



**SAVONIA**

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# ITSEARVIOINTILOMAKKEEN KEHITTÄMINEN RYHMÄPSYKOTERAPIAAN

Siilinjärven psykiatrian poliklinikalle

TEKIJÄT: Miettinen Matti  
Myllynen Tanja  
Vuorenmies Eero

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Matti Miettinen, Tanja Myllynen ja Eero Vuorenmies	
Työn nimi Itsearviointilomakkeen kehittäminen ryhmäpsykoterapiaan Siilinjärven psykiatrian poliklinikalle	
Päiväys 21.12.2017	Sivumäärä/Liitteet 35/2
Ohjaaja Raija Pulkkinen	
Toimeksiantaja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, Kuopion yliopistollinen sairaala - Siilinjärven psykiatrian poliklinikka	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Työn tilaajana oli Kuopion yliopistollinen sairaala, Siilinjärven psykiatrian poliklinikka. Poliklinikalla hoidetaan pääasiassa 20–64-vuotiaita lähikuntalaisia jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidoa. Hoitoon hakeudutaan lähetteellä perusterveydenhuollosta tai erikoissairanhoidosta. Poliklinikalla on useita eri hoitomuotoja, yksilöterapiasta ryhmäterapiaan.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää aikaisemmin tuotetusta itsearviointilomakkeesta lyhyempi ja kätevämpi työkalu Siilinjärven psykiatrian poliklinikan taideterapeuttiseen Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän vaikutuksen arviointiin. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda esille vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmaa psykoterapiassa. Aiemmin tuotettu itsearviointilomake oli opinnäytetyö vuodelta 2009. Toimeksiantaja oli jälkikäteen kokenut aiemman itsearviointilomakkeen potilaan näkökulmasta liian työläältä vastata. Opinnäytetyö koostuu raportista ja itsearviointilomakkeen kehittämisestä. Opinnäytetyö on toiminnallinen kehittämistyö.</p> <p>Arviolta joka kuudes suomalainen kärsii jonkin asteisesta mielenterveyshäiriöstä. Mielenterveyspalveluja tuotetaan yhä enemmän avohoidon puolella ja hoidon laadun merkitys kasvaa. Säästösyiden vuoksi nykyisiä hoitomuotoja tulisi kehittää sekä tutkia niiden toimivuutta. Psykoterapia on yksi tehokkaimpia hoito- ja kuntoutusmuotoja joita Kansaneläkelaitos kustantaa. Psykoterapian tuloksia voidaan hyvin verrata lääkehoitoon. Psykoterapiaa on kuitenkin hankala tarkasti määrittää ja rajata.</p> <p>Psykoterapian ja ryhmäpsykoterapian vaikutusta potilaan voinnin kohentumiseen on tutkittu vähän ja sen tuloksellisuutta on vaikea arvioida. Lisäksi sitä on vaikea mitata itsearviointilomakkeella, sillä psykoterapian tuloksellisuuteen liittyy paljon muuttujia. Mielenterveysongelmien synty ja niistä paraneminen ovat moniulotteisia ja useat eri asiat vaikuttavat potilaan kokemukseen ryhmäpsykoterapiasta.</p> <p>Koostimme ensimmäiseksi opinnäytetyölle teoriaperustan psykoterapiasta, ryhmäpsykoterapiasta ja lähestymistavoista, psykoterapian tuloksellisuuden arvioinnista sekä tietoa Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän toiminnasta. Teoriaperustan sekä aikaisemman kyselylomakkeen avulla kehitimme lyhyemmän, tiivistetyn itsearviointilomakkeen. Itsearviointilomakkeella saadaan vain suuntaa antavaa tietoa mikä ryhmäpsykoterapiassa auttaa. Itsearviointilomakkeesta saatua tietoa toimeksiantaja voi käyttää apuna kehittäessään ja arvioidessaan Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla itsearviointilomakkeen testaaminen sekä tulosten tarkempi analysointi osana vaikuttavuuden arviointia Mielenkuvia-psykoterapiaryhmässä.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>vaikuttavuus, itsearviointi, lomake, ryhmäpsykoterapia, kuvataideterapia, psykiatria, tuloksellisuus</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Matti Miettinen, Tanja Myllynen and Eero Vuorenmies			
Title of Thesis Developing group therapy survey for Siilinjärvi outpatient psychiatric clinic			
Date	21.12.2017	Pages/Appendices	35/2
Supervisor. Raija Pulkkinen			
Client Organisation Kuopio University Hospital – Siilinjärvi psychiatric clinic			
<p><b>Abstract</b></p> <p>This thesis was ordered by Kuopio university hospital, Siilinjärvi's psychiatric polyclinic. The polyclinic provides special health care mainly for local patients living in the nearby residential area, ages ranging mainly from 20 to 64 years old. Searching and applying for the medical treatment occurs via doctor's referral through basic or special health care unit. The polyclinic offers various different therapy treatments, from solo to group therapies.</p> <p>The purpose for this thesis was to develop a shorter and more user-friendly self-determining survey for Siilinjärvi psychiatric polyclinic's art oriented Mielenkuvia-grouptherapy, replacing the previously produced self-determining survey. The purpose of the thesis and the creation of the self-determining survey was to bring up the therapy's effectiveness point of view. The earlier produced survey was also a thesis from 2009. The earlier survey had afterwards been seen to be too difficult to be answered from a patient's point of view. This thesis consists two parts: a report- and a development part. This thesis is a development project.</p> <p>Approximately every sixth person is suffering from some degree of a mental health disorder in Finland. Mental health services are being increasingly produced in the outpatient care sector and its importance is growing. Due to increased need for savings, current treatments are required to be increasingly developed and studied. Psychotherapy is one of the most effective treatments and rehabilitation forms in the Finnish social insurance institution. The effectiveness of psychotherapy can well be compared to the effectiveness of medical treatment. Psychotherapy, however, is hard to be specifically determined or delimited.</p> <p>Psychotherapy's and group psychotherapy's effectiveness compared to the patient's better health situation has been studied relatively small amounts. It's effectiveness is hard to be determined overallly, but also with a self-determining survey. This is since the effectiveness of psychotherapy contains various of changing factors. The emergence and improvement of mental health problems are multidimensional for an individual. Many different factors affect the patient's experience of group psychotherapy.</p> <p>Firstly, we searched theory basis for our thesis regarding psychotherapy, group psychotherapy, its approaches and how to evaluate the effectiveness of psychotherapy and information of Mielenkuvia-psychotherapy group. Based on the theory and earlier thesis, we created a shorter, compressed survey. This survey only gives indicative information of what helps in the psychotherapy group. The survey's information can partly be used to develop and evaluate Mielenkuvia-psychotherapy group's effectiveness. A further research topic could be to test the self-assessment survey and more deeply analyze its results as a part for bigger scale for group-psychotherapy effectiveness analysis.</p>			
<p><b>Keywords</b> evaluating effectiveness, self-assessment survey, psychiatry, psychotherapy, group psychotherapy, art psychotherapy, effectiveness</p>			

1	JOHDANTO .....	5
2	PSYKOTERAPIAN MÄÄRITTELYÄ JA KÄYTÄNTÖJÄ .....	7
2.1	Psykodynaaminen lähestymistapa .....	8
2.2	Ryhmäpsykoterapia ja kuvataideterapia .....	8
2.3	Ryhmäpsykoterapiaryhmän muodostaminen .....	10
3	SIILINJÄRVEN PSYKIATRIANPOLIKLINIKAN TOIMINTA .....	11
3.1	Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä osana Siilinjärven psykiatrian poliklinikan hoitomuotoja .....	11
3.2	Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän teemat .....	12
4	PSYKOTERAPIAN TULOKSELLISUUDEN ARVIOINTI JA HAASTEET .....	21
4.1	Psyko­terapi­an tulok­sellisuus .....	21
4.2	Vai­kuttavuus­tu­tki­musten on­gel­mal­lisuus psyko­terapi­assa .....	22
4.3	Ar­vioi­n­ti­mit­ta­rit ja niiden on­gel­mia psyko­terapi­assa .....	24
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	26
7	ITSEARVIOINTILOMAKKEEN KEHITTÄMINEN MIELENKUVIA-PSYKOTERAPIARYHMÄÄN .....	27
8	POHDINTA .....	30
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	32
	LIITE 1: ITSEARVIOINTILOMAKE .....	36
	LIITE 2: TUTKIMUSLUPA .....	38

## 1 JOHDANTO

Opinäytetyömme toimeksiantajana toimii Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri Kuopion yliopistollinen sairaala Siilinjärven psykiatrian poliklinikka. Opinnäytetyömme kohteena on teemallinen keskusteluryhmä, jossa yhdistyvät ryhmähoitomallin ja kuvataideterapian elementit. Siilinjärven psykiatrian poliklinikan Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän teoreettinen tausta ja toiminta pohjautuvat Senioripysäkki-ryhmäterapiamalliin, jota on muunneltu laajemmalle ikäryhmälle soveltuvaksi. HelsinkiMissio on taustaorganisaationa Senioripysäkki toiminnalle. (Ålander 2016.)

Toimeksiantajan tarpeena on saada pätevä työkalu, jolla voidaan arvioida Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän vaikutusta potilaan toipumisen edistymiseen. Toimeksiantajalle on tuotettu vuonna 2009 itsearviointilomake (Nivalainen 2009), jonka pohjalta toimeksiantaja halusi lomaketta muokattavan lyhyemmäksi ja potilaan näkökulmasta helppokäyttöisemmäksi.

Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon rajalliset resurssit edellyttävät näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ja hoitosuositusten mukaista toimintaa. Mielenterveyshäiriöistä arvioitiin aiheutuneen vuonna 2002 yhteensä noin 2,9 miljardin euron kokonaiskustannukset. (Saarinen 2010, 13.) Arvion mukaan noin joka kuudes suomalainen kärsii jonkinlaisesta mielenterveyshäiriöstä. Puolet kaikista psyykkisistä häiriöistä on erityyppisiä mielialahäiriöitä (seitsemän prosenttia suomalaisista) ja ahdistuneisuushäiriöitä (neljä prosentilla). Suurin osa mielialahäiriöistä on erilaisia masennustiloja. Lisäksi mielenterveyshäiriöihin kuuluvat muumuassa psykoosit, syömishäiriöt ja päihderiippuvuudet. (THL 2015a.) Lapsista noin kymmenellä prosentilla on vakavia mielenterveysongelmia ja nuoruusiällä ne lisääntyvät, jolloin yli viidesosa kärsii erilaisista psyykkisten ongelmista. Mielenterveyspalveluissa avohoidon osuus kasvaa koko ajan ja laitoshoitopaikkoja vähennetään. (Saarinen 2010, 13.) Esimerkiksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2015 noin 170 000 potilasta, joista vuodeosastohoidossa oli noin 23 000 potilasta (THL 2015b).

Psyykkisten ongelmien tunnistaminen on vaikeampaa ja haastavampaa kuin fyysisten ongelmien. Häpeästä ja ahdistuksesta johtuen potilaat lykkäävät hoitoon hakeutumista ja pahentavat samalla ongelmiaan. Etenkin miehet hakeutuvat hoitoon myöhään, jolloin ongelmat kasaantuvat. Julkisen terveydenhuollon puolella psykoterapiaa saavien määrä on 2000-luvulla kaksinkertaistunut. (Saarinen 2010, 18.) Psykoterapiaan ohjaututaan monella eri tavalla: julkisen terveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja Kansaneläkelaitoksen kautta sekä omakustanteisesti (Pirkola 2015, 413; Saarinen 2010, 31–34).

Psykoterapiasuuntauksia ja psykoterapiamenetelmiä on erilaisia. Psykoterapiamuotojen kehittämiseen kohdistuu voimakkaita uusiutumisen paineita. Pirkolan (2015) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluista säästetään yhä enemmän. Tarve kehittää ryhmähoitomallia ja antaa konkreettista näyttöä terapioiden vaikutuksesta päättäjille. Ryhmäpsykoterapialla voidaan lyhentää hoitokäyntejä ja se on kustannustehokasta. (Pirkola 2015, 408–409.) Psykoterapian vaikuttavuuden mittaamiseen liittyy useita haasteita (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2015).

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen koska halusimme syventää tietouttamme mielenterveyspotilaiden eri terapiahoitomuodoista. Halusimme perehtyä siihen, miten terapioiden tehokkuutta tai tuloksellisuutta voidaan arvioida mielenterveyshoitotyössä ja kuinka tätä voidaan arvioida itsearviointilomakkeen avulla. Toisaalta halusimme myös tehdä toiminnallisen, konkreettisen tuotteen: itsearviointilomakkeen.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, koska siinä kehitetään konkreettinen tuote, itsearviointilomake. Lomakkeen avulla ryhmän työntekijät saavat tietoa ryhmän toimivuudesta ja sen vaikutuksista potilaiden vointiin. Saatujen itsearvointien ja palautteiden pohjalta on toimeksiantajan mahdollista arvioida ja kehittää ryhmien toteutusta ja toimintaa.

## 2 PSYKOTERAPIAN MÄÄRITTELYÄ JA KÄYTÄNTÖJÄ

Psykoterapian tarkka määrittely on vaikeaa (Konsensuslausuma 2006, 5). Psykoterapia on hoitomuoto, jota käytetään erilaisten mielenterveysongelmien hoidossa. Palveluita voi olla julkisella puolella sekä yksityisillä toimijoilla. Psykoterapian merkitys hoitovaihtoehtona mielenterveysongelmien hoidossa on tunnustettu. Perinteisten pitkien ja yksilöllisten terapioiden rinnalle on kehittynyt lyhemmat terapiamenetelmät, jotka lisäävät ja laajentavat terapian käyttömahdollisuuksia. (Pirkola 2015, 408–409.)

Psykoterapian konsensuslausuma (2006) määrittelee psykoterapian seuraavasti:

1. Psykoterapialla hoidetaan ihmisiä, joilla on psyykkinen häiriö tai psykoterapialla hoidettava tai autettava ongelma. Ongelmalla tai häiriöllä voi olla vuorovaikutuksellisia, ruumiillisia ja sosiaalisia ilmentymismuotoja.
2. Psykoterapian tavoitteena on lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä. Tukea psyykkistä kasvua sekä kehitystä, lievittää kärsimystä ja antaa eväitä ja valmiuksia ratkaista itse ongelmiaan.
3. Psykoterapiasuuntauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan. Suuntaus auttaa ymmärtämään ihmisen normaalia käyttäytymistä sekä psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Menetelmän ja suuntauksen valinnassa tulee ottaa huomioon ihmisen häiriön laatu ja soveltuvuus sen hoitoon. (Konsensuslausuma 2006, 4–5.)

Psykoterapia on potilaan ja terapeutin vastavuoroista toimintaa. Oleellista psykoterapiassa on potilaan suhtautuminen oireeseensa ja ongelmaansa. Onnistunut psykoterapia muuttaa alkuperäistä ongelman muotoa. (Leiman 2015, 16.) Psykoterapia helpottaa psyykkisistä oireista toipumista, parantaa toimintakykyä arjessa ja antaa välineitä käsitellä ja selviytyä ongelmista itsenäisesti (Saarinen 2010, 17). Psykoterapia on terveydenhuollon tavoitteellista toimintaa, jolla hoidetaan psykologisin menetelmin psyykkisiä vaikeuksia. Psykoterapiassa hankalia asioita prosessoidaan keskustelemalla. Tarvittaessa terapiassa voidaan käyttää erilaisia harjoitteita, jotka helpottavat toimintatapojen tunnistamista ja muuttamista. (Mielenterveystalo s.a; Leiman 2015, 375–376.) Psykoterapiasuuntauksia ja menetelmiä on useita erilaisia ja niiden lähestymistapansa ja taustateoriansa eroavat toisistaan. Psykoterapiaa käytetään erityisesti lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa keskeisenä hoitomuotona. (Mielenterveystalo s.a.)

Taloudellisten syiden vuoksi mielenterveyspalveluiden kehittämistarpeita ei ole kunnolla pystytty toteuttamaan. Toiminnan hajautuminen, eri rahoituskanavat sekä yksityiset toimijat ovat hidastaneet psykoteriapioiden liittämistä mielenterveyspalveluihin kunnolla. Tällä hetkellä käsillä oleva sote-uudistus lupaa, että mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta laajemman palvelukokonaisuuden alle. Tämä antaa mahdollisuuden hallita potilasjonoja ja yksinkertaistaa psykoteriapioiden kustannusten monimutkaista maksujärjestelmää. (Pirkola 2015, 408.)

## 2.1 Psykodynaaminen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme lähemmin Siilinjärven psykiatrian poliklinikan Mielenkuvia-terapiairyhmän toimintaa, joka perustuu psykodynaamiseen sekä ryhmädynaamiseen lähestymistapaan (Ålander 2016). Psykodynaaminen lyhytpsykoterapia keskittyy tiettyyn rajattuun ongelmaan, joka on tiedossa jo ensi tapaamisella. Terapia sopii paniikkihäiriön, syömisongelman, masennuksen, psykosomaattisten oireiden hoitoon. (Saarinen 2010, 51–52.) Lyhytpsykoterapian hoidossa on havaittu merkittäviä oireiden lieventymistä noin 50 prosentilla potilaista kahdeksanteen terapiaistuntoon mennessä. Hoidon jatkuessa oireet lieventyvät 76 prosentilla potilaista, kun istuntoja on takana 26 kappaletta. (Aalberg 2009.)

Psykodynaaminen lähestymistapa on alun perin lähtöisin psykoanalyttisesta teoriasta. Ryhmäanalyysiä on kehittänyt toisen maailmansodan aikoihin S.H. Foulkes. Foulkes jatkoi kehittelyä Sigmund Freudin, Jungin ja Wilfred Bionin löydösten pohjalta. (Carpelan 1996, 10.) Psykodynaamisessa ihmiskäsityksessä tutkitaan ihmisen itseymmärrystä, yksilön tapaa jäsentää elämäänsä ja ymmärtää itseään. Psykeen rakentumisen ja kehittymisen tutkiminen kuuluu myös psykodynaamiseen ihmiskäsitykseen. Edellä mainitut määräävät käyttäytymistä ja sen muodostusta. Mielen sisäistä toimintaa ja voimavaroja on tutkittava, jotta ymmärtäisimme käytöstämme. (Senioripysäkki 2008, 9.)

Psykodynaamisen ihmiskäsityksen ovat luoneet Sigmund Freudin oppilaat Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank ja Wilhelm Reich. (Huttunen 2015, 293). Psykkiset tapahtumat toteutuvat Freudin mukaan tietoisella, esitietoisella ja tiedostamattomalla tasolla. Vaikeat kokemukset on työnnetty piilotauntaan, jotka yritetään sulkea pois tietoisuudesta. Kokemukset aiheuttavat ahdistusta, vaikkei ihminen niitä muista. Aikaisemmin elämän kuluessa torjutut kokemukset voivat nousta tietoisuuteen, esimerkkinä lapsuuden ahdistavat kokemukset voivat muistua taas voimakkaasti oman lapsen syntymän takia. Varhaiset kokemukset säilyvät ja vaikuttavat ihmiseen läpi hänen elämänsä. Esimerkkinä aiempi epäonnistunut parisuhde voi haitata mahdollisten uusien suhteiden solmimista sekä ilmetä myös perusluottamuksen puutteena. (Senioripysäkki 2008, 9–10.)

## 2.2 Ryhmäpsykoterapia ja kuvataideterapia

Riippumatta ryhmäpsykoterapian muodosta, niin kaikissa ryhmissä vallitsee tietynlaisia ryhmädynaamiikkaan kuuluvia piirteitä. Ryhmän koko, kokoontumistiheys, kommunikaatio, ja ryhmän ohjaaja esimerkiksi vaikuttavat suuresti miten ryhmä käyttäytyy. Ryhmädynaamista regressiota tapahtuu ryhmissä aina eli ryhmän jäsenet palaavat kokemuksellisella tasolla menneisyyden tilanteiden vietäviksi. (Klemelä 2015, 181.) Viime vuosikymmeninä on kehitetty paljon uusia psykoterapiaryhmiä, jotka yhdistelevät perinteisistä malleista ja teorioista toimivia puolia (Kalska 2012, 251).

Ryhmäpsykoterapian ajatus perustuu siihen, että ryhmä tarjoaa mahdollisuuksia tarkastella ryhmässä tapahtuvia ja ilmeneviä asioita. Potilas voi käyttää niitä mahdollisuuksia hyödyksi psyyksissä muutoksessa. Ryhmätoiminnassa on vuorovaikutustilanteita, joissa syntyy erilaisia liittoumia ja



suhteita. Ryhmässä oleville potilaille on tunnusomaista, että he heijastavat omia näkemyksiään toisiin potilaisiin. Ryhmäpsykoterapiassa ei keskitytä pelkästään oireiden poistamiseen, neuvon antoon, ohjaaviin harjoituksiin tai voimavarojen kasvattamiseen. (Lönnqvist 2014, 807; Klemelä 2015, 194.)

Psykoterapiaryhmät kokoontuvat yleensä kerran viikossa ja keskimäärin 40 kertaa vuoden aikana. Sovitusti ryhmät voivat kokoontua lyhyemmällä ajanjaksolla, esimerkiksi puolen vuoden ajan, jolloin tätä kutsutaan lyhytpsykoterapiaksi. Terapiakertoja on tuolloin noin 20. Yhden istunnon kesto on noin 1,5–2 tuntia. Onnistumisen edellytyksenä on potilaiden sitoutuminen ryhmän työskentelyyn. Potilaalla pitää olla halu puhua itsestään ja ihmissuhteistaan sekä osata kuunnella muita ryhmän jäseniä. (Saarinen 2010, 83.) Ryhmässä työskennellään keskustelemalla ja antamalla mielikuvien ja ajatusten virrata vapaasti sekä ilmaisemalla niitä avoimesti ryhmäläisille. Ryhmän vetäjällä on tehtävään auttaa ryhmäläisiä ymmärtämään mielikuvien ja ajatusten tiedostamattomiakin merkityksiä ja pyrkimyksiä. (Saarinen 2010, 83.)

Taideterapia on vilkas ala, jossa uusia ajatuksia ja toimintatapoja kehitellään ja kyseenalaistetaan. Historian saatossa on erityisesti kiistelty, onko taideterapia enemmän taidetta vai terapiaa. Freud piti potilaiden töitä mielisairauden todisteena eli mistä sairaus oli lähtöisin. Jung puolestaan piti töitä mielenkiintoisena tutkimuskohteena. Hän analysoi potilaidensa luovuudella tehtyjä töitä ja uskoi pääsevänsä potilaiden alitajuntaan tulkitsemalla töitä oikein. Toisen maailmansodan jälkeen jotkut taiteilijat veivät maalaustarvikkeita veteraanien parantoloihin. Maalauksesta tuli monille tärkeä asia silkan ajankulun sijasta. Joidenkin kohdalla maalaaminen näytti edistävän potilaiden henkistä paranemisprosessia sodan kauhuilta. (Liebmann 2002, 5.)

Kuvataideterapiassa yhdistetään kuvallinen ja sanallinen vuorovaikutuksen ilmaisu. Ne edistävät itse-tuntemusta ja kehittävät ajatusten ja tunteiden käsittelykykyä. Taideterapian toteutuksessa käytetään myös eri suuntauksia ja terapiat toteutetaan niiden mukaan. Taiteenmenetelmillä on tarkoituksena edesauttaa potilasta käsittelemään ajatuksiaan ja tunteitaan tekemällä, katsomalla ja keskustelemalla kuvallisista tuotoksista. Potilaan tekemät taideteokset voivat olla todiste aikaansaamisesta ja kyvystä saada jotain hyvää aikaan. Ajatukset ja tunteet ovat helpompi pukea sanoiksi, kun mielikuvat on peilattu kuvaksi. (Huttula ja Leijala-Marttila 2011, 47–48.)

Kuvataidepsykoterapian käyttöalue on kuvataideterapiaa kapeampi. Taideterapiaa voidaan käyttää sosiaalisten ongelmien ja mielenterveysongelmien ehkäisyssä. Taideterapia soveltuu myös lasten ja nuorten kehityksen tukemiseen ja edistämiseen sekä samalla lailla aikuisten toimintakykyä parantamaan. Kuvataidepsykoterapiat toteutetaan niiden viitekehyksen mukaisesti, esimerkiksi psykoanalyttinen taidepsykoterapia täyttää kaikki keskeiset periaatteet psykoanalyttisesta psykoterapiasta. Psykoanalyttisessa taidepsykoterapiassa tavoitteena on eheytyminen ja potilaan sisäinen muutos. Terapioiden muodoissa ja niiden tavoitteissa on eroavaisuuksia. (Huttula ja Leijala-Marttila 2011, 47–48.)

Kuvataideterapiaa voidaan järjestää yksilö- tai ryhmämuotoisena. Terapeutilta vaaditaan yksilö- ja ryhmäpsykoterapian koulutus sekä taideterapian täydennyskoulutus. Taideterapiassa keskeisenä

ovat luovuutta kehittävät päämäärät, tämä edellyttää terapeutilta alan koulutusta sekä psykoterapeutista tietoa ja taitoa. Terapeutilla tulee olla kokemusta ja opintoja kuvataiteellisesta ilmaisusta ennen kuin he voivat hakea koulutukseen. Koulutuksessa pyritään parantamaan ja opettamaan keinoja, joilla lisätä potilaan itsetuntemusta ja luovuutta. (Huttula ja Leijala-Marttila 2011, 47–52.)

### 2.3 Ryhmäpsykoterapiaryhmän muodostaminen

Ryhmä alkaa siitä, kun terapeutti päättää koota terapiaryhmän, hän on ainoa osapuoli, joka voi vaikuttaa ulkoisesti valinnoillaan. Valitessaan terapeutti joutuu kiinnittämään kahteen hyvin tärkeään asiaan huomiota; auttaako ryhmäpsykoterapia hoitomuotona potilasta hänen ongelmissaan ja antaaako potilas itse jotain ryhmälle. Palveleeko potilas itse koko ryhmää terapian ajan. Terapeutin on uskottava käyttämänsä menetelmään. (Keski-Luopa 2003, 117; Klemelä 2015, 195.) Terapeutin on huomioitava myös voiko joku potilaan persoonan osista haitata toisten potilaiden paranemisprosessia ja ryhmän toimintaa (Sakki 2003, 110).

Paras hyöty terapiaryhmästä saadaan, kun sopivat ihmiset saadaan sopiviin ryhmiin. Ryhmän jäsenillä täytyy olla riittävästi eroavaisuuksia toisiinsa, jotta he voivat oppia toisiltaan. Täytyy kuitenkin olla riittävästi samankaltaisuutta, jotta potilaat ymmärtävät ryhmäläisiään. (Ålander 2016; Keski-Luopa 2003, 116–117.) Erilaisuus on tärkeä tekijä ryhmän käynnistäjänä ja prosessin ylläpitäjänä. Erilaiset elämäkokemukset ja persoonallisuuden rakenteet tuovat ryhmään rikkautta ja se auttaa ryhmää työskentelemään vastarinnan kanssa, sekä käymään läpi psyykeen kehityksen eri vaiheita. (Keski-Luopa 2003, 124.)

**Ryhmät** on tarkoitettu niiden auttamiseen, jotka kärsivät ahdistuksesta ja masennuksesta, läheisten ongelmasta kärsivät, elämänmuutoksen keskellä olevat, sosiaalisilta kyvyiltään kyvyttömät, vammautumisen, katastrofin tai kriisin kohdanneita. Hieman tarkennettuna läheisten ongelmista kärsivät voivat olla esimerkiksi kehitysvammaisten lasten vanhempia tai alkoholiongelmissa kärsivän puolisoja. Ison elämänmuutoksen kokeneet ovat voineet sairastua, jäädä eläkkeelle tai leskeksi. Sosiaalisilta kyvyiltään heikot voivat olla esimerkiksi rajatilapotilaita tai skitsofreenikkoja. (Carpelan 1996, 13; Ålander 2016.) **Ryhmäterapiat** sopivat huonosti akuutin kriisin kokeneille sekä psykoottisista tiloista kärsiville, tällöin yksilöterapia voi olla heille paras vaihtoehto. Psykoottisissa tiloissa todellisuus korvautuu mielikuvituksella. Paranoidiset, erittäin masentuneet ja itsemurha-alttiit, eivät myöskään ole niin ryhmäkelpoisia. Yksilöterapiassa voidaan paremmin ja yksilöllisemmin keskittyä heidän erityistarpeisiinsa. Liian vaativat, epäaidot, manipulatiiviset ja aggressiiviset ihmiset eivät myöskään ole soveliaimpia ryhmiin. (Carpelan 1996, 14; Ålander 2016.)

### 3 SIILINJÄRVEN PSYKIATRIANPOLIKLINIKAN TOIMINTA

Siilinjärven psykiatrian poliklinikka toimii ajanvarauspoliklinikkana, jonne hakeudutaan läheteellä. Kiireellisissä tapauksissa voidaan lähete ottaa vastaan myös puhelimitse, jolloin se annetaan suullisesti. Poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan pääasiassa 20–64-vuotiaita erikoissairaanhoidoa tarvitsevia lähikuntalaisia. Lähikuntia ovat: Siilinjärvi, Juankoski, Kaavi, Rautavaara, Lapinlahti, Keitele, Pielavesi, Vesanto, Tervo sekä Tuusniemi. Psykiatrian poliklinikan toiminta perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön työntekijöiden sekä potilaan lähimmäisten kanssa. Poliklinikalla työskentelee: kuusi lääkärää, yksi osastonhoitaja, yksi apulaisosastonhoitaja, 17 hoitajaa, kolme psykologia, kaksi toimintaterapeuttia, kaksi sosiaalityöntekijää ja kolme osastonsihtööriä. (Siilinjärven psykiatrian poliklinikka 2016.)

Polikliinisessä tutkimuksessa tehdään potilaalle diagnostinen arvio, hoidontarpeen arviointi (siihen liittyvät lääkityksen, terapian ja kuntoutuksen tarve) sekä työ- ja toimintakykyarvio. Poliklinikalla toimii tehostetun avohoidon työryhmä. Työryhmä työskentelee avohoidon, kotien ja sairaalan väli- maastossa, kun tarvitaan nopeaa apua psyykkisen sairauden hoitoon. Potilaat saapuvat perusterveydenhuollon lähettämänä, työterveyslääkärin vastaanotolta tai suoraan erikoissairaanhoidosta. Alueen terveyskeskukset voivat tarvittaessa konsultoida työryhmää. (Siilinjärven psykiatrian poliklinikka 2016.)

Poliklinikalla tuotettavia hoitomuotoja on useita: yksilöpsykoterapia, pari- ja perheterapia, seksuaaliterapia, psykofyysinen terapia, toimintaterapia ja biologiset hoitomuodot. Ryhmämuotoiset hoidot ovat Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä, psykoterapiaryhmä, hengityskoulu, kuvaterapia- ja oireidenhallintaryhmät ja DKT eli dialektinen käyttäytymisterapia. Jokaisessa ryhmässä päällimmäisenä tavoitteena on herättää asiakkaassa itsetutkiskelua, tunteiden tulkintaa ja ymmärrystä tai oivallusta omaa käyttäytymistä kohtaan. Ryhmissä myös pyritään löytämään eri keinoja kohdata elämän joka-päiväisiä haasteita. (Siilinjärven psykiatrian poliklinikka 2016.)

#### 3.1 Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä osana Siilinjärven psykiatrian poliklinikan hoitomuotoja

Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä on teemallinen keskusteluryhmä, joka on käynnistynyt Siilinjärven psykiatrian poliklinikalla syyskuussa 2015. Ryhmässä yhdistyvät ryhmähoitomallin ja kuvataideterapian elementit. Ryhmässä jaetaan ajatuksia ja tunteita. Asioille yritetään löytää uusia näkökulmia ja merkityksiä, joilla pyritään lievittämään yksinäisyyttä, masennusta ja ahdistusta. Jokainen istunto koostuu aloituksesta, kuvallisesta työskentelystä, keskustelujaksosta ja ryhmän lopettamisesta. (Ålander 2016.)

Ryhmä kokoontuu kerran viikossa puolenvuoden (16 tapaamiskerran) tai vuoden ajan (30 tapaamiskerran). Ryhmänjäsenet valitaan haastattelujen pohjalta, maksimissaan ryhmässä on kahdeksan henkilöä. Näiden lisäksi ryhmässä toimii kaksi ryhmä- ja kuvataideterapeuttisiin hoitomuotoihin perehtynyttä, psykoterapiakoulutuksen saanutta ohjaajaa. Ryhmä on suljettu eli kaikki ryhmässä tuote-

tut ja puhutut asiat ovat luottamuksellisia sekä ryhmän jäsenet eivät muutu terapian aikana. Koontumiskerrat jakautuvat kahteen osioon. Ensimmäinen osio koostuu kuvallisesta työskentelystä ennalta sovittujen teemojen pohjalta. Jälkimmäisessä osiossa käydään keskustelua. (Ålander 2016.)

Aluksi ryhmäterapiamalli on kehitelty yksinäisille ja masentuneille ikäihmisille. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä on muunneltu versio, ja se soveltuu laajalle ikäryhmälle. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmässä käytetään ryhmäpsykodynaamista lähestymistapaa. (Ålander 2016.) Ryhmien ohjaaja aloittaa usein ryhmät vetäytymällä taka-alalle, mikä mahdollistaa vapaan keskustelun ryhmän jäsenten välillä. Ryhmä on näin hierarkiasta vapaa ja ihmisillä huomio siirtyy sisäisestä ajattelusta sosiaaliseen. (Senioripysäkki 2008, 5–6.)

### 3.2 Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän teemat

Ryhmässä jokainen peilaa kokemuksiaan muiden kertomiin tarinoihin. Vuorovaikutuksessa toisiinsa keskustelu soljuu vapaasti jolloin se tuo esille jäsenten kokemukset, muistot, unet, toiveet, fantasiat ja ajatukset. Ryhmä eroaa arjesta siten että sen sisällä ei ole sensuuria, joten ryhmäläiset voivat puhua avoimesti. Palautteen saaminen suoraan istunnon aikana aktivoi menneisyyden kokemukset jolloin vanhat tapahtumat saavat uuden merkityksen. (Senioripysäkki 2008, 91.)

Palaute ryhmässä ei ole objektiivista koska se on aina jonkun toisen mielipide. Ryhmän vetäjältä odotetaan kuitenkin objektiivisuutta mutta todellisuudessa se on vain vetäjän mielipide. Palautteen ollessa positiivista ihmiset kokevat myönteistä hyväksyntää ja saavat ymmärrystä tapahtumille. Positiivinen palaute vahvistaa omanarvontuntoa ja itsetuntoa. Terapeutti on eriarvoisessa asemassa kuin muut. Palautteen antaminen tulisi muotoilla kysymykseksi jolloin terapeutti ei tee itsestään neuvonantajaa. Terapeutin pidättyväisyys mahdollistaa ryhmäläisissä oma aloitteisuutta tutkimusmatkallaan omaan itseensä. (Senioripysäkki 2008, 91–93.) Jokainen ryhmän tapaamiskerta perustuu ennalta sovittuun teemaan. Jokainen ryhmänjäsen on saanut terapiaryhmän alussa teemojen ajankohdat. (Ålander 2016.) Kuvaamme seuraavaksi Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän teemat samassa järjestyksessä jossa ne ryhmän aikana tulevat.

**Yksinäisyys** on tuskallista jännitettä riippuvuuden, pelon ja toiveiden välillä. Yksinäisyys koetaan yleisimmin kielteisenä. Kielteisyys nähdään selviytymiskeinoina ja erilaisina käyttäytymistapoja kuten passiivisuutena, aktiivisuutena, sosiaalisina pelkoina sekä sisäänpäin kääntymisenä. Vakavina muotoina yksinäisyydessä on täydellinen vetäytyminen ihmissuhteista. Silloin ihminen vieraantuu muista tai kieltää yksinäisyyden. Passiiviseen yksinäisyyteen voi liittyä päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttöä sekä ruuan ahmimista. Äärimmäisessä tapauksessa yksinäisyyteen voi liittyä itsemurhariski. Selviytymiskeinoja yksinäisyyteen on sen hyväksyminen, sosiaalisen verkoston rakentaminen ja voimavarojen kehittäminen. (Senioripysäkki 2008, 96.)

Yksinäisyys voi olla rauhoittavaa ja luovaa, mutta pitkittyneenä yksinäisyys luo toivottomuuden tunnetta, joka on ikävää ja pelottavaa. Yksinäisyys voi tuntua pelottavalta, jos ihminen joutuu koke-

maan yksin elämäkokemuksiaan, joihin liittyy ahdistavia asioita ja muistoja. Ihmiset pelkäävät yksinäisyydessä rajojen menettämistä. Uhkakuvana on, että he eivät erota uni- ja valvetilaa toisistaan. Persoonallisuuden kehityksen vaiheista sekä vaurioista riippuu, miten ihminen on riippuvainen muista ihmisistä kokeakseen itsensä aidoksi. Lohdutuksen ja rohkaisun vähyys nuoruudessa aiheuttaa usein ihmiselle epävarmuutta, arvostamattomuutta, ulkopuolisuuden ja osaamattomuuden tunnetta. Tämä voi johtaa siihen, että hänellä on epävarma ja viallinen olo muiden ihmisten seurassa. Ulkopuolisuuden tunne voi johtaa siihen, että ihminen vetäytyy syrjään yhä uudestaan ja uudestaan. Yksinäisyyden myöntäminen voi olla ihmiselle vaikeaa. Puhuminen yksinäisyydestä voi olla psykoterapiaryhmässä vaikeaa, jos tunne on sillä hetkellä elämässä voimakasta. (Senioripysäkki 2008, 96–100.)

**Masennus** on perusreaktio henkiseen pahoinvointiin ja kipuun. Masennus on normaali tunnetila elämässä, kun puhutaan surusta ja ahdistuksesta. Pitkittyessään se voi muuttua oireesta sairaudeksi. Lievä masennus ei uhkaa ihmisen toimintakykyä ja jaksamista. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky häiriintyy, jolloin ihminen tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vakavan masennuksen oireita ovat unihäiriöt, apaattisuus, syyllisyys, armottomuus, väsymys, voimattomuus, kuolemanhalu ja päättämättömyys. Vaikeassa ja psykoottisessa masennuksessa ilmenee harhaluuloja ja hallusinaatioita. (Senioripysäkki 2008, 103.)

Ahdistus on ennakko-oire tilanteeseen, joka koetaan uhkana. Masennus on reaktio tapahtuneeseen, jonka ihminen kokee vaikeasti hyväksyttäväksi tilanteeksi. Masennuksessa ilmenee tunnetiloja jotka ovat tyhjyys, ahdistuneisuus, pettymys, tuskaisuus, ja ärtyneisyys. Oireilua voidaan havaita keskittymisessä sekä muistissa. Ulkopuoliselle depressio ilmenee ihmisen toiminnallisena lamana, unihäiriöinä, tuskaisuutena, liiallisena syömisenä, ruokahaluttomuutena ja levottomuutena. Masentuneen toiminta on jähmeää ja hidasta. Ilmeettömyys ja itkuherkkyys ovat masentuneelle ominaispiirteitä. (Senioripysäkki 2008, 103.)

Masennukseen ei ole yhtä ainoaa syytä mikä sen voi aiheuttaa. Taustalla voi olla muuttunut elämäntilanne, elimellinen sairaus tai muutokset ihmissuhteissa. Varhaislapsuudessa koetut traumat ja menetykset voivat altistaa aikuisiällä masennukselle. Masennus on yhteydessä hormonitoimintaan, esimerkiksi naisilla depressiota esiintyy ennen kuukautisia, raskauden jälkeen sekä vaihdevuosisien aikaan. Perinnölliset tekijät vaikuttavat masennuksen ilmenemiseen, myöhemmällä iällä perinnöllisyyden vaikutus kuitenkin vähenee. (Senioripysäkki 2008, 103–104.)

**Lapsuuden** ensimmäisenä elinvuotena lapsi oppii vanhemmiltaan ja läheisiltään mallin tunteiden ilmaisusta, syyseuraussuhteista, vuorovaikutustaidoista. Taidot ovat tärkeitä lapsen myöhemmälle kehitykselle ja psyykkiselle selviytymiselle. Aikuisiän persoonallisuuden rakentumiseen ja rakentamiseen vaikuttavat lapsuuden ajan kokemukset häpeästä, pelosta ja syyllisyyden tunteista. Varhaisen itsenäistymisen ja itsetunnon vaikeudet voivat näkyä terapiaryhmässä ahdistuksena. Lapsuudessa koettu vähäinen rohkaisun ja lohdutuksen puute voivat aikuisiällä näyttäytyä ulkopuolisuuden ja osaamattomuuden tunteena. (Sinkkonen ja Kalland 2003, 197.)

Lapsen kokiessa väkivaltaa (pahoinpitelyä, seksuaalista väkivaltaa tai hoidon laiminlyöntiä) hän traumatisoituu. Silloin lapsen kiintymyssuhde läheisiin häiriintyy, jolloin hän kärsii. (Sinkkonen ja Kalland 2003, 157.) Äkillisissä ja voimakkaissa traumaissa kuten esimerkiksi auto-onnettomuudessa tai itsemurhassa. Tällaisessa tilanteessa lapsen kokemukset ylittävät lapsuuden kestokyvyn ja voimavarat, vaatii niistä selviäminen äärimmäisten puolustuskeinojen käyttöä. Todellisuuden vääristäminen ja tunteiden kieltäminen kertovat lapsen äärimmäisestä stressitilanteesta. Tavallisempia reaktioita traumaan lapsella on esimerkiksi painajaiset, uhkan pakonomainen ajattelu ja ahdistavat mielikuvat. Selvitäkseen lapsi työntää kipeät kokemukset ja muistot alitajuntaan, tämä mahdollistaa senhetkisen elämänsä jatkumisen. (Sinkkonen ja Kalland 2003, 157–159.) Tärkeää on antaa ihmiselle aikaa muistamaan eikä pakottaa siihen. Annetaan mahdollisuus puhua siitä mitä itse pystyy tuomaan tietoisuuteen (Senioripysäkki 2008, 109.)

**Perhesuhteisiin** voidaan liittää puoliso, lapset, lastenlapset, omat sisarukset, vanhemmat, lapsien puoliset ja heidän vanhemmat. Perhe koetaan tärkeänä, kun kyseessä on suuri muutos ja tarvitaan tukea. Perheen merkitys ihmiselle vaihtelee eri ikäkausina. Lapsuudenkodin ja oman kodin merkitys kasvaa silloin kun ajankohtaiseksi tulee esimerkiksi oman perheen perustaminen. (Senioripysäkki 2008, 112.)

Sisaruussuhteet toimivat pohjana ja mallina muille vuorovaikutussuhteille, esimerkiksi ystävyys- tai parisuhteelle. Syntymäjärjestykselläkin vuorovaikutussuhteissa on merkityksensä. Vanhemmat sisarukset toimivat yleensä johtajina, kuten taas nuoremmat matkivat vanhempia sisaruksiaan. Keskimäinen lapsi on yhdistelmä vanhempaa ja nuorempaa sisarustaan. Pieni ikäero voi johtaa kilpailuun sisarusten välillä vanhempien huomiosta. Perheessä olosuhteet kuitenkin voivat olla erilaiset ja kaikki normit eivät pidä paikkaansa. Suhteet sisaruksiin korostuvat vanhemmalla iällä, erimielisyyksiä solmitaan, tunnetaan yhteenkuuluvuutta ja opitaan puhumaan tunteistaan keskenään. (Senioripysäkki 2008, 113.)

Terapiaryhmä ja terapeutti auttavat tuomaan esiin menneisyyden haamuja ja ihmissuhteita tietä-mättään. Potilas peilaa menneisyytään ryhmäläisiin heidän vuorovaikutuksien ja ihmissuhteiden avulla. Potilas elää näin pettymykset ja toiveet uudestaan hyvin todellisina. Terapeutti voi ymmärtää potilasta eri lailla ja uudella tavalla kuin menneisyyden ihmiset. Perhesuhteet teemana terapiaryhmäläiset lähtevät yleensä keskustelemaan oma-aloitteisesti. (Senioripysäkki 2008, 113.)

**Ystävyydellä** on monta merkitystä, se voi tarkoittaa tuttavaa, naapuria, miellyttävää henkilöä, työtoveria tai ihmistä joka on läheinen. Ystävyydestä voidaan puhua yhtenä rakkauden muotona. Rakkauden ja ystävyyden erottaa toisistaan se, että ystävyys voi saada useita eri muotoja ja eri asteita. Rakkaudessa ei ole erilaisia asteita, jos sanoo olevansa rakastunut, sanoo silloin kaiken. Rakkaus ja rakastuminen noudattavat kaikki tai ei mitään lakia. Ystävyys voi olla suurta tai pientä. Ystävän odotetaan jakavan sen kuvan itsestään mikä ihmisellä on itsestään. Ystävyksillä pitäisi olla samanlainen kuva toisistaan kuin heillä on itsestään tai ainakin samankaltainen. (Senioripysäkki 2008, 115–116.)

Terapiaryhmässä voidaan keskustella mitä ystävyys on? Potilas voi sanoa, että kissa voi olla hänen ystävänsä tai perheen jäsen, esimerkiksi äiti. Joillekin potilaille on tärkeää, että tulee paikalle sovituna ajankohtana. Puhuminen voi olla vaikeaa mutta hiljainenkin ryhmän jäsen on aktiivisesti ryhmäprosessissa mukana. Teemana ystävyys voivat nostaa seksuaalisia tunteita, jos ryhmässä on naisia ja miehiä. Mahdollisissa ryhmän jälkeisistä tapaamisista voi olla keskustelun aiheena mahdollinen kotona oleva puoliso. Ryhmäläisiä voi askarruttaa puolison suhtautuminen tapaamisiin joissa on vastaisen sukupuolen edustajia. Aihe voi aiheuttaa kiivastakin keskustelua, kun arvomaailmat törmäävät. Tällaisessa tilanteessa terapeutti voi kysyä miksi ja mistä tällaiset tunteet nousevat pintaan. (Senioripysäkki 2008, 117.)

**Häpeän** kehitys alkaa heti kun ihminen vetää ensimmäisen hengenvedon, tästä alkaa elämän mittainen taistelu häpeää vastaan. Pieneltä tuntuvakin asia kuin katsekontaktin puuttuminen vaikuttavat lapsen häpeän kokemiseen. Pelko hylkäämisestä tai hylätyksi tulemisesta on yhteydessä häpeän kehittymiseen. Ensimmäisten elinkuukausien aikana, jos lapsella ei ole turvallista ja läheistä ihmishuuhdetta, se johtaa syvään kokemukseen hylätyksi tulemisesta. Pienelle lapselle ei riitä pelkkä ruokkiminen ja puhtaudesta huolehtiminen, lapsi tarvitsee äidin myös tunnetasolla. Häpeän kokemukseen riittää, että lapsi ei koe olevansa vanhemmilleen tärkeä ja arvokas. Lapsi kuitenkin oppii pärjäämään eikä hae turvaa vanhemmilta, vaikka sitä kuitenkin tarvitsisikin. Yrittäminen on yksi keino selviytyä hylkäämiseltä, joka kuitenkin sulkee lapsen yksinäiseen vankilaansa. (Senioripysäkki 2008, 118–119.)

Vanhempien aktiivisen tai passiivisen toiminnan seurauksena syntyy lapsen sisäistetty häpeä. Aktiiviseksi toiminnaksi voidaan luetella esimerkiksi häpäiseminen, tarpeiden sivuuttaminen tai nöyryyttäminen. Passiivisena toimintana ovat esimerkiksi passiivinen tunteettomuus ja välinpitämättömyys. Häpeän syntyminen ei kuitenkaan rajoitu pelkkään lapsuuteen vaan myös nuoruuden ja aikuisuuden kokemukset muodostavat vahvan merkityksen. Esimerkkinä alkoholia käyttävä lähimmäinen, saa aikaan kaikissa ikäryhmissä häpeän tunteita. (Senioripysäkki 2008, 119.)

Kasvatus menetelmät aikaisemmin perustuvat yleensä syyllisyyteen ja häpeään. Lapseen siirretään tiedostamattomasti omat häpeän kokemukset. Jotkut vanhemmat käyttävät nöyryytystä valitettavasti kasvatusmetodinään. Tunne mitättömyydestä, riittämättömyydestä ja alemmuudesta ovat voimakkaita häpeän aiheuttajia. (Senioripysäkki 2008, 120.)

Hoidettavana oleminen ja sairastuminen saa aikaan tunteita elämänhallinnan ja kaikkivoipaisuuden menettämisestä. Tunteiden muodostuminen laukaisee häpeän ja heikkouden tunnereaktion. Kyky turvautua toisen apuun, kyky selviytyä ja pärjääminen on tervettä riippumattomuutta. Riippuvuutta ei ole jos tarvitsee toisen apua, vaan se on turvautumista toiseen avun hetkellä. (Senioripysäkki 2008, 120.)

Lapsena koetut mallit häpeän kokemuksesta muuttuvat osaksi minuutta. Häpeä vaikuttaa toiminnassa ja ajattelussa, vaikka häpeän aiheuttajat ovat poistuneet. Tunteet epätäydellisyydestä riittämättömyydestä ja arvottomuudesta tulevat, kun häpeä kahlitsee elämää. Häpeä voi olla niin syvällä

alitajunnassa, että ihminen ei voi tunnistaa sitä. Tunteet häpeästä voivat tulla pintaan esimerkiksi sanan tai tapahtuman avulla, se ilmenee loukkaantumisen, suuttumuksen tai hylkäämisen tunteena. Ihmisen oppiessa tunnistamaan häpeänsä, hän oppii tunnistamaan, minkä häpeän on menneisyydessä tuottanut. Tarkempi tarkastelu auttaa potilasta ymmärtämään itseään ja reaktioitaan. (Senioripysäkki 2008, 121.)

Häpeä tulee ongelmaksi silloin kun yrittää kieltää sen olemassa olon, torjua tai piilottaa. Häpeän tarkoituksena on rakentaa ihmisyyttä ja suojata ihmistä. Ilman sitä ei ole elämää ja ihmisyyttä. Ihmisen ei tarvitse osata kaikkea. Häpeää pitää osata käsitellä ja sietää. Terapiaryhmässä tästä aiheesta voi olla vaikea puhua jolloin ohjaajan tulee luotsata ryhmää eteenpäin. (Senioripysäkki 2008, 121–122.)

**Syällisyys** on seuraus jostakin väärin tehdystä tai tekemättömästä teosta. Syällisyyden tunnistaa helpommin kuin häpeän (Laitinen 2002, 23). Lapsuudessa syntyy aikuisiän epämääräiset syällisyyden tunteet. Esimerkiksi vanhemmat voivat lapselle sanoa ”Mikä sinussa on vikana, kun olet tuollainen? Etkö edes häpeä” (Senioripysäkki 2008, 122). Lapsi kuvittelee vanhemman aseman vuoksi, että hänessä on jokin vikana. Jatkuva arvostelu tai syällistäminen lisää syällisyyden tunteita. Kun lapsi kuulee koko lapsuutensa ajan syällistämistä, niin hän alkaa itsekkin uskoa syällisyyteen koski asia mitä tahansa. (Senioripysäkki 2008, 122.)

Kokiessaan syällisyyttä ihminen tietää tehneensä vastoin sitä minkä kokee oikeaksi. Tiettyyn tapahtumaan voi kokea häpeää eikä sitä ole pystynyt käsittelemään, se kätketään syällisyyden tunteeseen. Ihminen haluaa korjata tapahtuneen ja katuu tehnyttä, mutta jos ihminen ei pysty korjaamaan tilannetta ja kokee olevansa huono, muuttuu tällöin syällisyys häpeäksi. (Malinen 2005, 185–186.)

”Ohjaaja voi auttaa ryhmäläisiä käsittelemään syällisyys teemaa seuraavilla kysymyksillä:

- Mitä syällisyys mielestäsi on?
- Millaisia tunteita sinulle tulee syällisyydestä?
- Millaisista asioista koet syällisyyttä?
- Koetko syällisyyttä sellaisista asioista, jotka ovat selvästi ympäristön tuomitsemia, mutta jotka itse hyväksyisit?” (Senioripysäkki 2008, 123.)

Kokiessaan toista ihmistä kohtaan usein **vihaa** ja kiukkua, ihminen voi kärsiä syvästä häpeän tunteesta. Taustalla voi olla tunnusomaisia merkkejä kuten ahdistusta, riittämättömyyden tunnetta ja pelkoa. Viha tunteena on sallitumpaa näyttää kuin häpeä. Tuntiessaan häpeää ihminen kääntyy sisäänpäin, tuntiessaan vihaa ihminen tuo tunteensa ulospäin. Ihmisen on helpompi siirtää häpeän tunne vihana ulospäin ja etäännyttää pois itsestä. Lapsuuden kokemukset esimerkiksi toisia ei saa vihata, voivat muuttaa ulospäinsuutautuvan vihan sisäänpäin, itsevihaksi. Kiltin lapsen rooli lapsuudessa, jolloin on kokenut väkivaltaa, voi aikuisuudessa heijastua vihana itseään kohtaan. Lapsi joka lapsuudessaan kokee väkivaltaa, on tutkimuksien mukaan väkivaltaisempi aikuisena. (Schulman 2004, 150; Senioripysäkki 2008, 123.) Tukahdutettu viha voi purkautua hallitsemattomasti raivonpurkauksena, myös ryhmäterapien aikana (Senioripysäkki 2008, 123).



Traumaattiset kokemukset kehittyvät varhaislapsuuden aikana, silloin ihmisen persoonallisuus on hauraimmillaan. Pienelle lapselle paniikkiahdistus voi tallentua traumaksi ja jos traumoja tulee liian paljon eri osa-alueilla, sitä enemmän lapselle tulee ongelmia myöhäisiällä. Aikuisen ollessa paikalla lohduttamassa ja suojaamassa kokemus tasoittuu ja trauma ei synny. (Schulman 2004, 149-150.)

Vihaa voi olla tervettä ja tuhoavaa. Viha voi edistää elämää ja synnyttää uutta, mutta se voi olla elämää tukahduttavaa. Tuhoavaa vihaa on varottava, se ei saa muuttua väkivallaksi. Sitä on jalostettava, sillä ei saa tuhota itseään eikä muita. Vihan kautta voi kasvaa ja kypsyä mutta se vaatii työtä, jos sitä ei ilmaise se voi muuttua fyysiseksi (somaattinen oire) tai masennukseksi. (Senioripysäkki 2008, 103.)

Käsitteet ymmärtäminen ja hyväksyminen sekoitetaan usein toisiinsa. Väkivallan ymmärtäminen ei tarkoita sen hyväksymistä vaan asian käsittämistä ja oivaltamista. Empatia on olemista ja eläytymistä toisen asemaan, se ei ole sääliä tai hyväksymistä. Terapiaryhmässä on tärkeää, että viha puhutaan pois. Aggressio ryhmässä herättää terapeutin vihan, tässä tilanteessa on tärkeää, että terapeutti vastaanottaa ja palauttaa vihan sulatettuna. Terapiaryhmän tulee olla turvallinen kaikille osapuolille, jotta kaikki piilotajunnan eri osa-alueet tulee ilmi. Terapeutin tulee olla tietoinen omista ahdistuksen kohteista, jotta osaa olla avuksi potilaille. (Schulman 2004, 150, 153.)

**Iän** kokemukseen vaikuttaa fyysiset tekijät esimerkiksi kuulo, näkö ja terveys. Tämänhetkiset ikäihmiset ovat eläneet muutosten kautta. Heidän ollessa lapsia ei yhteiskuntamme ollut vielä hyvinvointivaltio. Sisaruksia oli paljon ja he elivät aineellisesti köyhinä. Puolison menettäminen lisää haavoittuvuutta elämään. Menetykset ympärillä lisääntyvät, läheiset kuolevat. Käsitys terveydestä muuttuu. Vanhetessaan ihminen joutuu luopumaan tutusta ruumiinkuvastaan, kun keho vanhenee ja muuttuu. Ihminen saattaa tarvita ulkopuolisen apua. Ihminen joutuu kokemaan luopumista ja suree muutosta. (Senioripysäkki 2008, 126.)

Erilaiset säryt ja kivut ovat tunnusomaisia merkkejä keholta ikääntyvälle. Vanhus ilmaisee kehollaan ahdistusta, masennusta, seksuaalisuutta, yksinäisyyttä ja levottomuutta. Ilmaisulla vanhus hakee vuorovaikutusta ja lohtua ahdistukseensa. Väsymys on jokapäiväistä, ja tämän hyväksyminen voi olla vanhukselle vaikeaa. Väsymyksen myötä kaikki on hitaampaa ja vaivalloisempaa. Ikääntynyt muistelee mielellään, elämä voi näyttäytyä rikkaana mutta myös surullisena. Elämä on kasvattanut ihmisen viisaaksi. (Senioripysäkki 2008, 126-127.)

Elämän päättymistä ei voi enää ikääntynyt torjua ajatusmaailmasta. Hyvin moni ikääntynyt kokee kuoleman luonnollisena poistumana ja jollain tavalla hyväksyttävänä tapahtumana. Kuitenkin osa ikääntyneistä voi kokea kuoleman pelkoa. Keskustelemalla pystytään muuttamaan käsitystä laajempaan kokonaisuuteen, jolloin se voidaan nähdä ja ymmärtää paremmin. (Senioripysäkki 2008, 127.)

**Tarpeettomuuden tunne** ja elämän tarkoitus sijoittuvat hyvin lähelle toisiaan. Pohdittaessa elämän tarkoitusta, itseltään voi kysyä onko hänen elämänsä elämisen arvoista miksi ja missä määrin?

Keskeisin elämää ylläpitävä tavoite olisi etsiä elämänsä tarkoitusta. Ihmisellä ollessaan elämäntarkoituksensa hän kokee tyytyväisyyttä ja elämänhalua. Elämän ollessa tarkoitukseton, elämästä häviää elämänhalu. (Senioripysäkki 2008, 129.)

Ihmiset eivät halua ajalehtia päämäärättömästi vaan olla autonomisia ja aktiivisia. Aktiivisuudesta voidaan puhua myös elämän ja arjen hallintana. Tarkoituksettomuus voi sysätä ihmistä pohdiskelemaan elämäänsä. Kuitenkin tarkoituksettomuus voi ajaa ihmisen tuntemaan ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Päihteiden käytön taustalla voi olla elämän tarkoituksen uupuminen. Ääritapauksissa elämän tarkoituksettomuus voi ajaa ihmisen itsemurhaan. (Senioripysäkki 2008, 129-130.)

Elämälle ei määrätä valmiiksi tarkoitusta, ihminen valintojensa kautta hakee itselleen tarkoituksen. Ihminen on sitä mitä hän tekee, tämän valinnan vapauden vuoksi voi tuntea epävarmuutta ja epävarmuus voi tuoda ahdistusta. Ihminen ei voi vaikuttaa aina kaikkeen, jolloin elämän hallinta ei ole yksilön käsissä. Elämässä on annettava anteeksi toisia ja itseään kohtaan. (Senioripysäkki 2008, 130-131.)

**Luopuminen** alkaa jo elämän alkutaipaleella. Erilaiset kehityksen häiriöt saattavat aikuisiällä vaikuttaa ihmissuhteisiin ja hankaloittaa niitä. Ihmiselle tapahtuva äkillinen menetys voi johtaa sen kieltämiseen. Suruprosessissa menetetyn läsnäolon kokeminen suojaa mieltä siihen asti, että ihminen pystyy todellisen menetyksen psyykkisesti käsittelemään. Ihminen voi menetetyistä henkilöistä nähdä unta ja nähdä hänet niissä elävänä sekä vahvana. Unet lopulta kuitenkin heikkenevät ja loppuvat. (Senioripysäkki 2008, 132-133.)

Ihmisen surutyössä menetetyn kanssa vietetyt hetket palaavat ajatuksiin. Jokaisen mielessä käyvän hetken aikana todellisuus vahvenee, että kuollut on menneisyyttä. Menneisyyteen siirtynyt ihminen tuo nyt muistoja. Hyvistä ja huonoista muistoista kasaantuu kokonaiskuva menetetyistä ihmisistä. Mitä enemmän menetetty on merkinnyt, sitä rankempi prosessi se on ihmisen psyykelle. (Senioripysäkki 2008, 133-134.)

Ihmiselämään kuuluu menetyksiä ja niiden kanssa on tultava toimeen. Syntymästä **kuolemaan** ihminen haluaa säilyttää, omistaa ja saavuttaa sen mitä on itselleen pitänyt tärkeänä. Jokainen asia on kuitenkin katoavaista ja väliaikaista. Ihminen kokee tapahtumat muistojen ja mielikuvien kautta. Menneisyyteen voi jäädä kiinni muistojen avulla mitä ei enää ole. Nykyhetki voi jäädä toissijaiseksi ja ihminen jää mielikuvamaailmaansa. Muistaminen ja muistot ovat tärkeä osa elämässä, kun ihminen jää elämään niitä uudestaan ja uudestaan, silloin menettää kyvyn elää nykyhetkessä. (Senioripysäkki 2008, 134.)

Äkillinen puolison kuolema aiheuttaa voimakkaan psyykkisen kriisin. Leskeydestä voi aiheutua turvattomuuden tunnetta. Tuskallinen suru voi aiheuttaa sen, että kieltää yksinkertaisesti surun ja suojautuu siltä. Surua tulisi osata ilmaista, muuten se heijastuu somaattisena tai psyykkisenä oireena. Ihminen kuvittelee näkevänsä menetetyn, todellisuudessa hän näkee hallusinatorisena kuvitelmana

läheisen. Surussa ihminen saattaa tuntea syyllisyyttä, hän kuitenkin työstää ja löytää korjaavia kokemuksia. Aikaisemmin onnistuneet surun käsittelyt helpottavat uusien menetysten kohtaamisessa. (Senioripysäkki 2008, 135.)

Jokaisen elävän elämän on tarkoitus syntyä, elää ja lopulta kuolla. Vanhuudessa muistelemisella on suuri merkitys. Muisteluilla kerrataan elettyä elämää ja valmistaudutaan kuolemaan. Ikääntynyt ollessaan ymmällään ja eksyksissä hän herkästi turvautuu muistoihin. Mieleen tulleita ikäviä muistoja ei haluaisi muistella. Kuoleman miettiminen ja sen ennakointi pohjautuvat mielikuville joita olemme lukeneet ja kuulleet. Kenelläkään ei ole konkreettista kokemusta kuolemasta, joten kuoleman pelko ilmenee mielikuvista, joita olemme mielessämme luoneet. (Senioripysäkki 2008, 137.)

Itsemurha, joka tapahtuu terapiaryhmän aikana, on aina viesti. Itsemurhan tekijä haluaa silloin syyllistää terapeutin, ryhmän jäsenen tai omaisen. Terapiaryhmässä tulisi aina keskustella avoimesti itsemurhasta ja myöskin sen yrittämisestä, sekä niitä nostattavista tunteista. Kuolemasta on hyvä puhua vapaasti, joihinkin se vaikuttaa eri lailla, ja ihmiset käsittelevät sen esimerkiksi uskontonsa kautta. Kuolema teemaa voi olla vaikea lähestyä, jolloin terapeutti on avain asemassa keskustelun herättämisessä. (Senioripysäkki 2008, 138.)

**Kuka minä olen?** Biologisen syntymän jälkeen minuuden kehitys alkaa. Minuuden kehitys syntyy vuorovaikutussuhteessa vanhempien kanssa. Lapsen jäädessä ilman hoivaa ja turvaa voi lapsen tunne elämä jäädä vajavaiseksi, tunne-elämä on hajanaista sekä vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa. Vastasyntynyt ei osaa erottaa mihin hän loppuu ja mistä ulkomaailma alkaa, äidin lämpö on hänen omaa lämpöään. Lapsen tehdessä sattumalta jotain vanhempien mielestä mukavaa niin häntä ihailaan. Lapsi tuntee olonsa hyväksytyksi, nämä ovat ensimmäisiä kokemuksia itsetunnon pohjan kehittymisestä. (Senioripysäkki 2008, 139.)

Lapsi kehittää identiteettiään samaistumalla vanhempaansa. Identiteetti on sitä että, minä on pysyvä ja tuntee varmuutta itsestään sekä tietää keneksi on kasvamassa. Identiteetin kehityksen jäädessä vajavaiseksi ihminen ei tiedä kuka on ja hän ei tunne oloaan hyväksytyksi. Seurauksena voi kehittyä heikko itsetunto. (Senioripysäkki 2008, 139-140.)

Hyvin kehittynyt minä ei tarkoita, että elämä olisi vapaa ongelmista ja siitä kumpuavasta ahdistuksesta. Kypsä minä pystyy käsittelemään ja kohtaamaan elämän ahdistuksen tunteet ja pettymykset. Elämäkokemukset muokkaavat minuutta koko ajan. Varhaislapsuudessa muutokset ovat suurempia kuin myöhemmällä iällä. Ihminen pyrkii kasvamaan läpi elämän. Lapsuudessa ja nuoruudessa minuus kehittyy, keskiässä ja tämän jälkeen ihminen pystyy kohtaamaan oman minuutensa ja tulla toimeen. (Senioripysäkki 2008, 140.)

Jokaiselle **elämän kohokohdat** merkitsevät eri asioita. Keski-ikäiselle merkitsee esimerkiksi isovanhemmaksi tulo, nuorelle aikuiselle lapsen saaminen. Tämän teeman aikana voi terapiaryhmässä keskustelun muoto muuttua, kun jokainen on saanut kertoa elämänsä kohokohdat. Pinnan alla kytevät ja mieltä kaiheartavat asiat saattavat nousta nyt pintaan. (Senioripysäkki 2008, 143-145.)

**Avun pyytäminen** osoittaa heikkoutta. Länsimaisessa kulttuurissa koetaan nuoruus ja sen aktiivisuus paremmaksi kuin vanhuus ja hitaus. Vanhuus merkitsee enemmän hyvän elämän vastakohtaa. Aasialaisessa sekä afrikkalaisessa kulttuurissa asiat koetaan päinvastoin. Vanhuudessa oma hitaus ja voimien vähyys koetaan häpeälliseksi. Avuttomuus ja toisen avusta riippuvaisuus sairauden tai vanhuuden vuoksi vaikuttaa toiminnalliseen itsenäisyyteen. Ihmiset pyrkivät ja yrittää pärjätä omillaan mahdollisimman pitkään. (Senioripysäkki 2008, 146–148.)

**Ihmissuhdeverkostot** kuuluvat ihmisen elinpiiriin. Jokainen ryhmäläinen on saanut edellisellä kerralla kotitehtäväkseen piirtää ihmissuhteet, joita heidän elämässä on. Tarkoituksena kotitehtävällä on kuvata kaikki ihmissuhteet, joita ryhmäläisellä on arjessaan. Seuraavalle kerralle ryhmäläinen ymmärtää eri lailla ihmissuhdeverkostonsa ja sen merkityksen sekä saavat uusia näkökulmia. (Senioripysäkki 2008, 149–150.)

Ryhmäläinen huomaa usein, että hänen verkostonsa onkin huomattavasti laajempi mitä hän on kuvitellut. Joillekin tämä asia saattaa tuottaa ahdistuksen tunnetta, koska heillä kontaktit saattavat rajoittua vain hoitavaan henkilökuntaan tai etäiseksi jääneeseen sukulaiseen. Terapiaryhmä terapeutin avulla motivoivat ja tukevat myötätuntoisesti ja hakee ratkaisuja verkoston laajentamiseksi. (Senioripysäkki 2008, 151.)

**Kuinka tästä eteenpäin?** Viimeiseen tapaamiseen yleensä kaikki terapeutti sekä ryhmäläiset tulevat haikein mielin. Jotkut joilla saattaa olla menneisyydessä eroamiseen tai luopumiseen ahdistavia tunteita saattavat jäädä kokonaan pois. Tällöin poissaolosta tulisi keskustella terapiaryhmässä. Viimeisellä kerralla ryhmäläinen saattaa kertoa jotain mitä on pidätellyt koko ryhmän ajan, esimerkiksi itsemurha yritystä tai sen suunnittelua. (Senioripysäkki 2008, 153.)

Viimeisellä tapaamiskerralla joku saattaa alkaa itkeä surusta, kun ryhmäläiset eivät tapaa enää. Terapeutin on hyvä tehdä väliintulo ja ilmaista että hänelläkin on haikea olo, mutta he ovat hänen mielessään vielä pitkän ajan, vaikka he eivät tule enää tapaamaan näissä merkeissä. Ryhmäläisen halutessa voi halata, mutta terapeutti ei tee aloitetta siihen. (Senioripysäkki 2008, 154.)

## 4 PSYKOTERAPIAN TULOKSELLISUUDEN ARVIOINTI JA HAASTEET

Sairaanhoidon laadun parantaminen ja varmistaminen vaativat, että terveydenhuollon terveyshyötyjä seurataan. Terveydenhuollon työntekijöiden tavoitteena on vaikuttava terveydenhuolto, joka tuottaa potilaille terveyshyötyä ja parantaa heidän sairauksiaan, oireitaan tai lievittää kärsimystä. (Suomen kuntaliitto 2011, 15.)

Suomessa on tehty terveydenhuollon menetelmien arviointia jo hieman yli 20 vuotta. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja päätöksentekoa varten tarvitaan vaikuttavuustietoa, kun päätehtään esimerkiksi hoidon linjauksista, määrärahojen käytöstä ja hankintojen tekemisestä. (THL 2016). Tavoitteena on tieteellisesti perustellun ja korkeatasoisen tiedon käyttö tukena ja perusteluna terveydenhuoltoa koskevaan päätöksentekoon. (THL 2014.) Terveydenhuollon johdon näkökulmasta on oleellista, että hoitopäätökset perustuvat tutkittuun tietoon. Suomessa esimerkiksi Käypä hoito -suositukset, uusien menetelmien järkevää käyttöönottoa edistävä Halo-ohjelma ja terveydenhuollon menetelmien kirjallisuuskatsaukset edistävät tavoitetta. (Suomen kuntaliitto 2011, 15.) Näyttöön perustuvan lääketieteen yleistyessä myös psykoterapioiden tuloksellisuuden osoittamista on korostettu (Leiman 2004, 1).

### 4.1 Psykoterapian tuloksellisuus

Psykoterapian tuloksellisuutta eli sitä, tuottaako psykoterapia haluttua tai toivottua tulosta, voidaan tarkastella eri näkökulmista. Ensiksi kyse on tulostutkimuksesta (*outcome research*), jossa lähestymistapa on tarkastella psykoterapian tehoa. Toiseksi kyse on prosessitutkimuksesta (*process research*), joka koskee sitä, miten tulos syntyy. Psykoterapian tehoa (*efficacy*) hoitomenetelmänä tarkoitetaan hoitomenetelmän kykyä tuottaa haluttua vaikutusta tai optimaalista tulosta: tuottaako tämä tulosta oikein käytettynä sille kohderyhmälle tai häiriölle, jolle se on suunniteltu. Lisäksi voidaan tarkastella, mikä on hoitomenetelmän vaikuttavuus (*effectiveness*), mikä on vaikuttavuus palvelujärjestelmän arkisessa toiminnassa, miten tuloksellisena psykoterapia näyttäytyy eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden tuottamina. Keskeinen kysymys on myös terapiamenetelmien välillä olevat erot niiden tehossa ja vaikuttavuudesta. Mikä psykoterapiamenetelmä, kenen antamana ja mille asiakasryhmälle sovellettuna ja missä olosuhteissa tuottaa parhaimman tuloksen? Tätä kutsutaan suhteelliseksi tehoksi (*relative efficacy*). (Wahlström 2012, 36–37.)

Psykoterapian tuloksellisuutta määrittelee myös se, millä tavoin erilaiset muuttuvat tai muutettavissa olevat asiat vaikuttavat hoidon tulokseen. Tällaisia muuttujia ovat esimerkiksi terapian määrä ja pituus sekä asiakkaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja lähtökohdat. Lisäksi tähän vaikuttavat terapeutin koulutus, psykoterapiasuuntautuminen ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus eli terapiasuhde on myös tärkeä tulokseen vaikuttava muuttuja. (Wahlström 2012, 36–37.)

Psykoterapian vaikuttavuuteen voidaan etsiä vastausta vähintään kolmesta näkökulmasta. Voidaan tiedustella, miten tyytyväisiä psykoterapian käyttäjät ovat saavutetusta tuloksesta ja voidaan seurata, kuinka tuloksellisia psykoteraapeuttiset hoidot ovat luonnollisissa olosuhteissa. Tuloksellisuutta voidaan arvioida lisäksi kenttäkokein toimintayksiköiden arjessa. (Wahlström 2012, 51.)

Lyhyt- ja pitkäkestoisten psykoterapioiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Esimerkiksi lyhyiden psykoterapioiden vaikuttavuus on osoitettu yhtä hyväksi, kuin lääkityksen. Eroja eri lyhytterapioiden vaikuttavuuden välillä ei ole kuitenkaan löydetty. Pitkien psykodynaamisten terapioiden vaikuttavuutta on tutkittu vähän. Myös erilaisten lyhyiden ja pitkien terapiamuotojen vaikuttavuutta on vertailtu vähän. (Knekt, Lindorfs ja Laaksonen 2010.)

Psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuudesta on tutkimusnäyttöä. Sen tuloksellisuus on pääpiirteiltään samanlainen kuin muiden näyttöön perustuvien psykoterapiamuotojen. (Keinänen & Takalo 2013.) Taideterapian vaikuttavuudesta on tehty niukasti tutkimuksia. Englantilaisessa tutkimuksessa on osoitettu, että taideterapia on kustannusvaikuttava hoitomuoto, jolla on monia hyötyjä. Taideterapia auttaa mielenterveyspotilaita itseilmaisussa ja siten itsensä ymmärtämisessä. (Uttley ym. 2015.)

Psykoterapia on yksi tehokkaimmista kansaneläkelaitoksen kustantamista kuntoutusmuodoista. Suomen Akatemia ja lääkäriseuran Duodecimin (2006) tutkimustulosten mukaan psykoterapiaa saaneiden potilaiden tilanne terapian jälkeen on ollut selvästi parempi, kuin 80 prosentilla hoitoon hakeutumattomista joilla on todettu samoja oireita. (Saarinen 2010, 16–17.)

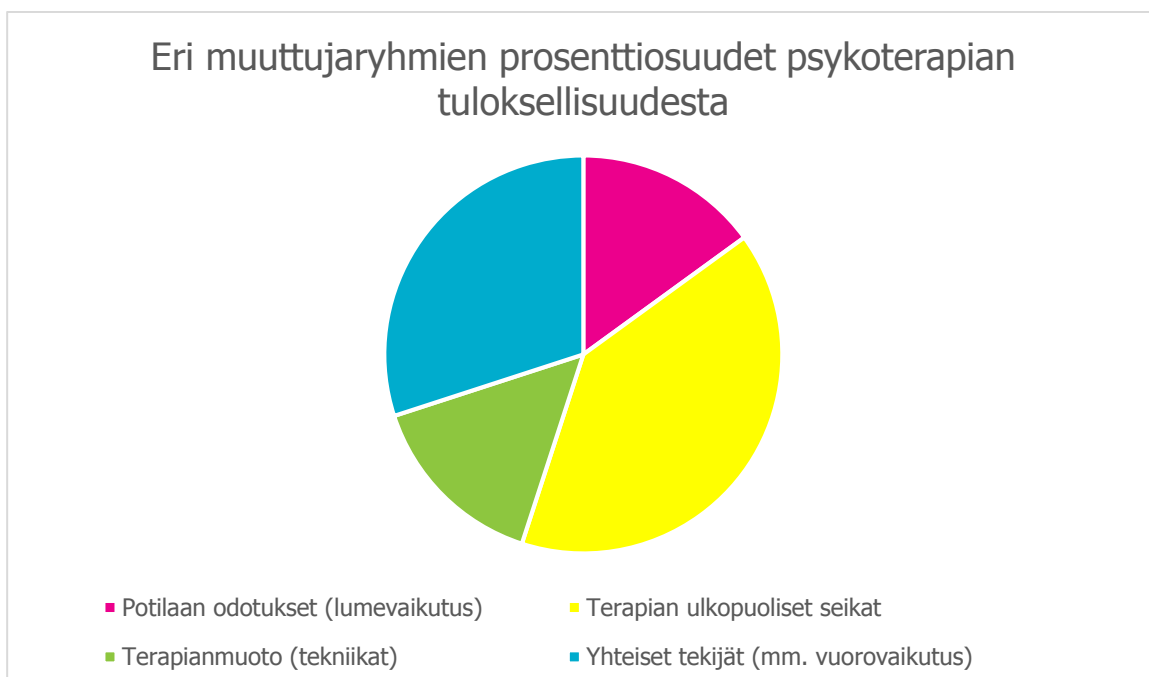
#### 4.2 Vaikuttavuustutkimusten ongelmallisuus psykoterapiassa

Leiman (2004, 1) kertoo katsauksessaan vaikuttavuustutkimuksen ongelmallisuudesta psykoterapiassa sekä esittelee toisenlaisia lähestymistapoja psykoterapiatutkimukseen. Yleisesti psykoterapiaa on pidetty vaikeasti tutkittavana aihealueena tieteessä. Psykoterapiaa on järjestelmällisesti tutkittu yli 50 vuoden ajan (ks. Vainikainen 2009). Psykoterapiatutkimuksiin on sovellettu lääketutkimuksesta peräisin olevia tutkimustapoja, satunnaistettua kokeellista ryhmävertailua, kultaisena standardina (Shedler 2015, 200). Esimerkiksi depression Käypä hoito -suositukset perustuvat kokeellisen ryhmävertailun tutkimusmenetelmään ja näistä saatuihin tutkimustietoon sekä meta-analyyzeihin. Myöhemmin on kuitenkin huomattu, että psykoterapioihin liittyy ominaisuuksia, jotka tekevät vaikuttavuuden arvioinnin tutkimisen ongelmalliseksi laajalti käytössä olevan kokeellisen ryhmävertailujen menetelmien keinoin. Tulokset ovat olleet epämääräisiä ja ristiriitaisia. (Leiman 2004, 1-2.)

Shedler (2015) kyseenalaistaa artikkelissaan näyttöön perustuvan psykoterapian tieteellisyyttä ja tuo esille terapiatutkimuksen ongelmakohtia. Hänen näkemyksensä mukaan ”näyttöön perustuva psykoterapia” on muotitermi, joka on menettänyt sen alkuperäisen tarkoituksensa. Näyttöön perustuvasta psykoterapiasta on tullut ikään kuin käsikirja tai ohjekirja, jossa asiakkaiden yksilölliselle ymmärtämiselle ei jätetä tilaa. Näyttöön perustuvia hoitomuotoja ei vielä psykoterapiassa harjoiteta laajasti.

Tutkimusnäyttö ei näyttöön perustuvan psykoterapian vaikutuksesta ole vahva. Esimerkiksi tutkimuskäytännöissä satunnaistetussa kontrollikokeessa saadaan kaunisteltuja tuloksia jo siitä syystä, että kokeeseen hyväksytään mukaan vain soveltuvat eli noin kolmasosa potilaista vaikka tosiasiasa kaksi kolmasosaa edustaa apua tarvitsevaa potilasryhmää. Shelder (2015) katsoo, että näyttöön perustuvan terapian ei voida osoittaa olevan sen asianmukaisempaa tai vaikuttavampaa, kuin muun terapian. (Shedler 2015, 198–201.)

Esimerkiksi vuonna 1970 Vanderbilt I -projektissa todettiin, että tuloksellisuuden osoittamisessa ryhmävertailun keinoin on hyvin paljon muuttujia ja näin ollen tuloksellisuuden arviointi oli ongelmallista. Huomattiin, että jo psykoterapian laadun osoittaminen samanlaiseksi on vaikeaa ja tutkimus on kallista terapioiden pitkän keston vuoksi. Mielenterveysongelmien moniulotteisen luonteen huomattiin tuovan ongelmallisuutta vaikuttavuuden arviointiin: potilaiden ongelmien yksilöllisyys oli vaihtelevaa, vaikka vertailuryhmät olivat koostettu mahdollisimman heterogeeniseksi. Potilaat oireilevat, suhtautuvat sekä käsittelevät oireiluaan yksilöllisesti sekä toisaalta terapeuttien yksilöllinen ja vaihteleva työtapo vaikutti lopputulokseen. Myös psykoterapeutin toimintatavat ovat erilaisia riippuen potilaan tavasta käsitellä ongelmiaan. (Leiman 2004, 2–3.) Psykoterapiatutkimusta voidaan lähestyä painottamalla eri terapiamuotojen yhteisiä tekijöitä, jolloin tarkastellaan terapiaprosessia ilmiönä. (Leiman 2004, 4.)



KUVIO 1. Psykoterapiaan vaikuttavia tekijöitä. (Leiman 2015, 18.)

Leiman kuvaa psykoterapian tuloksellisuuden muuttuvia tekijöitä. (Kuvio 1.) Esimerkiksi terapeutin empaattisuus ja positiivinen yhteistyösuhde terapeutin ja potilaan välillä ovat osoittautuneet selkeästi parhaiten korreloivaksi hoidon tuloksellisuuteen. Nämä yhteiset tekijät muodostavat tuloksellisuudesta 30 prosenttia. Muita tuloksellisuustekijöitä ovat potilaan odotukset (15 prosenttia), terapia-

muodon ja tekniikan vaikutus vain 15 prosenttia ja terapian ulkopuoliset, hoitoa tukevien ja ehkäisevien elämäolosuhteiden ja muutosten osuus jopa 40 prosenttia. (Leiman 2004, 4.) Tietoa terapeutisesta prosessista ja siitä, mitä siinä tapahtuu, on toistaiseksi melko vähän (Weiste 2016).

#### 4.3 Arviointimittarit ja niiden ongelmia psykoterapiassa

McDowellin (2006) mukaan psyykkisten ongelmien tai hyvinvoinnin arvioinnissa käytettyjen mittareiden kehitys on kulkenut kolmivaiheisesti. Ensimmäiset mittariasteikot muodostuivat oireluetteloiksi. Mittareilla on kuvattu mielenterveyden ongelmia somaattisten tai psyykkisten oireiden perusteella, jolloin mielen positiivisia ulottuvuuksia ei arvioitu. Hyvinvointikyselyt tulivat toisena kehitysvaiheena, joissa kartoitettiin subjektiivista hyvinvointia ja huomioitiin positiivisen psykologian näkökulma. Oiremittarit ovat kuitenkin tehokkaita mielenterveysongelmien diagnosoimisessa määrittelyssä. Kolmantena kehitysvaiheena syntyi itsearviointimittarit, joissa yhdistettiin oirekuvaukset sekä hyvinvointia kartoittavat kysymykset. (Lehmus ja Törmänen 2015, 3.)

Psykoterapian tuloksen arvioiminen on riippuvainen siitä, mitä mitataan ja miten mittaria käytetään. Arviointiasteikot liittyvät psykiatriseen diagnostiikkaan, psykososiaaliseen toimintakykyyn, personaaliseen toimintaan, psyykkisiin oireisiin tai niitä kehitetty näiden yhdistelmänä. (Wahlström 2012, 40.) Itsearviointiin on kehitetty runsaasti erilaisia mittareita. Esimerkiksi paljon käytössä oleva BDI eli Beckin masennusoirekysely on itsearviointimittari, joka on psyykkisten oireiden mittari. Kyseisen mittarin on katsottu olevan useiden tutkimusten mukaan pätevä mittaamaan masennuksen vakavuusastetta. Beckin masennusoirekyselyssä on 21 masennusta kuvaavaa oirekategoriaa ja jokaisessa niistä on neljä voimakkuudeltaan vahvistuvaa vastausvaihtoehtoa. Kyseiset väittämät liittyvät vastaajan tunne-, käytös- ja somaattiseen oireiluun. (Lehmus ja Törmänen 2015, 3-7.)

Tutkimusten mukaan esimerkiksi BDI ei erottele lääkehoito- tai psykoterapiaryhmiä hoitojen alussa kuin 1,5 vuoden seuranta-aikana. Kuitenkin potilaiden tekemät itsearviointit seurantamittauksissa erottelivat hyvin selkeästi ne lumeryhmästä. Itsearviointitutkimuksessa arvioinnit koskivat potilaiden kokemia muutoksia esimerkiksi kyvyssään masennusoireiden tunnistamisissa, negatiivisten ajatusten hallinnassa tai toimimisessa paremmin sekä rakentavammin lähi- ja ihmissuhteissaan. Oiremittarit ovat siis ongelmallisia psyykkisten ilmiöiden arvioinnissa. Asteikon muotoon laadittu itsearvio ei ole välttämättä tieteellisempää, kuin koehenkilön omia kokemuksia arvioiva haastatteluaineisto, vaikka näin paljon oletetaan. (Leiman 2004, 7.)

Psyykkisille ongelmille ja niiden muutoksille ominaista on kehityksellisyys; psykoterapiassa potilaan alkutilanne kehittyy siten, että se muuttuu lopputilanteeseen nähden eli ongelmallinen alkutilanne muuttaa muotoaan. Jos tällöin käytetään samaa mittaria alku- ja lopputilanteessa, se on virheellinen menettelytapa. Tällöin koehenkilö ei enää vastaa mittariin samoin perustein, vaan arviointiperuste on muuttunut psykoterapian tuloksena. Saman mittarin käyttäminen ei myöskään enää tavoita mahdollisesti uusia asioita tai ilmiöitä, joita psykoterapia on saanut ihmisessä aikaan. (Leiman 2004, 7.)



## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa KYS:n Siilinjärven psykiatrian poliklinikalle itsearviointilomake Mielenkuvia-psykoterapiaryhmään. Toimeksianto liittyi tarpeeseen arvioida terapian vaikuttavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että henkilökunta voi kehittää lomakkeen palautteiden ja saadun tiedon pohjalta omaa työtään ja saada tietoa myös ryhmän toimivuuden arvioimiseksi. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän toimintaa arvioimalla voidaan jatkossa parantaa hoidon laatua. Itsearviointilomakkeella saatavaa tietoa voidaan käyttää yhtenä keinona arvioida ryhmäterapian hyötyä potilaille ja siten se voi toimia osana psykoterapiaryhmän vaikuttavuuden arviointia.

Lomakkeen avulla potilaat voivat arvioida Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä hoidon vaikutuksia sekä sen tuomia kokemuksia. Lomakkeella pyritään saamaan selville ryhmäterapian päätyttyä vaikutuksia potilaan tämänhetkiseen vointiin, tulevaisuuden näkymiin ja vuorovaikutustaitoihin. Lisäksi potilaat voivat antaa palautetta ohjaajista ja ryhmän toiminnasta. Itsearviointilomake kehitettiin siten, että tulokset ovat helposti koostettavissa ja luettavissa. Itsearviointilomakkeen kehittämisen lähtökohdaksi oli aiemmin opinnäytetyönä kehitetty itsearviointilomake (Nivalainen 2009). Aiempi itsearviointilomake oli koettu liian pitkäksi ja vaikeaksi täyttää.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toiminnallinen kehittämistyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön muoto. Kehitystyön vuoksi tämä opinnäytetyö luetaan toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään aina konkreettinen tuote. Tämä tuote voi olla esimerkiksi ohjeistus tai tietopaketti. Tässä opinnäytetyössä työn rajausta on tehty siten, että tuotamme vain itsearviointilomakelomakkeen toimeksiantajalle. Lopullisena produktiona on käytännönläheinen ja helposti täytettävä itsearviointilomake. Työssä pyritään osoittamaan myös mihin käsitteisiin ja tietoperustaan itsearviointilomakkeen kehittäminen perustuu. Raportointi lomakkeen kehittymisen vaiheista ja prosessista on olennainen osa opinnäytetyötä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 51–52.) Prosessikuvauksesta selviää, millainen on ongelma ja millaisin tavoin siihen etsitään vastausta. Siitä selviää myös, mitä eri ratkaisuja ja valintoja on jouduttu eri vaiheissa tekemään itsearviointilomakkeen kehittämisessä. (Vilka ja Airaksinen 2003, 82.)

Haimme teorian tiedolla tietoperustan Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän lähestymistavoista, ryhmäpsykoterapiasta sekä vaikutuksen ja tuloksellisuuden arvioinnista ja sen menetelmistä. Tiedonhankinta on prosessi, perehdytään tutkittavaan aineistoon riittävän laajasti. Tiedonhankintaan kuuluu myös hakusanojen määrittäminen. (Lapin yliopisto 2017). Tiedonhakuna käytimme pääasiassa alan kirjallisuutta sekä suoraan toimeksiantajalta saatua tietoa. Käytimme hakusanoja psykoterapia, psykodynaaminen, ryhmäterapia, kuvataideterapia, tuloksellisuus, vaikuttavuus ja näiden yhdistelmiä. Pääasiallisina hakukoneina olivat Google Scholar ja Käypä hoito. Käytimme lisäksi muita tietokantoja, kuten esimerkiksi Chinahl, PubMed, mutta tiedonhaku näitä kanavia käyttäen tuntui haasteelliselta, joten käytimme enimmäkseen kotimaisia lähteitä. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä perustuu vahvasti HelsinkiMissionin ammatillisen ryhmäavun yksikön toimintamalliin. Toimeksiantajalta saatu materiaali senioripysäkestä oli vahvana lähteenä työssämme.

Saimme opinnäytetyön aiheen ideapankista 2016 keväällä ja otimme yhteyttä toimeksiantajan edustajaan, Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän psykoterapiakoulutuksen saaneeseen ohjaajaan. Ensin kävimme tutustumassa terapiaryhmän toimintaan ja haastattelimme edustajaa. Tällöin kävi ilmi, että Nivalainen oli tehnyt opinnäytetyönään aiheeseen liittyvän itsearviointilomakkeen ja testannut lomaketta (Nivalainen 2009). Toimeksiannoksi saimme rakentaa aiemman lomakkeen pohjalta tiivistetyn version huomioiden vaikuttavuuden näkökulman. Toimeksiantaja halusi, että itsearviointilomakkeen kysymykset muodostetaan positiivisesta näkökulmasta ja että lomake ja sen kysymykset suunnitellaan siten, että vastaaminen tuntuu potilaasta miellyttävältä ja helpolta. Kävimme syksyllä 2016 uudestaan keskustelemassa toimeksiantajan edustajien ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Tämän jälkeen lomakkeen kehittäminen varsinaisesti alkoi. Keväällä 2017 kävimme vielä edelleen keskustelemassa opinnäytetyön etenemisestä sekä hakemassa työllemme ohjausta ja tarkentavia kysymyksiä Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän toiminnasta. Lähetimme toimeksiantajalle tuotetut kysymykset arvioitavaksi kesäkuussa 2017. Tämän jälkeen muokkasimme kysymykset vielä toimeksiantajan ohjeiden tai ehdotusten mukaisesti. Tutkimuslupa (LIITE 2) allekirjoitettiin 9/6/2017.

## 7 ITSEARVIOINTILOMAKKEEN KEHITTÄMINEN MIELENKUVIA-PSYKOTERAPIARYHMÄÄN

Lomakkeen laatimisen perusehto on se, että tietää mihin etsii vastausta. Tämä vaatii aikaisempaan tutkimustietoon sekä aihealan kirjallisuuteen perehtymistä. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän tuloksellisuuden arvioimisessa on kyse potilaiden subjektiivisista kokemuksista hoidosta ja sen tehosta (ks. Wahlström 2012, 36). Tuloksellisuuden osoittaminen ja tuloksellisuuden mittaaminen on yleensäkin haasteellista psykoterapiassa. Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän kesto on noin puoli vuotta ja itsearviointilomake täytetään hoitojakson lopulla. On huomioitavaa, että vaikuttavuutta tai tuloksellisuuden arviointi antaa itsearviointilomakkeen avulla vain suuntaa-antavia tai viitteellisiä tuloksia. Terapian tuloksellisuuteen vaikuttavia muuttujia on paljon ja niihin vaikuttavat yhteisten tekijöiden lisäksi yksilölliset tekijät. Kuten Leiman (2004) myös toteaa, että esimerkiksi terapiamuodon ja tekniikan vaikutus lopulta varsin pieni. Elämänolosuhteiden muutoksilla on suuri merkitys. (Leiman 2004, 4.) Pelkästään itsearviointilomakkeen avulla ei ole mahdollista arvioida näiden tekijöiden vaikutuksia.

Nivalainen (2009) ryhmitteli laatimansa itsearviointilomakkeen sisällön neljään osa-alueeseen, joita olivat: ryhmän vaikutus tähänhetkiseen vointiin, ryhmän vaikutus tulevaisuuden näkymiin, ryhmän vaikutus vuorovaikutustaitoihin ja palautteeseen psykoterapiaryhmästä ja ohjaajista. Otimme aikaisemmin tuotetun lomakkeen kysymykset itsearviointilomakkeen kehittämisen pohjaksi. Säilytimme Nivalaisen (2009) esittämät osa-alueet, mutta yhdistelimme ja tiivistelimme kysymyksiä siten, että eri osa-alueiden olennainen sisältö korostuu. Kysymykset lomakkeeseen rakentuivat karkeasti osa-alueittain: Tunteet, psyykkiset- tai masennusoireet, vuorovaikutustaidot sekä ryhmäterapian toiminta. Lisäksi lomakkeen viimeiseen osioon sisältyi avoin osio, jossa lomakkeen täyttäjä voi omin sanoin kertoa kokemuksiaan tai ajatuksiaan Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä. Avoimen osion jättäminen lomakkeeseen oli toimeksiantajan toive. Avoin osio mahdollistaa lisäksi sen, että potilas voi tuoda esille sellaisia asioita, joita lomakkeen kysymykset eivät tavoita.

Kysymysten rakentumisen taustalla lomakkeessa oli kyse Mielenkuvia-psykoterapiaryhmä teemoista ja psykodynaamisen ajattelun kautta tunteet sekä tunteiden käsittely. Tavoitteena kuvataideterapiassa on tunteiden käsittäminen ja itseilmaisun kehittäminen. Terapian teemoja ovat yksinäisyys, masennus, lapsuus, perhesuhteet, ystävyys, häpeä, syyllisyys, viha, ikä, luopuminen, kuolema, ihmishuuhdeverkostot, kuka minä olen, elämän kohokohdat, avun pyytäminen ja kuinka tästä eteenpäin? Jokainen ryhmä koostuu aloituksesta, kuvallisesta työskentelystä, keskustelujaksosta ja ryhmän lopettamisesta. Kiinnitimme erityisesti huomioita kysymysten muotoilussa siihen, että itsearviointilomake täytetään terapiajakson päätyttyä.

Vilka (2007) kertoo onnistuneen lomakkeen lähtökohdista ja painottaa hyvän suunnitelman laatimista, joka on edellytys hyvälle mittarille. Lomakkeen kysymysten laatimisessa on varmistettava, että kysymykset mittaavat oikeaa ja haluttua asiaa. Tärkeää on, että kysymys on täsmällinen ja se ei sisällä turhia sanoja. Kysymysten laatimisessa on myös huomioitava se, että johdattelevatko kysymykset lomakkeeseen vastaajaa ja onko kysymyksessä kysytty vain yhtä asiaa. Huomioitavaa on myös, että vastaaja voi ymmärtää kysymyksen eri tavalla, kuin kysymysten laatijat. Kysymykset tu-

lisi olla laadittu siten, että niiden painoarvo ja laatu ovat samanlaisia. (Vilkka 2007, 64-70.) Itsearviointilomakkeessa kysymykset tulevat olla selkeitä, yksiselitteisiä ja olennaiseen keskittyviä. Kysymyksessä ei saa kysyä montaa asiaa kerrallaan. (Kytä s.a.) Pyrimme laatimaan kysymykset yksiselitteiseksi ja siten, että kysymykset eivät ole johdattelevia ja pysyvät painoarvoltaan samanlaisina. Yksi tärkeimmistä asioista on lisäksi huomioida kysymysten muotoilu sekä esitystapa (Vilkka 2007, 64). Kysymyksien asettelun käytännönläheisyys ja kysymysten positiivinen asettelu oli olennaista kysymyksiä laatiessa, jota myös toimeksiantaja toivoi.

Nivalainen (2009) oli opinnäytetyössään päätenyt Likert-asteikkoon, joten katsoimme johdonmukaiseksi käyttää lomakkeen laatimisessa samaa asteikkoa. Toimeksiantajan mielestä Likert-asteikon käyttäminen itsearviointilomakkeessa koettiin tässä tapauksessa myös parhaana ratkaisuna. Likert-asteikko on viisiportainen: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa. Likert-asteikossa tärkeää on, että asteikko muodostaa selkeän jatkumon ääripäästä toiseen. Ongelmaksi muodostuu niin sanottu keskimäinen vaihtoehto, jota sanotaan neutraaliksi vaihtoehdoksi. Vaihtoehto ”En osaa sanoa” voi kuitenkin olla muutakin kuin neutraali. Esimerkiksi vastaaja ei ymmärrä kysymyksen sisältöä tarpeeksi hyvin tai ei halua ilmaista kantaansa. (Vehkalahti 2008, 35–36.)

Lomakkeeseen ja sen vastaamiseen vaikuttavat useat tekijät riippumatta siitä, miten tai missä aiheisto kerätään. Valmista lomaketta ei voi enää korjata, kun siihen on vastattu. Lomake tulisi tästä syystä varmistaa ja tarkistaa etukäteen. (Vilkka 2007, 63.) Tässä opinnäytetyössä pystyttiin rajaamaan ja keskittämään itsearviointilomakkeen laatimiseen, koska Nivalainen (2009) on aiheesta tehnyt tutkimuksen ja toimeksiantaja oli tuonut esille tarkempia kehittämiskohteita aiempaan itsearviointilomakkeeseen.

Vastaajan kiinnostus aiheeseen on olennaista. Siksi on tärkeää huomioida, onko vastaajalla tietoa aiheesta mitä lomakkeella halutaan saada. Vastaajan tiedon puute aiheesta johtaa siihen, ettei vastaaja yleensä ole myöskään motivoitunut vastaamaan. Itsearviointilomakkeen laatimisessa on selvitettävä myös minkälainen on vastaajan mahdollisuus vastata kyselyyn eli tavoittaako kysely vastaajan. Lomaketta laatiessa on siis varmistettava, että vastaajilla on samanlaiset mahdollisuudet vastata kyselyyn. Esimerkiksi Internet-kyselyyn vastaaminen ei onnistu, jos ei ole mahdollisuutta käyttää tietokonetta tai Internetiä. (Vilkka 2007, 63–64.) Itsearviointilomakkeen täyttäminen tapahtuu Mielenkuvia-ryhmän potilaan ja terapeutin välisessä loppuhaastattelussa. Tällöin myös vastausprosentti pysyy suurempana. Asiassa on tosin huomioitavaa, että terapeutin läsnäololla voi olla vaikutusta potilaan vastauksen tuloksiin.

Visuaalisesti itsearviointilomakkeessa tulisi näkyä toimeksiantaja esimerkiksi logon muodossa. Lomakkeen on erottauduttava ja sen tulisi olla persoonallisen ja yksilöllisen näköinen sekä pohdittava millaisen huomionarvon lomake herättää kohderyhmässään. (Vilkka ja Airaksinen 2003, 53). Paperinen itsearviointilomake tehtiin persoonalliseksi ja houkuttelevaksi huomioimalla visuaalinen ilme, jotta lomakkeeseen vastaaminen on mielekästä. Toimeksiantajan tunnusten lisäksi teimme kansilehden kuvan. Teeman tuli olla rauhallinen ja seesteinen, esimerkiksi jonkinlainen maisemavalokuva.

Maisemavalokuvan ideasta ulkoasussa myöhemmin kuitenkin luovuttiin. Halusimme kansikuvan kuvataidetyyppisemmäksi, jotta se sopisi kuvataideterapiaan tai Mielenkuvia-psykoterapiaryhmän toimintaan paremmin. Lopulliseksi kansikuvaksi muodostui itse tekemämme silhuettityyppinen kuva tammesta. Lisäsimme kuvaan vielä värejä, jotta kansikuva toisi positiivisemmän mielikuvan lomakkeen täyttäjälle. (LIITE 1)

Teimme toimeksiantajan toiveiden ja Nivalaisen (2009) lomakkeen pohjalta alustavat kysymykset itsearviointilomaketta varten. Kysymyksiä tuolloin muodostui noin 30 kappaletta. Huomasimme vielä, että kysymyksissä oli edelleen paljon päällekkäisyyksiä, joten tiivistimme kysymyksiä vielä edelleen. Lopulliseksi kysymysmääräksi lomakkeeseen muodostui 17+1 kysymystä, joista yksi kysymys oli lomakkeen avoin kysymys (LIITE 1). Avoimeen osioon lomakkeeseen vastaaja voi vapaasti kertoa kokemuksiaan terapiasta tai antaa siitä palautetta. Katsoimme, että tällä kysymysmäärällä itsearviointilomake pysyy tarvittavan lyhyenä ja helppotäyttöisenä, on toimeksiantajan tarpeiden mukainen sekä kattaa tarvittavan lomakkeesta halutun tiedon.

Lähetimme toimeksiantajalle tuotetut 17+1 kysymystä arvioitavaksi kesäkuussa 2017, koska oli tärkeää saada toimeksiantajan mielipide kysymyksien soveltuvuudesta ja kuinka kysymykset palvelevat toimeksiantajan tarvetta. Toimeksiantaja kuvaili kysymyksiä ”Oikein hyväksi” ja kertoi, ettei parannettavaa juurikaan ole muutamaa kysymystä lukuun ottamatta. Toimeksiantaja kertoi, että neljässä kysymyksessä lauserakenne tai sanamuotoa olisi hyvä vielä muuttaa, jotta positiivisuus kysymyksissä säilyisi sekä kysymyksien tulkinnan laajuus pysyisi samana. Muokkasimme kysymykset vielä toimeksiantajan ohjeiden tai ehdotusten mukaisesti ja lopullinen kysymysmäärä lomakkeeseen pysyi samana eli 17+1 kysymysmääränä. (LIITE 1)

Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimusstrategiassa painotetaan eettisiä periaatteita, joihin kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, ammattitaito, yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto ja tuloksellisuus. Helsingin julistuksen periaatteiden mukaisesti ihmisarvoa on kunnioitettava ja kaikkia osapuolia on kohdeltava kunnioitettavasti ja hyvin. Tutkimuksen tekemisessä ja -julkaisuissa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä sekä sopimuksiin, tavoitteisiin ja päätöksiin sitoutumista. Eettisenä periaatteena ammattitaito käsittää itsensä kehittymistä muuttuvassa toimintaympäristössä. Muuttuvaa tutkimuskenttää seurataan ja kehitykseen vaikutetaan. Tuloksellisuus tarkoittaa sitoutumista työhön ja työn päämääränä on julkaisu -ja käyttökelpoisuus. (PSSHP 2011, 3.)

Itsearviointilomaketta rakentaessa pyrimme säilyttämään suurena eettisenä prioriteettinä asiakaslähtöisyyden ja ihmisarvon kunnioittamisen. Lomakkeessa näin päädyttiin anonyymiin vastaamiseen, jolla turvattiin ja haluttiin tuoda esille potilaan yksityisyys. Positiivishenkisen lomakkeen ulkoasun ja kysymysten suunnittelussa mietimme lomakkeeseen vastaamista potilaan näkökulmasta siten, että se olisi vaivatonta ja mukavaa. Lomakkeen kysymykset on rakentuneet siten, että ne eivät leimaisi vastaajaa.

Yhtenä opinnäytetyön tuotoksen luotettavuuden uhkana oli se, ettei tässä opinnäytetyössä lomaketta testattu eikä tuloksia analysoitu aiheen rajauksen vuoksi. Luotettavuus voi kärsiä myös siitä, että vastauksen muuttaminen mitattavaan muotoon on vaikeaa erityisesti ihmisten psyykkisten ongelmien subjektiivisuuden, psykoterapian yksilöllisen vaikutuksen sekä ja psykoterapioille tyypillisten muuttujien sekä piirteiden takia.

Opinnäytetyön yhtenä suurimpana haasteena oli aiheen rajauksen tekeminen ja toisaalta myös tiedonhankinta. Aihetta rajattiin lopulta tiukasti ja tuotimme lomakkeen käsittelemään Mielenkuvia-terapiaryhmää. Tämä rajasi mistä ja millaista tietoa haimme. Jouduimme käyttämään lähteinä paljon Siilinjärven psykiatrian poliklinikan terapeuttien asiantuntijalausuntoja, monisteita, kansioita sekä muuta materiaalia, jossa on tietoa terapiaryhmästä ja sen toiminnasta. Mielenkuvia-terapiaryhmän materiaalia ei ole suoraan julkisesti jaettavissa. Myös psykoterapioita käsittelevien vaikuttavuustutkimusten määrä oli vähäinen ja siten myös tietoa tästä oli hyvin vaikea löytää lukuisista tiedonhauista huolimatta. Työn rajauksen vuoksi erityisenä ongelmana oli löytää juuri sitä tietoa mitä oikeasti tarvitsimme työhön. Aiheen ollessa meille tekijöille tuntematon ja haastava sekä tiedonhaun ongelmat toivat vaikeuksia kirjoittaa teoriaosuutta. Toisaalta myös käsitteiden avaaminen oli vaikeaa. Terminä vaikuttavuutta, vaikutusta ja tuloksellisuutta käytettiin eri tavoin eri kirjallisuuslähteissä. Pyrimme lisäksi löytämään Nivalaisen (2009) opinnäytetyöhön verrattuna teoriaosuuteen uutta. Tässä opinnäytetyössä se toteutui linkityksenä psykoterapian vaikuttavuuden tai tuloksellisuuden arviointiin suhteessa itsearviointilomakkeen kehittymiseen.

Kerätyn tiedon tulisi olla ajan tasalla ja esimerkiksi vanhentuneiden lähteiden käyttöä on vältettävä, koska vanha tieto on voinut kumoutua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.) Hyvänä tieteellisenä käytäntönä varmistimme tiedon asianmukaisuuden lähdekritiikillä. Huomioimme ja varmistimme, että

työssä käytetty ja haettu tieto on luotettavaa ja lähteet asianmukaisia sekä haettu luotettaviksi tode-  
tuilta toimijoilta. Opinnäytetyössämme on muutama vanhempikin lähde, koska psykoterapian teoria  
-ja toiminta ja pohjautuu paljolti vielä historiaan sekä muuttumattomiin käytäntöihin.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli erittäin haastavaa meille ryhmänä. Alun perin py-  
rimme tiiviiseen yhteistyöhön ja yhteydenottoon toimeksiantajan, opinnäytetyöohjaajan ja itse työn  
tekijöiden välillä. Kolme henkilöä, pitkät välimatkat, oma arkielämä, elämän sattumukset, erilaiset  
työtavat sekä ehkä liiallinen työssäkäynti oli merkittävä hidaste opinnäytetyön etenemiselle. Yhteis-  
työ ja kommunikaatio eivät parhaalla mahdollisella tavalla aina toteutuneet. Vaikka yhteistä aikaa  
tekemiselle varattiinkin, aiheen hankaluuden takia meistä tuntui, ettei opinnäytetyötä saatu siitä  
huolimatta etenemään, joka myös johti motivaation puutteeseen. Opinnäytetyön aiheen ja teoria-  
osuuden ymmärtäminen, sisäistäminen ja tiedonhaut veivät meiltä hyvin paljon aikaa.

Sosiaali- ja terveysalalla eletään tietyllä tavalla jatkuvan paineen ja kehittämisen alla. Vaikuttavuutta  
halutaan tutkia, koska alalla tarvitaan enemmän kustannustehokkaita näyttöön perustuvia hoitomu-  
toja. Myös käytännön hoitotyössä otetaan tai tulisi ottaa jatkuvasti käyttöön uusia näyttöön perustu-  
via hoitomuotoja, suosituksia sekä menetelmiä. Opinnäytetyössä tehdyt tiedonhaut eivät ainoastaan  
edelleen kasvattaneet meitä hakemaan hoitotyössä tarvittavaa tietoa asianmukaisista lähteistä,  
mutta opettivat myös lähdekriittisyyttä.

Sairaanhoitajan ammatissa toimiminen vaatii moniammatillista yhteistyötaitoa, joka edellyttää hyvää  
kommunikointia ammattiryhmien, organisaation ja yhteistyökumppaneiden välillä. Käytännön työelä-  
mässä voinee todeta, ettei erilaisilta kehittämisprojekteilta tai uusien hoitomuotojen käyttöönotolta  
voida välttyä. Hoitotyön ammattilaisena toimiminen vaatii myös jatkuvaa elinikäistä ammatillista kas-  
vua, sopeutumista ja oppimista. Ammatillisena kasvuna opinnäytetyömme prosessin kulusta voimme  
oppia paljon ja tulevaisuudessa suhtautua kehittämisideoihin tai jatkuvaan kehitykseen positiivisesta,  
vastuullisesta näkökulmasta. Lisäksi koemme, että prosessin jälkeen osaamme käyttää ja tuoda  
esille näyttöön perustuvaa, ”vaikuttavaa” tietoa paremmin käytännön työssä.

Vaikeuksista huolimatta, mielestämme lopullisena produktiona vastasimme toimeksiantajan tarpee-  
seen kohtalaisesti. Päämääränämme on, että lomakkeemme (LIITE 1) tulee käyttöön toimivana apu-  
välineenä Mielenkuvia-ryhmän työntekijöille Siilinjärven psykiatrian poliklinikalle. Itsearviontilomake  
ja sen tulokset voivat toimia yhtenä osana Mielenkuvia-ryhmän vaikuttavuuden arviointia.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALBERG, Veikko. 2009. Psykodynaamiset yksilöterapiat [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto. Duodecim. [Viitattu 2017-03-28.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00103](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103)
- CARPELAN, Henrik 1996. Ryhmäpsykoterapiasta – yleiskatsaus. Teoksessa: ARPPO, Maarit, PÖLÖNEN, Ritva ja SITOLAHTI, Terttu (toim.) Ryhmäpsykoterapian perusteet. Helsinki: Helsingin yliopisto, 9–22.
- EPÄVAKAA PERSONALLISUUS: KÄYPÄHOITO -SUOSITUS 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: [<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix02191>] [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- HUTTULA, Kirsi ja LEIJALA-MARTTILA, Mervi 2016. Kuvataidepsykoterapia ja kuvataideterapia [verkkojulkaisu]. Teoksessa: AUTTI-RÄMÖ, Ilona, RAJAVAARA, Marketta, SALMINEN, Anna-Liisa ja YLINEN, Aarne (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim [Viitattu 2017-05-30.] Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/ktm00177/do>
- HUTTULA, Kirsi ja LEIJALA-MARTTILA, Mervi 2011. Taideterapian ja taidepsykoterapian erot ja yhtäläisyydet. Teoksessa: HUTTULA, Kirsi ja LEIJALA-MARTTILA, Mervi (toim.) Taidepsykoterapia. Psykoanalyttinen näkökulma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Taideterapiayhdistys, 47–53.
- HUTTUNEN, Matti O. 2015. Muita psykoterapioita. Teoksessa: HUTTUNEN, O. Matti ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293–316.
- KALSKA, Hely 2012. Älä työnnä siitä, mistä ei liiku. Neuropsykologisia maamerkkejä psykoterapian kulussa. Teoksessa: ERONEN, Sanna, LAHTI-NUUTILA, Paula (toim.) Mikä psykoterapiassa auttaa? Porvoo: Edita, 249–251.
- KEINÄNEN, Matti ja TAKALO, Ari 2013. Uutta tutkimustietoa psykodynaamisen psykoterapian tuloksellisuudesta. Psykoanalyttinen psykoterapia [digilehti] 2013, 4–10. [Viitattu 2017-11-24.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/44501>
- KESKI-LUOPA, Leila 2003. Psykoterapiaryhmän perustaminen. Teoksessa: PÖLÖNEN, Ritva ja SITOLAHTI Terttu (toim.) Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Helsingin yliopisto, 113–134.
- KLEMEÄ, Esko 2015. Ryhmäpsykoterapia. Teoksessa: HUTTUNEN, O. Matti ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 176–205.



KNEKT, Paul, LINDFORS, Olavi, LAAKSONEN, Maarit 2010. Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveiden ja ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 33/2010 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79944/f1cd96be-3946-4eed-805e-b560b8c37847.pdf?sequence=1>

KONSENSUSLAUSUMA 2006. Psykoterapia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. [Viitattu 2017-05-15.] Saatavissa: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf>

KYTTÄ, Marketta s.a. Kyselylomake [verkkojulkaisu]. Helsinki: Aalto-yliopisto. [Viitattu 2017-04-02.] Saatavissa: [http://maa.aalto.fi/fi/midcom-serveattachmentguid-1e4c412ed7fda28c41211e4a9f76d5ade012ed92ed9/4\\_kyselylomake.pdf](http://maa.aalto.fi/fi/midcom-serveattachmentguid-1e4c412ed7fda28c41211e4a9f76d5ade012ed92ed9/4_kyselylomake.pdf)

LAITINEN, Jorma 2002. Syntiinlankeemus, häpeä ja syyllisyys. Vammala: Suomalainen teologian kirjallisuusseura.

LAPIN YLIOPISTO 2017. Tieteellisen tiedonhankinnan opas [verkkojulkaisu]. [Viitattu 07-05-2017.] Saatavissa: <http://libguides.ulapland.fi/c.php?g=246572>

LEHMUS, Kristiina ja TÖRMÄNEN, Iida 2015. CORE-OM mittarin suomalainen validointi tutkimus: kliininen aineisto. Pro gradu [verkkojulkaisu]. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 24-11-2017.] Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150891/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150891.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150891/urn_nbn_fi_uef-20150891.pdf)

LEIMAN, Mikael 2004. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa [verkkojulkaisu]. Joensuu: Joensuun yliopisto, psykologian laitos. [Viitattu 2017-03-15.] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94629.pdf>

LEIMAN, Mikael 2015. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa: HUTTUNEN, O. Matti ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 13–21.

LIEBMANN, Marian 2002. Mielenkuvia – taideterapia käytännön hoitotyössä. Helsinki: Unipress Ab.

LÖNNQVIST, Jouko 2014. Ryhmäpsykoterapiat. Psykososiaaliset hoitomuodot. Psykiatria. Keuruu: Otava.

MALINEN, Ben 2005. Häpeän monet kasvot. Helsinki: Kirjapaja Oy.

MIELENTERVEYSTALO s.a. Psykoterapiat. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-09-24.] Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykoterapia.aspx>

NIVALAINEN, Jaana 2009. Kokemuksia ryhmäpsykoterapiasta -mittarin kehittäminen. Opinnäytetyö. [verkkojulkaisu]. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu [Viitattu 2017-05-09]. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4699/KOKEMUKSIA+RYHMAPSYKOTERAPIASTA-pdf.pdf?sequence=1>

PIRKOLA, Sami 2015. Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa: HUTTUNEN, O. Matti ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 408–416.

PSSHP, Kuopion yliopistollinen sairaala 2011. KYS-tutkimusstrategia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 12-5-2017.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/documents/11427/17369/KYS+tutkimusstrategia.pdf/52646399-40dd-4fba-a9d2-321c0ea5c740>

SAARINEN, Mikael 2010. Psykoterapiaan? Porvoo: Edita Publishing Oy.

SAKKI, Marja-Leena 2003. Kenelle ryhmäpsykoterapia sopii? Teoksessa: PÖLÖNEN, Ritva ja SITO-LAHTI Terttu (toim.) Ryhmä hoitaa. Teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Helsingin yliopisto, 105–112.

SCHULMAN, Gustav 2004. Väkivalta ja sietämättömien tunteiden kierrätys [digilehti]. Helsinki: Suomen Lääkärilehti 3/2004, 149-155. [Viitattu 2017-05-11.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.ezproxy.savonia.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL32004-149.pdf>.

SENIORIPYSÄKKI 2008. Senioripysäkki – ryhmäohjaajan käsikirja. Helsinki: HelsinkiMission.

SHEDLER, Jonathan. 2015. Löytyykö ”näyttöön perustuvalla” psykoterapialle näyttöä? Psykoterapia [digilehti] 3/2015, 198–206. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/shedler315.pdf>

SIILINJÄRVEN PYSKIATRINEN POLIKLINIKKA 2016. Yksikön esittely [powerpoint]. Kuopion yliopistollinen sairaala.

SINKKONEN, Jari ja KALLAND, Mirjam 2003. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Vantaa: WSOY.

SUOMEN KUNTALIITTO 2011. Terveystuon laatuopas [verkkojulkaisu]. Helsinki: Kuntaliitto. [Viitattu 2017-05-07.] Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

THL 2014. Vaikuttavuus [verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus>

THL 2015a. Mielenterveyshäiriöt [verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-02-21] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

THL 2015b.. Psykiatrinen erikoissairaanhoito [verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>

THL 2016. Terveydenhuollon menetelmien arviointi [verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-10-03.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi>

UTTLEY, Lesley, SCOPE, Alison, STEVENSON, Mat, RAWDIN, Andrew, TAYLOR BUCK, Elizabeth, SUTTON, Anthea, STEVENS, John, KALTENTHALER, Eva, DENT-BROWN, Kim and WOOD, Chris. 2015. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. National institute of health research [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-24.] Saatavissa: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta19180/#/abstract>

VAINIKAINEN, Mari-Pauliina 2009. Näyttöön perustuvan psykologian juurilla [digilehti]. Psykologia 44/2009. [Viitattu 2017-11-21.] Saatavissa: [http://www.psyli.fi/files/1052/Na\\_ytto\\_o\\_n\\_perustuvan\\_psykologian\\_juurilla.pdf](http://www.psyli.fi/files/1052/Na_ytto_o_n_perustuvan_psykologian_juurilla.pdf)

VEHKALAHTI, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. Helsinki: Tammi

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja -mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tammi. [Viitattu 2017-05-12.] Saatavissa: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

WAHLSTRÖM, Jarl 2012. Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan periaatteita. Porvoo: Edita Publishing Oy.

WEISTE, Elina 2016. Psykoterapiasuuntausten vertaileminen – keskusteluanalyttinen näkökulma vuorovaikutuksellisten yhteneväisyyksien ja eroavaisuuksien tutkimiseen. Psykoterapia [digilehti] 35/2/2016, 83-91. [Viitattu 2017-11-25.] Saatavissa: <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/weiste216.pdf>

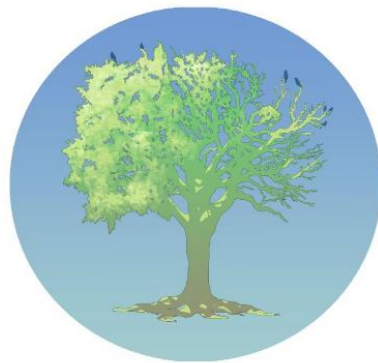
ÅLANDER, Anja 2016. Mielen kuvia – teemallinen keskusteluryhmä.

## LIITE 1: ITSEARVIOINTILOMAKE

Tekijät: Miettinen Matti, Myllynen Tanja ja Vuorenmies Eero  
Perustuu opinnäytetyöhön: Itsearviointilomakkeen kehittäminen  
Siilinjärven psykiatrian poliklinikan ryhmäterapioihin 2017



## Siilinjärven psykiatrian poliklinikka



## Mielenkuvia- psykoterapiaryhmä



		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri- mieltä	Täysin eri- mieltä	En osaa sanoa
1.	Tunnistan mielialani ja tunteeni paremmin	X	X	X	X	X
2.	Itsetuntemukseni on parantunut	X	X	X	X	X
3.	Minulla on myönteisiä ajatuksia enemmän kuin ennen ryhmäterapiaa	X	X	X	X	X
4.	Pystyn käsittelemään kielteisiä tunteitani paremmin kuin ennen ryhmäterapiaa	X	X	X	X	X
5.	Oireeni ovat helpottuneet ryhmän aikana	X	X	X	X	X
6.	Tunnen voimavarojeni lisääntyneen	X	X	X	X	X
7.	Tulevaisuuteni näyttää aikaisempaa valoisammalta	X	X	X	X	X
8.	Yleinen aktiivisuuteni on lisääntynyt	X	X	X	X	X
9.	Koen tarvitsevani lisää apua mielenterveyspalveluista	X	X	X	X	X

		Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri- mieltä	Täysin eri- mieltä	En osaa sanoa
10.	Minun on aikaisempaa helpompi solmia sosiaalisia kontakteja	X	X	X	X	X
11.	Vuorovaikutustaitoni ovat parantuneet	X	X	X	X	X
12.	Pystyn joustamaan eri tilanteissa paremmin	X	X	X	X	X
13.	Ryhmäterapiasta oli minulle hyötyä	X	X	X	X	X
14.	Ryhmäterapialle asettamani tavoitteet toteutuivat	X	X	X	X	X
15.	Ryhmässä vallitsi avoin ilmapiiri	X	X	X	X	X
16.	Ryhmän ohjaajien toiminta oli ammattitaitoista	X	X	X	X	X
17.	Ryhmäterapialle järjestetyt tilat olivat hyvät	X	X	X	X	X

AVOIN OSIO: Voit kirjoittaa omin sanoin ajatuksiasi Mielenkuvia ryhmäterapiasta. Voit käyttää apuna esimerkiksi seuraavanlaisia kysymyksiä; Mikä mielestäsi ryhmäterapiassa oli hyvää? Mikä huonoa? Mitä jäit kaipaamaan? Kuinka ryhmäterapian ohjaajat voisivat mielestäsi kehittää ryhmää paremmaksi?

Lämmin kiitos vastauksistasi!

## AVOIN OSIO

[illegible]

## LIITE 2: TUTKIMUSLUPA

3 (3)

<b>PÄÄTÖS</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Myöntämätutkimuslupa	
<input checked="" type="checkbox"/> Palveluyksikön / <del>alueen</del> ylläpitäjän päätös nro	3/2017
10.7.2017	<i>[Signature]</i> Alkuperäinen
Nimen selvennys	KUOPION YLIOPISTOLLINEN Psykiaatrian palvelukeskus vs. ylläpitäjä: Tuula Turpeinen PL 105, 70022 KYS
<b>YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ</b> (Palveluyksikön / alueen ylläpitäjä)	
<i>Anne Pöyhönen</i>	<i>Salinjärven PKL</i>
Nimi	Työyksikkö
<i>anne.poyhonen@kys.fi</i>	044-7178213
S-posti	Puhelin

## LIITTEET

- ☒ Opinnäytetyön suunnitelma 22 sivua  
☐ Rahoitussuunnitelma \_\_\_\_\_ sivua  
☐ Muita liitteitä \_\_\_\_\_ sivua  
 Opinnäytetyön ohjaussopimus \_\_\_\_\_