysioterapiaan. Mielenterveyskoulutuksesta fysioterapeuteille olisi tämän perusteella hyötyä. (Palovirta & Wallin 2024, McGrath, Shephard & Parnell 2023.) Voidaan siis ajatella, että fysioterapian ja tanssi-liike-

terapian koulutustaustaisella ammattilaisella on valmiuksia, työkaluja ja osaamista monihaasteisten neuromoninaisten asiakkaiden kohdalla, joilla hyvin usein on psyykkisiä haasteita, kuten ahdistuneisuutta. Opinnäytetyön tuotos korostaa ja nostaa esille kuinka tärkeää on kokonaisuuden huomioiminen. Tanssi-liiketerapia ja psykofyysinen fysioterapia ovat omina aloinaan erittäin hyviä, mutta opinnäytetyömme tarkoituksena on herättää ajatuksia, olisiko näiden kahden terapia-muodon yhdisteleminen kaikista optimaalisinta neuromoninaisten lasten ja nuorten näkökulmasta.

Opinnäytetyöprosessin aikana nousi paljon eettisiä näkökulmia ja kysymyksiä liittyen opinnäytetyön aiheeseen. Opinnäytetyössä pohdittiin, miten eettistä näkökulmaa saataisiin tuotua yhä enemmän esille. Kirjallisuutta sekä tutkimuksia valikoitui hyvän tieteellisen käytännön perusteiden. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaisesti arvostus, luotettavuus, rehellisyys sekä vastuunkanto. Asiantuntijahaastattelussa noudatettiin eettisyyttä ja ennakkointia sekä käsiteltiin aineistoja luottamuksellisesti. Asiantuntijahaastatteluihin osallistuvilta pyydettiin allekirjoituksia määritettyyn sopimukseen ennen kunkin haastattelun alkua oikeudenmukaisen toiminnan sekä tietojen tasapuolisen käsittelyn takaamiseksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Opinnäytetyössä haluttiin tämän lisäksi käyttää syrjimätöntä terminologiaa poistamaan neuromoninaisuuteen liitettyä häpeää tai stigmaa. Opinnäytetyöstä saatiin koottua aikataulussa eheä kokonaisuus, jonka tuotoksena syntyi tietopaketti. Tietopaketin kokoaminen oli sujuvaa hyvin tehdyn taustatyön vuoksi vastaten opinnäytetyölle esitettyjä tavoitteita ja vaatimuksia. Tietopaketti onnistuttiin koamaan selkeäksi yhteenvedoksi.

Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan haastatteluita selvittääkseen, mitkä asiat ovat merkityksellisiä tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yhdistelmää kokeneille asiakkaille. Lisätutkimuksen ansiosta tanssi-liiketerapian soveltaminen psykofyysiseen fysioterapiaan voitaisiin todistaa tehokkaaksi kuntoutusmuodoksi neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla. Jatkossa olisi hyvä myös kartoittaa vaikuttaako terapioiden yhdistelmä mielenterveysperusteisiin käynteihin 7–22-vuotiailla lapsilla ja nuorilla. Opinnäytetyön perusteella olemme vakuuttuneita tanssi-liiketerapian soveltamisesta psykofyysiseen fysioterapiaan neuromoninaisten 7-16-vuotiaiden kouluikäisten lasten ja nuorten kuntoutuksessa.

LÄHTEET

AAVA-hanke. 2021. Suomen Autismikirjon Yhdistys. Verkkosivu. Viitattu 20.11.2023. <https://asy.fi/aava/>

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö). 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.11.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50061>

ADHD-liitto. n.d. Yleistä tietoa adhd:sta. Verkkosivu. Viitattu 15.1.2024. <https://adhd-liitto.fi/adhd-tietoa/yleista-tietoa-adhdsta/>

Anderson, A. 2015. Dance/Movement Therapy's Influence on Adolescents' Mathematics, Social-Emotional, and Dance Skills. *The Educational Forum*, 79(3), 230–247. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1080/00131725.2015.1037512>

Autismikirjon häiriö. 2023. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistyksen, Suomen Kehitysvammalääkäreiden, Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.11.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50131#s13>

Autismiliitto. 2022. Autismi. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2023. <https://autismi-liitto.fi/autismi/>

Burnaford, G., Aprill, A., & Weiss, C. 2001. *Renaissance in the classroom: Arts integration and meaningful learning*. Lawrence Erlbaum Associates. Viitattu 16.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi.org/10.4324/9781410604910>.

Cofini, V., Cianfarani, A., Cecilia, M. R., Carbonelli, A. & Di Giacomo, D. 2018. Impact of Dance Therapy on children with specific learning disability: a two-arm cluster randomized control study on Italian sample. *Minerva Pediatrics*. 2021 Jun;73(3), 243–250. Viitattu 16.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. DOI: [10.23736/S2724-5276.18.05249-0](https://doi.org/10.23736/S2724-5276.18.05249-0)

Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. 1992. Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91(1), 176–180. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1007/BF00230027>

Duggan, D. 1978. Goals and methods in dance therapy with severely multiply-handicapped children. *American Journal of Dance Therapy*, 2(1), 31–34. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1007/BF02579593>

Ebeling, H., Mattila, M-L., Suominen, I., Haapala, E. & Suomela-Markkanen, T.E. 2020. *Lasten ja nuorten mielenterveyskuntoutus opas*. Kela. Viitattu 15.1.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/c42302fc-9b51-4ec9-a719-5ec75db219c4/content>

Hill, E. L. 2004. Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24(2), 189–233. Viitattu 16.5.2024.

<https://doi.org/10.1016/j.dr.2004.01.001>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hughes, C., Russell, J., & Robbins, T. W. 1994. Evidence for executive dysfunction in autism. *Neuropsychologia*, 32(4), 477–492. Viitattu 16.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(94\)90092-2](https://doi.org/10.1016/0028-3932(94)90092-2)

Hyvärinen, M. Suoninen, E. & Vuori, J. 2021. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 4.12.2023.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/>

Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016.a Psyko-fyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt kirjallisuuskatsauksen, asiakaskokemusten ja ammattilaisten kokemusten valossa. Työpapereita 97 / 2016. Kela. <http://hdl.handle.net/10138/164282>

Härkönen, U., Muhonen & M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016.b Tanssi- ja liiketerapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt kirjallisuuskatsauksen, asiakaskokemusten ja ammattilaisten kokemusten valossa. Työpapereita 99 / 2016. Kela. <http://hdl.handle.net/10138/164471>

Jehkonen, M., Saunamäki, T. & Hokkanen, L. 2020. Kliininen neuropsykologia. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.1.2023. Vaatii käyttöoikeuden.

<https://www.oppiportti.fi/op/opk04633>

Jokinen, T. 2010. Tuotekehitys. 6. painos. Pdf-dokumentti. Viitattu 10.6.2024.

<http://lib.tkk.fi/Reports/2010/isbn9789526033204.pdf>

Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2021. Kliininen neuropsykiatria. E-kirja. 2. uud. painos. Kustannus Oy Duodecim: Viitattu 1.12.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04642>

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. E-kirja. 4. uud. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kehityksellinen kielihäiriö (kielellinen erityisvaikeus, lapset ja nuoret). 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatriit ry:n ja Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 14.11.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50085#s22>

Kehityksellinen kielihäiriö lapsilla ja nuorilla. 2024. Aivoliitto. Verkkosivu. Viitattu 10.1.2024. <https://www.aivoliitto.fi/kehityksellinenkielihairio/tietoa/#81285d09>

Kela. n.d. Kuntoutus. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2023. <https://www.kela.fi/kuntoutus>

Koivikko, M. & Sipari, S. 2021. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. E-kirja. 2. uud. painos. Valtakunnallinen Lasten ja Nuorten Kuntoutus ry. Viitattu 1.12.2023.

Korhonen, L. 2021. Oppimisvaikeudet, puheen- ja kielenkehityksen sekä motorikan häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.10.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00023>

Kotro, M. 2023. Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yhtäläisyyksistä ja eroista. Teoksessa Punkanen, M. (toim.) Effortti. Suomen Tanssiterapia-yhdistys ry. 5–8. Pdf-dokumentti. Viitattu 23.4.2024. https://tanssiterapia.net/wp-content/uploads/2024/01/EFFORTTI_2021-2023_15-171.pdf

Ladonlahti, T, Naukkarinen, A. & Vehmas, S. 1998. Poikkeava vai erityinen? Erityispedagogiikan monet ulottuvuudet. Jyväskylä: Atena kustannus.

Leivonen, S., Sourander, A, Voutilainen, A. & Leppämäki S. 2015. Touretten oireyhtymä – monimuotoinen sairaus, yksilöllinen hoidon tarve. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131 (11), 1058–64. Viitattu 1.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12283>

Lindgren, M. Fysioterapeutti, tanssi-liiketerapeutti. 2024. Haastattelu 24.4.2024. Etävideopuhelu. Litteroitu.

Lyytinen, H. 2022. Oppimishäiriöt (lukivaikeus ym.). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00401>

Malchiodi, C.A. 2011. Ilmaisuterapiat. Kuopio: Unipress.

Mason, C. Y., & Steedly, K. M. 2006. Lessons and rubrics for arts integration. Teaching Exceptional Children Plus, 3(1).

Mikä kehityksellinen kielihäiriö on? 2024. Aivoliitto. Verkkosivu. Viitattu 10.1.2024. <https://www.aivoliitto.fi/kommunkaatiokeskus/kehityksellinenkielihairio/kielellinen-erityisvaikeus/#81285d09>

Morris, P., Hope, E., Foulsham, T. & Mills, J.P. 2022. Dancing out for a voice; a narrative review of the literature exploring autism, physical activity, and dance. Journal of Bodywork & Movement Therapies. 2023 Jan:33, 202–215. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2022.09.016>

Määttä, M. 2023. Add on yksi adhd:n kolmesta esiintymismuodosta. ADHD-liitto. Verraton-lehti 20.2.2023. Viitattu 10.1.2024. <https://adhd-liitto.fi/add-on-yksi-adhdn-kolmesta-esiintymismuodosta/>

Patovirta, M. & Wallin, M. 2024. Ahdistuneisuushäiriöiden arviointi ja ohjaus on osa fysioterapeutin ammattitaitoa. Fysioterapia-lehti. Suomen Fysioterapeutit ry. 71 (4). 6–7.

Probst, M. & Skjaerven, L. H. 2018. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry a scientific and clinical based approach. Introduction to physiotherapy in mental health and psychiatry.* Elsevier Ltd.

Puustjärvi, A. & Raunio H., Leckin, A. & Kumpulainen, K. 2016. Lasten psykiatristen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 132 (10). 943–50. Viitattu 1.12.2023. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13137>

Pylvänäinen, P. 2020. *Tanssi-liiketerapia.* Teoksessa Huttunen, M.O & Kalska, H. (toim.) *Psykoterapiat.* 2023 Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.1.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.oppiportti.fi/opk04646>

Pylvänäinen, P., Hyvönen, K., Muotka, J., Forsblom, A., Lappalainen, R., Levanieniemi, A. & Maaskola, N. 2021. Ryhmämuotoinen tanssi-liiketerapia kuntoutusmuotona masennuspotilaille. *Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.* Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202102033575>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *Teemahaastattelu. Kvali-MOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto.* Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietokirjasto. Viitattu 10.1.2024. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Salminen, A. 2011. *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin.* Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Salonen, K. 2013. *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäyte-työhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle.* Puheenvuoroja 72. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Scharoun, S., Reinders, N., Bryden, P. & Fletcher, P. 2014. *Dance/Movement Therapy as an Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders.* *American Journal of Dance Therapy*, 36(2), 209–228. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1007/s10465-014-9179-0>

Sengupta, M. Banerjee, M. 2020. *Effect of dance movement therapy on improving communication and body attitude of the persons with autism, an experimental approach.* *An International Journal for Theory, Research and Practice.* Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1794961>

Socada, L. 2023. *Psykykenlääkkeet.* Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 17.8.2023. Viitattu 5.5.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00412>

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. *Kuntoutus.* Verkkosivu. Viitattu 1.12.2023. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Stern, D. N. 1985. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis & developmental psychology.* New York: Basic Books. Viitattu 16.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi.org/10.4324/9780429482137>

Suomen fysioterapeutit. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Pdf-dokumentti. Viitattu 10.5.2024. <https://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry. n.d. Psykofyysinen fysioterapia. Verkkosivu. Viitattu 8.1.2024. <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/>

Suomen Tanssiterapiayhdistys ry. n.d. Tanssi-liiketerapia. Verkkosivu. Viitattu 8.1.2024. <https://tanssiterapia.net/>

Takahashi, H., Matsushima, K. & Kato, T. 2019. The Effectiveness of Dance/Movement Therapy Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. American Dance Therapy Association, 41(4), 55–74. Viitattu 16.5.2024. <https://doi.org/10.1007/s10465-019-09296-5>

TAMK. n.d. Tutkimuksen tietosuoja. Verkkosivu. Viitattu 4.12.2023. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/tutkimuksen-tietosuoja>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. ICF-luokitus. Verkkosivu. Viitattu 10.5.2024. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2022. Lasten ja nuorten mielenterveysperusteinen tutkimus ja hoito 2020. Verkkosivu. Viitattu 1.12.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022060342738>

Tortora, S. 2006. The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Tuomi, K. Fysioterapeutti, neuropsykiatrinen valmentaja, tanssi-liiketerapia perusopinnot 1. 2024. Haastattelu 22.4.2024. Tampere Premium Kuntoutus. Litteroitu.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Helsinki. Viitattu 15.1.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

UKK-instituutti. 2022. Liikkuminen ja paikallaanolo. Verkkosivu. Viitattu 8.6.2024. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/>

Uvnäs-Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. Oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.

Valjakka, R., Marttunen, M. & Haravuori, H. & 2024. Liike ja kehollinen ilmaisu nuorten masennuksen hoidossa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 140(9), 769–76. Viitattu 13.5.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18228>

Valvira. n.d. Ammattihenkilönä työskentely. Verkkosivu. Viitattu 10.7.2024. <https://valvira.fi/ammattioikeudet/ammattihenkilona-tyoskentely>

Vilka, H. & Airaksinen, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus.

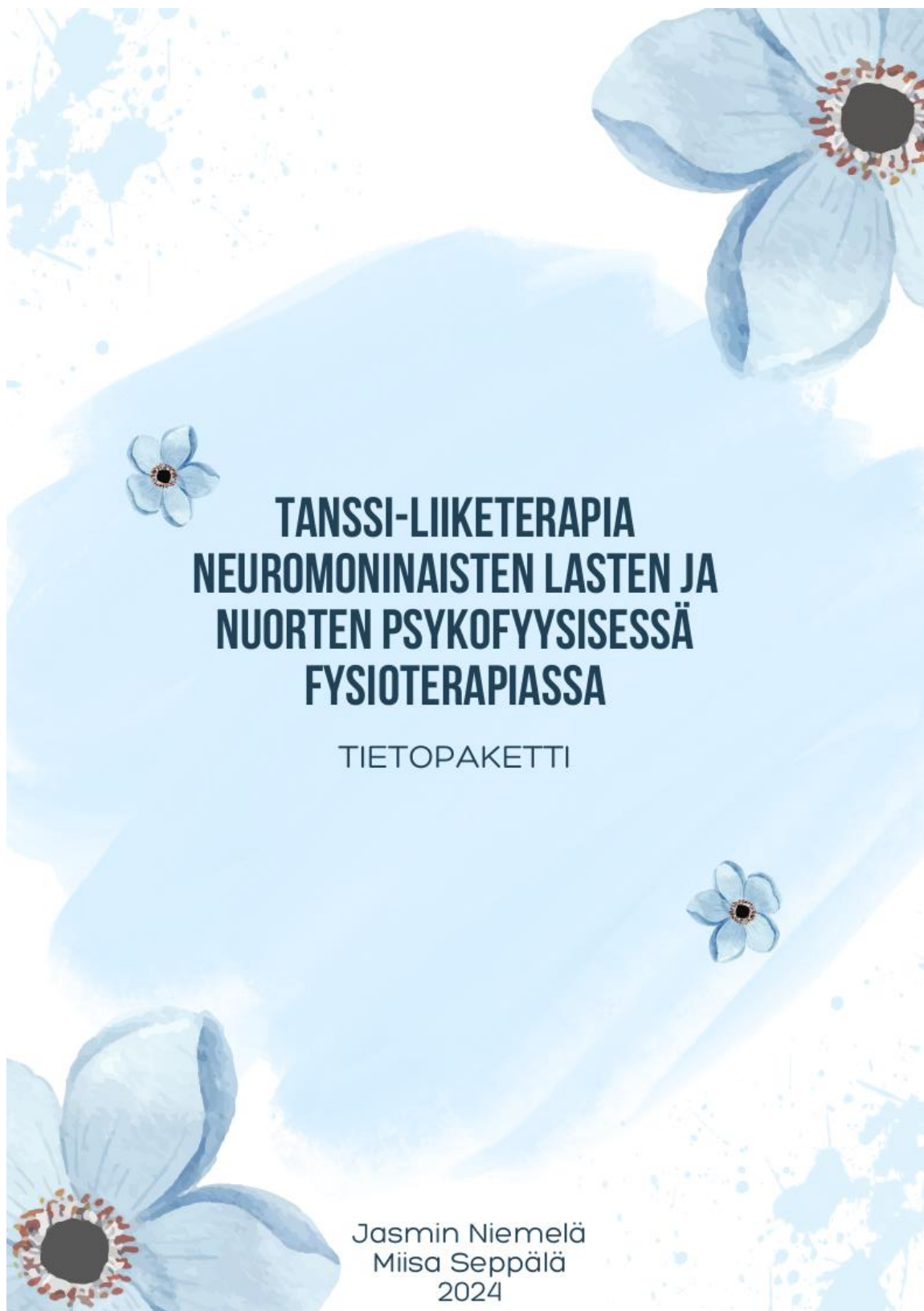
Virtanen, M. Fysioterapeutti, tanssi-liiketerapeutti. 2024. Haastattelu 6.5.2024. Etävideopuhelu. Litteroitu.

Åberg, L. 2021. Tic-oireet, nykimishäiriöt ja Touretten oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00524>

LIITTEET

Liite 1. Tietopaketti

1(10)



**TANSSI-LIIKETERAPIA
NEUROMONINAISTEN LASTEN JA
NUORTEN PSYKOFYYSISESSÄ
FYSIOTERAPIASSA**

TIETOPAKETTI

Jasmin Niemelä
Miisa Seppälä
2024

(Jatkuu)

HYVÄ LUKIJA,

Neuromoninaisuuteen liittyvien diagnoosien määrä on jatkuvasti kasvussa sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportoi, että vuonna 2020 julkisen terveydenhuollon mielenterveysperusteisilla käynneillä kävi yhteensä 30 500 7-22-vuotiasta asiakasta, joilla on neuromoninaisuuteen liittyvä diagnoosi. Kuntoutuksen tarve on todellinen, johon tanssi-liiketerapialla sekä psykofyysisellä fysioterapialla on tarjottavaa.

Tämä tietopaketti tehtiin osana Jasmin Niemelän ja Miisa Seppälän opinnäytetyötä "Tanssi-liiketerapia neuromoninaisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa". Tietopaketin tarkoituksena on lisätä ja syventää tietoisuutta tanssi-liiketerapian soveltamisesta psykofyysisessä fysioterapiassa neuromoninaisilla 7-16-vuotiailla lapsilla ja nuorilla. Tietopaketti perustuu opinnäytetyön tuloksiin, ja on suunnattu tuleville ja nykyisille ammattilaisille sekä kaikille asiasta kiinnostuneille.



MITÄ NEUROMONINAISSUUS ON?

7–16-VUOTIAAT LAPSET JA NUORET

Neuromoninaisuus on neutraali kattotermi erilaisille kehityksellisille neuropsykiatrisille muodoille, jolla viitataan neurobiologian vaihteluun ja neurokehitykselliseen erilaisuuteen.

Neuromoninaisuuden muotoja voivat olla:

Autismikirjo

Touretten oireyhtymä

ADHD

Kehityksellinen kielihäiriö ja oppimisvaikeudet

Lääketieteellisissä termeissä piilee piiloasenteellisuutta ja ne luovat negatiivisia mielleyhtymiä. Kuntoutuksen piirissä lasta tai nuorta ajatellaan usein yhä objektina diagnoosipohjaisesti tai menetelmäkeskeisesti, mutta kuntoutusta tulee järjestää tukien lapsen ja nuoren kehitystä.

Puhuisitko itse...

ADHD-lapsesta

VAI

Lapsesta, jolla on
ADHD

AUTISMIKIRJO

Autismikirjon häiriö on keskushermoston kehityksellinen poikkeavuus, jossa esiintyy poikkeavuuksia tavassa aistia sekä kokea ympäröivä maailma.

Piirteet ja poikkeavuudet ovat yksilöllisiä, mutta ydinpiirteitä voivat olla:



Kouluiässä haasteet voivat vaikuttaa koulumaailmaan, kuten ystäväsuhteiden luomiseen, muutosten sopeutumiseen, epätasaiseen kykyprofilliin ja aistitoimintoihin sekä keskittymiseen.

ADHD

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö eli ADHD on kehityksellinen neuropsykiatrinen oirekuva, joka jaetaan kolmeen esiintymismuotoon:



Kouluiässä haasteet voivat vaikuttaa monimuotoisemmin koulutyöskentelyyn sekä ihmisten kanssa toimimiseen. Nuoruusiässä heikentynyt itsearviointikyky ja muut oireet voivat vaikeuttaa itsenäistymistä.

TOURETTEN OIREYHTYMÄ

Touretten oireyhtymä on kehityksellinen poikkeavuus, jonka tunnuspiirteitä ovat motoriset tai äänelliset nykimisoreet.

Motoriset tic-oireet

Silmien räpyttely,
suun availu,
kulmakarvojen
kohottelu, raajojen
koukistelut

Äänelliset tic-oireet

Huokailu,
haukottelu, ääntely,
joskus myös
sanojen ja
lauseiden
toistamiset

Motoriset tic-oireet alkavat usein 4-6-vuoden iässä. Voimakkaimmillaan pitkäaikaiset tic-oireet ovat tyypillisesti 10-12-vuoden iässä.

KEHITYKSELLINEN KIELIHÄIRIÖ JA OPPIMISVAIKEUDET

Kehityksellinen kielihäiriö on poikkeavuus, jossa kielelliset taidot eivät kehity ikätason ja kognitiivisen kehityksen mukaisesti.

Oppimisvaikeudet ovat opettavien taitojen oppimisen erityisvaikeuksia ilmeten lukemisen, kirjoittamisen tai laskemisen haasteina.

Kehityksellisen kielihäiriön ydinpiirteet

Lauserakenteiden, puheen ääntämisen, sujuvuuden ja ymmärtämisen haasteet, vaikeudet käsitteiden käyttämisessä ja asioiden nimeämisessä.

Oppimisvaikeuksien ydinpiirteet

Kirjoittamisen vaikeudet

Lukemisen
vaikeudet

Kirjoitustaitojen
haasteet

Laskemisen
vaikeudet

Luetun
ymmärtämisen,
peruslukutaidon
oppimisen
haasteet

Matemaattisten
taitojen haasteet

Kouluiässä lapsen kielelliset vaikeudet näkyvät usein oppimisvaikeuksina. Nämä voivat vaikuttaa riittämättömän ennaltaehkäisyn seurauksena lapsen tai nuoren koulu- ja opintomenestykseen heikentävästi

TANSSI-LIIKETERAPIA & PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Tanssi-liiketerapia on psykoterapian erityissovellus, luova taideterapian muoto, joka perustuu liikkeeseen ja keholliseen ilmaisuun. Se pohjautuu psykoterapeuttisiin teorioihin, fenomenologiaan, kiintymyssuhde- ja varhaisen vuorovaikutusteorioihin, luovuuden teorioihin sekä neurotieteisiin.

Suomessa tanssi-liiketerapiaa toteuttavat kouluttautuneet tanssi-liiketerapeuttisten menetelmien ohjaajat tai tanssi-liiketerapeutit.

*Lisää tietoa löydät Suomen Tanssiterapiayhdistys ry:n verkkosivuilta:
<https://tanssiterapia.net/>*

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä edistävä erikoisala fysioterapiassa, jossa korostuu kokemuksellinen oppiminen. Se pohjautuu humanistisiin ja luonnontieteellisiin lähtökohtiin soveltaen lääketiedettä, terveystieteitä, liikuntatiedettä sekä sosiaali- ja käyttäytymistieteiden tutkimusta ja tietoa.

Suomessa psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuminen edellyttää fysioterapeutin ammattikorkeakoulututkinnon sekä psykofyysisen fysioterapian täydennyskoulutuksen.

*Lisää tietoa löydät Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry:n verkkosivuilta:
<https://psyfy.net/>*

Yhtenevä päätekijä terapiamuodoissa on
liikkeen ja kehon keskeisyys

TANSSI-LIIKETERAPIA NEUROMONINAISTEN LASTEN JA NUORTEN PSYKOFYYSISESSÄ FYSIOTERAPIASSA

Tanssi-liiketerapia neuromoninaisten lasten ja nuorten psykofyysisessä fysioterapiassa tuo laajempaa ymmärrystä sekä syvempää kehityspsykologista näkökulmaa. Terapiamuotojen yhdistäminen antaa terapeutille laajemmat mahdollisuudet työskennellä neuromoninaisuuden parissa asiakas- ja ongelmalähtöisesti. Kokemuksellisuus on yhdistävä tekijä näissä kahdessa terapiamuodossa, ja tästä syystä tanssi-liiketerapian menetelmät ovat monella tapaa hyödynnettävissä psykofyysisen fysioterapian kentällä.

Terapiamuotojen yhdistämisessä on tärkeää sovellettavuus ja yksilöllisyys:

1

Mitä asiakas tarvitsee?

2

Mitkä ovat terapian tavoitteet?

3

Mitä tavoitteita asiakkaalla itsellään on terapian suhteen?

Psykofyysisen fysioterapian ja tanssi-liiketerapian menetelmät ovat osa ammattilaisen työkalukokoelmaa. Menetelmissä korostuvat samankaltaiset asiat, vaikka terapiamuotojen lähestymistavat poikkeavat hieman toisistaan.

Menetelmissä voivat korostua yksilöiden tarpeet huomioon ottaen:



Vuorovaikutuksellisuus

Itsensä ilmaisu

Kehollisuus ja liikkeellisyys

Tietoisuus itsestä, muista
ja ympäristöstä

Luovuus



TANSSI-LIIKETERAPIAN JA PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN VAIKUTTAVUUS

Tanssi-liiketerapia ja psykofyysinen fysioterapia tarjoavat kokonaisvaltaisia hyötyjä. Tanssi-liiketerapian on suomalaisen aiemmin tehdyn Pylvänäisen (2021) tutkimuksen mukaan todettu vähentävän aikuisten masennusoireita tavanomaisempaa hoitoa enemmän. Kelan (2016) tekemissä selvityksissä on todettu tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian olevan käyttökelpoisia ja vaikuttavia terapiamuotoja.

Miksi tanssi-liiketerapia ja psykofyysinen fysioterapia kouluikäisille neuromoninaisille lapsille ja nuorille?

Terapiamuotoja yhdistelemällä mahdollistetaan yhä yksilölähtöisempää lähestymistapaa.

Tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian myönteiset vaikutukset voivat näkyä:

- Kehotietoisuuden lisääntymisenä
- Kehotuntemuksen lisääntymisenä
- Huomio- ja keskittymiskyvyn lisääntymisenä
- Itsetunnon kohentumisena
- Stereotyyppisen käyttäytymisen vähenemisenä (joustavuuden lisääntyminen)
- Sosiaalisen kehityksen lisääntymisenä (vuorovaikutustaitojen kehittyminen, empatiataitojen kehittyminen, tunteiden tunnistaminen)
- Kuormituksen säätelyn kehittymisenä
- Elämänlaadun paranemisella

Jokaisella lapsella ja nuorella on oikeus yksilölliset tarpeet huomioivaan hyvään kuntoutukseen.



LOPUKSI

Tanssi-liiketerapia sekä psykofyysinen fysioterapia ovat yksilön huomioivia liikettä ja kehollisuutta korostavia terapiamuotoja. Terapiamuodot ovat todettu Kelan selvitysten mukaisesti käyttökelpoisiksi ja vaikuttaviksi. Terapiamuotojen yhdistäminen laajentaa ammattilaisen näkökulmaa mahdollistaen yksilöllisten tarpeiden huomioimisen, jota tulisi hyödyntää yhä enemmän neuromoninaisilla lapsilla ja nuorilla.

Opinnäytetyö sekä tietopaketti ovat ladattavissa Theseus-opinnäytetyötietokannasta.

Kiitämme mielenkiinnostasi!

Tekijät:

Jasmin Niemelä & Miisa Seppälä. 2024.
Tampereen ammattikorkeakoulu.
Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma.

