



**AHDISTUNEISUUDEN KANSSA
ELÄVIEN NUORTEN KOKEMUKSIA
PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN
VAIKUTUKSISTA ARJEN TOIMIN-
TAKYKYYN**

Jonna Päivänurmi

Kirsi Nurmela

Opinnäytetyö
Elokuu 2014
Fysioterapian koulutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

PÄIVÄNURMI, JONNA & NURMELA, KIRSI:

Ahdistuneisuuden kanssa elävien nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista arjen toimintakykyyn

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Elokuu 2014

Mielenterveysongelmilla on suuri kansanterveydellinen merkitys. Usein mielenterveyteen liittyvät ongelmat ilmenevät ensimmäistä kertaa nuoruusiässä, jolloin normaali ja tasapainoinen kehitys on uhattuna. On saatu viitteitä siitä, että monet mielenterveyden ongelmat jatkuvat hoitamattomina aikuisikään. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yksi yleisimmistä nuorten mielenterveyden häiriöistä ja ahdistuneisuuskokemukset liittyvät usein myös muihin ikäryhmän mielenterveyden ongelmiin. Tässä opinnäytetyössä ahdistuneisuutta pyritään käsittelemään ja ymmärtämään enemmän ilmiönä kuin diagnosoituna häiriönä.

Ahdistuneisuuskokemus on sekä kehon että mielen reaktio koettuun uhkaan, joka ilmenee myös tietynlaisena käyttäytymisenä. Ahdistuneisuus voidaan kokea eriasteisena levottomuutena, jännityksenä, pelkona tai paniikkina. Ahdistuneisuuskokemukset ovat normaali osa elämää, mutta pitkittyessään ja kokemusten intensiteetin kasvaessa niillä voi olla arjen toimintakykyä merkittävästi heikentäviä vaikutuksia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta nuorten ahdistuneisuuden hoidossa ja tarkoituksena tuoda esiin ahdistuneiden nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista arjen toimintakykyyn. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua lomakehaastattelua. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi tamperelainen psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut yritys, jonka asiakkaina olleet ahdistuneisuuden kanssa elävät nuoret muodostivat opinnäytetyön tutkimusjoukon.

25 lähetettyyn kyselylomakkeeseen saatiin kahdeksan vastausta. Vastaajat kokivat ahdistuneisuuskokemusten vähentyneen fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen. Lähes kaikki nuoret kokivat psykofyysisen fysioterapian vaikuttaneen edullisesti arjen toimintakykyyn. Psykofyysisessä fysioterapiassa merkitykselliseksi koettiin erilaisten kehollisten harjoitusten ja psykoedukatiivisten keskustelujen lisäksi luottamuksellinen ja läheinen suhde fysioterapeuttiin.

Opinnäytetyö antaa viitteitä aihepiirin merkityksellisyydestä. Se osoittaa samalla kattavampien tutkimusten toteuttamisen tarpeelliseksi, jotta psykofyysisen fysioterapian hyödyt voitaisiin osoittaa todellisiksi ahdistuneisuuden hoidossa.

Asiasanat: ahdistus, ahdistuneisuushäiriöt, nuoret, psykofyysinen fysioterapia, koke-
muksellisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Physiotherapy

PÄIVÄNURMI, JONNA & NURMELA, KIRSI:
Experiences of Psycho-physical Physiotherapy and its Effects on Everyday Living Skills Reflected by Adolescents with Anxiety

Bachelor's thesis 71 pages, appendices 5 pages
August 2014

The experience of anxiety is a reaction to the sense of threat and it manifests itself in bodily, mental and behavioral dimensions. It can be sensed in different levels of restlessness, fear, tension or panic. The experience of anxiety is a natural part of everyday living. However, if the duration or intensity increases it may have significant enervating effects on everyday living skills.

The objective of this study was to increase knowledge about psycho-physical physiotherapy as a treatment to anxiety among adolescents. The purpose was to illuminate experiential information of adolescents with anxiety about the effects of psycho-physical physiotherapy on everyday living skills.

In this qualitative study, the data were collected through semi-structured questionnaires. The respondents experienced lower rates of anxiety during or after the physiotherapy period. Almost all of the participants reported increased abilities in maintaining everyday living skills. Varying bodily exercises, psychoeducative interaction between the therapist and the adolescent, and confidential and close relationship to physiotherapist were seen as the most meaningful contents of psycho-physical physiotherapy.

The findings highlight the importance of the subject matter. The necessity for more comprehensive studies is evident in order to substantiate the benefits of psycho-physical physiotherapy in anxiety treatment.

Key words: anxiety, anxiety disorders, adolescents, psycho-physical physiotherapy, experiential

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	NUORTEN AHDISTUNEISUUS	7
	2.1 Ahdistuneisuuden erityispiirteitä nuoruusiässä	7
	2.2 Nuorten ahdistuneisuushäiriöt	9
	2.3 Nuorten ahdistuneisuuden vakiintuneet hoitokäytännöt.....	10
	2.3.1 Psykologiset hoitomenetelmät	11
	2.3.2 Lääkehoito.....	13
3	AHDISTUNEISUUS KEHOSSA	14
	3.1 Kehomieli.....	15
	3.1.1 Kehollisuuden ja mielen rakentumisen välinen yhteys.....	15
	3.1.2 Kehomielen hierarkkisesta rakenteesta ja toiminnasta	17
	3.1.3 Kehomielen toiminnan haasteet ahdistuneisuudessa	19
	3.2 Koettu uhka ja elimistön fysiologinen kiihtymistila.....	22
	3.2.1 Näkemyksiä stressistä	22
	3.2.2 Stressireaktion fysiologiaa	23
	3.2.3 Kehon ylikuormitustila	25
4	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA AHDISTUNEISUUDEN HOIDOSSA	27
	4.1 Ahdistuneen nuoren läsnä oleva kohtaaminen.....	27
	4.2 Psykoedukaatio – opetuksellinen lähestymistapa ahdistuneisuuteen	28
	4.3 Hengitys – ensimmäisiä askelia kohti tasapainoista olemista.....	30
	4.4 Rentoutuminen – kehomielen eheytymistä.....	33
	4.5 Kehotietoisuus – syvempää ymmärrystä itsestä	36
	4.5.1 Kehotietoisuuden rakentuminen.....	37
	4.5.2 Kehotietoisuuden harjoittamisesta apua ahdistuneisuuteen.....	38
5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	41
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	42
	6.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus	42
	6.2 Soveltuvan tutkimusmenetelmän valinnan perusteet ja tarkastelu	45
	6.3 Haastattelulomakkeen laatiminen	47
	6.4 Tutkimuksen toteutus ja vastaajajoukon kuvaus	49
7	TUKIMUSTULOKSET	53
	7.1 Nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista ahdistuneisuuskokemusten ilmentymiseen.....	53
	7.2 Nuorten kokemuksia toimintansa muutoksista ahdistuneisuutta aiheuttavissa tilanteissa fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen	54
	7.3 Nuorten merkityksellisiksi kokemia asioita psykofyysisessä fysioterapiassa.....	55
	7.4 Tutkimustulosten yhteenveto ja johtopäätökset.....	57
8	POHDINTA.....	60
	8.1 Pohdintaa tutkimuksesta	60
	8.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja omasta oppimisesta.....	64
	LÄHTEET.....	67
	LIITTEET	71

1 JOHDANTO

”...Joskus saatan pysähtyä/jähmettyä, kuin patsas ’kohtauksen’ iskiessä. Tulee tunne, että saa sydänkohtauksen, että menettää tajun ja kuolee.”

Ahdistuneisuus on ihmiselle normaali tunnetila, joka kuuluu päivittäiseen elämään. Ahdistuneisuus voidaan kokea eriasteisena levottomuutena, jännityksenä, pelkona tai paniikkina. (Strandholm & Ranta 2013, 17.) Ahdistuneisuuskokemus on sekä kehon että mielen reaktio koettuun uhkaan ja se näyttäytyy myös tietynlaisena käyttäytymisenä (Strandholm & Ranta 2013, 26). Yleensä ahdistuneisuushäiriöstä on kyse silloin, kun ahdistuneisuuskokemus on erityisen voimakas ja pitkäkestoinen, ja kun se rajoittaa henkilön kokonaisvaltaista toimintakykyä sekä aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä. Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, joissa psykiatrinen samanaikaissairastavuus on yleistä. (Strandholm & Ranta 2013, 17; Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 569).

Monet aikuisuuden mielenterveyden häiriöistä ilmenevät ensimmäistä kertaa nuoruudessa. Tästä syystä oireiden ja häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tarkoituksenmukaisen hoidon toteuttaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä nuoren normaalin kehityksen ja tasapainoisen aikuisuuden turvaamiseksi. Ihmisen toimintamallit ja elintavat muotoutuvat nuoruusiässä. Tällöin niihin on otollisempaa vaikuttaa sen sijaan, että pyrittäisiin vaikuttamaan aikuisuudessa jo vakiintuneisiin epäedullisiin toimintamalleihin ja elintapoihin. (Marttunen & Karlsson 2013, 10; Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 568–569; Marttunen 2013, 3). Näistä syistä olemme kokeneet merkitykselliseksi tarkastella opin- näytetyössämme juuri nuorten ikäryhmää.

Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden häiriöillä on suuri kansanterveydellinen merkitys. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman ohjausryhmän laatimissa kehittämisehdotuksissa painotetaan muun muassa mielenterveyden edistämistä, ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveyspalvelujen järjestämistä painottuen perus- ja avohoitopalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 3.) Nuorten mielenterveyden häiriöistä ainoastaan syömishäiriöstä on laadittu käypähoitosuositus. Kuitenkin erilaisten psykoterapioiden ja lääkehoidon käyttö nuorten

mielenterveyshäiriöiden hoidossa on vakiintunut (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 562). Psykofyysisen fysioterapian hyödyt nuorten ahdistuneisuuden hoidossa ovat alan ammattilaisten mukaan todellisia. Näistä havaituista hyödyistä tarvitaan kuitenkin vielä näyttöä, jotta psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet ahdistuneisuuden hoidossa tiedostettaisiin muiden hoitomuotojen rinnalla.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Bodymind Oy, joka on vuonna 2004 perustettu psykofyysiseen fysioterapiaan suuntautunut yritys. Sen keskeisimpiä osaamisalueita ovat lasten, nuorten ja aikuisten pitkittyneet toimintakyvyn ongelmat. (Bodymind Oy.) Oma kiinnostuksemme ihmistä kokonaisuutena ajattelevaan fysioterapian erikoisalaan ohjasi aihevalintamme käsittelemään psykofyysistä fysioterapiaa. Lopullinen opinnäytetyömme aihe muotoutui työelämästä lähtöisin olevien yhteistyökumppanimme esille tuomien tarpeiden ja ideoiden pohjalta käsittelemään psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta nuorten ahdistuneisuuden hoidossa kokemuksellisesta näkökulmasta.

2 NUORTEN AHDISTUNEISUUS

Ahdistuneisuutta ja sen erimuotoisia häiriöitä tavataan kaikissa ikäryhmissä. Jokaisessa ikäryhmässä ahdistuneisuuden ilmenemiseen liittyy omat erityispiirteensä. (Isometsä 2011a, 218–219; Ranta 2006, 66.) Lyhytkestoinen ahdistuneisuus sekä pelko- ja jännitystilat ovat nuorilla tavallisia ja voivat liittyä esimerkiksi uusiin sosiaalisiin tilanteisiin, epäonnistumisiin tai menetyksiin. Häiriöksi kokemukset muuttuvat, kun ne vaikuttavat merkittävästi arjessa toimimiseen ja aiheuttavat subjektiivista kärsimystä. Tällöin esimerkiksi ystävyysuhteiden solmiminen ja ylläpitäminen sekä koulunkäynti ja harrastaminen vaikeutuvat. Erilaiset ahdistuneisuushäiriöt ovat nuorten yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja niitä tavataan useammin tyttöjen kuin poikien keskuudessa. Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy tyypillisesti rinnakkain ja ahdistuneisuuskokemukset liittyvät usein myös muihin mielenterveyden häiriöihin. (Ranta 2006, 67; Strandholm & Ranta 2013, 17.)

2.1 Ahdistuneisuuden erityispiirteitä nuoruusiässä

Marttunen ja Kaltiala-Heino (2011, 562) määrittelevät Psykiatria-kirjassaan nuoruusiän puberteetista alkavaksi elämänkaaren vaiheeksi, jossa yksilö siirtyy lapsuusiästä nuoruusaikuisuuteen. Kyseinen ajanjakso ajoittuu tavallisesti ikävuosiin 12–22, joka on nopean keskushermoston kehittymisen, biologisen kasvun ja sukukypsyuden saavuttamisen sekä monien aikuistumiseen johtavien kognitiivisten, psykologisten ja sosiaalisten kehitystapahtumien aikaa. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 562–563; Marttunen & Karlsson 2013, 8). Tämän ajanjakson aikana nuori luo tasavertaisia ystävyys- ja toverussuhteita saman ikäisiin ja kehittää niihin liittyvää arvomaailmaansa. Uusien hermoyhteyksien muodostuessa ja vanhojen käyttämättömien hermoyhteyksien hävitessä aivotoinnissa tapahtuu uudelleenorganisointia ja sen myötä hermoverkkojen toiminnan tehostumista. Nuoruuden onnistuneet kehitystapahtumat johtavat eheän persoonallisuuden kehittymiseen ja itsenäistymiseen. Nuoruutta tarkasteltaessa on kuitenkin muistettava huomioida lapsuuden aikaisten tapahtumien vaikutus kokonaisuuteen. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 563.) Nuoruusiässä tapahtuvan kehityksen eteneminen on

aina yksilöllistä, mutta se voidaan karkeasti jaotella kolmeen eri vaiheeseen, joilla on omat kehitykselliset ominaispiirteensä (Marttunen & Karlsson 2013, 7–8).

Varhaisnuoruus on nuoruusiän kuohuvin vaihe ja sen arvioidaan käsittävän ikävuodet 12–14. Siirtyminen lapsuudesta nuoruusikään saa alkunsa merkittävien fyysisten ja hormonaalisten muutosten myötä. Nopeat muutokset voivat aiheuttaa nuorelle ristiriitaisia tuntemuksia ja itseä pyritään määrittelemään vertaamalla muihin ikätovereihin. Nuoren kokemus itsestä on vaihtelevaa ja yhteys itse on ajoittain kadoksissa, mikä näkyy käyttäytymisen, mielialan, ihmissuhteiden ja mielenkiinnonkohteiden vaihteluina. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 563; Marttunen & Karlsson 2013, 8.)

Keskinuoruus, joka käsittää ikävuodet noin 15–17:sta, on fyysisen kehityksen tasaantumisen myötä kehon muutoksiin ja omaan seksuaalisuuteen sopeutumisen aikaa. Nuoren tunnetilat ovat tasaisempia, jolloin oman toiminnan ja tunne-elämän tutkailu on helpompaa sekä oman toiminnan hallinta ja suunnittelu onnistuvat paremmin. (Marttunen & Karlsson 2013, 9.) Myöhäisnuoruudeksi luokitellaan noin ikävuodet 18–22, joka on nuoren oman identiteetin muodostumisen ja aikuisen persoonallisuuden vakiintumisen aikaa. Nuori kiinnostuu ympäröivästä maailmasta aikaisemmasta poikkeavalla tavalla ja muodostaa oman arvomaailman, moraalijärjestelmän sekä omat ihanteet ja päämäärät. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 564.)

Ahdistuneisuuden synty on monitekijäinen; tutkimuksissa ahdistuneisuudelle on löydetty biologisia, perinnöllisiä ja ympäristöllisiä syitä (Liite 1) (Ranta 2006, 67; Strandholm & Ranta 2013, 28). Monen nuoren on itse vaikeaa määritellä ahdistuneisuuden syytä (Strandholm & Ranta 2013, 17). Nuoruusiän ahdistuneisuuden kokemukset sekä muu mielenterveydellinen epätasapaino liittyvät usein nuoren fyysiseen ja psyykkiseen kypsymiseen sekä lisääntyneeseen itsenäiseen vuorovaikutukseen sosiaalisissa tilanteissa. Ahdistuneisuushäiriöiden sekä muiden mielenterveyshäiriöiden puhkeamiselle nuoruusiässä voivat altistaa muun muassa puberteetin ajoittuminen, seksuaalisuuteen liittyvät pulmat, koulukiusaaminen, ystävyysuhteiden ongelmat ja sosiaalisen tuen puute tai vanhemmuuden ongelmat (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 567). Tämän lisäksi nuoren aivot ovat aikuiseen verrattuna herkemmät erilaisille ulkoisille ärsykeille kuten päihteille, voimakkaalle stressille ja psyykkisille traumailla (Marttunen & Karlsson

2013, 7). Ahdistuneisuushäiriö on yksi yleisimmistä nuorten mielenterveyden ongelmista ja siitä kärsii eri lähteiden mukaan 4–11 prosenttia kyseisestä ikäryhmästä.

Tietoa nuoruusiän mielenterveyshäiriöiden jatkumisesta aikuisiälle on vielä puutteellisesti, mutta sen määrä on kuitenkin lisääntynyt viime vuosikymmenien seurantatutkimusten myötä. Aikuisten mielenterveyttä koskevissa tutkimuksissa on selvinnyt, että suurin osa mielenterveyshäiriöistä on alkanut jo nuoruusiässä. Nuoruusiän ahdistuneisuushäiriö lisää alttiutta kyseiselle häiriölle sekä masennukselle ja päihdeongelmille myös aikuisuudessa. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 566.)

2.2 Nuorten ahdistuneisuushäiriöt

Nuoruusiän erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat sosiaalisten tilanteiden pelko, julkisten paikkojen pelko, määräkohteiset pelot, paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö sekä traumaperäinen stressireaktio (Strandholm & Ranta 2013, 19–25). Yleisimpiä edellä mainituista häiriöistä ovat Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2011, 569) mukaan, julkisten paikkojen ja sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö ja yleistynyt ahdistuneisuus. Ahdistuneisuuskokemuksille alttiilla nuorella esiintyy varsin usein samanaikaisesti ahdistuneisuushäiriön eri muotoja ja muita mielenterveyden häiriöitä (Strandholm & Ranta 2013, 17; Ranta 2006, 67.) Tämä monihäiriöisyys eli komorbiditeetti voi selittyä usealla tavalla. Taustalla voi olla laaja oirekuva, joka täyttää useamman häiriön diagnostiset kriteerit. Toisaalta häiriöillä voi olla yhteisiä riskitekijöitä tai yksi häiriö voi altistaa toiselle. Komorbiditeetti asettaa toipumiselle merkittäviä haasteita. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 569.) Seuraavaksi esittelemme lyhyesti nuorten yleisimmät ahdistuneisuushäiriöt.

Paniikkihäiriö tarkoittaa mielenterveyden häiriötä, jossa esiintyy toistuvasti voimakkaita ahdistuskohtauksia eli paniikkikohtauksia. Kohtaukset ilmenevät voimakkaina ja äkillisesti ilmaantuvina ahdistuksen, pelon tai pakokauhun tunteina. (Isometsä 2011a, 218.) Nuorilla yksittäiset paniikkikohtaukset ovat huomattavasti varsinaista paniikkihäiriötä yleisempiä. Jos kohtauksia on toistuvasti, voi uusien kohtausten pelko alkaa hallita nuoren elämää ja nuori alkaa välttää tilanteita ja paikkoja, joissa pelkää kohtauksen ilmenevän. (Strandholm & Ranta 2013, 21.)

Sosiaalisten tilanteiden pelon eli sosiaalisen fobian keskeisin piirre on sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä intensiivinen ahdistuneisuus, jonka seurauksena tyypillisesti esiintyy välttämiskäyttäytymistä (Strandholm & Ranta 2013, 19). Erilaisissa esiintymis- ja vuorovaikutustilanteissa koettuun intensiiviseen ahdistuneisuuteen liittyy myös usein voimakkaita autonomisen hermoston oireita, joiden näkyvyyden takia nuori kokee häpeän tunteita. Nämä häpeän tunteet provosoivat oireita entisestään. Oireet voivat liittyä esimerkiksi vain erilaisiin esiintymistilanteisiin tai vakavammissa tapauksissa lähes kaikkiin sosiaalisiin tilanteisiin. Ne alkavat useimmiten nuoruusiässä tai nuorena aikuisena ja monissa tapauksissa ne muodostuvat pitkäaikaisiksi. (Isometsä 2011b, 234.)

Pakko-oireisen häiriön keskeisimmät oireet ovat pakkoajatukset ja pakkotoiminnot. Pakkoajatukset ovat toistuvasti mieleen tunkeutuvia, epämiellyttäviä, vierailta tuntuvia sekä voimakasta ahdistusta aiheuttavia ajatuksia. Pakkotoiminnot ovat toistuvia toimintaketjuja, joiden avulla häiriöstä kärsivä pyrkii lievittämään pakkoajatuksiin liittyvää ahdistuneisuutta. Epidemiologisten tutkimusten mukaan häiriötä ilmenee keskimäärin eniten kahdessa ikävaiheessa. Lapsuusiän pakko-oireinen häiriö on yleisempää pojilla ja se ilmenee keskimäärin noin 10 vuoden iässä. Toinen pakko-oireiden keskimääräinen ilmenemisen ajankohta on varhaisaikuisuudessa. (Koponen 2011a, 312.)

Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä käytetään myös toisinaan nimitystä yleinen tuskastuneisuus, joka kuvaa osuvasti häiriön oireistoa. Tässä häiriössä ahdistuneisuuskokemus poikkeaa muista ahdistuneisuushäiriöistä oireiden pitkäaikaisella ja aaltoilevalla ilmenemisellä. Ahdistuneisuutta pitää yllä häiriölle tyypillinen jatkuva murehtiminen. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan ovat liitteessä 2. (Karukivi & Haapasalo-Pesu 2012.)

2.3 Nuorten ahdistuneisuuden vakiintuneet hoitokäytännöt

Nuoruusiän lievät ja ohimenevät ahdistuneisuuden tunteet ovat normaali osa nuoren elämää ja keskustelut ystävien tai vanhempien kanssa lievittävät useimmiten ahdistunutta olotilaa. Silloin, kun nuoren ahdistuneisuuden kokemukset ovat voimakkaita ja pitkäaikaisia, ja ne vaikuttavat arjen toimintakykyyn heikentävästi, on tarpeellista hakea ul-

kopuolista apua. Apu on erityisesti tarpeen myös silloin, kun nuorella ilmenee samanaikaisesti muuta mielenterveyteen liittyvää oireilua, kuten masennusta. (Strandholm & Ranta 2013, 33.) Tällä hetkellä useimpien ahdistuneisuuden syiden hoidossa psykologiset hoitomenetelmät ovat ensisijaisia kaikkien ikäryhmien kohdalla (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2011, 732). Joissain tapauksissa ahdistuneisuuden hoidon tukena voidaan käyttää myös psyykenlääkehoitoa (Korhonen 2006, 228–229; Koponen 2011b, 248). Nuoren ahdistuneisuuden hoidon tulisi kattaa kaikki ahdistuneisuuden kolme ilmenemistaso; *psykkinen taso*, *fyysinen taso* ja *käyttäytymisen taso* (Ranta 2006, 70). Seuraavissa osioissa esittelemme tarkemmin ahdistuneisuuden hoidossa vakiintuneita hoitomuotoja.

Psykofyysinen fysioterapia on näihin vakiintuneisiin hoitomuotoihin verrattuna uudempi ja sen mahdollisuuksia ahdistuneisuuden hoidossa ei ole vielä yleisesti tiedostettu. Sitä käytetään ahdistuneisuuden hoidossa, vaikka sen käytön yleisyydestä saatavilla oleva tieto on niukkaa. Psykofyysistä fysioterapiaa hyödynnetään esimerkiksi psykiatriassa sairaaloissa ja alaan erikoistuneissa fysioterapiayrityksissä. Palvelujen saatavuudessa on merkittäviä eroja paikkakuntien välillä. Käsittelemme psykofyysistä fysioterapiaa ahdistuneisuuden hoidossa yksityiskohtaisemmin kappaleessa 4.

2.3.1 Psykologiset hoitomenetelmät

Psykologisista hoitomenetelmistä erilaiset psykoterapiat ovat vakiinnuttaneet asemansa nuorten mielenterveydenhäiriöiden hoidossa ja niiden käyttöalue on laaja. Psykoterapia on psykologinen hoitomenetelmä, jonka suuntaukset perustuvat erilaisiin teorioihin ihmisen persoonallisuuden rakenteesta ja toiminnasta sekä mielenterveydenhäiriöiden syntymekanismeista. Psykoterapiassa vakiintuneita psykologisiin periaatteisiin perustuvia tekniikoita sovelletaan suunnitelmallisesti ja avoimesti psykoterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Näitä tekniikoita soveltamalla pyritään auttamaan ihmisiä muokkaamaan haitallisia tunteita, ajatuksia, asenteita ja käyttäytymistä. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 587–588; Lönnqvist, Marttunen & Pylkkänen 2011, 659.)

Nuorten ahdistuneisuuden hoidossa psykoterapian keskeinen tavoite on lisätä nuoren tietoisuutta omista tunnereaktioista, antaa ahdistuneisuutta ja pelkoja realisoivaa tietoa

sekä lisätä nuoren tietoisuutta ahdistuneisuutensa rakentumisesta. Useimmiten lievempää ahdistuneisuutta pystytään helpottamaan jo pelkästään selvittämällä ahdistuneisuuden synnyssä keskeisiä tilannetekijöitä sekä niihin liittyvien ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. (Strandholm & Ranta 2013, 33–34.)

Tutkimukset ovat osoittaneet sekä lyhyt-, että pitkäkestoiset psykoterapiahoitajaksot vaikuttaviksi ahdistuneisuuden hoidossa. Hoitajakson pituuteen sekä hoitomuodon valintaan vaikuttaa ahdistuneisuuden vaikeusaste ja siihen liittyvät seikat. Usein on suositeltavaa sisällyttää vanhempien tapaaminen osaksi joitakin psykoterapiakäyntejä, joissa voidaan muun muassa antaa vanhemmille tietoa ahdistuneisuudesta. Näillä perheikäyneillä on myös mahdollista käsitellä perheen dynamiikan vaikutuksia nuoren ahdistuneisuuden ja sen hallitsemiseen. (Strandholm & Ranta 2013, 33–34.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on nuorten ahdistuneisuuden psykososiaalisista hoitomuodoista tutkituin ja siitä on saatu useita myönteisiä tutkimustuloksia. Keskeisintä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ahdistuneisuutta hoidettaessa on ahdistuneisuutta aiheuttavien ajatusten muotoilu realistisemmiksi tai toimivammiksi sekä rohkaisevan ja myönteisen itseohjauksen menetelmät. Hoidossa on aina huomioitava ahdistuneisuuden yhteys nuoren elinympäristöön ja sen tapahtumiin sekä ehkäistä välttämiskäyttäytymistä. Olennaista on myös soveltaa erilaisia hoitomenetelmiä nuoren yksilöllisen kehitystason mukaisesti. (Strandholm & Ranta 2013, 33–34; Ranta 2006, 70.)

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana eri suuntauksia edustavat psykoterapeutit ovat lisääntyvässä määrin alkaneet huomioida kehonkielen ja psyyken välisiä yhteyksiä. Tässä psykofyysisessä psykoterapian lähestymistavassa kehon viestit nähdään yhtä tärkeinä terapeutin työskentelyn kohteina kuin keskustelun kautta työstettävät ajatukset, kokemukset, tunteet ja muistot. Kyseisessä viitekehyksessä keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden ollen keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Kehollisten kokemusten kautta voidaan käsitellä suhdetta itseen sekä ympäröiviin ihmisiin. (Huttunen 2012, 254–255.) Tällä psykoterapian suuntauksella ja psykofyysisellä fysioterapialla vaikuttaisi olevan paljon yhteistä liitännäistä. Terapiamuotojen perusajatus kehon ja mielen kokonaisuudesta ja sen vuorovaikutuksesta ympäristön kanssa on samankaltainen, tosin näkökulma on erilainen. Psykofyysisessä fysioterapiassa työskentäminen tapah-

tuu kehollista reittiä, kun taas psykofyysisessä psykoterapiassa ihmistä lähestytään pääasiassa mielen kautta.

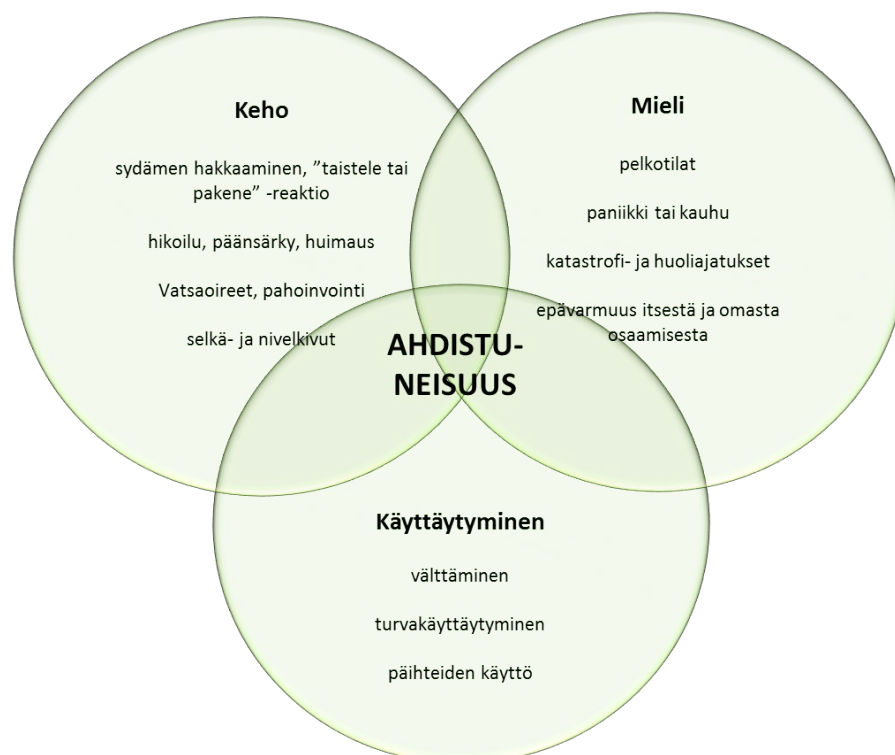
2.3.2 Lääkehoito

Nuorten mielenterveyden häiriöiden lääkkeellistä hoitoa on tähän mennessä tutkittu niukasti ja tästä syystä useimmat hoitokäytännöt perustuvat aikuisryhmistä saatuihin tutkimustuloksiin sekä kokemuksiin. Useimmissa tutkimuksissa kohderyhmän alaikäraja on asetettu 18 ikävuoteen, jolloin tutkimustulokset koskettavat osittain myös myöhäisnuoruvaihetta (18–22). Nuorten mielenterveyden lääkehoito on kuitenkin paljon aikuisten hoitoa monimutkaisempaa. Toimiva lääkehoito edellyttää nuoruusikään liittyvien erityispiirteiden tuntemusta ja niiden huomioimista. Lääkehoito on aina vain osa nuoren hoitoon liittyvää kokonaisuutta. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 589.)

Onnistuneella nuoren ahdistuneisuuden lääkehoidolla on mahdollista pienentää riskiä myöhemmällä iällä ilmenevälle ahdistuneisuudelle ja depressoille. (Korhonen 2006, 228). Lääkehoidon tarkoituksena on psyykkistä ja fyysistä oireilua lievittämällä palauttaa nuoren toimintakykyä (Korhonen 2006, 225; Koponen 2011b, 248). SSRI-lääkkeet eli selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät ovat nuorten ahdistuneisuuden hoidossa ensisijaisia. SSRI-lääkkeet ovat samoja lääkevalmisteita, joita käytetään depression hoitoon, sillä niillä on myös voimakas ahdistuneisuutta lievittävä vaikutus. Tukihoitona voidaan käyttää Bentsodiatsepiineja, mutta vain lyhytkestoisesti muutaman viikon ajan kunnes ensisijaisen lääkkeen tehokas vaikutus alkaa. (Korhonen 2006, 229.) On esitetty, että masennuslääkkeet toimisivat paremmin somaattisten oireiden hoitoon ja Bentsodiatsepiinit psyykkisiin oireisiin (Koponen 2011b, 248). Joissakin tilanteissa nuori voi myös tilapäisesti hyötyä anksiolyytti-, nukahtamis- tai unilääkkeistä (Korhonen 2006, 229).

3 AHDISTUNEISUUS KEHOSSA

Ahdistuneisuus on koko olemiseen vaikuttava sekä kehon että mielen tasolla ilmenevä kokemus, joka näyttäytyy tyypillisesti ulospäin tietynlaisena käyttäytymisenä (kuva 1) (Strandholm & Ranta 2013, 26). Usein epämiellyttävistä huoli- ja katastrofijatuksista lähtöisin oleva ahdistuneisuuskokemus on pelkoa muistuttava tunne ja reaktio koettuun uhkaan. Tällöin yksilön alun perin suojamekanismiksi tarkoitettu taistele tai pakene -reaktio virittää elimistön automaattisesti toimintavalmiuteen. (Sandström 2010, 221, 224.) Tämä elimistön fysiologinen kiihtymistila todentuu yksilölle kehollisina reaktioina, kuten sydämen tykytyksinä, vatsakipuina, huimauksena ja hengityksen salpautumisen tunteina, joita ahdistunut henkilö ei useinkaan itse tunnista tai tulkitsee niitä epätarkoituksenmukaisesti. Tästä seuraa ahdistuneisuuden intensiteetin voimistuminen edelleen. (Waldegren 2012, 303–304.) Vähitellen yksilö suojautuu ahdistuneisuuskokemuksilta ryhtyen välttämään ahdistuneisuutta aiheuttavia tilanteita tai käyttämällä niissä erilaisia hallintakeinoja selviytyäkseen (Ranta 2006, 69). Tässä luvussa paneudutaan ahdistuneisuuteen kehomieli -kokonaisuuden ja sen toiminnan näkökulmista. Jäljempänä käsitellään ahdistuneisuuden taustalla olevaa elimistön fysiologista kiihtymistilaa.



Kuva 1. Ahdistuneisuuden ilmeneminen kehon, mielen ja käyttäytymisen tasolla (Strandholm & Ranta 2013, 26, muokattu)

3.1 Kehomieli

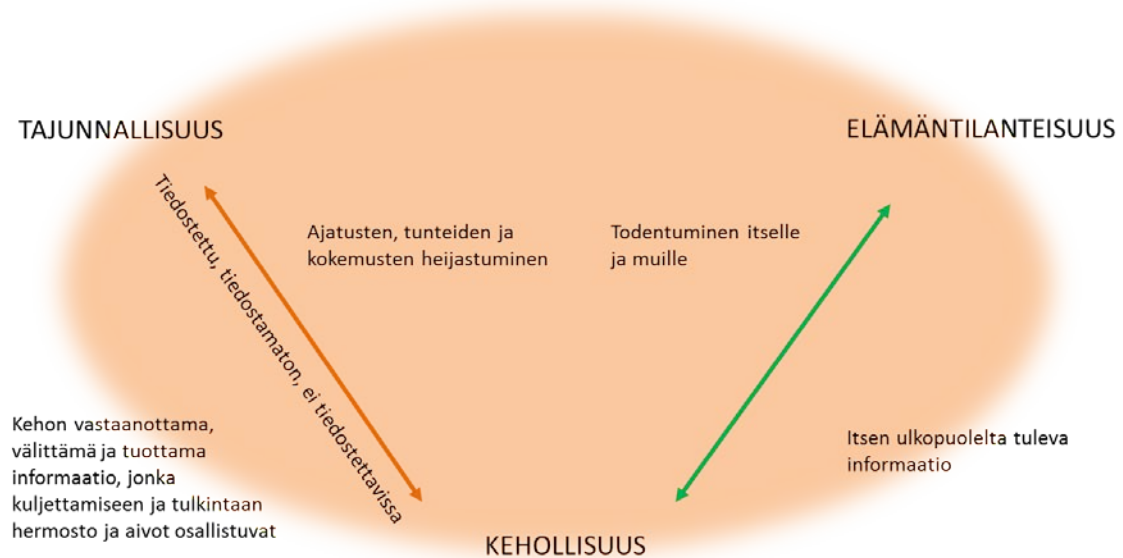
Länsimaisessa kulttuurissa on totuttu etsimään vastauksia itsen ulkopuolelta. Uusien asioiden oppiminen mielletään helposti tiedon opetteluna esimerkiksi lukemalla. (Klemola 2013, 22.) Korostunut ”mielen” tärkeys johtaa helposti ”kehon” huomioimattomuuteen ja unohtamiseen. Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että kosketus itseensä katoaa; kehon sisäisiä liikkeitä, ajatuksia, kokemuksia, tunteita, tunnelmia ja mielenliikkeitä ei enää osata tulkita tarkoituksenmukaisesti tai niistä ei olla lainkaan tietoisia. Tällöin kokemus itsestä muodostuu eheyttömäksi. Näin ollen myös yksilön toiminta suhteessa maailmaan perustuu vaillinaisiin tulkintoihin hänestä itsestään ja ympäristöstään. Reaktioissa korostuvat automaattiset toimintamallit, joita tietoisien mielen sisällöt vahvistavat, ja keho huomataan usein vasta silloin, kun sille tapahtuu jotain epämukavaa. (Herrala, Kahrola & Sandström 2009, 134–135, 138; Klemola 2014, 183, 186.)

3.1.1 Kehollisuuden ja mielen rakentumisen välinen yhteys

Länsimaiseen monin tavoin dualistiseen eli kahtiajakautuneeseen kulttuuriin ja ajatteluun on jo kauan aikaa sitten vakiintunut ihmisen kahdeksi osaksi jakavat käsitteet ruumis ja sielu, joista nykyisin puhutaan ennemmin termein keho ja mieli tai psyyke ja sooma. Jo pelkästään kielelliset käsitteet tekevät lähes mahdottomaksi mieltää yhtenä kokonaisuutena nämä kaksi asiaa, keho ja mieli, jotka ovat paitsi kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään myös yhteydessä ympäröivään maailmaan. Tähän kahtia jakavaan käsitteistöön ja siitä johtuvaan ajatteluun on pyrkinyt vaikuttamaan muun muassa filosofi Timo Klemola puhumalla yhdestä kokonaisesta kehomielestä. (Klemola 2013, 79; Anttila 2009, 85.)

Ihmisen kokonaisvaltainen olemus muodostuu siis kehollisuudesta, tajunnallisuudesta ja elämäntilanteisuudesta (kuva 2). Näitä olemuksen osa-alueita tulisi tarkastella ihmisessä yhdessä, sillä ne limittyvät toistensa lomaan jokaisessa hetkessä ja niiden joustava yhteistoiminta on edellytys tasapainoiselle olemiselle (Patovirta 2014, 3; Herrala ym. 2009, 20–21.) Kokonaisvaltaisessa ajattelussa minuus on liittynyt maailmaan kehomielen kietoutuneena läsnäolona konkreettisiin tilanteisiin. (Bullington 2012, 67.) Eeva Anttila (2009) siteeraa tutkimusartikkelissaan kielitieteilijä Lakoffia ja filosofi Johnso-

nia, joiden mukaan ajattelumme rakentuu kehomme vastaanottamalle, välittämälle ja tuottamalle tiedolle sekä aivojen ja hermoston osallistumiselle tämän tiedon kuljettamisessa ja tulkinnassa. Toisaalta ajatukset, tunteet ja kokemukset heijastuvat myös kehollisina reaktioina. Yksilö todentuu itselleen ja toisille kehon välityksellä. (Herrala ym. 2009, 5.)



Kuva 2. Kokemusmaailman aspektien välinen yhteys

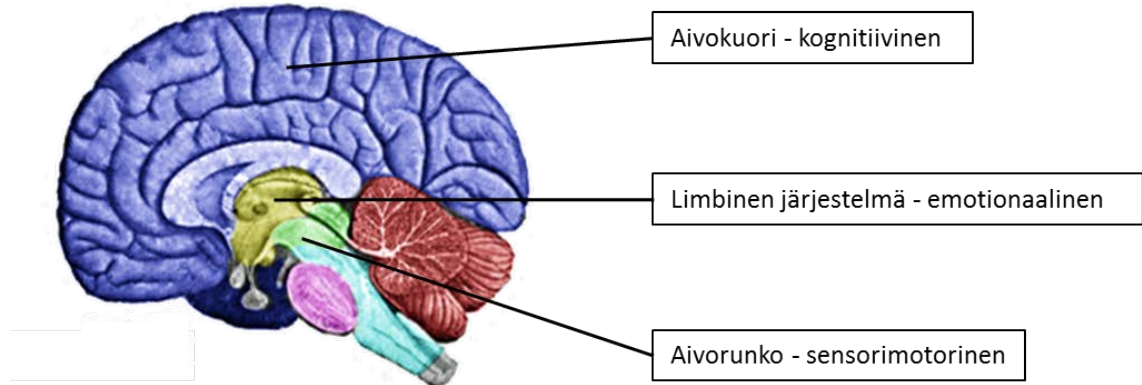
Kehomme varastoituu kokemuksia eletystä elämästä, ja ne alkavat karttua osaksi yksilöä jo sikiökaudella. Tällöin kokemukset varastoituvat keholliseen muistiin, koska aivot eivät ole vielä riittävän kehittyneet käsitteelliseen ajatteluun. (Herrala ym. 2009, 25.) Yksilön kasvaessa ja kehittyessä kehollisten järjestelmien välittämä tieto muuntuu yksilön henkilökohtaisesti koetuksi tiedoksi, käsitteiksi sekä ajatteluksi. Eletty, koettu keho on siis mieleemme rakentumisen perusta (Anttila 2009, 85–86; Ogden, Minton & Pain 2006, 15).

Filosofi, psykiatri Lauri Rauhala jakaa tietoisuuden rakenteen ”*tajuiseen*”, tietoisuuteen tai sen piiriin, ja ”*tajuttomaan*”, ei-tiedostettuun. Ei-tiedostettu alue on jotain sellaista, jota emme voi koskaan kokea (esim. kehomme mikroprosessit). Tietoisuutemme piirissä puolestaan on erilaisia tiedostettuja ja tiedostamattomia sisältöjä, joista osa on ei-kielellisiä, toisin ilmaistuna siis aistimuksia, tuntemuksia, havaintoja ja mielikuvia, jotka tulevat osaksi olemustamme eri aistikanavia pitkin (näkö-, haju-, kuulo, tunto- ja makuaisti sekä proprioseptiikka). Nämä ei-kielelliset, merkityssisällöltään ja -

suhteiltaan vielä hämärät, tajunnan sisällöt on osittain mahdollista nostaa osaksi tietoisuutta huomion suuntaamisen kautta. Tällöin niiden merkitys jäsentyy ja tiedostamattomasta tulee tietoista, reflektiivistä ja kielelliseksi muuntuvaa tajuntamme sisältöä. Osa näistä tajunnan sisällöistä jää tiedostamattomiksi ja voi näyttäytyä tai olla koettuna keuhollisesti. (Anttila 2009, 86.)

3.1.2 Kehomielen hierarkkisesta rakenteesta ja toiminnasta

Yksilön automaattiset ja helposti suhteellisen pysyvät toimintamallit käynnistyvät kerta toisensa jälkeen tietyn samankaltaisen syötteen yhteydessä. Näihin evoluution kautta muodostuneisiin hierarkkisiin reaktioihin vaikuttavat aivojen kolmen tason, aivorungon, limbisen järjestelmän ja aivokuoren, eli korteksin, toiminta ja niiden välinen yhteistyö. Aivojen kolmiosaista arkkitehtuuria vastaavat karkeasti kolme informaation työstämisen tasoa: sensorimotorinen, emotionaalinen ja kognitiivinen (kuva 3). (Palosaari 2007, 42; Ogden ym. 2006 5–6.)



Kuva 3. Aivojen kolmiosainen arkkitehtuuri ja niitä vastaavat informaation työstämisen tasot

Alinta ja primitiivisintä aivorungon ja hypothalamuksen muodostamaa tasoa kutsutaan sen alkeellisten toimintojen vuoksi myös *lisko- tai matelija-aivoiksi*. Se säätelee elonjäämiseen kytköksissä olevia kehon automaattisia toimintoja, kuten hengitystä ja sydämen sykettä, vastaa aineenvaihdunnallisista prosesseista ja niiden tasapainosta sekä on yhteydessä vireystilaan ja lisääntymisviettiin. Sitä vastaa informaation käsittelyn kolmesta tasosta sensorimotorisen työstämisen taso, joka on muita työstämisjärjestelmiä suuremmassa yhteydessä koko kehoon. Se prosessoi aistimusten herättämiä fyysisiä muutoksia, fyysisiä puolustusreaktioita, muutoksia hengityksessä ja lihasjänteudessa,

aktivoi autonomisen hermoston ja sisältää valmiita, refleksinomaisia ja kaavamaisia toimintamalleja. (Palosaari 2007, 43; Ogden 2006 ym. 5–7.)

Alimman kerroksen päälle rakentuvat *nisäkäsaiivot* eli aivojen limbinen järjestelmä, joka välittää tunteita ja muistoja sekä ohjailee oppimista ja osaa sosiaalisesta kanssakäymisestä (Ogden ym. 2006, 5). Se osallistuu autonomisen hermoston toiminnan säätelyyn, jonka välityksellä se vaikuttaa muun muassa kehon stressaantumiseen ja rentoutumiseen sekä taistelee tai pakene -reaktioon (Palosaari 2007, 43). Limbinen järjestelmä on yhteydessä emotionaaliseen informaation käsittelyyn tuottaen tunneperäistä tietoa kehon sisäisistä tiloista sekä tunnereaktioita vasteena ympäristön tapahtumiin (Ogden ym. 2006, 6–7). Tunneperäinen tieto synnyttää ”tässä ja nyt” -kokemuksen eli tunteen siitä, mitä ihmiselle juuri tässä hetkessä tapahtuu ja miltä hänestä tuntuu. Tunteiden olemassaolo on välttämätöntä, jotta yksilö voi saada palautetta omasta toiminnastaan ja näin suunnata käyttäytymistään. (Herrala ym. 2009, 46–47.)

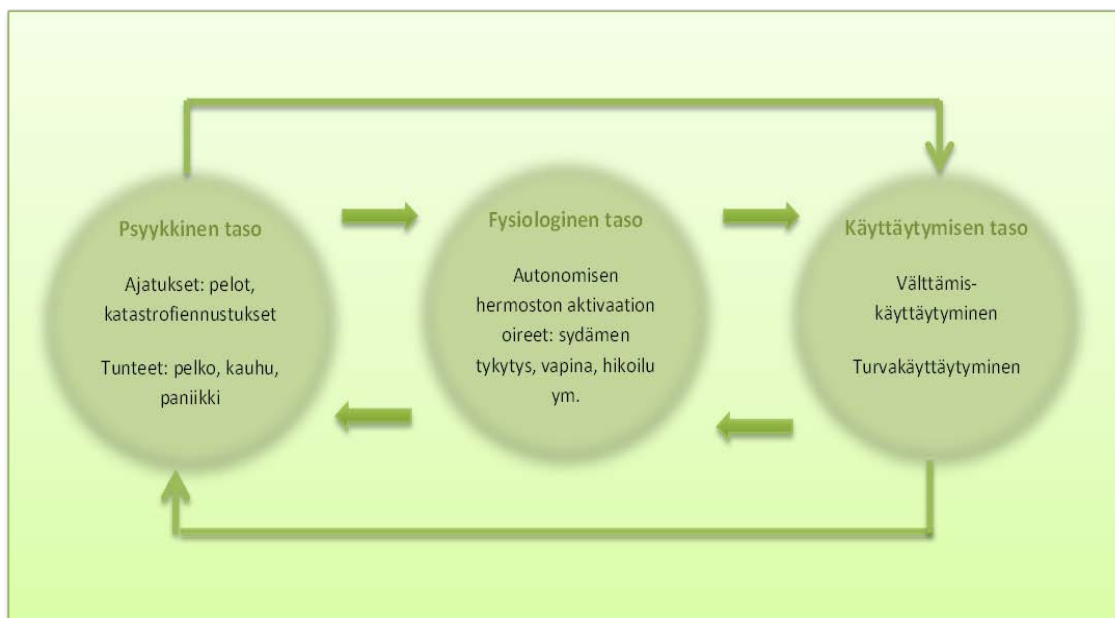
Päällimmäisen kerroksen, aivojen kortikaalisen tason eli aivokuoren, tehtävät liittyvät korkeamman tason edellisiä kerroksia joustavampiin kognitiivisiin toimintoihin. Kognitiivinen informaation työstäminen on tiedon jäsentämistä ja sillä tarkoitetaan kykyä käsitteellistää, päätellä, antaa merkityksiä, ratkaista ongelmia ja tehdä päätöksiä. Kognitiivisten prosessien ansiosta ihmisellä on kyky havainnoida, yleistää, punnita toimintamahdollisuuksia ja tehdä suunnitelmia sekä arvioida suunnitellun tai toteutuneen toiminnan vaikutuksia. Se ratkaisee muun muassa, mitkä kehon sisäiset tai sen ulkopuoliset ärsykkeet huomioidaan. Kognitiivinen informaation työstäminen voi syrjäyttää tai keskeyttää alempien tasojen työstämisen puuttumalla niiden työstämän informaation tuotoksiin tai muotoilemalla niitä haluamiseksi. (Ogden ym. 2006, 5–9; Palosaari 2007, 44.)

Vaikka kaikilla edellä mainituilla aivojen tasoilla on omat vastuunsa ja niiden toiminta hierarkkista, ovat ne myös kiinteässä yhteistyössä keskenään. Korkeamman tason kognitiiviset toiminnot riippuvat siis alempien tasojen rakenteiden ja toiminnan eheydestä. Ylempien tasojen toiminnot ikään kuin rakentuvat sensorimotoristen sikiöajasta saakka kattuvien kehollisten kokemusten päälle. Kehon sisäiset tekijät tai ympäristöön liittyvät olosuhteet voivat saada jonkin näistä tasoista toimimaan muita aktiivisemmin vaimenta-

en niiden toimintaa tai syrjäyttäen sen. Epätasapainotilat näyttäytyvät yleensä erilaisina ”häiriötiloina”. (Ogden ym. 2006, 6–9.)

3.1.3 Kehomielen toiminnan haasteet ahdistuneisuudessa

Arjen toimintakykyyn vaikuttavassa ahdistuneisuudessa kehon ja mielen vuorovaikutus on muuttunut vahingolliseksi itseään ruokkivaksi kehäksi (kuva 4), joka murentaa jatkuvasti minäkuvaa ja ylläpitää ahdistuneisuuden kokemusta sekä siihen liittyviä haitallisia toimintamalleja (Strandholm & Ranta 2012, 26–27; Ogden ym. 2006, 3). Ahdistavat ajatukset johtavat autonomisen hermoston sympaattisen osan aktivoitumiseen ja aiheuttavat somaattisia oireita, joihin yhdistyvät yksilön subjektiiviset pelon tuntemukset. Samankaltaisen pelottavan asian toistuessa pelkopiirissä usein, tapahtuu pelkoehdollistumista eli pelko-oppimista, joka johtaa välttämis- tai turvakäyttäytymiseen eli tilanteeseen, jossa pyritään välttämään epämiellyttäviksi koettuja tuntemuksia aiheuttaviin tilanteisiin joutumista tai selviytymistä niistä erilaisin hallintakeinoin. (Sandström 2010, 219–221; Waldegren 2012, 303–304; Ranta 2006, 69.)



Kuva 4. Ahdistuneisuuden ilmenemistasot ja niiden välinen vuorovaikutus (Ranta 2006, 69, muokattu)

Ahdistuneisuuden tunteet syntyvät aivojen kortikaalisen tason ajatuksista ja kohdistuvat pelkoa herättäviin todellisiin tai kuviteltuihin, joka tapauksessa yksilölle todellisiin,

uhkiin (Sandström 2010, 219, 224). Nämä pelko- ja katastrofiajatukset saattavat olla suhteettoman suuria ulkoiseen uhkaan nähden ja esiintyä epätarkoituksenmukaisissa tilanteissa. Ajatuksiin nousee usein tuskaisia mielikuvia jonkin tilanteen ja sen seurausten hallinnan menettämisestä. (Sandström 2010, 220, 224; Waldegren 2012, 303.)

Potentiaalisessa uhkaavassa tilanteessa yksilön puolustusmekanismit virittyvät, kun hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakselin (HPA-akseli, ks. 3.2.2 Stressireaktion fysiologiaa) aktivoituminen käynnistää stressireaktion aiheuttaen somaattisia oireita, kuten sydämentykytyksiä, vatsavaivoja ja huimausta (Sandström 2010, 184; Waldegren 2012, 303, 308). Näihin kehollisiin tuntemuksiin, joita ahdistuneisuuden kanssa elävä henkilö ei useinkaan tunnista, yhdistyvät subjektiiviset pelon tunteet, jotka kohdistuvat itse tilanteeseen sekä huoleen kehollisten oireiden näkyvyydestä ulospäin. Lisääntyneet pelon- ja huolenaiheet aiheuttavat somaattisen ylivirittyneisyyden lisäten somaattisia oireita edelleen. (Strandholm & Ranta, 2013 19; Waldegren 2012, 304.) Kokemus ahdistuneisuuteen liittyvistä hallitsemattomista tunteista on siis osin tiedostamattomuutta siitä, että keholliset reaktiot osaltaan synnyttävät ja ylläpitävät epämiellyttävää ahdistuneisuuden kokemusta.

Limbiseen järjestelmään kuuluva hippokampus varastoi tapahtumien kulkuun liittyvää tietoa (eksplisiittinen muisti) ja amygdala puolestaan käsittelee ja taltioi tapahtumiin liittyvää tunneperäistä tietoa (implisiittinen muisti). Uhkaavassa tilanteessa rationaalista ja loogisesta tapahtumien jäsentämisestä vastuussa olevan hippokampuksen, joka tarvitsee tuekseen kieltä kokemuksen jäsentämisessä, toiminta vaimenee. Sen sijaan amygdala jatkaa toimintaansa voimakkaasti, jolloin uhkaavat pelkoa herättävät tilanteet taltioituvat suurilta osin tunteiden, elämysten ja aistimusten muodossa, minkä vuoksi ahdistuneisuuden ja sitä aiheuttavien tilanteiden sanoittaminen voi olla haastavaa. (Palosaari 2007, 43–44.)

Jos uhkaavaksi koetut pelkoa herättävät tilanteet toistuvat useasti, tapahtuu pelkoehdollistumista eli pelko-oppimista. Kun pelkoon assosioitunutta oppimista on tapahtunut, amygdala käynnistää automaattisesti monimutkaisen pelkopiirin toiminnan aina yksilön kohdatessa aiemmin pelkoa herättäneen tai jollain tavoin sitä muistuttavan tilanteen, jonka aivot tulkitsevat uhkaavaksi. Uhkaavissa tilanteissa yksilön aiemmat amygdalaan

taltioituneet tunne-, aistimus- ja kokemusperäiset muistot ”heräävät” ja amygdalan aktivoitumisesta johtuvat pelkoreaktiot siten käynnistyvät. (Sandström 2010, 219, 223.)

Ihmisen luontainen taipumus välttää epämiellyttäväksi koettuja tunteita, kokemuksia ja tilanteita johtaa helposti pelko-oppimisesta pelkokäyttäytymiseen ja sitä tukevan ajattelun kautta ilmeneviin suoja mekanismeihin. Ahdistuneisuuteen liittyvässä välttämiskäyttäytymisessä yksilö pyrkii mieluummin kättämään uhkaavia tilanteita kuin kohtaamaan ne ja niiden aiheuttamat epämiellyttävät pelkoa ja ahdistuneisuutta herättävät tuntemukset. Toisaalta ahdistuneisuutta voi ilmentää myös turvakäyttäytyminen, jossa yksilö turvautuu erilaisiin hallintakeinoihin selviytyäkseen ahdistavasta tilanteesta, mikä kuitenkin pitkällä aikavälillä ylläpitää ahdistuneisuutta. (Strandholm & Ranta 2013, 26; Sandström 2010, 228.) Lääketieteen tohtori Bessel A. Van der Kolk kirjoittaa Trauma ja Keho -kirjan esipuheessa (2006) mielen ikään kuin pyrkivän ongelmakäyttäytymiseen luomalla yksilön toiminnalle järkipäisiä perusteluja ja näin ollen kannustaen toimimaan totutulla ahdistuneisuuden kanssa elävän tapauksessa epätarkoituksenmukaisella tavalla. Tämä rajoittaa yksilön arjen toimintakykyä ja aiheuttaa subjektiivista kärsimystä. (Strandholm & Ranta 2013, 17). Näin ahdistuneisuuden kierre on valmis (kuva 5).



Kuva 5. Ahdistuneisuuden kierre

3.2 Koettu uhka ja elimistön fysiologinen kiihtymistila

Ahdistuneisuus ja siihen liittyvät moninaiset psyykkiset ja somaattiset kokemukset, joutuvat osittain elimistölle luonnollisesta stressireaktiosta. Tämä primitiivinen ja automaattinen reaktio käynnistyy, kun yksilö arvioi sisäisen tai ulkoisen ärsykkeen hyvinvointia uhkaavaksi ja valmistautuu puolustautumaan sitä vastaan (Fogel 2009, 147; Payne 2006, 23–25). Näissä tilanteissa ihmisen rationaalinen ajattelu ja itsen tiedostaminen vähenevät, kun aivojen primitiivisemmät osat aktivoituvat ja valmistavat ihmisen taistelemaan eloonjäämisestä (Fogel 2009, 152). Vaikka stressireaktio on selviytymisen kannalta elintärkeä ja lisää tilapäisesti ihmisen älyllistä ja fyysistä suorituskkyä, on tilanne aivan toinen, kun koetut uhat ja pelot hallitsevat ajatusmaailmaa. Ahdistukseen taipuvaisella ihmisellä stressireaktion käynnistävät subjektiivisesti uhkaavaksi koetut tapahtumat, jotka saattavat vaikuttaa aivan harmittomilta objektiivisesti arvioituna. (Sandström 2010, 224; Strandholm & Ranta 2013, 17.)

3.2.1 Näkemyksiä stressistä

Stressi -käsitteen luoja H. Selye nimitti elimistön vastetta yksilön hyvinvointia uhkaaviin tilanteisiin, stressoreihin, yleiseksi sopeutumisreaktioksi (engl. general adaptation syndrome, GAS) ja jakoi sen kolmeen osaan: hälytykseen, sopeutumiseen ja uupumiseen. Ensimmäisessä vaiheessa uhkaavaksi koettu tilanne käynnistää sympaattisen hermoston aikaansaaman taistele tai pakene -reaktion, joka sammuu uhkaavan tilanteen päätyttyä. Jos altistuminen stressorille jatkuu, elimistö siirtyy toiseksi mainittuun sopeutumistilaan ja pyrkii palauttamaan elimistön homeostaasin eli tasapainon. Ellei homeostaasia pystytä palauttamaan, sopeutusvaihe voi johtaa yksilön voimavarojen hiipumiseen ja uupumisvaiheeseen. (Payne 2006, 23; Fogel 2009, 142; Sandström 2010, 172.)

Homeostaattisen, fysiologisia aspekteja korostavan, stressimallin mukaan elimistö vastaa samalla fysiologisella reaktiosarjalla uhkaavaan tilanteeseen sen aiheuttaneen ärsykkeen luonteesta huolimatta (Payne 2006, 24). Tämä malli ei kykene kovin hyvin selittämään kroonisen stressin kehollisia vaikutuksia, joten McEVEN ryhtyi käyttämään homeostaasin sijaan käsitettä allostaasi. Allostaasilla hän tarkoittaa kehon hengitys- ja

verenkiertoelimistön ja umpieritysjärjestelmän tuottamia aktiivisia prosesseja, jotka joko vähenevät tai lisääntyvät tilanteen kuormittavuudesta riippuen siten, että uusi fysiologinen tasapainotila saavutetaan. Jollei fysiologista tasapainotilaa saavuteta, joutuu yksilö allostaattisen kuormituksen kohteeksi. (Sandström 2010, 172.)

Stressin olemuksessa olennaista on se, kuinka ihminen pystyy sopeutumaan kohtamiinsa olosuhteiden muutoksiin, vaatimuksiin tai paineisiin olivatpa ne millaisia hyvänsä. (Kabat-Zinn 2007, 307–309.) Sandströmin (2010, 172) mukaan stressi määritelläänkin uusimmissa teorioissa yksilön sisäisten voimavarojen ja ulkoisen vaatimustason epätasapainoksi. Täten stressin ja stressireaktion suuntaa ja suuruutta ei voida määrittellä objektiivisesti, vaan niissä korostuvat ihmisen subjektiiviset kokemukset, joihin vaikuttavat aiemmat elämäkokemukset ja -tapahtumat, geneettiset tekijät sekä persoonallisuuspiirteet (Sandström 2010, 176–177; Payne 2006, 25–26). Jos stressaavat tapahtumat ovat liian voimakkaita tai jatkuvat liian kauan suhteessa yksilön kykyyn sopeutua niihin, voi stressi johtaa vakaviin ylikuormitustilanteisiin, joihin liittyy kudonsvaurioita ja mahdollisesti myös sairauksia (Herrala ym. 2009, 158).

3.2.2 Stressireaktion fysiologiaa

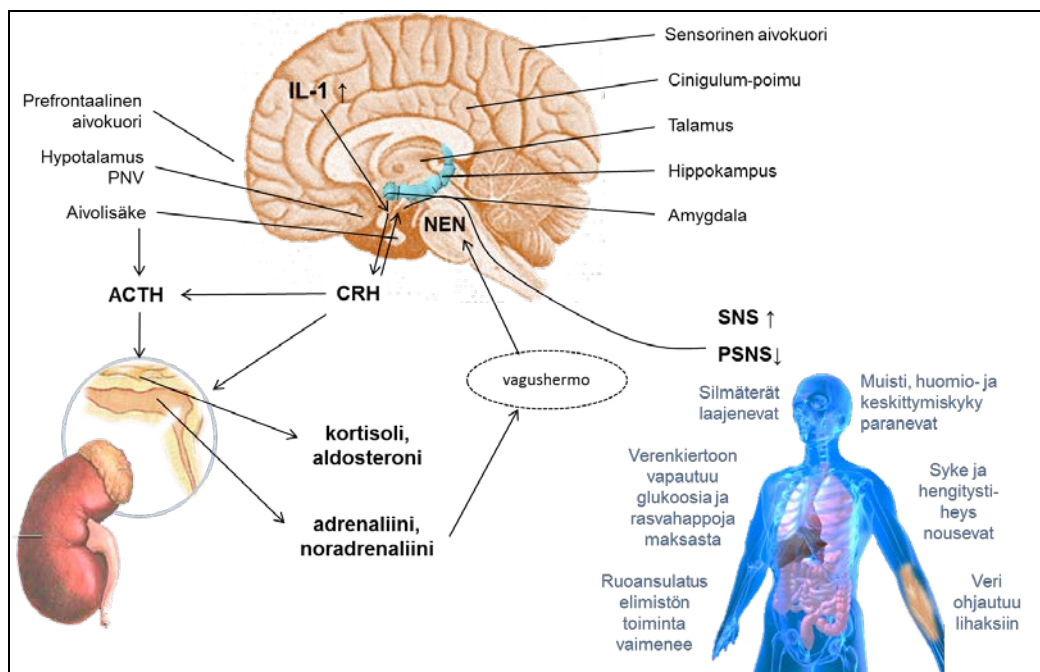
Stressireaktiota (kuva 6) voidaan tarkastella moninaisista psykofysiologisten systeemien näkökulmista, missä linkittyvät yhteen aivot, endokriininen järjestelmä ja immuunijärjestelmä muodostaen stressireaktion ytimen (Lehrer & Woolfolk & Sime 2007, 19). Nykytietämyksen mukaan stressoreihin reagoivia järjestelmiä on kolme: hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakseli, HPA (engl. hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis), lisämunuaisytimen hormonaalinen järjestelmä, ASH (engl. adreno-medullary hormonal system) ja sympaattinen hermosto, SNS (engl. sympathetic nervous system, sis. locus coeruleus -alue [noradrenaliinin tuotanto]). Nämä kolme eri stressijärjestelmää reagoivat eri tavoin ja voimakkuuksin toisistaan poikkeaviin stressaaviin tilanteisiin, mutta eri aktivoitumismekanismeistaan huolimatta toimivat toistensa aktiviteettia säädellen. Niitä yhdistää hypotalamuksen paraventrikulaarinen tumake, PNV (engl. paraventricular nucleus), jonne saapuu estäviä ja kiihottavia stressiärsykeitä aivorungosta, locus coeruleus -alueelta, amygdala-tumakkeista, hippokampuksesta ja prefrontaalista aivokuoresta. (Sandström 2010, 180.)

Edellä mainituista järjestelmistä erityisesti HPA-akseli aktivoituu psykologisen stressin ja ahdistuneisuuden yhteydessä (Waldegren 2012, 308; Sandström 2010, 184; Fogel 2009, 148–149). Ruotsalainen stressitutkija M. Frankenhäuser on sitä mieltä, että HPA-akselin aktivaatio ja sitä seuraava reaktiosarja käynnistyvät nimenomaan silloin, kun stressireaktion käynnistävien tapahtumien yhteydessä koetaan epämiellyttäviä avuttomuuden tuntemuksia (Sandström 2010, 183, M. Frankenhäuserin mukaan). Tulkintaa edellyttävät stressorit, joita ovat muun muassa psykososiaalinen paine, uusi ympäristö, aiemmin esiintynyt sama stressori tai aikaisemmin pelkoa herättänyt tilanne, kulkeutuvat hypotalamukseen niin sanotusta stressin käsittelypiiristä (Sandström 2010, 180). Muun muassa amygdala-tumakkeiden, hippokampuksen, etuotsalohkojen ja insula-alueen muodostama verkosto arvioi, pitääkö koettuun uhkaan regoida hälytyksellä vai ei. Tilanteen ollessa uhkaava, hypotalamus erittää kortikotropiinia vapauttavaa hormonia (engl. corticotrophine-releasing hormone CRH), joka aktivoi reseptorinsa kautta sympaattisen hermoston ja HPA-akselin. (Sandström 2010, 180.)

Sympaattinen hermosto ja lisämunuaisydin käynnistävät stressireaktion ensimmäisen nopean vaiheen: taistele tai pakene -reaktion. Verenkiertoon vapautuu hetkessä adrenaliinia ja noradrenaliinia (hormoni) sympaattisen hermoston aksonipäätteistä lisämunuaisytimeistä. Näiden yhdisteiden tuottama aktivaatio kulkeutuu aivoihin 10. aivohermon eli vagushermon kautta, jossa noradrenaliinia (neurotransmitteri) tuottavat aivoalueet, kuten locus coeruleus, käynnistävät toimintansa, jonka seurauksena erityisesti amygdalan toiminta vilkastuu. (Sandström 2010, 180–181.) Tämän reaktiosarjan seurauksena silmäterät laajenevat, lihakset jännittyvät, sydämen syke ja hengitystiheys kohoavat, ruoansulatuskanavan ja suoliston toiminta hidastuu ja veri ohjautuu lihaksiin. Lisäksi verenkiertoon vapautuu runsaasti glukoosia ja rasvahappoja. (Lehrer ym. 2007, 19; Sandström 2010, 180–181; Herrala ym. 2009, 160.)

CRH, kortikoliberiini, käynnistää myös HPA-akselin toiminnan vapauttaessaan aivo-lisäkkeestä adrenokortikotropiini-hormonia, ACTH:ta (engl adrenocorticotrophin). ACTH kulkeutuu verenkierron kautta lisämunuaiskuorelle ja aktivoi sinne sitoutuessaan glukokortikoidien, kuten kortisolin ja mineralokortikoidien (mm. aldosteroni), erittymisen vereen (Sandström 2010, 181; Lehrer ym. 2007, 19). Tämänkaltaisesta reaktiosarjasta johtuen voi kestää jopa 30 minuuttia stressireaktion alkamisesta siihen, että kor-

tisolin ja aldosteronin pitoisuudet verenkierrassa ovat kohonneet tasolle, jolla on vaikutuksia elimistöön (Fogel 2009, 149). Aldosteronilla ja kortisolilla on elimistöön adrenergiikan kanssa pitkälti samankaltaisia fyysistä toimintakykyä kohottavia vaikutuksia. Niiden lisäksi kortisoli muuttaa vasta-ainejärjestelmän toimintaa siten, että elimistön kyky suojautua taudinaiheuttajia vastaan paranee. Kortisolilla on myös reseptoreita hypotalamuksessa, amygdalassa ja prefrontaalisella aivokuorella ja tästä syystä sen vaikutukset ulottuvat myös tunnetilaan, mielialaan, muistiin sekä huomio- ja keskittymiskykyyn. (Sandström 2010, 181–182; Fogel 2009, 149.)



Kuva 6. Stressirektio

Kun yksilö hakeutuu pois uhkaavasta tilanteesta ja kokee olonsa turvalliseksi, käynnistyy toipumisvaihe, jota käsitellään tarkemmin luvussa 4.5 rentoutumisen yhteydessä. Toipumisvaiheessa kortisolin eritysvaimenee ja parasympaattinen hermosto pääsee aktivoitumaan. (Herrala ym. 2009, 160; Sandström 2010, 182.)

3.2.3 Kehon ylikuormitustila

Uhkaavaksi koetun tilanteen pitkittyessä ja/tai toistuessa tai kun stressaaviin tapahtumiin liittyy kokemuksia epämiellyttävistä avuttomuuden tunteista, kuten ahdistuneisuudessa, hermosto ja umpieritysjärjestelmä eivät välttämättä pysty sopeutumaan tilanteeseen.

seen. Tällöin HPA-akselin käynnistämän reaktiosarjan myötä kortisolihormonin pitoisuudet aivoissa ja veressä kohoavat huomattavasti. (Sandström 2010, 184.) Jos kortisolitasot ovat koholla pitkiä aikoja, HPA-akselin toiminta häiriintyy ja elimistö joutuu allostaattisen kuormituksen kohteeksi (Waldegren 2012, 308). Lihaksista alkaa purkautua proteiineja, veren sokeripitoisuus kohoaa, verenpaine on pysyvästi koholla ja ruoansulatusjärjestelmässä on toimintahäiriöitä. Veren yhä suurenevat kortisolipitoisuudet heikentävät luontaista ja hankittua immunitettä, jolloin elimistön kyky puolustautua taudinaiheuttajia vastaan heikkenee. Korkeista kortisolipitoisuuksista johtuen mieliala voi ailahdella ja olla alavireinen. (Sandström 2010, 184–185; Lehrer ym. 2007, 19.) Stressistä johtuvat ahdistuneisuus ja masennus selittyvät osin myös aivojen välittäjäaineisiin liittyvillä muutoksilla. ”Hyvän mielen” hormonin serotoniinin tuotanto vähenee ja kipukokemukset voivat voimistua dopamiinin puutoksen vuoksi. (Sandström 2010, 187.)

Kauan jatkuneessa stressitilassa prefrontaalisen korteksin toiminta hiipuu, eikä se vaimenna amygdalan toimintaa samalla tavoin kuin normaalissa tilanteessa. Amygdalan toiminnan vilkastuessa sen neuronilokkeet kasvavat ja alueen kyky varastoida pelkoa tuottavia muistoja voimistuu. Amygdala lisää HPA-akselin aktiiviteettia ja myötävaikuttaa stressireaktioiden muodostumiseen, kun hippokampus pyrkii samanaikaisesti vaimentamaan niitä. (Herrala ym. 2009, 160; Lehrer ym. 2007, 20; Sandström 2010, 186; Waldegren 2012, 308.) Kortisoli vaikuttaa haitallisesti myös hippokampukseen tuhoten alueen soluja ja vähentäen uusien solujen syntymistä. Tästä seuraa sekä pitkä- että lyhytkestoisien muistin ja ilmaisumuistin heikkenemistä ja stressiä vaimentavan verkoston toiminnan lamaanumista. Amygdalan laajentuessa ja hippokampuksen pienentyessä stressireaktioita vaimentavien ja kiihdyttävien mekanismien tasapaino horjuu. (Sandström 2010, 186; Waldegren 2012, 308.)

Kappaleessa kuvatut yksilöön kohdistuvat pitkäkestoiset negatiiviset vaikutukset johtavat lopulta siihen, että yksilö reagoi koko ajan herkemmin pienimpiinkin potentiaalisiin uhka- tai stressitilanteisiin. Prefrontaalisen korteksin alueet luovat subjektiivisen kokemuksen uhasta, vaikkei sitä tilanteessa olisikaan objektiivisesti havaittavissa. (Fogel 2009, 158.) Pitkäkestoinen stressi on riskitekijä yksilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta, ja siksi onkin ensiarvoisen tärkeää saada elimistö rauhoittumaan ja rentoutumaan (Herrala ym. 2009, 161; Sandström 2010, 187; Lehrer ym. 2007, 19–22).

4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA AHDISTUNEISUUDEN HOIDOSSA

Psykofyysinen fysioterapia pyrkii edistämään ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä yksilöllisten voimavarojen ja tarpeiden pohjalta. Tässä psykofyysiseen ihmiskäsitykseen perustuvassa fysioterapian erikoisalassa keskeistä on ymmärrys kehon, mielen ja ympäristön yhteydestä ja niiden jatkuvasta vuorovaikutuksesta. Kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen muodostuessaan tajunnan sisällöiksi ja koetuiksi merkityksiksi. Toisaalta taas tunteet ja ajatukset heijastuvat ihmisen olemukseen, liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta ilmentyen ulkoisesti käyttäytymisessä. (Psykofyysinen fysioterapia 2014; Jaakkola 2009, 8.) Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Muun muassa liikeharjoitteiden, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitusten, rentoutusmenetelmien, pehmytkudoskäsittelyiden sekä vuorovaikutusta vahvistavien harjoitteiden kautta ihmisen on mahdollista kokea, tunnistaa ja hyväksyä oma kehollisuutensa sekä saada selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja omaan elämäänsä. Kuntoutus, jossa huomioidaan hengityksen, asennon ja liikkeen kautta nousseiden tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys ihmiselle, pohjautuu aina asiakkaan elämäntilanteeseen ja voimavaroihin. (Psykofyysinen fysioterapia 2013.) Tässä luvussa paneudumme ahdistuneisuuden kannalta merkittävimpiin psykofyysisen fysioterapian osa-alueisiin.

4.1 Ahdistuneen nuoren läsnä oleva kohtaaminen

Fysioterapeutin ja nuoren kuntoutujan välistä terapiasuhdetta ohjaavat samat yleiset hoitotyön arvot ja periaatteet kuin aikuisillakin kuntoutujilla. Nuoren hyvän terapeutin hoidon turvaaminen pohjautuu hoidon eettisyyteen, jonka perustana on nuoren kuunteleminen ja hänen kokemuksiinsa tarpeisiin pohjautuva auttaminen. Terapiasuhteessa nuori on aikuisen tavoin kohdattava yksilönä, jolla on omat tarpeensa, toiveensa ja tapansa. (Strotvik-Sydänmaa ym. 2012, 103–105.)

Vuorovaikutuksessa nuoren kuntoutujan kanssa on erityisesti huomioitava hänen yksilöllinen kehitysvaiheensa, jonka vuoksi nuorella voi olla vaikeuksia ilmaista itseään ja omia kokemuksiaan verbaalisesti. (Strotvik-Sydänmaa ym. 2012, 103–105.) Esimerkiksi varhaisnuorella on usein niukasti käsitteitä, joilla kuvata omaa sisäistä maailmaa, kun

taas vanhemmilla nuorilla näitä käsitteitä on jo enemmän. (Strandholm & Ranta 2013, 30.) Nuorella voi esiintyä myös vaikeuksia tunteiden tunnistamisessa, käyttäytymisen säätelyssä ja vaativamman oman toiminnan suunnittelussa, sillä nämä liittyvät korkeampien aivotoimintojen kehityksen vaiheisiin. Lisäksi kehittyvä tietoisuus itsestä ja omasta erillisyydestä vaikuttavat siihen, kuinka nuori pystyy käsittelemään omaa ahdistuneisuuttaan sekä muita ongelmiaan. (Strandholm & Ranta 2013, 7.)

Erityisesti psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutin vuorovaikutus- ja läsnäolotaidot ovat merkittävä osa toimivaa terapiasuhdetta ja edellytys onnistuneelle fysioterapiaprosessille. Fysioterapian lähtökohtana on nuoren kokemien tarpeiden lisäksi hänen kunkin hetkiset voimavaransa. Yhdessä nuoren kanssa tutkitaan hänen ongelmaansa sekä kartoitetaan hänen voimavarojaan ratkaisujen tai arjessa selviytymisen tapojen löytymiseksi. Terapiaprosessissa nuori on vahvasti osallisena omassa asiassaan ja saa lisäksi tuekseen läsnä olevan vuorovaikutuksen sekä fysioterapeutin tietotaidon. (Jaakkola 2009, 8–9.) Nuoren kuntoutuksen läsnä olevan kohtaamisen elementtejä ovat muun muassa kiinnostus, empatia, kunnioitus sekä herkkyys. Psykofyysisessä fysioterapiassa tulisi korostaa, että terapeutti kuuntelee, katsoo ja tutustuu nuoreen kiirehtimättä. Tämä mahdollistaa sen, että nuoren todelliset tarpeet, toiveet ja voimavarat tulevat kuulluksi. (Jaakkola 2009, 8–9; Strotvik-Sydänmaa ym. 2012, 103–105.)

Ulkopuolisen näkökulmasta ahdistuneen nuoren kokemat pelot ja ongelmat voivat tuntua hyvin epärealistisilta, mutta nuorelle nämä kokemukset ovat todellisia. Terapiasuhteessa nuoren pelkoihin ja ongelmiin tulee suhtautua vakavasti ja pyrkien ymmärtämään nuoren kokemuksia. (Strandholm & Ranta 2013, 30–31.)

4.2 Psykoedukaatio – opetuksellinen lähestymistapa ahdistuneisuuteen

Berg ja Johansson (2003, 9) määrittelevät psykoedukaation yksilöllisesti, perhekohtaisesti tai ryhmämuotoisesti toteutetuksi tiedon, tuen ja ohjauksen jakamiseksi. Psykoedukaatiivinen työskentely on sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten toteuttamaa suunnitelmallista, eteenpäin pyrkivää ja oppimiseen perustuvaa asiakkaan ja tilanteesta riippuen myös hänen läheistensä hyvinvointia tukevaa ohjausta (Berg & Johansson 2003, 4). Olennaista psykoedukaatiiviselle työskentelylle on keskinäisen yhteistyösuh-

teen luominen sekä tiedon ja kokemusten jakaminen ammattilaisen ja asiakkaan välillä (Kieseppä & Oksanen 2013). Toimivan psykoedukatiivisen työskentelyn edellytyksenä on asiakkaan koulutus-, kokemus- ja kulttuuritaustan sekä hänen omien selitysmalliensa huomioon ottaminen (Berg & Johansson 2003, 10). Kuten muussa hoitotyössä nuorten asiakkaiden parissa, myös psykoedukatiivisessa työskentelyssä on erityisesti kiinnitettävä huomiota nuoren yksilölliseen kehityksen tasoon (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 103–105).

Psykoedukaatio perustuu biopsykososiaaliseen sairausmalliin (Berg & Johansson 2003, 10). Työtavan lähtökohtana ovat haavoittuvuus-stressimalli (yksilöllinen alttius mielen-terveyden epätasapainolle) ja hoidon osalta erilaiset käyttäytymis- ja oppimisteoriat (Kieseppä & Oksanen 2013). Psykoedukatiivisen työskentelyn on todettu soveltuvan erityisen hyvin osaksi psykoosien ja mielialahäiriöiden hoitoa. Myöhemmät tutkimukset psykoedukatiivisesta työskentelystä ovat osoittaneet positiivisia tutkimustuloksia, kuten oireiden lieventymistä ja kuntoutumisen edistymistä myös muiden psyykkisten häiriöiden hoidossa. (Berg & Johansson 2003, 4–5.) Psykoedukaation työkirjassa Berg ja Johansson (2003) käsittelevät psykoedukatiivisia työskentelytapoja yleisesti erilaisten psyykkisten sairauksien hoidossa yksilö-, ryhmä- ja perhemuotoisesti. Seuraavassa olemme soveltaneet Bergin ja Johanssonin esittelemiä sekä muissa lähteissä esiintyviä psyykkisten sairauksien hoitoon liittyviä työskentelytapoja koskettamaan nuorten ahdistuneisuuden yksilöllistä hoitoa psykofyysisessä fysioterapiassa.

Psykoedukatiivisen työskentelyn tarkoituksena ahdistuneisuuden hoidossa on lisätä nuoren tietoa ja ymmärrystä ahdistuneisuudesta sekä sen hoidosta ja sitä kautta pyrkiä lievittämään nuoren ahdistuneisuuskokemuksia. Tarkoituksena on myös nuoren tunteiden tunnistamiseen ja itsesääteilyyn liittyvien taitojen kehittyminen. Nuoren yleisen hyvinvoinnin, kuntoutumisen ja ahdistuneisuuden kanssa selviytymisen edistämisen tavoitteena on lopulta hoidon tarpeen vähentäminen ja arjen toimintakyvyn lisääntyminen. (Berg & Johansson 2003, 10, 40–47.)

Yleisesti fysioterapeutin antama ohjaus on luonteeltaan terveysneuvontaa tai terveyttä edistävää ohjausta kehon rakenteisiin ja niiden toimintoihin liittyen. Neuvonnan tarkoituksena on antaa tietoa, vaikuttaa käsityksiin sekä muuttaa aikaisempia tottumuksia ja mielipiteitä. Tätä kautta pyritään edistämään kuntoutujan itsenäistä elämänhallintaa.

Ahdistuneiden nuorten fysioterapiassa psykoedukaatio sisältää tämänkaltaisen ohjauksen lisäksi kehomielen eheyttämiseen liittyviä piirteitä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178–179.)

Tietoa ja ymmärrystä pyritään lisäämään muun muassa käymällä nuoren kanssa keskusteluja ahdistuneisuuteen liittyvistä käsityksistä. Fysioterapeutti auttaa nuorta selvittämään hänen ongelmien ja paineiden käsittelemiseen liittyviä vahvuuksia sekä heikkouksia. Nuoren kanssa myös pohditaan uusia menetelmiä ahdistuneisuuteen liittyvien vaikeuksien ratkaisemiseksi. Ohjauksen yhteydessä fysioterapeutti kannustaa ja motivoi nuorta antaen positiivista palautetta onnistumisista ja edistymisestä. (Berg & Johansson 2003, 28.) Ohjauksen tarkoituksena on rohkaista nuorta tutkimaan ja tutustumaan käyttäytymistä tai käyttäytymismuutoksia koskeviin käsityksiinsä, uskomuksiinsa ja asenteisiinsa. Tässä motivoivassa ohjauksessa käsitellään nuoren sen hetkisten toimintatapojen ja hyvinvoinnin kannalta tavoitteellisten toimintojen välistä ristiriitaa. (Kyngäs ym. 2007, 49.) Fysioterapeuttisia harjoitteita sekä hoitoon liittyvää työskentelyä tulee perustella nuorelle lisääntyvän osaamisen ja opitun harjoittamisen kannalta. Tärkeänä fysioterapeutin tehtävänä on myös myönteisen näkökulman sekä toiveikkuuden säilyttäminen nuoren tulevaisuuden kannalta. (Berg & Johansson 2003, 28.)

4.3 Hengitys – ensimmäisiä askelia kohti tasapainoista olemista

Hengitys on ihmisen elinehto. Se mahdollistaa elimistön perusaineenvaihdunnan ja osallistuu sen kemiallisten prosessien säätelyyn. Hengitys antaa perusrytmin motorisille toiminnoille ja on yhteydessä liikkeiden joustavuuteen, sujuvuuteen ja koordinaatioon. Rytmien ja aaltoileva hengityslieki leviää pallean kautta lukuisten eri lihasten yhteistyön myötä koko kehoon. (Lehtinen, Martin & Lillrank 2010, 16; Herrala ym. 2009, 76.) Hengittäminen on kytköksissä sekä kehon että mielen jännittyneisyyden tiloihin, jotka vaikuttavat hengityksen rytmiin, syvyyteen ja muotoon (Dixhoorn 2007, 294).

Ahdistuneisuuteen liittyy suurentunut hengitystoiminta (Waldegren 2012, 311). Hengittäminen voi vaihdella sen pidättämisen ja ylihengittämisen välillä (Lehtinen ym. 2010, 28). Jatkuva varuillaan olo, koettu uhka, pelko ja ahdistuneisuus vaikuttavat sympaattisen hermoston liiallisen aktivaation kautta hengitystiheyden kohoamiseen ja lisäävät

kehon jännitystiloja myös hengitystoimintaan osallistuvassa lihaksistossa, jolloin hengityksen vapaa ja rytmisesti aaltoileva virtaus häiriintyy. Hengityksestä tulee pinnallista siihen osallistuvien lihasten epätarkoituksenmukaisen käyttämisen johdosta, ja siitä puuttuvat luonnolliselle hengitykselle tunnusomaiset tauot. (Lehtinen ym. 2010, 22, 32; Herrala ym. 2009, 84).

Erilaiset hengitysharjoitukset voivat olla ensimmäinen askel kohti itsen hyväksymistä, arvostamista ja itselle asetetuista suoritteista luopumista sekä oman ahdistuneisuuden havaitsemista ja tunnistamista (Lehtinen ym. 2010, 47; Seppä, Martin & Törö 2010, 132–133). Itsen ymmärtämisen lisäksi tasapainoisen hengittämisen harjoittamisella pyritään kehomielen jännitystilojen vähenemiseen, autonomisen hermoston tasapainoisen ja joustavan toiminnan lisääntymiseen ja näiden myötä ahdistuneisuuden vähentymiseen (Waldegren 2012, 312; Korpi-Anttila 2010, 114).

Hengitys on ainoa vitaalinen toiminto, joka on sekä automaattisen että tahdonalaisen säätelyn piirissä (Fogel 2009, 228; Herrala ym. 2009, 77; Dixhoorn 2007, 295). Normaalisti hengitys on automaattista ja tiedostamatonta ja se mukautuu välittömästi ja herkästi vastaamaan kulloistakin koettua tunnetilaa. Tasapainoisessa hengittämisessä sympaattisen ja parasympaattisen hermoston aktivaatio vaihtelee joustavasti. (Fogel 2009, 228, 233.) Koska pelko ja ahdistuneisuus lisäävät stressireaktion kautta sympaattisen hermoston aktivaatiota, edellä mainittujen autonomisen hermoston osien tasapainoinen toiminta on häiriintynyt (Herrala 2009, 77; Waldegren 2012, 312). Kiihtyneen hengittämisen ohella jatkuva sympaattisen hermoston aktivaatio johtaa kehon lihasjännitysten myötä myös päähengityselimen, pallean, jännittyneisyyteen (Fogel 2009, 231; Herrala 2009, 77, 80). Sen yhteiset kiinnityskohdat asentoa ylläpitävien lihasten kanssa vaikuttavat edelleen myös näiden lihasten lisäjännityksiin ja johtavat sitä kautta epäedullisiin asennonmuutoksiin. Hengitystä tulisi siis aina havainnoida ja arvioida suhteessa asentoon, toimintaan ja lihaksistoon. (Herrala 2009, 80–82.)

Syvä ja rauhallinen hengittäminen johtaa parasympaattisen hermoston lisääntyneeseen aktivaatioon ja kohti sympaattisen ja parasympaattisen hermoston joustavasti vuorottelevaa tasapainoista toimintaa. Tällöin autonomisen hermoston toiminta on monipuolisempaa ja sen säätelypiiri laajempi. (Waldegren 2012, 312–313.) Hengityksen kautta voidaan siis vaikuttaa kehon ja mielen jännitysten vähenemiseen sekä edelleen vapau-

tuneempaan hengitykseen ja ihmisen kannalta edullisiin ja vähemmän kuormittaviin asentoihin ja liikkeisiin.

Ahdistuneisuuteen liittyvät usein toistuvat uhan ja pelon kokemukset tai lapsuudesta opitut hengitykseen vaikuttavat käyttäytymismallit voivat saada hengityksessä aikaan pysyviä tiedostamattomia ja ihmisen itsensä kannalta epäedullisia muutoksia. Pelkoon ja ahdistuneisuuteen ehdollistuneista haitallisista hengitystottumuksista on kuitenkin mahdollista tulla tietoiseksi ja vaikuttaa niihin tahdonalaisesti harjoittelemalla tarkoituksenmukaisempaa hengitystapaa. (Lehtinen ym. 2010, 36; Herrala ym. 2009, 77; Dixhoorn 2007, 294–295.) Syvän, vapaan, rytmisen ja mahdollisimman vähällä lihastyöllä toteutuvan luonnollisen hengityksen harjoittelemisella on täten vaikutuksia myös yksilön mielialaan ja tunteisiin. Turvallisuuden tunne lisääntyy, ahdistuneisuus vähenee ja ihmiselle syntyy kokemus siitä, että hän pystyy vaikuttamaan elämäänsä. (Herrala ym. 2009, 85.) Martin, Seppä ja Törö (2010, 133) kirjoittavat kirjassa Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena, että vaikuttaminen on kuin tarttumista minän kahvaan: kykyä ohjailta tietoisemmin sitä, mitä itsessä tapahtuu.

Pysähtyminen oman hengityksen äärelle palauttaa ahdistuneen ihmisen huomion nykypäivään, jolloin yksilö virittäytyy kehon sensoriselle tiedolle, aistimuksille ja motorisille impulsseille (Waldegren 2012, 313; Korpi-Anttila 2010, 114). Omalle hengitykselle tarjotaan mahdollisuus muutokseen opettelemalla suuntaamaan tietoisuus omaan hengitykseen ja siinä tapahtuviin muutoksiin ja olemaan niiden kanssa lempeänä havainnoitsijana ja kokijana (Korpi-Anttila 2010, 114). Hengitysharjoitusten kautta itsen arvostelun ja vertailun sijaan pyritään olemisen luvan pohjalta rakentuvaan sallivaan ja hyväksyvään kokemukseen itsestä (Seppä ym. 2010, 132–133).

Hengitysharjoitukset rakentavat siltaa kehon ja mielen välille. Ne voivat olla alku itsen tiedostamisen pitkälle polulle. Hengitystä opetellaan kuuntelemaan sen sijaan, että sitä opeteltaisiin kontrolloimaan. Hengitysharjoituksissa edetään aina maltillisesti ahdistuneelle ihmiselle sopivin askelin hengitystä syventäen ja vapauttaen. Koska ahdistuneisuus vaikuttaa suoraan hengitykseen, sen havaitsemisessa voidaan lähteä liikkeelle hengityksen havainnoinnin kautta (Lehtinen ym. 2010, 47; Seppä ym. 2010, 128–129). Kun ahdistuneisuus konkretisoituu ihmiselle hengityksen muutosten kautta, aiemmin kehossa eriytymättömänä ja nimeämättömänä pahana olona ollut tuntemus on mahdollista

kohdata, nimetä ja oppia ymmärtämään sitä aiempaa paremmin. Ahdistuneisuuden tuntemuksia on tällöin helpompaa ilmaista, ja ne ovat ahdistuneen ihmisen säätelykeinojen piirissä. Hengitysharjoituksilla pyritään ihmisen kannalta edullisen hengitystavan löytämisen lisäksi hänen lisääntyneeseen kykyynsä, kuinka olla ahdistuneisuuden ja muiden tunteiden kanssa ja ilmaista niitä (Korpi-Anttila 2010, 114). Tälle kaikelle puitteet luo turvalliseksi, luottamukselliseksi ja kannattelevaksi muodostunut terapiasuhte, jossa toisen rauhoittavan läsnäolo tukee haastavien asioiden kohtaamista ja käsittelyä hengityksen avulla (Seppä ym. 2010, 131; Mesivirta 2010, 118; Korpi-Anttila 2010, 114).

4.4 Rentoutuminen – kehomielen eheytymistä

Ahdistuneisuuteen liittyvää sympaattisen hermoston aktivaatiota ja sen käynnistämiä kehollisia reaktioita sekä edellä mainittuihin nivoutuvia pelon ja uhan kokemuksia voidaan lievittää ja opetella kohtaamaan harjoittelemalla kehomielen rentouttamisen taitoja. Rentoutuneessa olotilassa yksilö antautuu taitojensa mukaisesti turvallisuuden tunteelle ja päästää irti huolen ja pelon tuntemuksista (Fogel 2009, 150). Rentoutumiseen liittyy vapautuminen kehon jännityksistä ja sen kokemisessa ovat läsnä tunteiden, emootioiden ja vireystilan muutokset. Rentoutumista onkin määritelty sekä psyykkisin että fyysisin ulottuvuuksin, ja nykytietämyksen mukaan näiden kahden ulottuvuuden välillä on kiistaton yhteys. (Herrala ym. 2009, 170–171; Payne 2005, 3.) Herbert Benson (Sandström 2010, 189) uskoo, että eri rentoutusmenetelmien kautta on mahdollista tavoittaa tietty yleinen integroitunut vaste, fysiologinen rentoutumisreaktio (engl. relaxation response), jossa sympaattisen hermoston toiminta vaimenee ja parasympaattinen aktiviteetti lisääntyy (Payne 2005, 10, 192; Herrala ym. 2009, 171; Sandström 2010, 189, 191). Sympaattisen ja parasympaattisen hermoston tasapainoinen ja joustava vuorotteleva toiminta ovat edellytyksiä itsen tiedostamiselle, tunteiden tuntemiselle ja ilmaisulle sekä muihin ihmisiin samaistumiselle ja sitä kautta vuorovaikutukselle (Fogel 2009, 148).

Alan Fogel (2009, 147) kirjoittaa, että selviytymisemme kannalta hermostomme tärkeimmät tehtävät ovat sen kyky vastata uhkaan ja toisaalta hakeutua uhkaavan tilanteen jälkeen turvaan palautumaan kokemuksen aiheuttamista kuormitustiloista. Sympaattisen hermoston aktivaatioon liittyy siis kokemus uhasta ja parasympaattisen hermoston akti-

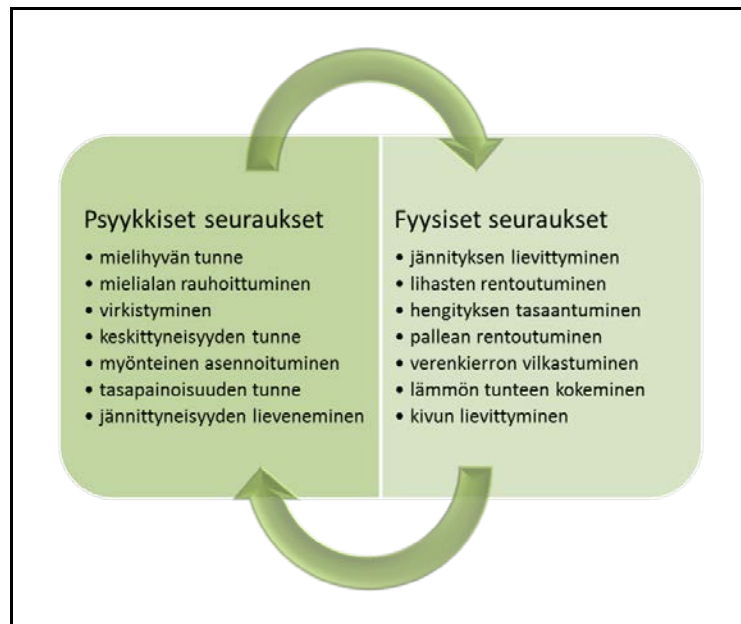
vaatioon puolestaan kokemus turvallisuudesta sekä molempiin edellä mainituista tietyt automaattiset toimintavasteet (Fogel 2009, 147). Jotta ahdistunut henkilö pystyy tavoittamaan rentoutumisen kokemuksen, täytyy hänen ensin kokea olonsa turvalliseksi, jolloin parasympaattinen hermosto voi aktivoitua ja sen kehomieltä rauhoittavat mekanismit käynnistyä.

Parasympaattisen hermoston aktivoituessa huomio kiinnittyy ympäristön havainnoinnin ja tarkkailun sijasta itsen sisäpuolella tapahtuviin asioihin ja proprioseptisten (kehon asennoista, niiden muutoksista ja liiketiloista viestivät ärsykkeet) signaalien kuunteluun (Waldegren 2012, 311). Tällöin ahdistunut henkilö voi saada positiivisia ”tässä ja nyt” -kokemuksia itsestä ja rentoutuneesta olotilasta sekä oppia tunnistamaan rentoutumisen kokemuksia aluksi mahdollisimman konkreettisella tasolla (Waldegren 2012, 311; Herrala ym. 2009, 175). Rentoutuneessa olotilassa on mahdollista käsitellä asioita, esimerkiksi ahdistuneisuuskokemuksia, jotka tuntuvat muutoin ylitsepääsemättömiltä (Herrala ym. 2009, 174). Turvallisuuden tilassa yksilön on mahdollista olla joustavasti ja luovasti kytköksissä omaan kokemusmaailmaansa ja ympäristöönsä (Fogel 2009, 147).

Rentoutumiskokemuksen taustalla on fysiologinen rentoutumisreaktio, joka käynnistyy sympaattisen hermoston toiminnan vaimentuessa ja parasympaattisen hermoston aktivoituessa. Tämä rentoutumisreaktio ilmenee elimistön hapenkulutuksen vähenemisenä, sykkeen ja hengitystiheyden pienenemisenä ja ääreisverenkierron verisuonien laajenemisenä. (Herrala ym. 2009, 160; Sandström 2010, 191.) Keskushermostotasolla fysiologisen rentoutumisreaktion piiriin kuuluvat tunteiden, tarkkaavaisuuden ja motivaation säätelyyn sekä muistitoimintoihin liittyvät aivoalueet, jotka osallistuvat myös autonomisen hermoston toiminnan säätelyyn (Sandström 2010, 190).

Parasympaattisen hermoston aktivaatiolla on useita kemiallisella tasolla ilmeneviä vaikutuksia. Verisuonia laajentavan typpioksidin määrä suurenee kudoksissa kumoten sympaattisen hermoston aktivaatiosta johtuvan noradrenaliinin erittymisen aiheuttamia stressivaikutuksia. Kudossoluista vapautuvat endokannabinoidit tehostavat typpioksidin vaikutuksia stressille altistuneiden kudosten aineenvaihdunnan palautumisessa ja sympaattisen hermoston toiminnan rauhoittamisessa. Endokannabinoidilla on myös HPA-akselin toimintaa vaimentavia vaikutuksia. (Sandström 2010, 191.)

Rentoutuneisuuden liittyvien hyvän olon tunteiden muodostumiseen vaikuttavat paitsi endokannabinoidit myös aivoista vapautuvat välittäjäaineet. On todettu, että fysiologisen rentoutumisen yhteydessä serotoniinin ja dopamiinin määrät aivoissa suurenevat. Serotoniini on niin sanottu ”hyvän mielen” välittäjäaine ja dopamiini vaikuttaa aivojen palkkiojärjestelmässä. Edellä mainittujen lisäksi rentoutuneessa elimistössä aivolisäkkeestä alkaa erittyä myös oksitosiinia, joka vaimentaa HPA-akselin toimintaa, nostaa kipukynnystä, lievittää ahdistusta sekä aktivoi aivojen opioidien eritystä ja serotoniinijärjestelmää. (Sandström 2010, 190–191; Herrala ym. 2009, 171.) Rentoutumisen välittömiä seurauksia on kuvattu konkreettisemmin alla olevassa kuvassa ja eritelty rentoutumisen ulottuvuudet selkeyden vuoksi psyykkisiin ja fyysisiin seurauksiin, vaikka ne ovatkin kiinteässä yhteydessä toisiinsa (kuva 7).



Kuva 7. Rentoutumisen välittömiä seurauksia (Herrala ym. Psykofyysinen ihminen, 170, muokattu)

Rentoutumisen välittömien seurausten lisäksi rentoutumisharjoittelulla on myös pysyvämpiä geenien aktiivisuudessa ja aivojen rakenteissa ilmeneviä vaikutuksia (Sandström 2010, 193). J.A. Dusek ja muu työryhmä (2008) havaitsi tutkimuksessaan, että kahdeksan viikkoa jatkuneen päivittäisen rentoutumisharjoittelun myötä psykososiaalisen stressin aiheuttamat epäedulliset muutokset geenien aktiivisuudessa kumoutuivat ja kyseisten geenien toiminta normalisoitui siten, että ne eivät aiheuttaneet enää tulehdusta ja kudostuhoa. Vuosia jatkuneen rentoutumisharjoittelun on todettu lisäävän aivojen harmaan aineen määrää aivoalueilla, jotka ovat tärkeitä negatiivisten tunteiden vaimentamisessa ja fysiologisen rentoutumisreaktion säätelyssä (Sandström 2010, 193).

Kehomieltä fysiologisesti rentouttavia menetelmiä on monia, kuten esimerkiksi erilaiset meditaatio- ja mietiskelymuodot, hengitysharjoitukset, progressiivinen lihasrentoutus, tietoisien liikkeen harjoittaminen, biopalauteharjoittelu ja ohjattu mielikuvaharjoittelu. Rentoutusmenetelmien tarkoituksena on saada aikaan elimistön myönteinen vaikutuskehä, jossa kehon tuottamat tuntemukset johtavat positiivisiin tunteisiin ja tasapainottavat autonomisen hermoston toimintaa (Sandström 2010, 191; Herrala ym. 2009, 171; Dusek 2008). Kun ahdistuneelle henkilölle on löydetty sopiva ja tarkoituksenmukainen rentoutusmenetelmä, toistuvat rentoutumiskokemukset tuottavat aivoihin muistijälkiä, jolloin konkreettisia kokemuksia voidaan ryhtyä tutkiskelemaan tietoisesti havainnoiden ja pohtien. Oman toiminnan ymmärrys ja käsitteellistäminen ahdistuneisuutta aiheuttavista arjen tilanteista ja niiden yhteydestä kehollisiin tuntemuksiin ovat rentoutumisen taidon integroitumista yksilön arkeen edeltäviä askeleita. Parhaimmillaan rentoutumisen taidon oppiminen merkitsee sitä, että yksilö soveltaa oppimaansa taitoa sujuvasti erilaisissa arjen tilanteissa. Tällöin rentoutumisen taidosta on tullut ahdistuneen henkilön voimavara, joka mahdollistaa ahdistavien tilanteiden kohtaamisen ja käsittelyn tarkoituksenmukaisella tavalla. (Herrala ym. 2009, 175–176; Waldegren 2012, 311.)

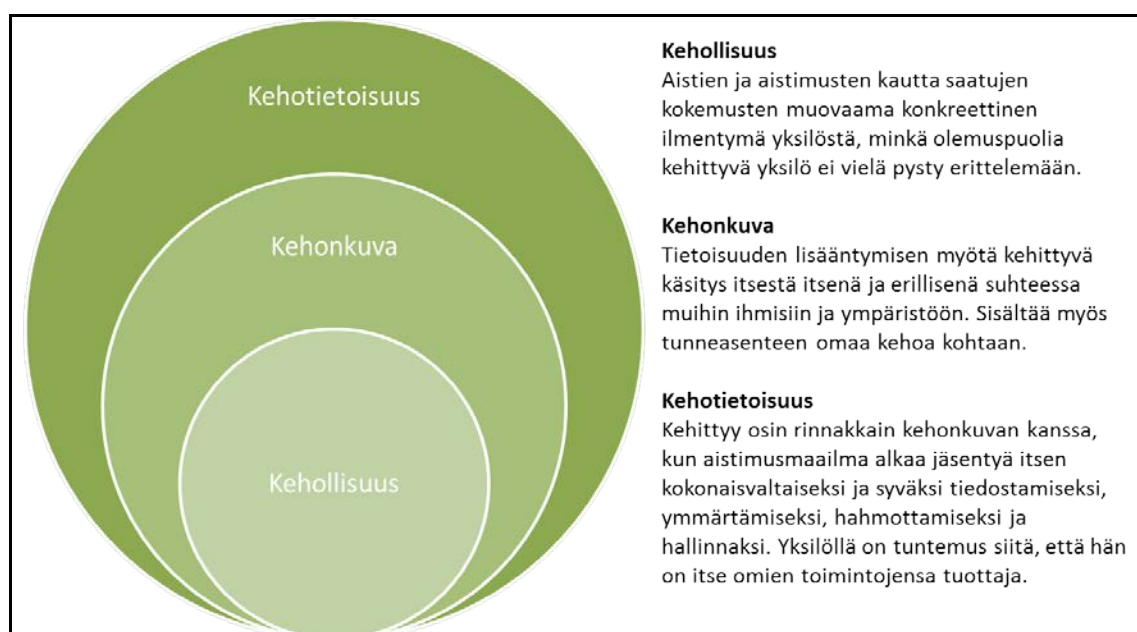
Ahdistuneisuudessa rentoutumisharjoittelun päällimmäisinä tavoitteina voidaan pitää rentouttavien, positiivisten ja hyvää oloa tuottavien kokemusten saamista, rentouden ja rennon olotilan tunnistamista sekä sympaattisen ja parasympaattisen hermoston toiminnan tasapainottumista. Rentoutumisharjoittelun tuottamat kokemukset ja sille asetetut tavoitteet limittyvät osin kehotietoisuuteen ja sen harjoittamiseen, mitä käsittelemme yksityiskohtaisemmin seuraavassa luvussa.

4.5 Kehotietoisuus – syvempää ymmärrystä itsestä

Kehotietoisuuden muodostumiseen vaikuttavia kaikkia tekijöitä ei pystytä määrittelemään tarkasti tai yksiselitteisesti, ja tieteenalasta riippuen näkemykset siitä poikkeavat huomattavasti toisistaan (Sandström 2010, 22). Tässä yhteydessä käsittelemme kehotietoisuutta kokemuksellisuuden aspektina, joka vaikuttaa koko kehomieleen (Klemola 2013, 81). Timo Klemolan (2014, 181) mukaan kehotietoisuus on paikka, jossa keho ja mieli yhtyvät. Yleensä ahdistunut ihminen on kadottanut tämänkaltaisen kosketuksen itseensä eikä ymmärrä kehonsa toimintaa ja reaktioita tai tulkitsee niitä epätarkoituk-

senmukaisella tavalla (Waldegren 2012, 304). Kehotietoisuus on kuitenkin läpi elämän muovautuva itsen kokemisen ulottuvuus, jota harjoittamalla maailma itsessä ja itseys osana maailmaa voidaan kokea uudella tavalla. Kehotietoisuutta harjoittamalla on mahdollista oppia kuuntelemaan ja aistimaan entistä hienovaraisempia kehonmielen liikkeiden ja asentojen vivahteita ja tätä kautta oppia käyttämään omaa kehoa tarkoituksenmukaisemmin kuormittamatta sitä tarpeettomasti. (Klemola 2013, 40, 48–51.)

4.5.1 Kehotietoisuuden rakentuminen



Kuva 8. Kehotietoisuuden rakentuminen (Mukaeltu Herrala, Kahrola & Sandström kuvasta ruumiillisuus, ruumiinkuva ja ruumiintunteminen)

Keholliset aistimukset alkavat muodostua jo varhain ennen kuin tajunta edes pystyy niitä käsittelemään. Nämä aistimukset muodostavat pohjan huomattavasti myöhemmin kehittyville tunteille ja ajattelulle. Sikiöaikana ja varhaislapsuudessa vuorovaikutuksen kautta saadut aistimukset ja kokemukset alkavat rakentaa yksilöä pala palalta ja sen vuoksi juuri varhaisten elinvuosien kokemuksilla on laaja-alaisia vaikutuksia yksilön myöhempään elämään ja hyvinvointiin. (Herrala ym. 2009, 25, 157; Fogel 2009, 177–179.) ”Keholliseen muistiin” tallentuneet aistimukset saavat myöhemmin tietoisien tulokinnan merkityksestään tai jäävät tiedostamattomiksi. Kehollisuus luo siis perustan kehonkuvan ja edelleen kehotietoisuuden muodostumiselle (kuva 8). (Herrala ym. 2009, 26.)

Kehonkuva alkaa kehittyä muun psykomotorisen kehityksen lomassa ja käsitteellisen ajattelun kehittymisen myötä, jolloin yksilön käsitys omasta sisäisestä ja ulkoisesta maailmasta, omista rajoista, pikkuhiljaa hahmottuu. Kehonkuvan selkiytyessä yksilö ymmärtää oman fyysisen erillisyytensä, suhteessa muihin ja ulkoiseen maailmaan. Kehonkuva sisältää havaintokokemuksia omasta kehosta, käsitteellisen ymmärryksen omasta kehosta ja kehoista yleensä sekä tunneasenteen omaa kehoa kohtaan. Eheä ja realistinen käsitys itsestä ja omasta kehosta auttaa ihmistä suuntaamaan huomionsa itsen ulkopuolelle. (Herrala ym. 2009, 26–31.)

Kehotietoisuus on syvää ja kokonaisvaltaista itsen ymmärrystä, tiedostamista, hahmotamista ja hallintaa. Ihminen kokee, että hän omistaa kehonsa ja sen osat sekä tuntee olevansa omien ajatustensa, uskomustensa ja tuottamansa toiminnan aikaansaaja. (Sandström 2010, 22–23. Herrala ym. 2009, 32.) Kehotietoisuutta on myös tietoisuus omaan kehoon kuuluvista osista, niiden toiminnoista sekä siitä, kuinka paljon ja miten niitä voi käyttää (Herrala ym. 2009, 33). Kehotietoisuus on elimistön sisäpuolelle rajoituvien vuorovaikutteisten järjestelmien sujuvaa ja tiedostettua toimintaa, joka on tarkoituksenmukaisessa suhteessa ympäristöön.

4.5.2 Kehotietoisuuden harjoittamisesta apua ahdistuneisuuteen

Ahdistuneisuuden kokemukset voivat osaltaan johtua edellä kuvailtujen kehotietoisuuden rakentumiseen vaikuttavien osa-alueiden eheyttämättömästä kokemisesta tai niidenpuutteellisesta tulkitsemisesta ja tiedostamisesta. Ahdistuneisuudessa huoli-, uhka, pelko- tai katastrofiajatukset valtaavat huomion, jolloin kehollisten kokemusten aistiminen, ”kuuntelu” ja niiden huomioiminen on mahdotonta. Ahdistunut tulkitsee usein keholliset reaktionsa vaarallisiksi, ja tämä taas lisää niiden intensiteettiä (Waldegren 2012, 304). Toisaalta voidaan ajatella myös niin, että ahdistuneisuus itsessään aiheuttaa muutoksia kehotietoisuudessa, sillä esimerkiksi erilaiset tunnekokemukset, kuten stressi, pelko ja ahdistus voivat aiheuttaa kehon jännitystiloja, epämääräisinä koettuja kipuja kehon eri osissa ja sitä kautta muutoksia esimerkiksi hengityksessä ja asennossa. (Herrala ym. 2009, 103, 140). Keholliseen muistiin tallentuneisiin kokemuksiin yhdistyvät myös niihin liittyvät fysiologiset reaktiot, kuten stressireaktio. Nämä kehollisen muistin

kokemukset muotoutuvat tietynlaisiksi reagoitimalleiksi, joita yksilö on taipuvainen toistamaan automaattisesti (Herrala ym. 2009, 30). Ahdistunut yksilö siis toistaa itselleen tyypillisiä toimintamalleja, jollei niitä nosteta tietoisien tarkastelun kohteeksi.

Kehotietoisuuden harjoittaminen on kehon kuuntelua ja tutkiskelua sisäkautta (Klemola 2013, 37). Huomion suuntautuessa kehon sisäisiin liikkeisiin tietoisuus omasta kehosta lisääntyy ja sitä kautta muiden kokemussisältöjen, kuten ahdistuneisuuteen liittyvien tunteiden tunnistamisen oppiminen on mahdollista (Herrala ym. 2009, 33; Klemola 2014, 181). Kun ahdistunut ihminen opettelee kuuntelemaan kehonsa sisäisiä proprioceptisia signaaleja, ajatuksia valtaavat huoli-, pelko- tai katastrofiajatukset ikään kuin vaimenevat ja heikkenevät. Kuten jo rentoutumisen yhteydessä käsitelimme, tällöin myös parasympaattinen hermosto aktivoituu ja elimistö rauhoittuu, jolloin ahdistuneisuus vähenee. (Waldegren 2012, 311.) Kun rentous tavoittaa lihaksiston, sinne jännityksinä varastoituneet tunnekokemukset saavuttavat tajunnan tason, jolloin ne on mahdollista nostaa tietoisien tarkastelun kohteeksi.

Kehotietoisuuden lisääntyessä ihminen oppii tunnistamaan, miltä erilaiset tunteet kehos- sa tuntuvat. Tällöin ihminen voi oppia tunteiden virtaavan luonteen, nousevuuden, pysyvyyden ja katoavuuden, sen sijaan, että ne olisivat pysyviä olotiloja. (Klemola 2014, 181.) Tunteiden tunnistamisen opettelu myötä ahdistunut ihminen voi kohdata ja oppia käsittelemään ahdistuneisuutta osaltaan ylläpitäviä tunteita, joita ei ole aiemmin ollut syystä tai toisesta valmis kokemaan. Huomion suuntaaminen sisäiseen kokemusmaailmaan kiinnittää ihmisen nykyhetkeen (Klemola 2013, 50), jolloin pelon ja ahdistuneisuuden kokeminen tässä ja nyt, ei menneisyydessä eikä tulevaisuudessa, itse asiassa käynnistää kehomielen omien tasapainottavien mekanismien toiminnan (Fogel 2009, 161).

Kehotietoisuusharjoittelulla pyritään myös siihen, että ahdistunut henkilö oppii ymmärtämään pelon ja uhan esiin nostattamia kehollisia reaktioita. Sympaattisen hermoston aktivoimien fysiologisten reaktioiden, kuten sydämen sykkeen, pistelyn tai kihelmöinnin ja hikoilun, tunnistaminen ja ymmärrys siitä, että ne liittyvät elimistölle luonnolliseen ja primitiiviseen puolustusmekanismiin, vähentävät pelko- ja huolitunteuksia ja helpottavat ahdistuneen ihmisen oloa. (Waldegren 2012, 311.) Tämänkaltainen tunteisiin liittyvä kehotietoisuusharjoittelu auttaa ihmistä ymmärtämään, että hän ei ole sama

asia kuin hänen tunteensa ja kokemuksensa. Sen sijaan ihminen oppii ymmärtämään, että hänellä on tunteita ja kokemuksia, joihin hän voi itse vaikuttaa. (Waldegren 2012, 311.)

Kehotietoisuusharjoittelun keskeisiä elementtejä ovat suhde alustaan, keskilinja, liikekeskukset, hengitys, liikkeen virtaus sekä tiedostava läsnäolo. Kokemalla ja tiedostamalla keskilinjaa ja liikekeskukset sekä suhteen alustaan yksilö voi löytää tasapainoisen asennon ja liikkeen ”ankkuroimalla” itsensä alustaan luottaen sen kannattelevaan voimaan. (Lundvik-Gyllesten 2012, 190–193.) Tällöin asennon ja liikkeen rentous ja turvallisuuden kokemus mahdollistavat vapautuneen hengityksen, jonka rytmisen aaltoliike vaikuttaa suoraan kehon elävöitymiseen ja sisäisten aistimusten heräämiseen (Klemola 2014, 184–185). Tasapainoisen asennon ja liikkeen integroitua vapautuneeseen hengitykseen voidaan niissä havaita ja kokea jatkumo, jossa liike kulkeutuu jaloista päätä kohti ja kehon keskustasta sen ääreisosiin. Tämän liikkeen virtaavuuden kautta yksilö on yhteydessä tarpeisiinsa, tunteisiinsa ja luovuuteensa. (Lundvik-Gyllesten 2012, 194.)

Kaikessa kehotietoisuusharjoittelussa tietoinen läsnäolo on välttämätöntä, jotta oman kokemusmaailman havaitseminen, sen tiedostaminen ja tiedostettujen havaintojen ymmärtäminen johtavat kehon ja mielen yhteyden vahvistumiseen ja kehotietoisuuden kehittymiseen (Lundvik-Gyllesten 2012, 194–195; Klemola 2013, 23). Kosketuksissa itsensä kanssa olevan yksilön on mahdollista oivaltaa omaa kehoa haitallisesti kuormittavat toimintamallit ja tarvittaessa muuttaa niitä.

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta nuorten ahdistuneisuuden hoidossa. Tarkoituksena on tuoda esiin ahdistuneiden nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista arjen toimintakykyyn.

Asetimme opinnäytetyömme tutkimusongelman seuraavasti:

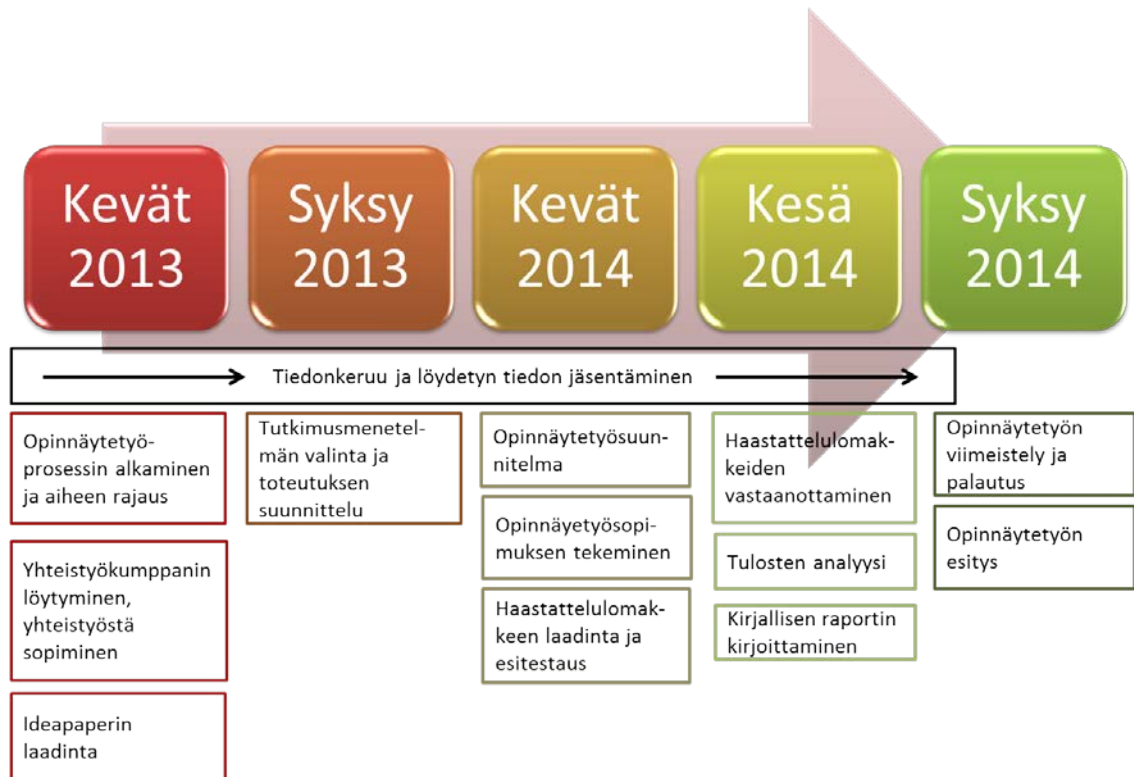
Millä tavalla ahdistuneisuuden kanssa elävät nuoret ovat kokeneet psykofyysisen fysioterapian vaikuttaneen heidän arjen toimintakykyynsä?

- a. Miten nuori kokee toimintansa muuttuneen ahdistusta aiheuttavissa tilanteissa?
- b. Kuinka psykofyysinen fysioterapia on vaikuttanut nuorten ahdistuneisuuskokemusten ilmentymiseen?
- c. Mikä on ollut nuorelle psykofyysisessä fysioterapiassa merkityksellistä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Oma kiinnostuksemme ihmistä kokonaisuutena käsittelevään psykofyysiseen fysioterapiaan ohjasi opinnäytetyömme aihevalintaa siten, että halusimme paneutua juuri kyseiseen fysioterapian erikoisalaan. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi tamperelainen psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut yritys, Bodymind Oy, jonka esille tuomien tarpeiden ja ideoiden kautta muodostui ahdistuneisuuden kanssa elävien nuorten fysioterapiaa käsittelevä aihe. Koimme erityisen tarpeelliseksi tuottaa kokemuksiin pohjautuvaa tietoa psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista ahdistuneisuuden hoidossa. Hoidosta saatu arjen toimintakyvyn kannalta merkityksellinen hyöty näyttäytyy tyypillisesti subjektiivisina kokemuksina ahdistuneisuuden helpottumisesta. Tässä kappaleessa kuvataan opinnäytetyöprosessi, tarkastellaan soveltuvan tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmän valintaa sekä esitellään tutkimuksen toteutus.

6.1 Opinnäytetyöprosessin kuvaus



Kuva 9. Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyöprosessin (kuva 9) fysioterapian koulutusohjelman aikataulun mukaisesti keväällä 2013. Pohdintojen tuloksena rajasimme aiheemme psykofyysiseen fysioterapiaan. Meitä molempia kiinnostaa kokonaisvaltainen lähestymistapa ihmiseen: kehon ja mielen keskinäinen vuorovaikutus ja yhteys sekä niiden tarkastelu yhtenä kokonaisuutena. Siksi psykofyysisen fysioterapian aihepiiri tuntui luonnolliselta valinnalta. Rajasimme aluksi kohderyhmää lapsiin ja nuoriin, koska juuri heidän ikäisensä ovat kiehtova ryhmä täynnä mahdollisuuksia ja potentiaalia.

Alustavan aiheenrajauksen selvittyä ryhdyimme etsimään Tampereen alueelta sopivaa yhteistyökumppania. Aiempien koulutuksemme kautta saatujen kontaktien pohjalta päädyimme ottamaan yhteyttä muutamaan psykofyysistä fysioterapiaa tarjoavaan toimijaan. Näistä Bodymind Oy oli kiinnostunut yhteistyöstä, jota aloimme toteuttaa keväällä 2013.

Ensimmäinen tapaaminen saatiin järjestettyä loppukevään 2013 aikana. Tämä tapaaminen oli prosessimme kannalta erittäin merkittävä lopullisen opinnäytetyöaiheen rajaamisen kannalta. Olimme yhtä mieltä siitä, että tässä vaiheessa opintoja omat tietotaitomme ja voimavaramme huomioiden sopivan haastava kohderyhmä tutkittavaksi olivat nuoruusikäiset.

Yhteistyökumppanimme kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tulimme siihen lopputulokseen, että nuorten ikäryhmässä työelämän tarpeita vastaisi tutkimus, joka jollain tavalla ilmentäisi psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia nuoren arjessa. Edellä kuvatuin perustein luontevin ratkaisu oli toteuttaa laadullinen tutkimus jo valmiiksi olemassa olevaa kohdejoukkoa käyttäen. Yhteistyökumppanimme toi esiin yrityksen tyypillisimpiä asiakasryhmiä, joista toteutetulle tutkimukselle olisi tarvetta. Näistä vaihtoehdoista ahdistuneisuushäiriöt kiehtoivat meitä eniten niiden yleisyyden ja ilmiön ajankohtaisuuden vuoksi. Kyseisestä aihealueesta oli myös tehty vähiten aiempia tutkimuksia, joten koimme aiheen tältäkin kannalta hyödyllisimmäksi.

Tutkimuksen kohdejoukoksi määriteltiin ahdistuneisuuden kanssa elävät nuoret (12–22-vuotiaat, ks. 3.1 ahdistuneisuuden erityispiirteitä nuoruusiässä), jotka ovat saaneet ahdistuneisuuden hoitona psykofyysistä fysioterapiaa Bodymind Oy:ssä. Aloitimme aihealueen käsittelyn perehtymällä ensin nuoruusiän erityispiirteisiin sekä nuorten mielen-

terveyteen. Tämän taustatiedon kartoittamisen myötä koimme kohderyhmän valintamme entistä merkityksellisemmäksi.

Syksyllä 2013 syvennyimme ahdistuneisuushäiriöön ja sen taustalla oleviin tekijöihin. Päädyimme yhteistyökumppanimme tapaamisen myötä paneutumaan rohkeasti kokemuksellisuuteen. Painopisteemme siirtyi ahdistuneisuushäiriöistä ahdistuneisuuskokemuksiin. Tässä vaiheessa tärkeimmiksi teemoiksi nousivat stressireaktio ja somatisaatio, joita päätimme tarkastella ahdistuneisuuden näkökulmasta.

Kevään 2014 alussa aihepiirimme täsmentyi edelleen teoriatietoon syventymisen sekä yhteistyökumppanin kanssa käymiemme keskustelujen myötä siten, että päätimme hylätä somatisaatio-teeman. Ymmärsimme, että vaikka ahdistuneisuuteen liittyykin somaattisia eli kehollisia tuntemuksia, somatisaatiossa on oikeastaan kyse hieman erilaisesta ilmiöstä. Somatisaation sijaan päätimme paneutua kehomieli-teemaan, koska se sopi paremmin osaksi ahdistuneisuuden problematiikkaa. Kehon ja mielen yhteistyö on psykofyysisen fysioterapian perustavanlaatuisen ajatus ja ahdistuneisuudessa puolestaan kehon ja mielen yhteistyössä on ongelmia. Kehomielen käsittely lopullisessa opinnäytetyössämme muodostui keskeiseksi temaksi.

Haastattelulomakkeita valmisteltiin ja esiteltiin helmi-huhtikuussa 2014, minkä aikana myös opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin. Haastattelulomakkeet viimeisteltiin yhteistyössä Bodymind Oy:n kanssa toukokuun alussa ja postitettiin heidän toimestaan eteenpäin vastaajille. Lomakkeita odotettiin takaisin kesäkuun alkuun mennessä. Teimme kahdeksasta palautuneesta vastauksesta analyysyjä pääasiallisesti kesäkuussa järjestetyissä opinnäytetyöpajoissa, joissa saimme ohjausta tarkoituksenmukaisista analysointimenetelmistä ja tutkimustulosten kirjoittamisesta.

Kevään ja kesän 2014 aikana työstimme opinnäytetyömme teoriaosuuksia siten, että jaoimme vastuualueet, joihin perehdyimme itsenäisesti. Teoriaosuuksien ohessa viimeistelimme yhdessä tutkimukseen liittyviä tekstiosuuksia sekä pohdintaa. Syysluku-kauden alkaessa opinnäytetyömme oli jo melko valmis ja hioimme sitä vielä elokuun aikana lopulliseen muotoonsa yhteistyökumppaniltamme, opponenteiltamme ja muilta opiskelijakollegoilta, opinnäytetyömme vastuuopettajilta sekä vapaaehtoisilta ul-

kopuolisilta kommentoijilta saamiemme palautteiden avulla. Jätimme opinnäytetyömme arvioitavaksi elokuun lopussa.

6.2 Soveltuvan tutkimusmenetelmän valinnan perusteet ja tarkastelu

Mielenterveyden ongelmista ahdistuneisuushäiriö on ilmiönä uudempi verrattuna esimerkiksi syömishäiriöihin ja masennukseen, joita on tästä syystä myös tutkittu enemmän. Ahdistuneisuuden tunnistaminen ja ahdistuneisuushäiriöiden diagnosointi ovat kehittyneet, joten tarve vaikuttavien hoitomuotojen kehitykselle on ilmeinen.

Psykofyysinen fysioterapia on suhteellisen uusi ahdistuneisuuden ja sen häiriöiden hoitomuotona verrattuna esimerkiksi lääketieteellisiin keinoihin ja erilaisiin psykoterapioihin (ks. 3.2.1 Vakiintuneet terapiamuodot ahdistuneisuushäiriön hoidossa). Tästä syystä myös tieteellistä tietoa psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista ahdistuneisuuden hoidossa tarvitaan lisää, jotta sen mahdollisuudet tiedostettaisiin laajemmin muiden hoitomuotojen rinnalla.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapiayhdistyksen 20-vuotis juhlaseminaarin tervetuliaispuheessa kerrotaan, että tuoreelle tutkimustiedolle on tarvetta psykofyysisen fysioterapian alueella (Takala 2014). Viime vuosina toteutetut tutkimukset ovat keskittyneet pääsääntöisesti selvittämään psykofyysisen fysioterapian lähestymistapojen vaikuttavuutta mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Aihealueen tutkimukset ovat olleet menetelmiltään enimmäkseen kvalitatiivisia eli laadullisia ja tiedonkeruumenetelmät ovat vaihdelleet. Tyypillisiä tiedonkeruun menetelmiä ovat olleet havainnointi, mittaukset ja kuntoutujien subjektiiviset kokemukset erilaisin haastatteluin. Toteutamme opinnäytetyömme laadullisena tutkimuksena, joka mahdollistaa ihmisen, hänen elämänsä ja siihen liittyvien ilmiöiden tutkimisen erilaisia lähestymistapoja sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä käyttäen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Yleisesti ottaen tutkimuksissa luotettavuutta voivat lisätä vakioidut tutkimustilanteet, olosuhteet ja harjoitteet. Tällöin hoidon vaikuttavuudesta kuntoutujien arjen toimintakyvyn muutokseen ei saada näyttöä. Tieteellisesti olisi merkittävää selvittää, kuinka psy-

kofyysisen fysioterapian vaikutukset näyttäytyvät todellisissa elämäntilanteissa. Jos hoidon vaikutukset ulottuvat mielenterveyskuntoutujan päivittäiseen toimintaan ja siitä selviytymiseen, voidaan todeta hoidosta olevan yksilön kannalta merkittävää hyötyä. Täten psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia ahdistuneisuuden hoidossa olisi hyvä tuoda esiin nuorten omien kokemusten pohjalta. Vain ahdistuneisuuden kokemuksen helpottumisella on todellista merkitystä nuoren arjen toimintakyvyn kannalta. Tällaista kokemuksellista tietoa pystyy tuottamaan ainoastaan yksilö itse. Ulkopuolinen ihminen ei voi arvioida, miltä muutos tuntuu, mikä on helpottanut ja millä tavoin. Tästä syystä haluamme tuoda opinnäytetyössämme esiin nuorten subjektiivisesti tuottamaa tietoa ahdistuneisuuden muutoksista ja vaikutuksista arjen toimintakyyn psykofyysisen fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen.

Tutkimusaineiston hankinnan pohjana toimivat tutkimusongelma ja sitä täsmentävät alakysymykset. Yksi perinteisistä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä on haastattelu (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71), joka olisi ollut tutkimuskysymystemme ja kokemuksellisen tiedon selvittämisen kannalta tarkoituksenmukainen. Päädyimme Bodymind Oy:n kanssa kuitenkin käyttämään tiedonkeruussa menetelmää, jossa nuorten ei tarvitse selvittää arkaluontoisia, henkilökohtaisia ja vaikeita asioita kasvotusten tuntemattoman ihmisen kanssa. Haastattelu vaatisi luottamussuhteen, jota nuoren ja tutkijoiden välille ei ole rakentunut.

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui täten lomakehaastattelu. Tällöin myös vastaajien täydellinen anonymiteetti on turvattu, sillä tutkijat eivät ole missään vaiheessa prosessia suorassa kontaktissa vastaajiin, eivätkä saa tietää heidän henkilöllisyyttään. Tässä menetelmässä hyvinä puolina haastatteluun verrattuna ovat mahdollisuus toteuttaa tutkimus pienillä resursseilla sekä vastaajan mahdollisuus vastata kysymyksiin aidosti kokemuksiaan kuvaillen ja täten haastattelijan mahdollisen vaikutuksen eliminoiminen. Postitse toimitetuissa haastattelulomakkeissa (liite 3) riskinä on vastamattomuus. Jotta tutkimus kertoo ylipäätään tutkittavasta ilmiöstä, haastattelulomakkeen kysymykset on muotoiltava siten, että ne ovat tutkimusongelman selvittämisen kannalta tarkoituksenmukaisia sekä vastaajien kannalta riittävän yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä. Palautuvien vastausten niukkuus voi muodostua ongelmaksi, kun pyritään ymmärtämään paremmin teoreettiseen viitekehykseen pohjautuvaa ilmiötä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74–75) Puolistrukturoidun haastattelulomakkeen avointen ja

suljettujen kysymysten yhdistelmällä ja niiden huolellisella muotoilulla pyritään varmistamaan, että mahdollisimman moni vastaajista kykenisi helposti kuvailemaan omia kokemuksiaan (Ks. 6.3 Haastattelulomakkeen laatiminen).

6.3 Haastattelulomakkeen laatiminen

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi valittu lomakehaastattelu tuli suunnitella niin, että sen kautta saataisiin mahdollisimman täsmällisiä ja kokonaisvaltaisia vastauksia asettamaamme tutkimusongelmaan sekä sen alakysymyksiin. Haastattelulomake rakennettiin puolistrukturoituun malliin, jolla pyrittiin takaamaan mahdollisimman matala kynnyys vastaamiseen ja toisaalta mahdollisimman laajan tiedollisen sisällön tavoittaminen eri-ikäisten vastaajien keskuudesta. Kohderyhmän laajan nuoruuden kehitysvaiheiden jakauman vuoksi lomaketta laatiessa tuli myös huomioida henkilöiden valmiudet vastata asettamiimme kysymyksiin. Arviomme mukaan nuorempikin vastaaja pystyisi vastaamaan kysymyksiin, joissa on annettu valmiita vastausvaihtoehtoja. Avoimet kysymykset puolestaan mahdollistivat hieman laajemman ja yksityiskohtaisemman kokemuksellisuuden kuvaamisen niiden vastaajien kohdalla, joilla oli jo riittävät valmiudet näiden asioiden käsittelyyn.

Ennen haastattelulomakkeen lähettämistä sitä testattiin ensin Tampereen ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoilla (noin 40 henkilöä) ja fysioterapian opettajilla. Tässä esikokeessa kaikkien lomakkeeseen tutustuneiden oli mahdollista antaa palautetta lomakkeen sisällöstä, rakenteesta ja tarkoituksenmukaisuudesta. Bodymind Oy:n henkilökunnalta saimme haastattelulomakkeen laadinnan edetessä ohjeita muun muassa työmme kannalta olennaisten asioiden sisällyttämisestä, kysymysten muotoilusta sekä sopivista sanamuodoista. Laadintavaiheessa pohtimaamme lomakkeen testaamista kohderyhmää vastaavalla henkilöryhmällä ei valitettavasti pystytty toteuttamaan, sillä sopivien henkilöiden tavoittaminen oli aikataulullisesti ja riittävien kontaktien puuttuessa mahdotonta.

Haastattelulomakkeen ensimmäisillä kolmella kysymyksellä selvitimme vastaajajoukon esitietoja, joita olivat ikä, sukupuoli ja fysioterapiahoidokertojen lukumäärä tai hoitojakson kesto. Näiden tietojen kautta pyrimme saamaan perustietoja vastaajajoukosta ja ar-

viomaan kyseessä olevien määreiden vaikutuksia annettuihin vastauksiin sekä vertailemaan saamiamme vastauksia saatujen tietojen pohjalta. Monivalintakysymyksen 4. tarkoituksena oli selvittää esitietona sekä aiheeseen johdattelevana kysymyksenä vastaajien kokemia ahdistuneisuuskokemuksia. Kysymykseen oli mahdollista valita annetuista vastausvaihtoehdoista useampia vastaajan oman ahdistuneisuuskokemuksen ilmene-mismuotojen kuvauksia. Halusimme kysymyksen avulla selvittää, miten ja kuinka laaja-alaisesti kunkin vastaajan kohdalla ahdistuneisuus näyttäytyi. Vaihtoehdoissa olimme hyödyntäneet yleistyneen ahdistuneisuuden ICD 10:n diagnostisia kriteereitä sekä yhteistyökumppanin esille tuomia näkemyksiä, joita olimme osittain yhdistäneet kategoriittain.

Lopulliseen haastattelulomakkeeseen jääneestä virheestä johtuen seuraavat kysymykset merkittiin numeroilla 6.–9. Kysymyksessä 6. selvitimme vastaajien syitä fysioterapiaan hakeutumiselle. Kysymyksessä ohjattiin kuvailemaan omin sanoin, kuinka ahdistuneisuuskokemukset olivat vaikuttaneet arjen tilanteisiin ja niissä toimimiseen. Toivoimme saavamme selville konkreettisin esimerkein, kuinka monin eri tavoin ahdistuneisuus voi vaikuttaa arjen tilanteisiin ja niissä toimimiseen. Seuraavat kysymykset numeroilla 7.–9. suunniteltiin antamaan vastaukset erityisesti asettamiimme tutkimusongelman alakysymyksiin. Kysymykset olivat avoimia, sillä kokemuksellisen tiedon kuvaamiseksi ainoa mahdollinen tapa ymmärtää ihmistä on tarjota hänelle mahdollisuus oman subjektiivisen kokemuksensa kuvailuun. Avoimissa kysymyksissä riskinä oli, että laajan kokemuksellisen tiedon kuvailun sijasta vastaukset ovat niukkoja, jolloin niistä saatava informaatio jää vähäiseksi. Suljetuilla kysymyksillä olisimme kuitenkin saattaneet rajata merkittäviä osia yksilöllisestä kokemuksesta saamamme tutkimustiedon ulkopuolelle, joten otimme tietoisin riskin valitessamme haastattelulomakkeeseemme näinkin monta avointa kysymystä.

Kysymyksellä 7. pyrimme saamaan vastauksen siihen, kuinka psykofyysinen fysioterapia on vaikuttanut nuorten ahdistuneisuuskokemuksiin hoitojakson aikana tai sen jälkeen. Kaksiosaisen kysymyksen ensimmäisessä monivalintaosuudessa vastaaja ohjattiin valitsemaan yksi vaihtoehto kuvaamaan mahdollisia fysioterapian aikaisia tai jälkeisiä muutoksia ahdistuskokemusten ilmenemisessä. Kysymyksen toisessa osassa vastaajia, jotka valitsivat vaihtoehdon vähentyneet tai lisääntyneet, pyydettiin tarkentamaan, mitkä ahdistuskokemukset olivat muuttuneet. Tällä selvennysosuudella pyrimme kartoitta-

maan fysioterapian vaikutuksia erityisesti joidenkin tiettyjen ahdistuneisuuskokemusten ilmentymiseen.

Kysymyksellä 8. haettiin avoimen kysymyksen muodossa vastausta tutkimusongelman alakysymykseen; miten nuori kokee toimintansa muuttuneen ahdistusta aiheuttavissa tilanteissa fysioterapian aikana tai sen jälkeen? Tavoitteenamme oli saada vastaajilta konkreettisia esimerkkejä ahdistuskokemuksia aiheuttavista tilanteista ja niissä toimimisessa fysioterapian myötä tapahtuneista muutoksista.

Viimeisellä kysymyksellä, numero 9, selvitimme vastaajien kokemuksia siitä, mikä on ollut heille psykofyysisessä fysioterapiassa merkityksellistä. Kysymyksessä vastaajia ohjattiin kuvailemaan omin sanoin merkityksellisiksi kokemiaan asioita sekä kokemuksia siitä, mistä he olivat fysioterapiassa eniten saaneet apua. Koimme kysymyksen hyvin olennaiseksi, sillä se selventää vastaajien kokemusten kautta nimenomaan psykofyysisen fysioterapian moninaisten osa-alueiden merkitystä ja tärkeyttä yksilöllisellä tasolla, vaikka nuori ei kykenisikään suhteuttamaan näitä asioita omaan arkeensa.

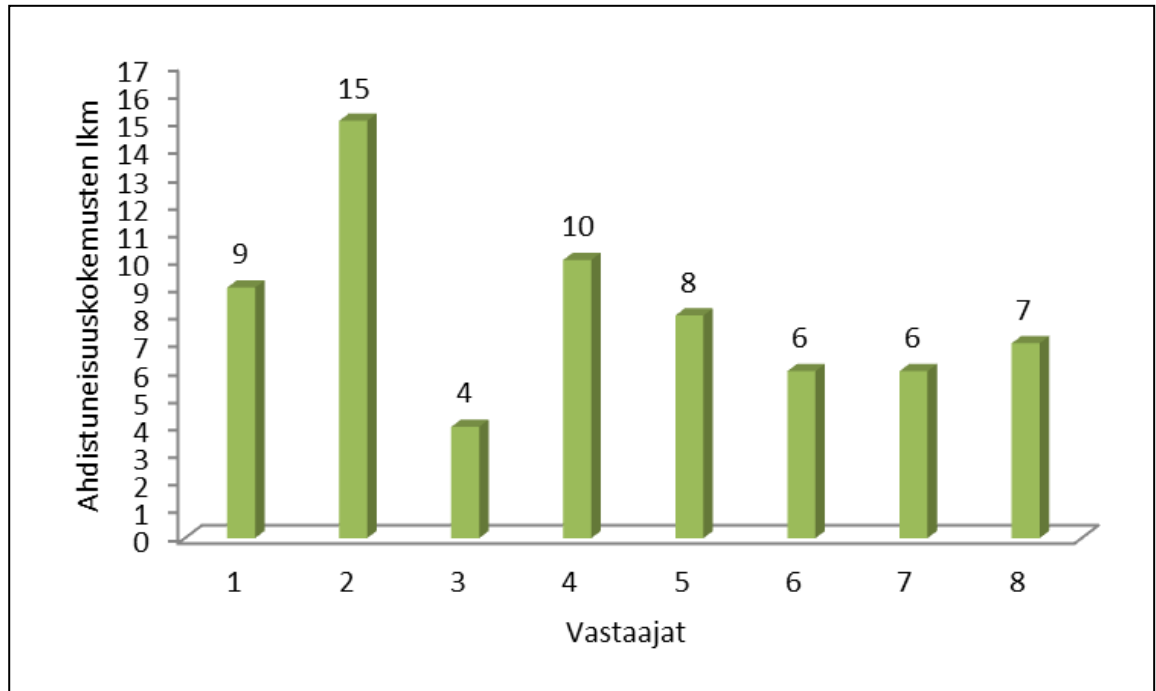
Laadimme haastattelulomakkeen yhteyteen saatekirjeen (liite 4), jossa esittelimme asianmukaisesti itsemme ja oppilaitoksemme sekä opinnäytetyömme aiheen, tavoitteen, tarkoituksen ja toteutustavan. Saatekirjeen yhteydessä kerrottiin, että vastaajien henkilöllisyys tulee pysymään salaisena ja että vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti.

6.4 Tutkimuksen toteutus ja vastaajajoukon kuvaus

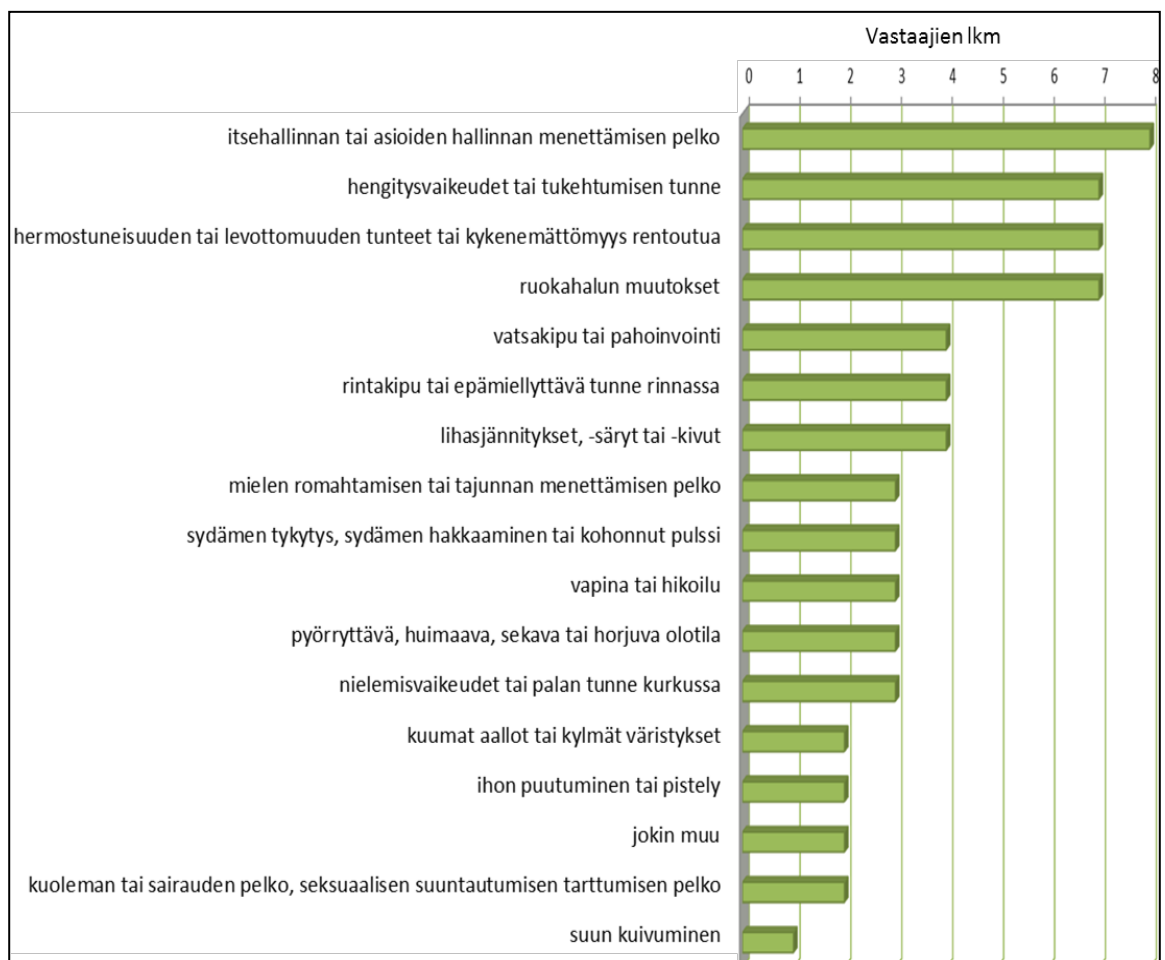
Bodymind Oy:n alustavien arvioiden mukaan haastattelulomake pystyttäisiin lähettämään postitse noin 40 hengen kohdejoukolle. Vastauksia oli heidän mukaansa realistista odottaa palautuvaksi noin 6–8 kappaletta. Lopullinen kohdejoukko muodostui 25 nuoresta. Haastattelulomakkeen lähettävänä tahona ja vastausten vastaanottajana toimi Bodymind Oy. Lähetetystä 25 haastattelulomakkeesta vastauksia palautettiin yhteensä kahdeksan, eli noin kolmasosa.

Vastaajat olivat ikäjakaumaltaan 13–21-vuotiaita, tosin vastaajajoukko painottui myöhäisnuoruusikäisiin. Kaikki kyselyyn vastanneet nuoret edustivat naissukupuolta. He olivat saaneet psykofyysistä fysioterapiaa Bodymind Oy:ssa 15–40:nä hoitokertana tai ajanjaksoina kuudesta kuukaudesta neljään vuoteen. Hoitopaketteja oli ollut yksi tai useampia. Kaikki nuoret kahta lukuun ottamatta kertoivat saaneensa lääkärin lähetteen tai muun terveydenhuollossa työskentelevän ammattihenkilön suosituksen psykofyysiseen fysioterapiaan. Vastaajien kuvailemat ahdistuneisuuskokemusten vaikutukset ulottuivat laaja-alaisesti arjen tilanteisiin ja niissä toimimiseen. Suurella osalla ahdistuneisuuteen liittyi myös muita mielenterveyden häiriöitä, esimerkiksi syömishäiriö.

Kehon ahdistuneisuuskokemukset ilmenivät vastaajien keskuudessa moninaisina. Suljetussa kysymyksessä nuoret liittivät ahdistuneisuuteen 17 annetusta vastausvaihtoehdosta vähimmillään neljä, enimmillään 15 erilaista kokemusta (kuvio 1). Kuviossa 2 on esitetty yksityiskohtaisemmin vastaajajoukon keskuudessa ilmenevät ahdistuneisuuskokemukset. Jokainen vastaaja kertoi ahdistuneisuuden tuntuvan itsehallinnan tai asioiden hallinnan menettämisen pelkona. Lähes kaikki kokivat ahdistuneisuuden myös hengitysvaikeuksina ja/tai tukehtumisen tunteena, hermostuneisuuden tai levottomuuden tunteina tai kykenemättömyytenä rentoutua sekä ruokahalun muutoksina. Ainoastaan yksi nuori liitti suun kuivumisen ahdistuneisuuteen. Muita ahdistuneisuuteen liittyviä kokemuksia valitsivat 2–4 vastaaja vastausvaihtoehdot kohden. Listattujen oireiden lisäksi yksi vastaajista kuvasi kohdassa ”*muuna, minä?*” ahdistuneisuuden kokemusta voimattomuuden, lamaantumisen tai masentuneisuuden tunteena ja yksi lakkaamattomana itkuna.



Kuvio 1. Ahdistuneisuuskokemusten lukumäärä yksilöllisesti



Kuvio 2. Ahdistuneisuuskokemusten ilmeneminen vastaajien keskuudessa

Lisäksi nuoret kuvailivat omin sanoin yllä esiteltyjen ahdistuneisuuskokemusten vaikutuksia arjen tilanteisiin ja niissä toimimiseen ennen fysioterapiajaksoa muun muassa seuraavasti:

”Ahdistus vaikuttaa kaikkeen: koulunkäynti, syöminen, pukeutuminen...”

”Oma kehoni on aina ollut minulle vieras ja vastenmielinen, ja tuottanut ulkonäöllään suurta ahdistusta.”

”Ahdistuneisuus näkyi herkkänä olotilana, tunsin olevani ajettuna nurkkaan ja itkin jatkuvasti kaikesta.”

Tutkimustulosten analyysi toteutettiin koko vastauslomakkeen tietoa hyödyntäen. Haastattelulomakkeen avointen kysymysten luonteen vuoksi kokemuksellista tietoa oli tarkoituksenmukaista jäsentää asetetun tutkimusongelman alakysymysten kautta. Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksen toteuttajat analysoivat saadut vastaukset sekä itsenäisesti että yhteisesti.

7 TUKIMUSTULOKSET

Käsitlemme ahdistuneisuuden kanssa elävien nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista heidän arjen toimintakykyynsä asettamamme tutkimusongelman alakysymysten kautta. Tämänkaltainen käsittelytapa on tarkoituksenmukainen mahdollistaen asian selkeän käsittelyn lisäksi vastaajien yksilöllisyyden ja vastausten kautta nousseiden tiettyjen aihepiirien käsittelyn huomioimisen alakysymysten yhteydessä.

7.1 Nuorten kokemuksia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista ahdistuneisuuskokemusten ilmentymiseen

Haastattelulomakkeessa nuoria pyydettiin valitsemaan yksi parhaiten omaa tilannetta kuvaava vaihtoehto fysioterapiajakson aikaisista tai sen jälkeisistä muutoksista ahdistuneisuuskokemuksiin liittyen sekä täsmentämään valittua vastausvaihtoehtoa sanallisesti kuvailen. Kaikki vastaajat kokivat ahdistuneisuuskokemusten vähentyneen fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen. Ohjeistuksesta huolimatta yksi vastaajista valitsi vähentyneiden ahdistuneisuuskokemusten lisäksi vaihtoehdon, jonka mukaan hän ei osaa sanoa, onko muutosta tapahtunut. Kyseinen vastaaja kertoi, ettei tiedä, johtuuko ahdistuneisuuden vähentyminen fysioterapiasta vai jostain muusta, mitä ei kuitenkaan tarkemmin vastauksessaan täsmentänyt. Hän kuitenkin kuvaili ahdistuneisuuskokemuksensa tapahtuneen muutosta parempaan suuntaan.

”Ennen paha olo tuli helpommin, kesti kauemmin ja siitä oli hankalampi päästä pois. Vahvuus on yhä sama.”

Nuoret kuvailivat fysioterapiajakson aikana muuttuneita ahdistuneisuuskokemuksiaan enimmäkseen yleisellä tasolla niitä täsmällisemmin erittelemättä. Useimmat vastaajat kertoivat kokevansa ahdistuneisuuden aiempaa lievempänä. Kaksi vastaajaa kertoi, että voimakkaimmat ”ahdistuneisuuskohotukset” tai -tunteukset ovat lähes kokonaan pois. Neljä nuorta viittasi vastauksissaan esitiedoissa kartoitettuihin kehossa ilmeneviin ahdistuneisuuskokemuksiin. Yksi heistä kertoi kaikkien kahdeksan merkitsemänsä ko-

kemuksen lieventyneen ja toinen merkitsemiensä kuuden kokemuksen kadonneen melkein kokonaan tai ollen muuten lievempiä. Eräs vastaajista kertoi valitsemistaan ahdistuneisuuskokemuksista erityisesti itkuisuuden vähentyneen ja yksi nuori mainitsi jännityksen kehossa vähentyneen.

7.2 Nuorten kokemuksia toimintansa muutoksista ahdistuneisuutta aiheuttavissa tilanteissa fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen

Avoimessa kysymyksessä vastaajat kuvailivat toimintansa muutoksia ahdistuneisuuskokemuksia herättäneissä tilanteissa fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen. Nuoret vastasivat kyseiseen kysymykseen hyvin kirjavasti. Vastauksista nousi esiin kuitenkin kolme keskeistä muutosta: nuorten suhtautuminen itseen oli aiempaa lempeämpää, nuoret pystyivät ”sietämään” ahdistuneisuutta aiempaa paremmin ja ahdistuneisuutta ymmärrettiin ja sitä kyettiin käsittelemään tarkoituksenmukaisemmin ahdistuneisuuskokemuksia provosoivissa tilanteissa. Osa nuorista kertoi hyödyntävänsä fysioterapiasta saamiin keinoja tai siellä käsiteltyjä asioita lievittääkseen ahdistuneisuuttaan.

”Koitan miettiä ahdistavan tilanteen tullessa, mitä fysioterapiassa olemme läpikäyneet.”

”Olen oppinut hengittämään ahdistusta pois...”

”Tarvittaessa kiinnitän huomiota oikeanlaiseen hengitykseen.”

Nuorten suhtautuminen itseen perustui nykyisin aiempaa enemmän sisäisiin tuntemuksiin kuin ulkoiseen määrittelyyn. He kertoivat oppineensa edistämään kokonaisvaltaista hyvinvointiaan sen sijaan, että purkaisivat ahdistuneisuutta itselleen haitallisilla tavoilla. Muutama vastaaja koki pystyvänsä rentoutumaan ja rauhoittumaan aiempaa paremmin sekä antamaan itsellensä luvan levätä.

”Fysioterapian jälkeen omaan kehoon liittyvät ajatukset perustuvat enemmän erilaisiin tuntemuksiin (esim. mikä tuntuu hyvältä) kuin ulkoiseen tarkasteluun esim. peilin kautta, mikä oli ahdistavaa.”

”...nykyisin koen olevani oikeutettu lepoon.”

Nuoret kertoivat pystyvänsä vaikuttamaan ahdistuneisuuteensa aiempaa paremmin. Itsen rauhoittelu ja tyynnyttely sisäisen puheen tai hengityksen kautta lievensi vastaajien kokemusten mukaan ahdistuneisuutta. Osa nuorista koki pystyvänsä ajattelemaan rationaalisesti ahdistuneisuutta herättävissä tilanteissa. He kokivat, että ahdistuneisuus ei enää valtaa olemusta, vaan sijaa on myös ”terveelle” sisäiselle puheelle, jolloin ahdistuneisuuden kanssa on myös helpompi olla. Yksi vastaaja kertoi hankkiutuneensa eroon ahdistuneisuutta aiheuttaneista ihmissuhteista.

Kaksi nuorta kertoi ahdistavien kokemusten palaavan ajoittain ja niiden ”valtaavan” mielen. Toinen kuvaili kuitenkin tilanteiden olevan nykyisin enimmäkseen sellaisia, etteivät ne laukaise ahdistuneisuutta. Toinen näistä nuorista korosti tarvitsevänsä jatkossakin fysioterapiaa ahdistuneisuuskokemuksen ja muiden haastavien tunteiden käsitteilyyn.

7.3 Nuorten merkityksellisiksi kokemia asioita psykofyysisessä fysioterapiassa

Haastattelulomakkeen viimeisessä avoimessa kysymyksessä nuoret kertoivat vastauksissaan fysioterapian sisällöistä, joista he olivat saaneet eniten apua tai kokeneet muutoin merkityksellisiksi. Vastauksista nousi selkeästi esiin läheisen terapiasuhteen tärkeys, hengitys- ja rentoutusharjoitukset sekä erilaiset keskustelut eli psykoedukaation (ks. 4.2 Psykoedukaatio – Opetuksellinen lähestymistapa ahdistuneisuuteen). Myös kokemuksen ja ymmärryksen lisääntymistä kehon ja mielen yhteistyön toiminnasta pidettiin merkityksellisenä fysioterapiassa. Muutama nuori koki saaneensa apua kehonkuvaharjoituksista.

Kolme vastaajaa korosti luottamuksellista ja läheistä suhdetta terapeuttiin. Yksi vastaaja kertoi juuri fysioterapiassa tulleen kuulluksi ja kohdatuksi *ihmisenä*. Tämänkaltaista kokemusta hän ei kertomansa mukaan ollut tavoittanut muissa hoitosuhteissa.

”...kaikkein tärkeintä on ollut kokemus siitä, että joku kuuntelee ja puhuu kuten ihmiselle puhutaan... Omalla kohdallani fysioterapian merkitys toipumiseni etenemiselle on ollut korvaamaton.”

Lähes kaikki nuoret kokivat fysioterapeutin kanssa käydyt keskustelut yhtenä merkityksellisimpänä asiana psykofyysisessä fysioterapiassa. Nuoret kuvailivat keskustelujen psykoedukatiivisia sisältöjä moninaisesti. Yksi koki keskustelujen auttaneen pelkojen realisoinnissa ja ahdistuneisuuden käsittelyn oppimisessa. Toinen sai tietoa kehosta, mielestä sekä niiden yhteistoiminnasta ja kolmas koki saaneensa apua ”ääneen höpötelystä” kehollisten ongelmien käsittelyn yhteydessä. Osa keskustelun maininneista nuorista ei täsmentänyt keskustelun sisältöä yksityiskohtaisemmin.

”Kaikki ne hyvät keskustelut ja annetut ’aseet’ ahdistusta vastaan...”

Nuorista viisi mainitsi kokeneensa hyödylliseksi erilaiset hengitysharjoitukset tai saaneensa niistä apua. He kertoivat niiden rauhoittaneen oloa ja vähentäneen kehon ja mielen jännitystiloja. Kolme vastaajaa koki merkityksellisiksi myös rentoutusharjoitukset. Heistä kaksi kertoi rentoutumisen helpottuneen. Yksi vastaaja koki, että juuri hengityksen tiedostamisen on vähentänyt jännitystiloja.

Vastaajajoukosta puolet nosti esiin kehotietoisuuden ja lisääntyneen ymmärryksen itsestä tärkeäksi osaksi fysioterapiaa. Nämä nuoret kokivat, että ymmärrys elimistön rakenteista ja niiden toiminnasta on syventynyt ja käsitys itsestä ja omasta toiminnasta on realisoitunut. Yksi nuori kokee oppineensa kuuntelemaan ja tulkitsemaan kehollisia viestejään aiempaa paremmin.

”Olen saanut tietoa lihaksista ja hengittämisen tärkeydestä...”

”Kehon ja mielen yhteys tavallaan syventyi – keho ei ole vain tyhjä kuori.”

7.4 Tutkimustulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Ennako-odotuksenamme oli, että tavoitellusta 40 nuoren kohderyhmästä vastauksia olisi realistista odottaa palautuvaksi 6–8 eli korkeintaan 20 prosenttia. Kuitenkin 25 potentiaaliseen vastaajaan pienentyneestä kohderyhmästä vastauksia palautettiin kahdeksan (32 %), mikä ylitti alkuperäisen tavoitteemme. Tästä kahdeksan vastaajan tutkimusjoukosta saamiemme tulosten perusteella voimme muodostaa suuntaa antavan käsityksen kyseisen ryhmän kokemuksista ahdistuneisuuden kanssa elämisestä ja psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista heidän arjen toimintakykyynsä. Kohderyhmää koskettavia yleistyksiä emme voi tämän kokoisen tutkimusjoukon vastausten perusteella tehdä.

Laatimamme haastattelulomakkeen avoimet kysymykset olivat merkittävässä asemassa pyrkiessämme selvittämään nuorten omiin kokemuksiin pohjautuvaa tietoa. Nuoruusiikään kuuluvat kehityksen vaiheet, nuoren voimavarat, ahdistuneisuuden vaikeusaste sekä kuntoutumisprosessin vaihe näyttäytyivät vastauksissa vaihtelevana kykynä käsitellä, ymmärtää ja sanoittaa omaa ahdistuneisuutta. Tästä huolimatta vastaukset olivat kaiken kaikkiaan laajoja, pohdiskelevia ja erittäin yksilöllisiä, niin kuin kokemuksellisen tiedon luonteeseen kuuluukin. Jo runsaat vastaukset itsessään kertoivat, että nuoret ovat onnistuneet käsittelemään ahdistuneisuuttaan sen haastavasta luonteesta huolimatta.

Kaikki kahdeksan nuorta kertoivat ahdistuneisuuskokemusten vähentyneen psykofyysisen fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen. Kaikki vastaajat kokivat myös psykofyysisen fysioterapian olleen tavalla tai toisella merkityksellistä ahdistuneisuutensa hoidossa. Seitsemän vastaajaa kahdeksasta yhdisti psykofyysisen fysioterapian vähentyneisiin ahdistuneisuuskokemuksiin. Voidaan siis todeta, että lähes jokainen kyselyyn vastannut nuori on hyötynyt psykofyysisestä fysioterapiasta ahdistuneisuuden hoidossa.

”Ahdistustuntemukset ovat hyvinä aikoina melkein tiessään, muuten lievempiä, ja osaan käsitellä niitä.”

”Terapia on antanut uusia keinoja purkaa kehoon jääneitä trauman aiheuttamia ahdistusmöykkyjä”

Jokainen vastaaja kykeni kuvailemaan toimintansa muutoksia ahdistuneisuuskokemuksia herättäneissä tilanteissa fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen. Jokaisessa vastauksessa kerrottiin, kuinka kyseiset tilanteet ovat helpottuneet. Psykofyysisellä fysioterapialla ja sen sisällöllä on siis ollut positiivinen yhteys kaikkien kyselyyn vastanneiden nuorten arjen toimintakykyyn. Vain yksi nuori ei osannut eritellä, johtuiko ahdistuneisuuden vähentyminen juuri fysioterapiasta.

Psykofyysisessä fysioterapiassa nuoret kokivat merkityksellisimmiksi asioiksi suhteen fysioterapeuttiin, erilaiset hengitys- ja rentoutusharjoitukset sekä keskustelut. Läheiseksi ja luottamukselliseksi muodostunut suhde terapeuttiin oli osalle nuorista paranemisen avain. Aidosti kohdatuksi ja kuulluksi tuleminen koettiin tärkeäksi. Tämänkaltaiselle fysioterapeutin ja nuoren väliselle läsnä olevalle kohtaamiselle edellytyksenä ovat ainakin fysioterapeutin aito kiinnostus nuoren tilanteesta, kunnioittava suhtautuminen nuoreen sekä herkkyyden nuoren sisäisten liikkeiden havaitsemisessa ja ymmärrys niiden tulokinnassa. Turvalliseksi ja luottamukselliseksi koetussa ympäristössä nuoren on mahdollista käsitellä haastavia asioita ja työstää niitä rauhoittavan toisen ollessa läsnä. Terapiasuhteen muodostumiseen vaikuttaa siis merkittävästi myös fysioterapeutin persoonallisuus ja hänen omat valmiutensa käsitellä haastavia asioita.

Hengitys ja/tai rentoutuminen mainitaan seitsemässä vastauksessa. Rentoutuminen koettiin aiempaa helpommaksi ja hengityksen kautta oli opittu purkamaan kehomielen jännitystiloja. Kuten teoriaosuudessamme on todettu, hengitys- ja rentoutusharjoituksilla on sympaattisen ja parasympaattisen hermoston toimintaa tasapainottavia vaikutuksia (4.3 Hengitys – ensimmäisiä askelia kohti tasapainoista olemista; 4.4 Rentoutuminen – kehomielen eheytymistä). Tämänkaltaiset harjoitukset ovat voineet ohjata nuoria myös omien kehollisten viestien kuunteluun ja niiden tarkoituksenmukaisen tulkitsemisen opetteluun sekä sitä kautta lisääntyneeseen ymmärrykseen itsestä. (ks. 4.5 Kehotietoisuus – syvempää ymmärrystä itsestä). Kehollisten harjoitteiden kautta ahdistuneisuutta on mahdollista käsitellä voimavaralähtöisesti ja ratkaisukeskeisesti, jolloin myös nuoren itsesäätelykyky ja elämänhallinnan tunne kasvavat. Kokemuksellisten harjoitteiden kautta voidaan vaikuttaa nuoren jäsentymättömään kokemusmaailmaan ja vahvistaa kehon ja mielen yhteyttä sekä nostaa vielä tiedostamattomia kokemuksia osaksi tietoisuutta.

Lähes kaikki nuoret pitivät fysioterapiassa käytyjä keskusteluja merkityksellisinä. Keskustelujen myötä osa nuorista koki ymmärtävänsä ahdistuneisuutta ja kehon ja mielen yhteistoimintaa aiempaa paremmin. Sanallisen viestinnän kautta fysioterapeutin on mahdollista jakaa omaa tietouttaan ihmisen kehomielen rakenteista ja toiminnasta ahdistuneisuuteen liittyen (ks. 4.2 Psykoedukaatio), kun taas ainoastaan nuori itse voi kertoa (sanallisesti tai muuten ilmaisten), miten hän kokee, miltä hänessä tuntuu ja millaisia muutoksia hänessä tapahtuu. Tällöin nuori tulee kuulluksi omana itsenään ja fysioterapeutti voi auttaa nuorta hänen kokemusmaailmansa jäsentämisessä, tiedostamisessa ja käsitteellistämässä.

Nuorten vastauksissa kuvattiin siis selkeästi psykofyysiselle fysioterapialle keskeisiä piirteitä. Yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti huomioiduksi tuleminen läsnä olevan kohtaamisen, vuorovaikutuksen ja kehollisten harjoitusten kautta vaikutti tutkimukseen osallistuneiden nuorten ahdistuneisuuskokemuksiin. Ahdistuneisuuskokemusten lieventyminen vaikutti nuorten arjen toimintakykyyn positiivisesti.

Tutkimusongelman (Millä tavalla nuoret ovat kokeneet psykofyysisen fysioterapian vaikuttaneen heidän arjen toimintakykyynsä?) valossa, voimme todeta, että lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet nuoret ovat hyötäneet psykofyysisestä fysioterapiasta ahdistuneisuuden hoidossa ja kaikki ovat kokeneet merkityksellisiksi tai saaneet apua siellä yksilöllisesti käytetyistä fysioterapeuttisista ”menetelmistä” (ks. luku 4 Psykofyysinen fysioterapia ahdistuneisuuden hoidossa). Tulos näyttäytyy konkreettisesti nuorten arjessa ahdistuneisuuden vähentymisenä ja aiemmin ahdistuneisuutta herättävissä tilanteissa toimimisen helpottumisena.

8 POHDINTA

Olemme jakaneet pohdinnan asioiden käsittelemisen helpottumisen ja selkeyttämisen vuoksi kahteen alalukuun. Ensimmäisessä alaluvussa pohdimme tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyviä asioita ja saamiamme tutkimustuloksia. Toisessa alaluvussa käsittelemme koko opinnäytetyöprosessiamme ja pohdimme omaa oppimistamme sen yhteydessä.

8.1 Pohdintaa tutkimuksesta

Haastattelulomakkeen laatiminen oli kaiken kaikkiaan haastava prosessi kohderyhmän ja aihepiirin monisäikeisen luonteen vuoksi. Tutkijoilla ei ollut myöskään aiempaa kokemusta kohderyhmästä eikä tämänkaltaisen tutkimuksen toteuttamisesta. Yhteistyökumppanin ja ohjaavien opettajien sekä esitestauksesta saadun palautteen avulla saimme muotoiltua lomakkeen rakenteen ja kysymykset siten, että uskoimme niiden vastaavan tutkimuskysymyksiimme ja olevan kohderyhmälle soveltuvia.

Haastattelulomakkeen kysymykset suunniteltiin niin, että ne olisivat mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä. Jokainen lukija tulkitsee kuitenkin kysymyksen omalla tavallaan ja vastaa kysymykseen tulkintansa pohjalta. Tässä tapauksessa kysymysten tulkinnaan vaikuttivat erityisesti nuoren kehityksen vaihe, elämäkokemukset, ahdistuneisuuden ja sen kanssa samanaikaisesti esiintyvien sairauksien vaikeusaste sekä hoitoprosessin vaihe psykofyysisessä fysioterapiassa. Osaan kysymyksistä oli vastattu kuvailen asiaa, joka ei täysin kohdistunut kysymyksellä tavoiteltuun asiasisältöön. Tästä syystä käytimme koko haastattelulomakkeen sisältämää informaatiota hyödyksemme, jotta löysimme vastauksia asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Jäimme pohtimaan, olisiko haastattelulomakkeen kysymysten erilaisella muotoilulla voinut saada täsmällisempiä kokemuspohjaisia kuvailuja juuri kysytyihin asioihin. Kuitenkin vastausten laajuus ja niissä ilmenevä nuorten syvälinen asioiden käsittely ylittivät odotuksemme. Kokonaisuudessaan koemme onnistuneemme lomakkeen ja kysymysten laadinnassa, sillä saimme vastauksia asettamaamme tutkimusongelmaan ja sen alakysymyksiin.

Tämän tyyppisissä tutkimuksissa saatuihin tuloksiin vaikuttaa aina tutkijoiden oma tulkinta vastauksista. Vastauksista esiin nostettavien merkittävien asioiden muotoutuminen varsinaisiksi tutkimustuloksiksi edellyttää tutkijoiden syvällistä perehtymistä aihepiiriin. Mahdollisimman luotettavan analysointiprosessin toteuttaminen vaati vastausten lukemista läpi lukuisia kertoja. Omilla tahoillamme toteutuneen lukemisen, jaottelun ja pohdintojen jälkeen vertasimme ajatuksiamme keskenämme ja muodostimme yhteisen kokonaiskäsityksen näkemystemme pohjalta. Tällä pyrimme varmistamaan, että kaikki asiat tulivat varmasti huomioituiksi ja molempien mahdollisimman objektiivisen vastausten tulkinnan. Koimme kuitenkin, että hyvien ohjeistusten myötä vastausten analysoiminen oli suhteellisen helppoa ja keskeiset tutkimuskysymysten kautta tavoittelemamme vastaukset löytyivät kohtuullisen selkeästi.

Arvioimme jälkikäteen kehollisista ahdistuneisuuskokemuksista kartoittavan suljetun kysymyksen tarpeellisuutta siinä laajuudessaan, kuin se haastattelulomakkeessa oli. Ollisimme voineet rakentaa kysymyksen myös useampia erilaisia lähteitä ja malleja käyttäen. Aiheeseen johdattelevana kysymyksenä se oli varmasti tarpeellinen ja antoi tutkijoille käsityksen ahdistuneisuuteen liittyvien oireiden moninaisuudesta. Jos vastaajat olisivat ymmärtäneet haastattelulomakkeen myöhemmän kysymyksen (7) yhteyden valitsemiinsa ahdistuneisuuskokemuksiin, vastaajat olisivat voineet eritellä muuttuneita oireitaan tarkemmin, jolloin tutkijat olisivat voineet tehdä täsmällisempiä johtopäätöksiä fysioterapian vaikutuksista kohderyhmän ahdistuneisuuskokemuksiin. Toisaalta pohdimme, onko oireita tarpeellista eritellä ollenkaan. Ihmisen ahdistuneisuuskokemuksen syvällisemmän ymmärtämisen myötä ajattelumme siitä, mihin psykofyysisellä fysioterapialla pyritään vaikuttamaan, on muuttunut kokonaisvaltaisemmaksi. Kehomielen yhteistoiminnassa kaikki vaikuttaa kaikkeen; jos jokin oire helpottuu, niin usein helpottuvat myös muutkin koetut oireet. Psykofyysisessä fysioterapiassa ahdistuneisuutta voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta ja yksiselitteistä tai yleisesti käytettyä ratkaisua ei ole olemassa. Vaikuttavassa fysioterapiassa tärkeintä on ymmärtää ahdistuneisuuden taustalla vaikuttavat tekijät.

Tutkimukselle lisäarvoa olisi voinut tuottaa kysymys, jolla olisi kartoitettu tarkemmin, kuinka hyödylliseksi nuoret olivat psykofyysisen fysioterapian kokeneet. Kysymys olisi voitu laatia puolistrukturoituun malliin (esimerkiksi: ei hyötyä lainkaan – hyötynyt erit-

täin paljon), jolloin koetun hyödyn ”määrää” suhteessa kokonaistilanteeseen olisi ollut helpompi arvioida. Haastattelulomakkeen kysymysten kautta ei myöskään selvinnyt, onko nuori saanut samanaikaisesti jotain muuta hoitoa ahdistuneisuuteen. Asiaa kartoittavan kysymyksen avulla olisi mahdollisesti voinut selvittää, onko muilla samanaikaisilla hoidoilla ollut vaikutusta muutoksiin ahdistuneisuuskokemuksissa.

Pohdimme syitä siihen, miksi kaikki vastaajat edustavat juuri naissukupuolta. Tutkimuksen ja siitä tehtävien johtopäätösten kannalta olisi ollut merkityksellistä tietää kohdejoukon sukupuolijakauma. Vastaavatko tytöt poikia helpommin? Kykenevätkö tytöt ilmaisemaan itseään kirjallisesti poikia paremmin? Onko sukupuolisilla tekijöillä merkitystä ahdistuneisuudelle altistumiseen ja sen kokemiseen? Lähdemateriaalissa esitettyjen laskelmien mukaan tytöt hakeutuvat mielenterveyspalveluiden piiriin poikia herkemmin ja poikien avunhankinta viivästyy, jolloin tilanne on usein jo päässyt vakavaksi. Tämä saattaa osaltaan selittää sitä, miksi useiden eri lähteiden mukaan nuorikäisten ahdistuneisuus on yleisempää tytöillä kuin pojilla sekä sitä, miksi vastaajajoukkomme koostui vain naissukupuolesta.

Tutkimustulosten luotettavuutta arvioitaessa on syytä huomioida, millainen vastaajajoukko osallistui tutkimukseen ja minkälainen joukko jätti vastaamatta lomakehaastatteluun. Olivatko lomakehaastatteluun vastaajat juuri niitä nuoria, jotka olivat saaneet positiivisia kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta ja halusivat tämän vuoksi vastata? Millaisia kokemuksia mahtaa olla niillä nuorilla, jotka jättivät vastaamatta? On mahdollista, että vastaukset eivät anna todellista kuvaa kohdejoukosta, sillä vastauksia saatiin vain kolmasosa. Laajemmasta tutkimusjoukosta olisimme saaneet kattavamman kuvan ahdistuneisuuskokemuksesta ja psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista nuorten arjen toimintakykyyn.

Samankaltaisen, mutta laadukkaamman tutkimuksen toteuttaminen vaatisi monipuolisempia resursseja. Esimerkiksi interventiotutkimus ja sen yhteydessä erilaisin tiedonkeruumenetelmin kerätty data voisivat antaa luotettavia ja monipuolisia tutkimustuloksia. Tämä edellyttäisi tarkoituksenmukaisten tilojen ja lupien hankintaa ja riittävästi aikaa sekä intervention toteutukselle että tutkimuksen tekemiselle. Tällöin täytyisi varmistua myös siitä, että tutkijoilla on kykyä kohdata tutkimusjoukko ja aidosti toteuttaa kohde-ryhmälle sisällöltään tarkoituksenmukaista fysioterapiaa. Jos opiskelijoilla olisikin

valmiudet tarkoituksenmukaiseen toteutukseen, olisivatko he riittävän harjaantuneita tarvittavan tutkimustiedon keräämisessä erilaisin tiedonkeruumenetelmin? Tutkimustulosten luotettavuutta voitaisiin parantaa mahdollisesti siten, että tiedonkeruu toteutuisi jollain tavalla osana fysioterapiaprosessia. Tämä puolestaan vaatisi lisäresursseja työelämän yhteistyötaholta. Kuinka opiskelijoiden panosta tutkimuksissa voitaisiin parhaiten hyödyntää niin, että sekä opiskelijat että työelämän edustajat hyötyisivät siitä? Työelämän ja alaa opiskelevien hedelmällisempi yhteistyö vaatisi kehittämistä. Onko opiskelijoilla riittävästi eväitä tuottaa tietoa työelämän tarpeisiin? Lieneekö opinnäytetyön päällimmäisenä tavoitteena kuitenkin syventää omaa osaamista tietyllä aihealueella ja perehdyttää tutkimuksen tekemisen perusteisiin?

Opinnäytetyömme tutkimustulokset antavat viitteitä psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuudesta nuorten ahdistuneisuuden hoidossa. Fysioterapeuttien ymmärrys stressifysiologiasta, vireystiloista ja niiden säätelystä sekä kehon ja mielen liikkeiden yhteydestä ja niiden näyttäytymisestä ulospäin tekee perustelluksi juuri sen, että erityisesti fysioterapeuttien tulisi syventyä ahdistuneisuuden ymmärtämiseen ilmiönä ja kehittää fysioterapiaa sen vaikuttavana ja yksilön kannalta kauaskantoisena hoitomuotona.

Työelämässä kyseisen asiakasryhmän parissa työskenteleville fysioterapeuteille psykofyysisen fysioterapian hyödyt näyttäytyvät varmasti todellisina. Sen vaikuttavuuden näkyväksi tuominen tutkimuksella perustellen voisi tuoda muutoksia jo olemassa oleviin vakiintuneisiin hoitokäytäntöihin. Tällöin psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet tiedostettaisiin muiden hoitomuotojen rinnalla osana kokonaisuhoitoa. Täten psykofyysinen fysioterapia voisi siten osaltaan vastata lisääntyneeseen hoidontarpeeseen. Haasteita psykofyysisen fysioterapian uskottavuudelle voi asettaa erilaisten käsitteiden, kuten ”*mindfulness*”, ”*tietoisuustaidot*”, ”*kehon ja mielen hyvinvointi*”, esiintyminen pinnalla olevissa trendeissä. Näiden käsitteiden käyttö hyvin eritasoisten palveluntarjoajien keskuudessa aiheuttaa käsitteiden inflaatiota. Tällöin myös asiakkaan on haastavaa valita palveluntarjoajista se, joka on aidosti kyseisen aihepiirin asiantunteva ammattihenkilö. Psykofyysisen fysioterapian liitännäispinta edellä kuvattujen käsitteiden kanssa edellyttää alan toimijoilta erityisen tarkkaa harkintaa käsitteiden käyttämisessä ja pätevien perustelujen esittämisessä, kun psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuudesta yritetään saada näkyvämpää.

8.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja omasta oppimisesta

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan erittäin antoisa ja laaja-alaisesti opettava ja kasvattava kokemus. Aihepiiri oli haastava monestakin syystä. Psykofyysiseen fysioterapiaan perehtyminen vaikutti omaan käsitykseen ihmisyydestä. Tästä syystä myös psykofyysisen fysioterapian merkitys ja lähtökohdat selkeytyivät itselle verrattuna aiempaan käsitykseen ja ymmärryksen tasoon. Ahdistuneisuus osoittautui varsin moniulotteiseksi ilmiöksi ja sen luonteen ymmärtämisessä on tapahtunut huikea muutos. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheissa lähtökohtamme oli oikeastaan ahdistuneisuus-käsite, jota lähdimme pohtimaan diagnostisten kriteerien kautta. Prosessin edetessä ymmärsimme, että diagnoosit ovat sivuseikka, kun pyrimme ymmärtämään ilmiön kokonaista luonnetta. Valitsimme tutkimukseemme suhteellisen haastavan kohderyhmän. Erityisesti nuorten tutkiminen on monimutkaista ja aiheuttaa monenlaisia haasteita tutkimuksen toteutuksen suhteen. Kyseisen kohderyhmän valitseminen oli kuitenkin mielestämme erittäin perusteltua ja kannustamme muitakin tekemään tutkimusta juuri tästä kohderyhmästä sen haastavuudesta huolimatta.

Opinnäytetyömme aihekokonaisuuksiin tutustuminen ja niiden ymmärtäminen vaati paljon aikaa ja syvällistä perehtymistä eri alojen tutkimuksiin ja tuotettuun kirjallisuuteen. Prosessi oli raskas, mutta myös osa sen antoisuudesta ja opettavaisuudesta muodostui juuri siitä, että perehdyimme niin laajasti aihepiiriin ja muodostimme kokonaisuuden ikään kuin ”hajallaan” olevista tiedonmurusista. Vaikka aihepiiri onkin osoittautunut haastavaksi, on siihen uppoutuminen ollut innostavaa sen kiehtovuuden vuoksi. Kiinnostus psykofyysiseen fysioterapiaan syventyi edelleen, sillä se on ammatillisen kasvun lisäksi myös omien prosessien läpikäymistä sekä itsen kehittämistä ja kehittymistä ihmisenä.

Asioiden käsittely opinnäytetyössä oli toisinaan vaikeaa. Halusimme käsitellä aihepiirejä kokonaisvaltaisesti monessakin suhteessa, mutta jouduimme kuitenkin jaottelemaan asiakokonaisuuksia sen vuoksi, että niiden käsitteleminen ymmärrettävästi olisi ylipäättään mahdollista. Kokonaisuudet liittyvät aina osin toisiinsa ja limittyvät tavalla tai toisella keskenään, joten välillä niiden jakaminen otsikoiden alle tuntui keinotekoiselta; mikä asia lopulta kuuluu minkä kokonaisuuden sisälle ja mihin raja vedetään käsiteltävien asioiden välillä. Toinen ongelma oli käytettävissä oleva kieleemme. Olemassa ole-

vien käsitteiden merkityssisällöt eivät mielestämme aina täysin kuvanneet asioita, joita pyrimme selittämään. Juuri erilaisiin käsitteisiin törmääminen aiheutti teoriatietoon perehtymisemme alkuvaiheissa haasteita, koska käsityksemme näiden termien ja asiasisältöjen yhteyksistä oli puutteellinen. Perehtymisen myötä oppimme kuitenkin ymmärtämään asioiden sisältöjä ja samasta sisällöstä käytettävillä useilla eri käsitteillä ei ollut enää niin paljoa merkitystä. Tosin vaikutti siltä, että esimerkiksi englannin- ja ruotsinkielisessä kirjallisuudessa esiintyneet termit olivat ajoittain erilaisia asiasisältöjä paremmin kuvaavia, kuin suomenkieliset vastaavat käsitteet.

Tekstin tuottaminen oli hidasta, sillä prosessissa merkittävässä osassa oli oma ajattelu-työ, jossa käsiteltävistä asiasisällöistä muodostui jäsenyneitä kokonaisuuksia. Prosessin alussa valmiin tekstin hidasta tuottamista tuntui välillä turhauttavalta. Jossain vaiheessa oivallus työstämisen luonteesta helpotti prosessia. Ajattelun ja aiheen kypsyttelyn ymmärsikin vievän asioita huomattavasti paremmin eteenpäin kuin väkisin tekstin kirjoittamisen. Levollisempi suhtautuminen omaan työskentelyyn vaikutti varmasti edelleen tekstin helpompaan tuottamiseen, kun luovuudelle annettiin mahdollisuus avautua.

Tämänkaltaista aihealuetta käsittelevässä opinnäytetyössä kävi selkeästi ilmi, että opiskelijoiden oma ajattelumaailma vaikuttaa merkittävästi tuotokseen. Opiskelijoiden erilaiset näkemykset toisaalta kasvattivat ja opettivat paljon, mutta johtivat myös kompromisseihin monessakin suhteessa. Sitähän tiimityöskentelyyn toisaalta aina kuuluu. Kompromissien tekemiseen saattoi vaikuttaa myös yhteisen ajan puute opinnäytetyöprosessissa. Lähes koko prosessin ajan muutamia tapaamisia lukuun ottamatta aihepiirejä on jouduttu työstämään erillään muun muassa opiskelijavaihtojen ja kesätöiden takia. Konkreettisesti eri paikoissa oleminen ja eläminen ovat vaikuttaneet siihen, ettemme ole päässeet riittävästi keskustelemaan asioista keskenämme, jolloin yhteistyö on jäänyt hieman yksiulotteiseksi ja aikaa on ollut vain lopputuotoksen kannalta välttämättömiin asioihin. Täten toteutuksen ja välillä myös työnjaon suhteen oli haasteita. Työn tekeminen erillään vaikeutti vääjäämättä yhteisten linjausten muodostamista. Onnistuimme kuitenkin pysymään hyvin suunnittelemissamme aikataulussa, eikä prosessissa tapahtunut suuria odottamattomia yllätyksiä.

Yhteistyö työelämäkumppanin ja opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa sujui oikein hyvin. Molemmat edellä mainituista yhteistyötahoista osoittivat aitoa kiinnostusta

aihettamme, ajatuksiamme ja prosessiamme kohtaan. Työelämän yhteistyökumppanin lämmin vastaanotto ja kokemuksemme siitä, että he olivat aidosti kiinnostuneita kehitysyhteistyöstä sekä halukkaita ohjaamaan ja neuvomaan meitä prosessin eri vaiheissa ja antamaan meille rakentavaa palautetta työstämme, ohjasi osaltaan prosessimme suuntaa ja innosti meitä paneutumaan aiheeseen syvällisesti ja juuri omasta näkökulmastamme.

Arvokkainta prosessin antia on ollut juuri oma oppiminen ja käsityksen voimistuminen siitä, että tämänkaltaisten asioiden parissa haluaa työskennellä ja perehtyä lisää tämän kaltaiseen tapaan ajatella. Omien prosessien työstäminen ja läpikäyminen kokemuksellisuuden ja sitä kautta muovautuvan oman ajattelun myötä ovat välttämättömiä, jotta tällaisten asioiden parissa työskenteleminen olisi mahdollista ja että toteutettu fysioterapia saisi moniulotteisia merkityksiä.

LÄHTEET

- Anttila, E. 2009. Mitä tanssija tietää? Kehollinen tieto ajattelun ja oppimisen perustana. Aikuiskasvatus: artikkelit 2/2009.
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. 1. painos. Helsinki: Profami Oy.
- Bessel A. Van der Kolk. 2006. Esipuhe teoksessa Ogden, P. Minton, K. Pain, C. 2006. Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Suom. Pekkarinen, I. 2009. 1.painos. Oulu: Kalevaprint Oy.
- Bodymind Oy. Luettu 3.5.2013. <http://www.bodymind.fi>
- Bullington, J. 2012. Psykosomatik och meningsskapande: en tillämpning av Maurice Merleau-Pontys fenomenologi. Teoksessa Biguet, G. Keskinen-Rosenqvist, R. Levy Berg, A. (Red.) Att förstå kroppens budskap. Sjukgymnastiska perspektiv. Upplaga 1. Denmark: Werner Schmidt, 63–77.
- Dixhoorn, J. V. 2007. Whole-Body Breathing. A Systems Perspective on Respiratory Retraining. Teoksessa Lehrer, P. Woolfolk, R. Sime, W. Principles and practice of stress management. 3. painos. New York: The Guilford Press, 291–332.
- Dusek, J.A. equal contributor. Hasan H. Otu equal contributor, Wohlhueter, A.L. Bhasin, M. Zerbini, L.F. Joseph, M.G. Benson, H. Libermann, T.A. 2008. Genomic Counter-Stress Changes Induced by the Relaxation Response. Luettu 23.6.2014. Artikkelijulkaisu 2.7.2008. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002576>
- Herrala, H. Kahrola, T. Sandström, M. 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Huttunen, M. 2012. Muita psykoterapioita. Teoksessa Huttunen, M. & Kalska, H. (Toim.) Psykoterapiat. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 243–263.
- Isometsä, E. 2011a. Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 218–233.
- Isometsä, E. 2011b. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 234–243.
- Jaakkola, R. 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista 2008. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) 2009. 2. painos. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Psykofyysinen fysioterapia 3. 8–14.
- Juva, K. Hublin, C. Kalska, H. Korkeila, J. Sainio, M. Taini, P. Vataja, R. (toim.) 2011. Kliininen neuropsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Kabbat-Zinn, J. 2007. Täyttä elämää. Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa. Suom. Sanoukian, M. Turpeinen, T. Helsinki: Basam Books Oy.
- Karukivi, M. & Haapasalo-Pesu, K-M. 2012. Nuorten yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito. Suomen Lääkärilehti 12/2012.
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto12_1.pdf
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. 2013;129(20):2133-9. Luettu 20.8.2014. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet& Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle& Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11273& Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU
- Klemola, T. 2014. Asahi. Tietoisien liikkeen taito. 1.painos. Jyväskylä: Docendo Oy.
- Klemola, T. 2013. Mindfulness. Tietoisuuden harjoittamisen taito. 1. Painos. Jyväskylä: Docendo Oy.
- Koponen, H. 2011a. Pakko-oireiset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 312–325.
- Koponen, H. 2011b. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 244–249.
- Korhonen, V. 2006. Psykykenlääkehoidon erityispiirteitä. Teoksessa Laukkanen E. Marttunen, M. Miettinen, S. Pietikäinen, M. (Toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 224–231.
- Korpi-Anttila, K. 2010. Hengitys kehopsykoterapeutin työvälineenä. Teoksessa Martin, M. Seppä, M. Lehtinen, P. Törö, T. Lillrank, B. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 113–114.
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY.
- Lehrer, P. Woolfolk, R. Sime, W. 2007. Principles and practice of stress management. 3. painos. New York: The Guilford Press.
- Lehtinen, P. Martin, M. Lillrank, B. 2010. Epätasapainoinen hengitys terveysongelmien yhteydessä. Teoksessa Martin, M. Seppä, M. Lehtinen, P. Törö, T. Lillrank, B. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 40–60.
- Lehtinen, P. Martin, M. Lillrank, B. 2010. Hengityksen psykofyysinen säätely. Teoksessa Martin, M. Seppä, M. Lehtinen, P. Törö, T. Lillrank, B. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 15–39.

Lundvik-Gyllesten, A. 2012. Basal Kroppskänedom. Teoksessa Biguet, G. Keskinen-Rosenqvist, R. Levy Berg, A. (Red.) Att förstå kroppens budskap. Sjukgymnastiska perspektiv. Upplaga 1. Denmark: Werner Schmidt, 189–205.

Lönnqvist, J. Marttunen, M. Pylkkänen, K. Lönnqvist, J. (toim.) 2011. Psykososiaaliset hoitomuodot. Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 658–668.

Marttunen, M. 2013. Lukijalle. Teoksessa Marttunen, M. Huurre, T. Strandholm, T. Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 3.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 563–593.

Marttunen, M. Karlsson, L. 2013. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen, M. Huurre, T. Strandholm, T. Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 7–14.

Mesivirta, M. 2010. Hengityksen ohjaaminen psykofyysisissä ryhmissä. Pelkoryhmät. Teoksessa Martin, M. Seppä, M. Lehtinen, P. Törö, T. Lillrank, B. Hengitys itsesääätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 118–119.

Ogden, P. Minton, K. Pain, C. 2006. Trauma ja keho. Sensomotorinen psykoterapia. Suom. Pekkarinen, I. 2009. 1.painos. Oulu: Kalevaprint Oy.

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä. Kriisistä elämään. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Patovirta, M. 27.2.2014. Mielen terveys on kehon terveyttä ja kehon terveys on mielen terveyttä. Bodymind. Bodymind Oy:n asiakaslehti 1/2014. Luettu 2.6.2014.
http://bodymind.fi/wp-content/uploads/2014/04/Bodymind_Asiakaslehti_04_2014.pdf

Payne, R. 2005. Relaxation Techniques. A Practical Handbook for the Health Care Professionals. Third Edition. Elsevier.

Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2011. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 717–751.

Ranta, K. 2006. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Laukkanen E. Marttunen, M. Miettinen, S. Pietikäinen, M. (Toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 66–78.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Mitä laadullinen tutkimus on? Lyhyt oppimäärä. KvaliMOTV–Menetelmäopetuksen tietovaranto. Luettu 14.8.2014. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html

Sandstöm, M. 2010. Psykye ja aivotoiminta. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOY.

Seppä, M. Martin, M, Törö, T. 2010. Hengitysharjoituksia. Teoksessa Martin, M. Seppä, M. Lehtinen, P. Törö, T. Lillrank, B. Hengitys itsesääntelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 128–162.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24.

Storvik-Sydänmaa S. Talvensaari H. Kaisvuo T. Uotila N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Strandholm, T & Ranta, K. 2013. Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Marttunen, M. Huurre, T. Strandholm, T. Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 17–38.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. 2013. Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 6.5.2013. Päivitetty 2013. <http://www.psyfy.net>

Talvitie, U. Karppi, S-L & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2.uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Takala, T. 2014. Kokemuksellisuudesta tutkimukseen ja päinvastoin. Luettu 14.8.2014. Päivitetty 30.3.2014. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. <http://www.psyfy.net/blogi.php?id=209>

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

Waldegren, T. 2012. Ångest och ångesthantering - ett neurobiologiskt perspektiv. Teoksessa Biguet, G. Keskinen-Rosenqvist, R. Levy Berg, A. (Red.) Att förstå kroppens budskap. Sjukgymnastiska perspektiv. Upplaga 1. Denmark: Werner Schmidt, 301–316.

LIITTEET

Liite 1. Mistä ahdistuneisuus johtuu?

Biologiset syyt

- Nuoren autonomisen hermoston, stressihormonien erityksen tai hermoston välittäjäaineiden toiminnan säätely voi häiriintyä
- Nuorella saattaa olla varhainen, temperamenttiin liittyvä herkkyys reagoida uusiin tilanteisiin pelolla ja vetäytymisellä. Se voi ennakoida lisääntyntä riskiä ahdistuneisuushäiriön kehittymiselle.

Perinnölliset syyt

- Tutkittu vähän
- Tiedetään, että ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien vanhempien lapset saavat saman häiriön viisi kertaa todennäköisemmin kuin lapset, joiden vanhemmilta ei ole ahdistuneisuushäiriötä.
- Fobioiden periytyvyys tiedetään melko suureksi: 25–40 %
- Kaksois- ja adoptiotutkimuksissa on löydetty yhteyksiä, jotka eivät selity perheen sisäisillä seikoilla.
- Perinnöllinen alttius ahdistuneisuuteen voi ilmetä nuoren temperamenttityyppinä.

Ympäristösytyt


- Riskiä kasvattavat muun muassa kiintymyssuhteen turvattomuus, trauma- ja stressikokemukset tai muut turvattomuutta aiheuttavat toimintatavat tai tapahtumat.
- Lapsi kehittää varhaisen vuorovaikutuksen pohjalta sisäistetyn mallin omista kyvyistään ja muihin tukeutumisen mahdollisuuksistaan. Aikaa myöten ne näkyvät muun muassa siinä, miten lapsi luottaa itseensä.
- Vanhempien käyttäytyminen voi suoraan mallintaa pelkojen oppimista.
- Turvattomuuden ja voimattomuuden tunnetta voivat luoda hylkäämiskokemukset, perheen äkkinäiset ja turvallisuutta uhkaavat tapahtumat, kuten alkoholin toistuva väärinkäyttö, pitkäaikainen tunnekylläisyys tai väkivaltakokemukset.

Strandholm, T & Ranta, K. 2013. Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Marttunen, M. Huurre, T. Strandholm, T. Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Opas 25. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28.

Liite 2. ICD-10:n mukaiset yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (F41.1) diagnostiset kriteerit

A. Vähintään kuuden kuukauden ajan on esiintynyt korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta suhteessa arkipäivän tapahtumiin ja ongelmiin.
B. Esiintyy vähintään neljä seuraavista oireista, joista yhden täytyy olla jokin oireista 1- 4:
I. Autonomisen kiihotustilan oireet: a) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa, tai kohonnut pulssi b) hikoilu c) vapina d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä
II. Rinnan ja vatsan alueen oireet: e) hengitysvaikeudet f) tukehtumisen tunne g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväenteet)
III. Psykkiset oireet: i) pyöräyttävä, huimaava, sekava tai horjuva olotila j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai ”poissa tästä maailmasta” (depersonalisaatio) k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai tajunnan menettämisestä l) kuolemanpelko
IV. Yleisoireet: m) kuumat aallot tai vilunväristykset n) ihon puutuminen tai pistely
V. Jännitysoireet: o) lihasjännitys, -säryt tai -kivut p) levottomuus ja kykenemättömyys rentoutua q) hermostuneisuuden tunne r) nielemisvaikeudet tai palan tunne kurkussa
VI. Muut oireet: s) korostuneet reaktiot yllättävissä tilanteissa tai herkkyys pelästyä t) keskittymisvaikeudet tai mielen tyhjäksi pyyhkiytyminen ahdistuksen tai huolestuneisuuden takia u) jatkuva ärtyneisyys v) huolestuneisuuden aiheuttama nukahtamisvaikeus
C. Häiriö ei täytä masennusjakson (F32), paniikkihäiriön (F41.0), pelko-oireisen häiriön (F40), pakko-oireisen häiriön (F42) tai hypokondrisen häiriön (F45.2) kriteerejä.
D. Ahdistuneisuus ei aiheudu elimellisestä sairaudesta, kuten hypertyreosista (E05), elimellisestä mielenterveyden häiriöstä (F00-F09), päihteiden käytöstä (F10-F19), esimerkiksi amfetamiinin käytöstä tai bentsodiatsepiinien vieroitusoireista.

KYSELYLOMAKE



1. Ikä: _____

2. Sukupuoli: _____

3. Fysioterapiajakson pituus: Hoitokertoina _____ TAI Kuukausina _____

4. Millaisina kokemuksina ahdistuneisuus on ilmennyt kehossasi?
(Rastita sopiva vaihtoehto. Voit valita useampia vaihtoehtoja.)

a) Sydämen tykytyksinä, sydämen hakkaamisena tai kohonneena pulssina	<input type="checkbox"/>
b) Vapinana ja/tai hikoiluna	<input type="checkbox"/>
c) Suun kuivumisena	<input type="checkbox"/>
d) Vatsakipuina tai pahoimvointina	<input type="checkbox"/>
e) Rintakipuna tai epämiellyttävänä tunteena rinnassa	<input type="checkbox"/>
f) Hengitysvaikeuksina ja/tai tukehtumisen tunteena	<input type="checkbox"/>
g) Pyörryttävänä, huimaavana, sekavana tai horjuvana oloilana	<input type="checkbox"/>
h) Ympäristön epätodellisuuden tunteena	<input type="checkbox"/>
i) Itsehallinnan tai asioiden hallinnan menettämisen pelkona	<input type="checkbox"/>
j) Mielen romahtamisen tai tajunnan menettämisen pelkona	<input type="checkbox"/>
k) Kuoleman tai sairauden pelkona, seksuaalisen suuntautumisen tarttumisen pelkona	<input type="checkbox"/>
l) Kuumina aaltoina tai kylminä värityksinä	<input type="checkbox"/>
m) Ihon puutumisenä tai pistelynä	<input type="checkbox"/>
n) Hermostuneisuuden tai levottomuuden tunteina tai kykenemättömyytenä rentoutua	<input type="checkbox"/>
o) Lihasjännityksinä, -särkyinä tai -kipuina	<input type="checkbox"/>
p) Nielemisvaikeuksina tai palan tunteena kurkussa	<input type="checkbox"/>
q) Ruokahalun muutoksina	<input type="checkbox"/>
r) Muuna, minä _____	<input type="checkbox"/>

6. Miksi hakeuduit fysioterapiaan?
(Kuvaile millä tavalla ahdistuskokemukset vaikuttivat erilaisiin arjen tilanteisiin ja niissä toimimiseen.)

KYSELYLOMAKE

7. Fysioterapiajakson aikana tai sen jälkeen ahdistuneisuuskokemukset ovat:
(Rastita vain yksi sopiva vaihtoehto.)

a) Vähentyneet	<input type="checkbox"/>	c) Kadonneet kokonaan	<input type="checkbox"/>
b) Lisääntyneet	<input type="checkbox"/>	d) Muutosta ei ole tapahtunut	<input type="checkbox"/>
e) En osaa sanoa onko muutosta tapahtunut	<input type="checkbox"/>		

Jos kokemuksesi ovat (a) vähentyneet tai (b) lisääntyneet fysioterapiajakson aikana, mitkä kokemuksistasi ovat muuttuneet?

8. Kuvaile millä tavalla toimintasi on muuttunut ahdistuneisuuskokemuksia herättävissä tilanteissa fysioterapian aikana tai sen jälkeen.

9. Kuvaile mikä fysioterapiassa on ollut sinulle merkityksellistä tai mistä olet saanut eniten apua.

Kiitos vastauksistasi!

