



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jiria Laakkonen

Luovan liikkeen soveltavien harjoitteiden vaikutus mielenterveyteen aikuisilla

Opinnäytetyö
Syksy 2024
Fysioterapeutti (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Fysioterapeutti (AMK)

Tekijä: Jiria Laakkonen

Työn nimi: Luovan liikkeen soveltavien harjoitteiden vaikutus mielenterveyteen aikuisilla

Ohjaaja: Lehtori Pia-Maria Haapala

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 49

Liitteiden lukumäärä: 3

Masennus on kasvava ilmiö ja sen hoitoon kuluu vuosittain paljon rahaa. Mielenterveyden haasteista kärsivän voi olla haastavaa puhua vaikeista tunteistaan, jolloin kehon sanatonta kommunikointia voidaan hyödyntää, esimerkiksi tanssi-liiketerapian tai psykofyysisen fysioterapian keinoin. Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitellaan kehotietoisuuden lisäämistä ja rentoutumista erilaisten harjoitteiden avulla. Tanssi-liiketerapian tavoitteena on luoda tasapainoinen keho ja mieli liikkeen kautta. Tanssi-liiketerapialla ja liikunnalla on osoitettu olevan masennusoireita vähentävä vaikutus. Liikunnalla vaikutetaan muihin mielenterveyden häiriöihin vähentämällä niiden liitännäissairauksia. Kehotietoisuus-harjoitteilla voidaan vaikuttaa skitsofreniaan sairastuneen vääristyneeseen kehonkuvaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on laajentaa fysioterapeuttien ja alan opiskelijoiden tietämystä tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista osana mielenterveysasiakkaiden kuntoutusta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kahdeksan viikon mittaisen intervention avulla, millaisia vaikutuksia voidaan luovalla liikkeellä saada aikaan interventioon osallistuvien psyykkiseen hyvinvointiin.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Seinäjoen Olkkarin kanssa. Olkkari on kaikille avoin kohtaamispaikka, josta voi hakea vertaistukea kokemusasiantuntijoiden ja muiden Olkkarin kävijöiden avulla. Opinnäytetyön interventio toteutettiin kahdeksan viikon mittaisena ryhmätoimintana keväällä 2024. Ryhmän ohjauksessa sovellettiin tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian harjoitteita. Ryhmään osallistujat ilmoittautuivat ryhmään itse ja heidän ikäjakaumansa oli 35–66 vuotta. Tutkimusjoukko (n=6) täytti intervention alussa ja lopussa kaksi masennuskyselylomaketta, Beck Depression Inventory:n (BDI) ja Patient Health Questionnaire:in (PHQ-9). Kyselyiden tuloksia analysoitiin vertaamalla tuloksien frekvenssiä ja keskiarvoa.

Opinnäytetyön tuloksena interventiolla saatiin muutosta aikaan osallistuneiden psyykkiseen hyvinvointiin. Osallistuneiden masennusoireet pääasiassa vähenivät ja vireystila nousi. Lisäksi keskittymisvaikeudet, tyytymättömyys itseän, väsymyksen tunne ja ruokahaluttomuus vähenivät. Opinnäytetyön tulos vahvisti aikaisempien tutkimusten tuloksia tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian käytöstä mielenterveyden kuntoutuksessa.

¹ Asiasanat: mielenterveys, tanssiterapia, psykofyysinen fysioterapia, kuntoutus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care, Physiotherapy

Author: Jiria Laakkonen

Title of thesis: The effects of creative movement on the psychological well-being of adults

Supervisor: Senior Lecturer Pia-Maria Haapala

Year: 2024

Number of pages: 49

Number of appendices: 3

Depression is a growing phenomenon, and a lot of money is spent on its treatment yearly. People with mental health challenges can find it difficult to talk about their feelings, so non-verbal communication of the body can be used, for example through dance movement therapy or psychophysical physiotherapy. Psychophysical physiotherapy aims to increase body awareness and relaxation through a range of exercises. The aim of dance movement therapy is to create a balanced body and mind through movement. Dance movement therapy and exercise have been shown to reduce depressive symptoms. Exercise contributes to other mental health disorders by reducing their comorbidities. Body awareness exercises can help to influence the distorted body image of people with schizophrenia.

The aim of this thesis is to broaden the knowledge of physiotherapists and students in the field about the potential of dance movement therapy as part of the rehabilitation of mental health clients. The aim of the thesis was to investigate the effects of creative movement on the psychological well-being of the participants through an eight-week intervention.

The thesis was carried out in cooperation with Olkkari in Seinäjoki. Olkkari is a meeting place open to everyone, where you can seek peer support from experts by experience and other visitors of Olkkari. The intervention was carried out as an eight-week group activity in the spring of 2024. The group was directed applied dance-movement therapy and psychophysical physiotherapy exercises. The participants enrolled themselves in the group and their ages ranged from 35 to 66 years. The study group (n=6) filled out two depression questionnaires, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), at the beginning and end of the intervention. The results of the questionnaires were analysed by comparing the frequency and average of the results.

As a result of the study, the intervention resulted in a change in the psychological well-being of the participants. The participants' depressive symptoms mainly decreased, and their state of alertness increased. Concentration difficulties, self-dissatisfaction, feelings of fatigue and loss of appetite decreased as well. The results of the study confirmed the findings of previous studies on the use of dance movement therapy and psychophysical physiotherapy in mental health rehabilitation.

¹ Keywords: mental health, dance therapy, psychophysical physiotherapy, rehabilitation

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 MASENNUKSEN JA MIELENTERVEYDEN ONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA HOITO.....	8
2.1 Masennuksen tunnistaminen ja diagnosointi	9
2.2 Masennuksen hoito	11
2.2.1 Masennuksen lääkkeellinen hoito	11
2.2.2 Psykoterapia masennuksen hoidossa.....	12
2.3 Muut mielenterveyden häiriöt	13
2.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt.....	13
2.3.2 Psykoosisairaudet.....	13
2.4 Liikunta ja mielenterveyden häiriöt	15
2.4.1 Liikunta masennuksen hoidon tukena	15
2.4.2 Liikunta muiden mielenterveyden ongelmien hoidossa	16
3 PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA OSANA MIELENTERVEYDEN KUNTOUTUSTA	17
3.1 Tahdonalainen ja tahdosta riippumaton hermosto.....	17
3.2 Psykofyysisen fysioterapian keinot.....	18
3.3 Kehotietoisuus ja mindfulness.....	20
4 TANSSI-LIIKETERAPIA OSANA MIELENTERVEYDEN KUNTOUTUSTA..	22
4.1 Tanssi-liiketerapian menetelmät ja käyttö kuntoutuksen tukena	23
4.2 Tanssi-liiketerapian käyttö maailmalla ja Suomessa	23
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	25
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS	26
6.1 Aineistonkeruu ja analyysimenetelmä	26
6.2 Intervention sisältö ja toteutus	27
7 TULOKSET	29
7.1 BDI-kyselyn tulokset.....	29

7.2 PHQ-9-kyselyn tulokset.....	30
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	33
9 POHDINTA.....	34
LÄHTEET	38
LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet viime vuosien aikana (Eläketurvakeskus, 2020). Masennus on yksi Suomen suurimmista kansansairauksista. Masennus ja muut mielenterveyden häiriöt maksavat Suomelle vuosittain 11 miljardia euroa (MIELI, 2024). Mielenterveyteen sijoittaminen säästää, minkä vuoksi on tärkeää räätälöidä palveluita mahdollisimman ihmisläheisiksi ja toimiviksi.

Mielenterveyden haasteisiin liittyvistä vaikeista asioista puhuminen voi tuntua joskus vaikealta tai jopa mahdottomalta (Meekums, ym., 2015). Tanssi-liiketerapian tai psykofyysisen fysioterapian keinot voivat auttaa purkamaan vaikeita tunteita auki kehon ja mielen yhteyden kautta (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.; Suomen Psyfy ry, i.a.). Molemmissa terapiamuodoissa ajatellaan, että kehon tuntemukset ja mielen ajatukset vaikuttavat toisiinsa niin hyvien, kuin negatiivistenkin kokemusten kautta. Terapiamuodoissa hyödynnetään tietoisien läsnäolon, kosketuksen, liikkeen, rytmien ja musiikin voimaa. Tämä opinnäytetyö käsittelee tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian sovellettujen harjoitteiden vaikutusta mielenterveyteen.

Tanssi-liiketerapian on todettu olevan vaikuttava keino masennusoireiden vähentämiseen (Pylvänäinen, ym., 2021; Karkou, ym., 2019). Pylvänäisen ym. (2021) toteuttamassa kolme vuotisessa tutkimuksessa selvitettiin, saadaanko masennusoireita vähennettyä yhdistämällä tavanomaiseen masennuksen hoitoon tanssi-liiketerapiaa. Tulokset osoittivat osallistujien masennusoireiden vähentyneen merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään. Myös Karkou ym. (2019) ja Koch ym. (2019) toteavat meta-analyyseissään tanssi-liiketerapian olevan tehokasta aikuisten masennuksen hoidossa.

Lisäksi masennuksen hoidossa jo pelkällä liikunnalla ja terveellisillä elämäntavoilla on vaikutusta mielialaan (Kampman, ym., 2017, s. 196–197). Liikunta lisää mielihyvähormonien erityistä masennuspotilailla ja auttaa rytmittämään päivää. Tutkimukset osoittavat, että muita vähemmän tai ei ollenkaan liikkuvat raportoivat enemmän masennusoireita. Masennuksen hoidossa auttaa erityisesti ryhmässä toteutettu liikunta, sillä masennukseen sairastuneen on tärkeää ylläpitää sosiaalisia kontaktejaan.

Tämä opinnäytetyö on interventiotutkimus, joka toteutettiin yhteistyönä Seinäjoen Olkkarin eli Kokemus- ja vertaistoimijat ry:n kanssa. Olkkari on paikallinen yhdistys, josta kaikki halukkaat

voivat hakea vertaistukea ja tuoda omia kokemuksiaan esille kokemusasiantuntijuuden kautta. Opinnäytetyön Luova liike -interventioryhmä kokoontui Olkkarilla kahdeksan kertaa kevään 2024 aikana. Opinnäytetyön tarkoituksena on laajentaa fysioterapeuttien ja alan opiskelijoiden tietämystä tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista osana mielenterveysasiakkaiden kuntoutusta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kahdeksan viikon mittaisen intervention avulla, millaisia vaikutuksia voidaan luovalla liikkeellä saada aikaan interventioon osallistuvien psyykkiseen hyvinvointiin.

2 MASENNUKSEN JA MIELENTERVEYDEN ONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

Mielenterveyden haasteet ovat kasvava ongelma maailmanlaajuisesti (Hiltunen, 2018, s. 21). Maailman terveysjärjestö (WHO, 2023) kertoo masennusta sairastavan yli 280 miljoonaa ihmistä maailmassa ja ennustaa sen muodostavan suurimman yksittäisen sairaustaan maailmassa vuoteen 2030 mennessä. Suomessa masennus on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n (2024) mukaan yksi suurimmista kansansairauksista. Masennus ei ole vain yksilön ongelma, vaan vaikuttaa koko yhteiskuntaan ja talouteen. Kustannuksia Suomessa mielenterveyden häiriöistä tulee vuosittain 11 miljardia euroa (MIELI, 2024). Summa rakentuu terveyspalveluiden, työmarkkinoiden sekä sosiaaliturvan kustannuksista. Mielenterveyteen sijoittaminen säästää, ja ennaltaehkäisy sekä varhainen tuki vähentävät kustannuksia eniten. Tärkeää on kehittää palveluita ihmisläheisiksi ja madaltaa kynnystä hoidon hankkimiseen.

Masentunut jää helposti työ- tai opiskelukyvättömäksi sosiaaliturvan varaan. Mielenterveysperusteet nousivat vuonna 2019 ensimmäistä kertaa tuki- ja liikuntaelinperusteiden ohi yleisimmäksi työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen perusteeksi (Eläketurvakeskus, 2020). Mielenterveysperusteet muodostavat tällä hetkellä 55 prosenttia eli yli puolet myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä (MIELI, 2024). Yhteiskunnan lisäksi masennus koskettaa myös sairastuneen läheisiä (Hiltunen, 2018, s. 23). Hoitamattomana masennukseen liittyy kohonnut itsemurhan riski. Lisäksi mielenterveyspotilaiden läheisillä on 46 prosentin riski sairastua itse. Vuonna 2022 kolme neljästä itsemurhan tekijöistä oli miehiä (Tilastokeskus, 2023).

Masennuksen hoitamattomuus voi johtua monesta asiasta (Hiltunen, 2018, s. 21). Väärä diagnoosi, diagnoosin puute, hoitohenkilökunnan kouluttamattomuus tai stigma ja häpeä voivat pitkittää hoidon saamista ja sen tehoa. Masennuksen diagnosoimista vaikeuttaa myös oiretiedostamattomuus, mikä tarkoittaa, ettei sairastunut itse tunnista sairastavansa tautia. Suomessa arviolta noin puolet vakavaa masennusta sairastavaa jää hoitokontaktien ulkopuolelle, vaikka hoitokeinot ovat nykypäivänä tehokkaita.

2.1 Masennuksen tunnistaminen ja diagnosointi

Depressio eli masennus on oireyhtymä, jonka diagnosointiin potilaalla täytyy esiintyä tarpeeksi oireita ja oireiden keston täytyy olla yli kaksi viikkoa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024). Masennus voidaan diagnosoida, jos oireet ovat kestäneet yhtäjaksoisesti yli kaksi viikkoa ja potilaalla esiintyy vähintään kaksi seuraavista oireista:

- masentunut mieliala suurimman osan aikaa
- kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
- vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

sekä lisäksi jotkin seuraavista oireista:

- itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
- perusteettomat tai kohtuuttomat itsetsyytökset
- toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisen käyttäytymisen
- subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna
- psykomotorinen muutos (eli kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
- unihäiriöt
- ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Yhteensä yllä esiintyvistä oireista potilaalla täytyy olla vähintään neljä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024). Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 sekä kaikki ensimmäisen osion oireista. Tyypillisiä muita oireita masentuneella on surullinen olo, heikentynyt aloitekyky, ahdistuneisuus, itkuisuus, itsesääli, muistiongelmät tai muutokset seksuaalisessa käyttäytymisessä (Hiltunen, 2018, s. 33–34). Lisäksi masennus saattaa kulkea käsi kädessä muiden haasteiden tai sairauksien kanssa, jolloin syy-seuraussuhdetta voi olla vaikea määrittää. Kyseessä voi olla ahdistuneisuushäiriö kuten paniikkihäiriö, pakko-oireet, syömishäiriöt, persoonallisuushäiriöt, skitsofrenia, päihdeongelmät ja riippuvuudet, työuupumus tai somaattiset sairaudet (mts. 36).

Masennushäiriöiden taustalla on usein monta tekijää (THL, 2024). Sairastuminen voi liittyä aivojen fysiologiaan, psyykkiseen itsesääteelyyn, sosiaaliseen tilanteeseen tai psykologiseen kehitykseen. Ihminen sairastuu masennukseen usein kielteisen elämänmuutoksen myötä, minkä hän kokee kuormittavaksi. Lisäksi aivoissa tapahtuu tutkimuksen (Nummenmaa, ym., 2020) mukaan muutoksia aivojen opioiditoiminnassa, joka johtaa mielihyvän vähentymiseen ja mielialan madaltumiseen. Kyseisessä suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin 135 osallistujaa (n=135), joille tehtiin positroniemissiotomografia eli PET-kuvaus aivoista sekä kartoitettiin masennusoireita kyselylomakkeella. Tutkimuksessa havaittiin lisääntyneiden masennusoireiden johtavan vähentyneeseen määrään opioidireseptoreita aivoissa. Reseptorit toimivat pieninä telakoina säädellen opioidivälittäjäaineita ja siten ihmisen nautinnon ja kivun kokemuksia.

Masennusta ei kuitenkaan vielä toistaiseksi voida diagnosoida aivokuvantamisella tai verikokeilla, vaan taudin diagnosoiminen tapahtuu oireiden perusteella (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2024). Masennuksen diagnosointi tapahtuu lääkärin kliinisessä haastattelussa todettuihin oireisiin. Diagnoosin apuna voidaan käyttää depression oirekyselyitä, kuten DEPS, BDI tai PHQ-9. Oirekyselyt eivät kuitenkaan yksinään ole riittävä tietolähde diagnoosin tekemiseen (Isometsä & Tuunainen, 2020). Tämä johtuu siitä, että osa diagnoosin tekemisestä edellyttää lääkärin itse havainnoimia asioita potilaasta. Joskus oirekyselystä saatu tieto voi olla ristiriidassa haastattelun ja potilaan ulkoisen olemuksen kanssa, jolloin lääkärin oma arvio potilaasta on ratkaisevassa asemassa.

Sukupuoli nähdään altistavana tekijänä masennukselle, sillä naisilla on suurempi riski sairastua masennukseen kuin miehillä (Hiltunen, 2018, s. 50). Naisille spesifejä masennustiloja ovat raskauden aikainen sekä synnytyksen jälkeinen masennus. Masennustila voi liittyä myös keholliseen sairauteen, jolloin tilaa kutsutaan somaattiseksi oireyhtymäksi (Toivio & Nordling, 2013, s. 181). Masennus voi ilmetä yhteydessä syöpään, Parkinsonin tautiin, aivoinfarktiin tai elimellisiin sairauksiin kuten diabetekseen, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin tai munuaissairauksiin.

Masennuksella on tapana uusiutua (Hiltunen, 2018, s. 38). Jos henkilö on sairastanut yhden masennusjakson, on hänellä 50 prosentin mahdollisuus sairastua uudestaan. Luku nousee kahden jakson jälkeen 70 prosenttiin ja kolmen jakson jälkeen 90 prosenttiin. Masennus on varsin periytyvä sairaus. Jos vanhemmalla tai sisaruksella on todettu vaikea

masennus, on henkilöllä kaksin- tai kolminkertainen riski sairastua itse (mts. 49–50). Prosenttiosuus masennuksen periytyvyydelle uskotaan olevan noin 35–40 prosenttia.

2.2 Masennuksen hoito

Masennus vaatii hoitoa siinä missä muutkin sairaudet (Hiltunen, 2018, s. 79). Masennuksen hoitomuodot jaetaan kolmeen ryhmään: psykoterapia, psykososiaaliset hoidot, sekä biologiset hoidot eli lääkehoito ja muut biologiset hoidot. Hoitomuodot valitaan masennuksen vaikeusasteen ja oireiden perusteella (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024). Masennuksen hoidossa psykoterapian ja masennuslääkkeen yhtäaikaisen käytön on osoitettu olevan tehokkainta.

2.2.1 Masennuksen lääkkeellinen hoito

Masennuslääkkeitä on tarjolla erilaisia (Hiltunen, 2018, s. 83). Lääkkeitä voidaan jakaa ryhmiin: trisykliset lääkkeet, selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet, kaksoisvaikutteiset eli SNRI-lääkkeet, sekä muut masennuslääkkeet. Mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse, sen tärkeämpää lääkehoito on. Vakavaan masennukseen suositellaan aina masennuslääkettä ja psykoottisessa masennuksessa lääkehoitoon lisätään mukaan psykoosilääke. SSRI-lääkkeet ovat tavallisimpia masennuslääkkeitä (Kampman, ym., 2017, s. 77).

Lääkkeen vaikuttavuutta ei voida ennustaa, vaan lääkehoito on luonteeltaan kokeilevaa ja vaatii seurantaa (Kampman, ym., 2017, s. 77). Masennuslääkkeiden vaikutusmekanismeja ei täysin tunneta, mutta erilaisia näkemyksiä aiheesta on (Hiltunen, 2014, s. 86). Vanhin näkemys kertoo masennuslääkkeiden lisäävän aivojen välittäjäaineiden määrää. Toisen teorian mukaan lääkkeet lisäävät aivoissa hermoverkkojen kasvua ja hermosolujen yhteyksiä. Kolmas havaittu vaikutusmekanismi liittyy aivojen limbiseen järjestelmään ja emotionaalisen informaation prosessointiin. Limbinen järjestelmä on vastuussa tunne-elämästä ja masennuslääkkeet vaikuttavat järjestelmään rauhoittavasti lisäten positiivisia ja vähentäen negatiivisia tunne-elämyksiä (mts. 87).

Jos muu hoito ei tunnu riittävän, voidaan kääntyä neuromodulaatiohoitojen tai muiden biologisten hoitojen puoleen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024; Hiltunen, 2018, s. 119).

Tällaisia hoitokeinoja ovat sähköhoito, kirkasvalohoito, transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito, syväaivostimulaatio ja ketamiini-infuusio. Hoitokeinoja käytetään erityisesti lääke-resistenttiä masennusta hoidettaessa tai tilanteessa, missä masennuksen hoito vaatii nopeaa toimintaa esimerkiksi itsemurhavaaran vuoksi.

2.2.2 Psykoterapia masennuksen hoidossa

Psykoterapia on osoitettu tehokkaaksi masennuksen hoidossa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024). Suomessa yleisimmät psykoterapiamuodot ovat psykoanalyttinen psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, interpersonaalinen psykoterapia, ratkaisukeskeinen psykoterapia sekä traumapsykoterapia (Kampman, ym., 2017, s. 85). Lisäksi hoidossa voidaan käyttää tilannekohtaisesti pari- tai perheterapioita tai luovia terapiamuotoja, kuten tanssi-liiketerapiaa, taideterapiaa, musiikkiterapiaa tai kirjallisuusterapiaa.

Psykoterapia perustuu psykologiassa tutkittuihin teorioihin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024). Psykoterapiassa pyritään vaikuttamaan potilaan masennusta ylläpitäviin mieli-kuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Psykoterapian tavoitteena on lievittää tai poistaa psyykkisiä häiriöitä, ratkoa ihmissuhdeongelmia, tukea henkilön psyykkistä kasvua ja lisätä henkilön valmiuksia ratkoa omia ongelmiaan (Kampman, ym., 2017, s. 85).

Psykoterapiaa saa harjoittaa vain koulutettu psykoterapeutti (Kampman, ym., 2017, s. 85–87). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on vastuussa psykoterapeuttien toiminnan valvomisesta. Kaikki psykoterapiat perustuvat pääasiassa terapeutin ja potilaan väliseen keskusteluun ja vuorovaikutukseen. Keskusteluun voidaan myös liittää erilaisia tehtäviä ja harjoitteita. Terapeutin ja potilaan välinen yhteistyö ja toimiva kemia ovat terapian onnistumisen kannalta tärkeää. Hyvä hoitotulos voidaan saavuttaa varsin lyhyellä psykoterapialla, jopa alle 20 käyntikerralla (mts. 85). Haastavammassa masennustiloissa terapiajakso on pidempi, koska tuen tarve on suurempi. Muut terveydenhuollon ammattilaiset soveltavat myös keskusteluapua työssään. Muiden kuin psykoterapeuttien antamaa keskusteluapua kutsutaan ohjaukseksi ja neuvonnaksi (mts. 86).

2.3 Muut mielenterveyden häiriöt

Vaikka masennus on yleinen mielenterveyden häiriöistä, se on kuitenkin vain yksi suuresta joukosta. Muita mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, syömishäiriöt ja psykoosit (Toivio & Nordling, 2013, s. 169). Ahdistuneisuushäiriöihin kuuluu yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö ja PTSD eli posttraumaattinen stressihäiriö. Syömishäiriöitä ovat anoreksia, bulimia ja BED eli ahmintahäiriö. Psykoosisairauksiin kuuluvat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoottistasoinen masennus, sekä lisäksi alkoholipsykoosi ja synnytyspsykoosi.

2.3.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä henkilön ahdistus on pitkäaikaista ja jatkuvaa, yli kuusi kuukautta kestänyttä (Toivio & Nordling, 2013, s. 169). Psykkisiä oireita ilmenee unensaannin vaikeutena, keskittymis- ja tarkkaavaisuusongelmina, muistiongelmina, ärtymisena ja levottomuutena. Fyysisiä oireita ovat psykosomaattiset oireet, eli päänsärky, vatsaoireet, vapina, sydämen tiheälyöntisyys ja rytmihäiriöt. Ahdistuneisuushäiriötä on vaikea hoitaa, sillä se ei johdu yksittäisestä asiasta, vaan on yleistynyt osaksi koko elämää. Jos ahdistuneisuuteen liittyy paniikkikohtauksia, puhutaan paniikkihäiriöstä. **Paniikkihäiriössä** henkilö kokee voimakkaita ahdistuskohtauksia, joissa autonomisen hermoston oireilu aiheuttaa tukehtumisen tunnetta, kiihtynyttä sykettä, huimausta, tärinää, hikoilua, pahoinvointia, raajojen puutumista ja kuoleman pelkoa (mts. 170). **PTSD** eli posttraumaattinen stressihäiriö syntyy traumaattisen kokemuksen seurauksena ja eroaa akuutista stressireaktiosta pitkäaikaisuudellaan (Mielenterveyden keskusliitto, i.a.). Yksittäinen traumaattinen tapahtuma voi aiheuttaa I-tyyppin trauman ja toistuva, pitkäkestoinen traumaattinen tapahtuma II-tyyppin trauman. Häiriössä voi esiintyä dissosiaatiota eli mielen erkanemista tilanteesta mielen puolustusmekanismina. Ahdistuneisuushäiriötä voidaan hoitaa lääkityksellä, psykoterapialla, traumaterapialla sekä itsehoitokeinoilla, kuten hengitysharjoituksilla, omien tunteiden luovalla ilmaisulla ja säännöllisellä liikunnalla (Toivio & Nordling, 2013, s. 171).

2.3.2 Psykoosisairaudet

Psykoosit ovat ihmismielen vaikeimpia häiriöitä (Toivio & Nordling, 2013, s. 195). Psykoosisissa henkilön kosketus todellisuuteen on heikentynyt, eikä hän tiedä eroa totuuden ja

harhan välillä. Psykoosissa esiintyy eri aistien harhoja, kuten ääni-, näkö-, kosketus-, maku- tai hajuharhoja. Ääniharhat voivat olla syyttäviä, uhkaavia tai rankaisevia. Henkilö voi kokea sosiaalista uhkaa tai olla vakuuttunut, että muut ihmiset yrittävät vaikuttaa hänen ajatuksiinsa. Hoidon haaste tulee usein siitä, ettei sairastuneella ole sairaudentuntoa. **Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä** henkilön mieliala vaihtelee manian ja masennuksen välillä (mts. 204–205). Sairauden maanisessa vaiheessa mieliala nousee ja henkilön toiminnallisuus lisääntyy huomattavasti. Henkilö voi ottaa erittäin suuria riskejä, aloittaa useita projekteja samanaikaisesti ja tehdä suuria rahallisia hankintoja. Siirtymävaihe masennusjaksoon voi tapahtua parissa päivässä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä lääkitys on ensisijainen hoitomuoto. Maanisessa tilassa oleva henkilö ei kykene psykoterapiaan, mutta masennusvaiheessa sen merkitys on suuri.

Skitsofrenia on psykoosisairautena tyypillisin (Toivio & Nordling, 2013, s. 195–196). Skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin: paranoidinen, katatoninen, hebefreeninen, residuaalinen ja erilaistumaton. Alatyypit eroavat oireiden, oireiden esiintulon, sairastumisiän ja sairauden ennusteen suhteen. **Paranoidisessa** skitsofreniassa henkilöllä on vakavia harhaluuloja. Henkilö voi luulla olevansa vainottu tai hän kokee suuruusharhoja omista kyvyistään. **Katatonisessa** skitsofreniassa sairastuneella esiintyy liikkeiden häiriöitä. Hän voi esimerkiksi jähmettyä outoihin asentoihin ja olla hyvin syventynyt omaan ajatusmaailmaansa. **Hebefreeninen** skitsofrenia on hoidollisesti vaikein skitsofrenian alatyppi, koska se puhkeaa nuoruusiällä ja etenee nopeasti. Alatyyppiin liittyy laaja-alaista toiminnan ja ajattelun hajonaisuutta sekä sosiaalista välinpitämättömyyttä. **Residuaalinen** skitsofrenia on sairauden passiivinen muoto, jossa potilas ei tuo esiin aktiivisia oireita. Residuaalinen skitsofrenia liittyy usein sairauden kroonistuneeseen vaiheeseen. **Erilaistumaton** skitsofrenia on skitsofrenian muoto, jossa esiintyy sairauden piirteitä niin, ettei potilasta voida diagnosoida mihinkään edellä mainituista tyypeistä selkeästi. Skitsofrenian hoidossa lääkityksellä on iso rooli (mts. 201). Psykoosilääke vähentää potilaan oireita ja parantaa toimintakykyä. Hoidossa keskitytään myös psykososiaalisiin interventioihin ja psykoterapiaan tai kuntouttavaan toimintaan. Sosiaalisten taitojen harjoittelu vähentää sosiaalista ahdistusta ja neuro-psykologiset koulutusohjelmat parantavat heikentyneitä kognitiivisia taitoja.

2.4 Liikunta ja mielenterveyden häiriöt

Masennuksen hoidossa myös masentuneella itsellä on oma roolinsa (Hiltunen, 2018, s. 148). Lääkkeiden ja terapioiden lisäksi terveellisillä elämäntavoilla on merkitystä hoidon tehoon. Tällaisia asioita ovat liikunta, uni ja ruokavalio, sekä päihteettömyys ja hyvät sosiaaliset suhteet.

2.4.1 Liikunta masennuksen hoidon tukena

Tutkimukset osoittavat, että muita vähemmän tai ei ollenkaan liikkuvat raportoivat enemmän masennusoireita (Kampman, ym., 2017, s. 196–197). Liikunnalla on siis merkitystä ihmisen mielenterveyden edistämisessä ja ennaltaehkäisemisessä. Liikunta aktivoi ihmisen elimistön autonomista eli tahdosta riippumatonta hermostoa nostaten vireystilaa välittömästi. Rasittava ja pitkäkestoinen liikunta erittää elimistössä mielihyvähormoneja kuten endorfiinia, serotoniinia ja noradrenaliinia, lisäten mielihyvätunnetta väliaikaisesti (Kauranen, 2021, s. 542).

Liikunnan tuomat positiiviset vaikutukset eivät kuitenkaan ole pitkäaikaisia, minkä vuoksi liikunnan harrastamisen tulisi olla säännöllistä (Kampman, ym., 2017, s. 196–197). Liikunnan annostelussa hyödynnetään valtakunnallisia liikuntasuosituksia. Säännöllinen liikunta parantaa itsetuntoa ja lisää ihmisen itsehallinnan tunnetta. Liikunta vie huomiota pois masentuneen sisäänpäin kääntyneistä negatiivisista ajatuksista. Oman mielenkiinnon mukaan valittu liikuntalaji lisää motivaatiota ja innostusta liikuntaan. Lajivalinnalla ei vaikuta olevan merkitystä liikunnan vaikuttavuuden kannalta.

Masentuneen vuorokausirytmä on usein häiriintynyt, mikä vaikeuttaa vireystilan säätelyä (Kampman, ym., 2017, s. 196). Ihmisen sisäistä kelloa voidaan tahdistaa valon sekä fyysisen aktiivisuuden avulla. Erityisesti hypersomniasta eli liikaunisuudesta kärsivät voivat saada liikunnasta erityistä hyötyä kehon herättämiseen. Jopa 15–30 minuutin liikunnalla voidaan saada vaikutusta mielialaan ja tunnetiloihin, mutta parhaimmat hyödyt saadaan 45–60 minuutin aerobisella tai anaerobisella liikunnalla. Liikunta voidaan suorittaa ryhmämuotoisena, jolloin sosiaaliset kontaktit lisäävät voimavaroja ja motivaatiota. Fysioterapiaa käytetään lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa muun hoidon tukena (Kauranen, 2021, s. 549).

2.4.2 Liikunta muiden mielenterveyden ongelmien hoidossa

Mielenterveyspotilaiden fysioterapiassa haastavinta on asiakkaan motivoiminen ja aktivoiminen (Kauranen, 2021, s. 548). Tyypillisesti vähentyneillä voimavaroilla energian löytäminen fysioterapiaan on haastavaa eikä asiakas saa terapiasta samanlaista hyvänolon tunnetta kuin normaalisti. Fysioterapeutin on otettava normaalia johtavampi ja kannustavampi rooli. Tavoitteet on pidettävä pieninä ja saavutettavina, ja ohjeet annettava lyhyen ytimekkäästi asiakkaan vaikeutuneen keskittymiskyvyn takia.

Liikunnalla hoidetaan kaikissa mielenterveyden häiriöissä liitännäissairauksia, univaikeuksia ja stressiä, sekä parannetaan kehotietoisuutta (Kauranen, 2021, s. 552). Liitännäisongelmia mielenterveyden häiriöissä ovat ylipaino, diabetes, sepelvaltimotauti ja aivohalvaus. Lisäksi kaikki sairausryhmät voivat hyötyä ryhmäliikunnan tuomista sosiaalisista kontakteista.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön liikuntaan ei ole kehitelty varsinaista liikuntasuositusta, sillä tutkimustietoa ei aiheesta juurikaan löydy (Kauranen, 2021, s. 551). Liikunnalla ei voida vaikuttaa sairauden kulkuun tai oireiluun, mutta sillä voidaan ennaltaehkäistä liitännäisongelmien syntyä ja hoitaa niitä.

Skitsofreniassa sairastuneen kehonkuva voi olla vääristynyt ja kehon sensorinen palaute puutteellista (Kauranen, 2021, s. 555). Kehon rajoja voi olla vaikea hahmottaa ja motoriikan haasteet näkyvät kömpelyytenä ja koordinaatiohäiriöinä. Näistä syistä skitsofreniaa sairastavat hyötyvät erityisesti kehotietoisuusterapiasta, jossa opetellaan kehon rajoja ja hengityksen käyttöä. Skitsofreniaa sairastaville ei ole myöskään luotu varsinaista liikuntasuositusta, eikä liikunnalla voida itsessään vaikuttaa sairauden kulkuun tai oireiluun. Liikunnalla voidaan estää liitännäisongelmia pahentamasta potilaan tilannetta (mts. 556).

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA OSANA MIELENTERVEYDEN KUNTOTUSTA

” Sen, mitä mieli ei jaksa kantaa, keho ottaa kannettavakseen.” (Premius Kuntoutus, i.a.) kuuluu ajatus psykofyysisen fysioterapian takana. Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa korostetaan kehon ja mielen muodostamaa kokonaisuutta ja yhteistyötä (Kauranen, 2021, s. 536; Suomen Psyfy ry, i.a.). Sen sijaan, että ihmisen fyysinen ja psyykkinen puoli olisivat toistensa vastakohtia, ajatellaan, että keho ja mieli muodostavat kokonaisuuden. Siinä kokonaisuudessa tunteet ja ajatukset vaikuttavat kehon liikkeeseen ja kokemukseen omasta kehosta, kun taas kehon tuntemukset vaikuttavat puolestaan takaisin mieleen.

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on rentoutuminen, kivun lievittäminen, stressin hallinta, keuhonhallinnan ja itsetuntemuksen lisääntyminen (Kauranen, 2021, s. 537). Lähestymistapa on kehitetty fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyönä Skandinaviassa, mistä se on levinnyt Suomeen 1980-luvulla. Käsitettä psykofyysinen fysioterapia ei käytetä juurikaan Suomen ulkopuolella, joten tutkimustietoa sillä käsitteellä löytyy varsin vähän. Ala on aiemmin tunnettu nimellä biopsykososiaalinen fysioterapia (Härkönen, ym., 2016, s. 8). Biopsykososiaalisesta fysioterapiasta on tuotu muihin fysioterapian aloihin käsite ”keltaisista lipuista” eli psykososiaalisista riskitekijöistä (Smart, 2023). Tällaisia hoidolle haitallisia kognitiivisia ominaisuuksia eli keltaisia lippuja ovat esimerkiksi kivun katastrofointi, liikkumisen pelko ja masennus.

3.1 Tahdonalainen ja tahdosta riippumaton hermosto

Ihmisen hermosto jaetaan tahdonalaiseen ja tahdosta riippumattomaan hermostoon (Kauranen, 2021, s. 329–330). Se muodostuu autonomisesta ja somaattisesta hermostosta. Autonominen hermosto toimii itsenäisesti ja tahdosta riippumattomasti, kun taas somaattinen hermosto toimii tahdonalaisesti. **Somaattinen hermosto** koostuu keskushermostosta ja ääreishermostosta. Keskushermosto koostuu aivoista ja selkäytimestä, kun taas ääreishermoston muodostaa selkäydinhermot. Selkäydinhermot hermottavat ihoa ja lihaksia sekä informoivat keskushermostoa ärsykkeistä. Keskushermosto reagoi ärsykkeisiin ja suojaa reaktioillaan ihmistä, esimerkiksi pakottamalla vetämään käden pois kuumalta levyiltä. Keskushermosto

voi myös viestiä kehon stressireaktiosta esimerkiksi nostamalla sykettä tai saamalla kehon hikoilemaan.

Autonominen hermosto huolehtii sisäelinten toiminnasta ja se jaetaan sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon (Martin, ym., 2010, s. 26). Nämä toimivat toistensa vastavaikuttajina mahdollistaen ihmiselle optimaalisen toimintakyvyn. Sympaattinen hermosto valmistaa elimistöä ”taistele tai pakene” -reaktioon. Ihmisen kehityshistoriassa reaktio on ollut elintärkeää eloonjäämisen kannalta. Sympaattinen hermosto kiihdyttää hengitystä ja verenkiertoa. Sen seurauksena verenpaine nousee ja pinnalliset verisuonet supistuvat, jotta verta riittää enemmän isoille lihaksille. Ilmatiet laajenevat ja hapenottokyky lisääntyy. Ruuansulatuselimistön toiminta vähenee. Parasympaattinen hermosto aktivoituu vaaran ollessa ohi, mikä palauttaa toiminnot taas ennalleen rauhoittaen kehoa.

Hengityksen autonomia on tärkeä ruumiintoiminto, sillä se tasaa hengitystä ihmisen ollessa tajuttomassa tilassa (Martin, ym., 2010, s. 26). Vaikka hyperventilaatio eli liikahengitys voi saada ihmisen pyörtymään, ihminen ei voi tukehtua hyperventilaatiokohtaukseen, koska hengityksen automaattiset mekanismit alkavat tasaamaan hengitystä. Autonomista hengitystä voidaan kuitenkin jonkin verran säädellä tietoisesti. Hengitystä ei voida täysin kontrolloida, mutta sitä voidaan pidättää ja sen syvyyttä ja rytmiä vaihdella. Hengitystä kiihdyttämällä aktivoidaan sympaattista hermostoa, kun taas sitä rauhoittamalla ja hidastamalla aktivoimme parasympaattista hermostoa. Tämä parasympaattiseen hermostoon vaikuttaminen on hengitysharjoitusten taustalla.

3.2 Psykofyysisen fysioterapian keinot

Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään lisäämään asiakkaan arvostusta omaa kehoaan kohtaan, harjoittelemaan rauhoittavaa hengitystekniikkaa ja -rytmiä, vahvistamaan kehon vuorovaikutusta ja kuuntelua, sekä tunnistamaan oman kehon rajoja ja liikettä (Kauranen, 2021, s. 538). Fysioterapeutti voi teettää terapiassa kehotietoisuusharjoituksia, hengitys- ja rentoutusharjoituksia, liikeharjoituksia sekä läsnäolo- ja mindfulnessharjoituksia. Fysioterapeutti voi antaa asiakkaalle ohjausta ja neuvontaa tai pehmytkudoskäsittelyä. Lisäksi terapiassa voidaan tehdä kosketusharjoituksia, syvävenyttelyä, vuorovaikutusharjoituksia ja peiliharjoituksia, eli liikkeen jäljittelyn harjoituksia.

Hengitystä voidaan käyttää keuhkojen ventilaation lisäksi ensiapuna paniikkiin ja ahdistukseen (Martin, 2017, s. 19). Lisäksi sillä voidaan hakea juurtumista ja läsnäoloa. Hengitykseen keskittymisellä lähdetään usein liikkeelle terapiatilanteissa, sillä se on ensiaskel kehotietoisuuden harjoittamisessa. Sisään- ja uloshengitystä voidaan käyttää apuna lihasten rentouttamisessa tai vireystilan nostossa. Suomessa paljon harjoitusmateriaalia hengityksen psykofyysisestä käytöstä on luonut psykoterapeutti Minna Martin (Martin, 2010, 2017). Martinin kirjoissa *Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena* (2010) ja *Hengitysterapeutin työkirja* (2017) on paljon materiaalia hengitysharjoituksiin ja niiden teoriaan. *Hengitysterapeutin työkirjasta* tehtiin opinnäytetyön interventiossa seuraavia harjoitteita: kannatteluharjoitus (s. 31), juurtumisharjoitus (s. 35), piirrostehtävä (s. 82) ja musiikkiharjoitus (s. 87).

Rentoutumismenetelmistä tunnetuin on Jacobsonin menetelmä eli jännitys-rentoutusmenetelmä (Kauranen, 2021, s. 539–540). Menetelmässä jännitetään tiettyjä lihaksia kerrallaan progressiivisesti muutaman sekunnin ajan, jonka jälkeen lihakset päästetään rennoksi. Menetelmä auttaa tunnistamaan eron jännitetyn ja rennon lihaksen välillä. Muita rentoutusmenetelmiä ovat Schultzin menetelmä eli autogeeninen rentoutus ja Östin menetelmä eli sovellettu rentoutus. Menetelmät perustuvat usein itsesuggestioon eli alitajuntaan vaikuttamiseen oman sisäisen puheen avulla, tai huomion kohdistamiseen tiettyyn osaan kehossa. Esimerkiksi rentoutusharjoituksessa voidaan ensin kiinnittää huomiota jalkoihin ja samalla tuntea jalkojen painavuus lattiaa vasten, rentouttaen suggestion avulla jalkojen lihaksia.

Yllämainittujen harjoitusten ja menetelmien lisäksi psykofyysiseen fysioterapiaan voidaan myös tuoda mukaan eri taiteen muotoja. Psykoterapiassa käytettyjä taideterapiamuotoja ovat muun muassa musiikki-, tanssiterapia-, kuvataide- ja kirjallisuusterapia (Huttunen & Kalska, 2020, s. 382).

Psykofyysinen fysioterapia soveltuu lähestymistavaksi kaikille muille fysioterapian osa-alueille (Kauranen, 2021, s. 536). Sitä voidaan käyttää kaikkien siitä hyötyvien asiakkaiden kanssa, mutta erityisesti se sopii mielenterveyskuntoutujille, autismin kirjon asiakkaille, vaikea-vammaisille henkilöille, kroonisille kipuasiakkaille, neurologisille asiakkaille sekä käyttäytymisen ongelmien hoitoon (Härkönen, ym., 2016, s. 7–8). Mielenterveyspotilaista psykofyysisestä fysioterapiasta hyötyvät erityisesti henkilöt, jotka sairastavat masennushäiriötä, syömishäiriötä, posttraumaattista stressihäiriötä eli PTSD:tä, unihäiriötä tai skitsofreniaa. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa perus- ja erikoissairaanhoidossa, psykiatrian osastoilla, julkisella ja yksityisellä sektorilla, sekä työ- ja kouluterveydenhuollossa.

3.3 Kehotietoisuus ja mindfulness

Kehotietoisuuden tavoitteena on tuntea eletty keho (Mehling, ym., 2011). Fysioterapiassa tästä on kehitetty oma terapiamuoto **BBAT eli Basic body awareness therapy**. Terapian on kehittänyt ruotsalainen Gertrud Roxendal ja siinä tehdään yksinkertaisia harjoitteita eri kehontasoissa eli maaten, istuen tai seisten (Härkönen, ym., 2016, s. 7; Kauranen, 2018, s. 538). Harjoitteissa esiintyvät kolme pääelementtiä: tasapaino, vapaa hengitys ja tietoinen läsnäolo. Terapiassa harjoitellaan kehon suhdetta alustaan, kehon keskilinjaa hahmottamista sekä tutkitaan liikkeen syntymistä ja sen tehokkuutta. BBAT-harjoitteet lisäävät henkilön kehotietoisuutta, kehon hallintaa ja itsetuntemusta. BBAT-lähestymistapaa käytetään Suomessa erityisesti masennuksen ja skitsofrenian hoidossa, stressinhallintaryhmissä, syömishäiriöpotilailla ja kroonisilla kipupotilailla.

Mindfulness on hyväksyttävää tietoisuustaitoa (Rappaport, 2014, s. 24). Mindfulnessin juuret kantavat eri uskontoihin, kuten buddhalaisuuteen, hinduismiin, kristinuskoon, juutalaisuuteen ja islamiin (Rappaport, 2014, s. 25). Vaikka mindfulness pohjautuu meditatioperinteisiin, se tunnustetaan nykypäivänä osana lääketiedettä ja erilaisia terapeuttisia tekniikoita. Jon Kabat-Zinn tunnetaan mindfulnessin kehittäjänä länsimaissa ja hän on kehittänyt siitä tekniikan nimeltä mindfulness-based stress reduction tai lyhyemmin MBSR (Niazi & Niazi, 2011; Kabat-Zinn, 2011). Tekniikka on kehitetty vuonna 1979 ja sitä käytetään edelleen terveydenhuollossa stressin hoidossa helpottamaan fyysisiä, psykosomaattisia ja psyykkisiä oireita. Mindfulnessia voidaan lisäksi hyödyntää psykoterapiassa sekä itsehoitokeinona itsenäisesti tehtyjen harjoitteiden avulla (Rappaport, 2014, s. 28).

Mindfulness perustuu tietoisuustaitoon, jota on tietoinen läsnäolo, huomaaminen ja aistiminen (Rappaport, 2014, s. 25). Mindfulnessin harjoittamista voidaan kuvata vertaamalla sitä linnun kahteen siipeen. Niistä toinen siipi edustaa oman kokemuksen tuntemista, toinen siipi kykyä havainnoida ja aistia itseämme sekä ympäristöä. Jos käytämme vain toista siipeä, ei lentäminen eli tässä tapauksessa mindfulnessin harjoittaminen onnistu. Tarvitsemme harjoittamiseen saman aikaisesti yhteyden oman itseemme ja kehoomme, mutta myös kykyä aistia ja havainnoida, mitä tapahtuu sisällämme ja ympärillä.

Buddha kuvaa tietoisuustaitoa 2500 vuotta vanhoissa opeissaan seuraavasti (Rappaport, 2014, s. 26): oppien mukaan harjoittajan täytyy kävellessään olla tietoinen kävelevänsä, istuessaan olla tietoinen istuvansa ja maataessaan olla tietoinen makaavansa. Näin

harjoittaja elää suorassa yhteydessä kehoonsa. Mindfulnessissa harjoitettava tietoisuus voidaan jakaa Buddhan oppien mukaan neljään tarkkaavaisuuden eli tietoisien olemisen perustaan. Tarkkailun kohteita ovat keho, tuntemukset, mieli ja ilmiöt. Hinduismin juuret näkyvät mindfulnessin harjoittamisessa mantrojen toistamisella. Mantra voi olla sana, nimi, ääni tai lausahdus. Mantra voi auttaa ajatuksen juoksun sekä sisäisen ja ulkoisen kokemuksen rauhoittamisessa.

4 TANSSI-LIIKETERAPIA OSANA MIELENTERVEYDEN KUNTOUTUSTA

Tanssi-liiketerapia on liikkeeseen ja keholliseen ilmaisuun perustuva taideterapiamuoto (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.). Terapiassa keskitytään kehon ja mielen yhteyteen ja nähdään liike osana kommunikaatiota. Puheen ei välttämättä tarvitse olla osa terapiaa, sillä vuorovaikutusta tanssi-liiketerapiassa ovat myös kehon liikkeet, asennot, eleet ja äänet. Siitä syystä tanssi-liiketerapia sopii erinomaisesti henkilöille, joilla on haastetta sanoittaa omia ajatuksia ja tunteita (Meekums, ym., 2015). Tanssi-liiketerapiassa ajatellaan kehon liikkeen heijastelevan koettua elämää ja nykyhetken psyykkistä sekä somaattista tilaa (Huttunen & Kalska, 2020, s. 406). Liikkeen kautta voidaan päästä käsiksi ihmisen alitajuntaan ja tunteisiin. Tanssi-liiketerapia kehittää itseilmaisua, kehonhahmotusta, kehotietoisuutta sekä tunteiden tiedostamista ja käsittelyä (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.).

Ihmisen keho on väistämättömästi vuorovaikutuksessa ympäröivän maailman ja ympäristön kanssa (Pylvänäinen, ym., 2019, s. 136–137). Tanssi-liiketerapiassa tutkitaan ihmisen suhdetta paitsi itsen, myös ympäristöön ja muihin ihmisiin. Tanssi-liiketerapiassa ollaan ihmisen kehonkuvan äärellä, mikä tarkoittaa emotionaalista, psyykkistä ja tuntemuksellista yhteyttä. Kehonkuvan tärkeänä ytimenä on fyysinen liike, kehon asennot ja kehon vireyden säätely. Tärkeää on ymmärtää, että keholla on kaksoisrooli aistijana ja aistittavana. Ihmisen keho ilmaisee omistajan huomaamattakin viestejä voinnistaan ulos. Masentuneen keho voi säilyttää kehomuistilla asentoja tai tapoja, josta ulkopuolinen havainnoitsija voi havaita masennuksen fyysisessä muodossa (mts. 141). Tällaisia havaintoja ovat mm. painunut rintakehä, kumarat hartiat, pinnallinen hengitys, katseen suuntautuminen alas, kävelyn hidas tempo ja kapea seisomisasento. Masentuneet henkilöt liikkuvat hitaammin emotionaalisesti ilmaisevassa liikkeessä ja käyttävät vähemmän kiihtyviä liikefraaseja verrattuna normaalivointiseen henkilöön. Useissa tutkimuksissa masentuneen kehonkuvasta nousee esiin negatiivisia kokemuksia ja yhteyksiä.

Tanssi-liiketerapeutille on tärkeää ymmärtää luovan liikkeen olevan peruselementti terapiassa (Huttunen & Kalska, 2020, s. 407). Liike on osa vuorovaikutusta ja sen havainnointi edellyttää anatomian, kehityksellisen liikkeen ja kinesiologian perustuntemusta. Liike on myös fysiologisen tapahtuman lisäksi neurologinen ja psyykinen tapahtuma. Siitä syystä terapeutin täytyy osata kehityspsykologian, varhaisen vuorovaikutuksen, kiintymyssuhdeteorian ja neurobiologian perusteet.

4.1 Tanssi-liiketerapian menetelmät ja käyttö kuntoutuksen tukena

Tanssi-liiketerapian menetelmiä ovat kehotietoisuusharjoitukset, liikeimprovisaatio, pelit ja leikit, sekä rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.). Yksi työskentelytavoista on niin sanottu autenttinen liike tai improvisaatio, missä henkilö liikuttaa kehoaan silmät kiinni ja antaa kehosta tulevien liikeimpulssien viedä (Huttunen & Kalska, 2020, s. 408). Tällöin terapeutti havainnoi liikettä ja analysoi sitä. Tanssi-liiketerapian harjoitteilla pyritään vahvistamaan kehossa koettua turvallisuutta, kehittämään kehotietoisuutta, hahmottamaan kehon liikettä ja vahvistamaan sosiaalisuuden toimijuuden tunnetta. Harjoitteita ja liikekokemuksia voidaan käydä läpi esimerkiksi sanoin, kuvin tai kuvituksin, mikä auttaa ymmärtämään liikkeen merkitystä ja luo asiakkaalle keinon käsitellä tunteita ja kehotietoisuutta. Tanssi-liiketerapia on erinomainen työskentelymuoto erityisesti silloin, kun asiakas ei pysty verbaaliseen psykoterapeuttiseen työskentelyyn (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.).

Tämän opinnäytetyön interventiossa käytetyt tanssi-liiketerapiaa soveltavat harjoitteet valikoituivat Suomen tanssiterapiayhdistyksen nettisivujen eri materiaaleista ja Päivi Pylvänäisen tuottamista materiaaleista (Suomen tanssiterapiayhdistys, i.a.; Pylvänäinen, ym., 2018, 2021).

Tanssi-liiketerapiaa voidaan toteuttaa yksilönä tai ryhmässä (Huttunen & Kalska, 2020, s. 408). Tyypillinen terapiaistunto kestää 45–60 minuuttia, mutta ryhmäterapiakerta voi kestää jopa 120 minuuttia. Terapiajakson kesto on lyhyimmillään 8–12 kertaa ja pisimmillään jakso voi olla jopa monivuotinen prosessi. Terapialle on tärkeää määrittää selkeä aloitus ja lopetus. Tanssi-liiketerapiaa voidaan käyttää laajan asiakaskirjon kanssa. Tanssi-liiketerapiasta hyötyvät erityisesti mielenterveyskuntoutujat kuten masennuspotilaat, traumapotilaat, syömishäiriöpotilaat ja skitsofreniaa sairastavat. Lisäksi se sopii muistisairautta sairastaville, autismin kirjolla oleville ja käyttäytymisen ongelmien hoitoon. Esteitä terapialle on syömishäiriöisen potilaan heikko fyysinen kunto, akuutti psykoottinen tila tai väkivaltainen potilas ryhmäterapiassa. Tanssi-liiketerapiaa saa toteuttaa vain koulutettu tanssi-liiketerapeutti.

4.2 Tanssi-liiketerapian käyttö maailmalla ja Suomessa

Maailmalla tanssia on käytetty parantavana taiteena aikojen alusta asti (Dunphy, ym., 2021). Tanssi-liiketerapia on kuitenkin tuotu terapiakäyttöön vasta 1940-luvulla Yhdysvaltaisten tanssijoiden toimesta. Siitä terapiamuoto levisi ympäri maailmaa, ja sitä käytetään jo monissa

maissa. Euroopan tanssi-liiketerapia yhdistyksellä eli European Association of Dance Movement Therapy:lla (EADMT) oli 2419 jäsentä vuonna 2020 jopa 27 eri maasta. Euroopassa maisterin- ja tohtorintutkinnon tanssi-liiketerapiasta voi opiskella Isossa-Britanniassa, Ranskassa, Espanjassa, Saksassa, Latviassa, Hollannissa, Virossa ja Liettuassa. Suomessa tanssi-liiketerapeutiksi opiskellaan Eino Roiha -instituutissa, josta saa tanssi-liiketerapeuttisten menetelmien ohjaajan pätevyyden.

Suomessa ja maailmalla on tehty tutkimustyötä tanssi-liiketerapian käytöstä eri asiakasryhmille. Tanssi-liiketerapian vaikutusta masennukseen ja ahdistukseen on tutkittu erityisesti ja sillä on saatu aikaan masennus- ja ahdistusoireiden vähentymistä osallistujissa (Koch, ym., 2019; Karkou, ym., 2019). Tuoreessa suomalaisessa Kansaneläkelaitoksen rahoittamassa tutkimushankkeessa saatiin ryhmämuotoisella tanssi-liiketerapialla merkittävää helpotusta masennuksen oireisiin aikuisilla (Pylvänäinen, ym., 2021). Tutkittavat kokivat olonsa omassa kehossaan epämukavaksi ja kehon toimintakyky koettiin huonona. Yleinen tuntemus tutkittavilla oli, että kehossa on vähäisesti energiaa. Useiden selviytymiskeino oli pyrkimys olla tuntematta mitään, sillä koetut tuntemukset olivat usein epämukavia. Tanssi-liiketerapiaa toteutettiin kymmenen viikon ajan kahdesti viikossa 75 minuutin ryhmäterapiakertoina. Osallistujat saivat myös tavanomaista hoitoa masennukseen. Tuloksia verrattiin kontrolliryhmään, jotka eivät saaneet tanssi-liiketerapiaa. Tuloksena saatiin masennusoireiden ja negatiivisten psyykkisten oireiden vähenemistä tutkimusryhmällä verrattuna kontrolliryhmään. Osallistujien mieliala koheni ja he kokivat kehonkuvansa myönteisemmäksi. Usealle osallistujalle kokemus ryhmään kuulumisesta ja positiivisesta ilmapiiristä oli ollut merkittävää.

Pylvänäinen (2018) on tutkinut myös väitöskirjassaan masentuneen kehonkuvaa ja tanssi-liiketerapian vaikutusta siihen. Hän on luonut tutkimusta varten kehonkuvakyselyn nimeltä Body Image Assessment (BIA). Kyselyssä on seitsemän kysymystä, joihin vastataan omin sanoin ja ne antavat tietoa vastaajan kehonkuvasta, kehomuistista ja vuorovaikutuksen ominaisuuksista. Tutkimuksessa masennusta sairastavat aikuiset (n=62) kävivät 12 kertaa 90 minuutin ryhmämuotoisessa tanssi-liiketerapiassa, jonka seurauksena tutkittavien kehonkuva muuttui myönteisemmäksi ja masennusoireet vähenivät.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on laajentaa fysioterapeuttien ja alan opiskelijoiden tietämystä tanssi-liiketerapian mahdollisuuksista osana mielenterveysasiakkaiden kuntoutusta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kahdeksan viikon mittaisen intervention avulla, millaisia vaikutuksia voidaan luovalla liikkeellä saada aikaan interventioon osallistuvien psyykkiseen hyvinvointiin.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten luovan liikkeen harjoitteilla voidaan vaikuttaa koettuun psyykkiseen hyvinvointiin Beck Depression Inventory -kyselyllä mitattuna?
2. Miten luovan liikkeen harjoitteilla voidaan vaikuttaa koettuun psyykkiseen hyvinvointiin Patient Health Questionnaire -kyselyllä mitattuna

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin ryhmämuotoisena interventiona. Interventiossa tutkittiin luovan liikkeen vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiin Seinäjoen Olkkarilaisista koostuvasta ryhmästä. Opinnäytetyön toteutus lähti liikkeelle syksyllä 2023, kun tapasin Olkkarin toiminnanjohtajaa. Olkkari on kohtaamispaikka kaikille avoin ja sen taustalla toimii Kokemus- ja vertaistoimijat ry. Tapaamisessa suunniteltiin opinnäytetyön intervention Luova liike -ryhmän toteutusta, johon osallistujat ilmoittautuisivat itse mukaan. Luova liike -ryhmä toteutettiin Olkkarin tiloissa ja välleineillä. Ryhmä kokoontui kerran viikossa kahdeksana peräkkäisenä tiistaina klo 16.15–17.15, joista ensimmäinen kokoontumiskerta oli 6.2.2024.

6.1 Aineistonkeruu ja analyysimenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on määrällinen tutkimus. Opinnäytetyössä kerättiin tietoa kahdella eri kyselyllä. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin osallistujien itse täyttämiä kyselylomakkeita. Analyysimenetelmänä aineistosta laskettiin kyselyn kokonaispisteiden keskiarvon ja yksittäisten tulosten frekvenssiä. Tutkimusaineistoa kerättiin kahdella masennuskyselylomakkeella, Beck Depression Inventory -masennuskysely eli BDI (liite 1) ja Patient Health Questionnaire eli PHQ-9 (liite 2). BDI-kyselyn reliabiliteetti on Cronbachin alphan mukaan 0.86 mielenterveyspotilaille ja muille 0.81 (Zeltzer, 2008). PHQ-9-kyselyn reliabiliteetti (Cronbachin α) on 0.89 (Kroenke, ym., 2001).

BDI-kyselyssä on 21 kohtaa, joista jokainen arvioidaan asteikolla 0–3. Yhteenlasketulla pistemäärällä arvioidaan masennuksen oireiden vakavuutta, jolloin korkeampi pistemäärä tarkoittaa vakavampia oireita. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–63. PHQ-9-kyselyssä on 9 kohtaa, joista jokainen arvioidaan asteikolla 0–3. Arviointitapa on sama BDI-kyselyn kanssa, eli korkeampi pistemäärä viittaa vakavampiin masennusoireisiin. Kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–27. BDI-kyselyyn saatiin kuusi vastausta ($n=6$) ja PHQ-9-kyselyyn viisi vastausta ($n=5$), sillä yksi vastauksista ei ollut tulkittavissa. Kerätyt kyselyt ja tiedostot säilytettiin ja käsiteltiin luottamuksella, sekä tuhottiin tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti.

Osallistujat ja tutkimusjoukko

Luova liike -ryhmää mainostettiin Olkkarin tiloissa esitteellä sekä heidän sosiaalisissa medioissaan mainoksella. Osa osallistujista oli ilmoittautunut ryhmään itse ja osa ei, sillä ennen

ensimmäisen tunnin alkua ryhmään pyydettiin mukaan kaksi osallistujaa Olkkarilaisista. Osallistujille kerrottiin ryhmän ensimmäisellä tapaamisella interventioon osallistumisesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Tutkimukseen osallistuvat täyttivät suostumuslomakkeen (liite 3) ja heille selvitettiin interventioon osallistumisen ehtoja ja keskeyttämisen mahdollisuus. Lopulliseen tutkimusjoukkoon kuului kuusi henkilöä, joista kaksi olivat miehiä ja neljä naisia. Heistä viisi olivat työkäisiä ja yksi eläkeikäinen. Ikäjakauma tutkimushenkilöillä oli 35–66 vuotta. Tutkimusjoukon diagnooseja ja arjessa esiintyviä haasteita selvitettiin alkukyselyiden yhteydessä (liite 2). Joukossa oli erilaisia diagnooseja, kuten masennusta, skitsofreniaa ja PTSD:tä. Yhteisenä piirteenä tutkittavilla esiintyi arjessa jaksamisen ja vireystilan säätelyn haasteita.

6.2 Intervention sisältö ja toteutus

Luova liike -ryhmän tuntisuunnitelmat valmistuivat tammikuussa 2024. Teemat kuten musiikki, tietoinen läsnäolo, parityöskentely ja rentoutuminen ohjasivat tuntien sisältöä (taulukko 1). Tuntisuunnitelmat koottiin yhdistellen tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian materiaaleja soveltaen niitä tunnin teeman mukaisesti. Käytetyt harjoitteet olivat peräisin tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian ammattilaisten kokoamista materiaaleista sekä hengitysterauttin työkirjasta (Martin, 2017). Yksittäiset harjoitteet valikoituivat lopulta jokaisen tunnin aiheen ja ajoituksen mukaan. Esimerkiksi harjoitteet tunnin alussa olivat tunnin aiheeseen orientoivia ja lopussa enemmän rentouttavia.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla intervention alustuksen jälkeen osallistujat täyttivät alkukyselyt ja ryhmän toimintaa aloitettiin kevyillä orientoivilla harjoitteilla. Sen jälkeen ryhmä eteni tuntisuunnitelman mukaan. Viimeisellä kerralla ryhmä taiteili yhteisen julisteen intervention päättymisen merkiksi (kuva 1) ja osallistujat täyttivät loppukyselyt. Tunneilla paikalla oli aina neljästä kuuteen osallistujaa, ja kaksi ryhmäläisistä kävi kaikilla tunneilla. Palautetta kerättiin intervention puolesta välissä kirjallisesti ja lopussa suullisesti keskustellen sekä myös kirjallisesti. Välipalautteessa kerättiin osallistujien kokemuksia ryhmästä puolesta välissä interventiota. Kaikki kyselyt ja palautteet täytettiin nimimerkeillä tai anonyymisti, näin kenenkään henkilötietoja ei ollut tarvetta jakaa. Palautteet olivat ryhmän ohjaajalle arvokasta tietoa harjoitteiden toimivuudesta ja ryhmän dynamiikasta.

Taulukko 1. Luova liike -ryhmän tuntisuunnitelma

Teema	Harjoitteet
1. tunti Alustus	Alkukyselyiden täyttäminen, jännitys-rentoutusharjoitus, erilaiset kävelytyylit
2. tunti Musiikki	Improvisaatioharjoitus, Peili-leikki, tulkitse musiikkia piirtäen -harjoitus, loppurentoutus
3. tunti Tietoinen läsnäolo	Taputtelu-harjoitus, musiikin tulkinta, maadoitusharjoitus, piirtämisharjoitus
4. tunti Parityöskentely	Erilaisuuskävely, peilausharjoitus, tilassa liikkuminen yhdessä, kannatteluharjoitus
5. tunti Rytmit ja liikelajaudet	Improvisaatiopallo-harjoitus, piirirytmit, improvisaatio eri musiikkeihin ja genreihin, välipalaute
6. tunti Kehotietoisuus	Kirje omalle keholle-harjoitus, hengitystekniikoiden harjoittelu, tapping-harjoitus, väri-rentoutus
7. tunti Yhdessä tekeminen	Pysähdy kun joku pysähtyy -harjoitus, seuraa johtajaa, liikeimprovisaatioharjoitus, pallohieronta
8. tunti Yhteinen lopetus	Yhteisen julisteen tekeminen, loppukyselyiden täyttäminen, loppupalaute



Kuva 1. Luova liike -ryhmän tekemä juliste (Laakkonen, 26.3.2024)

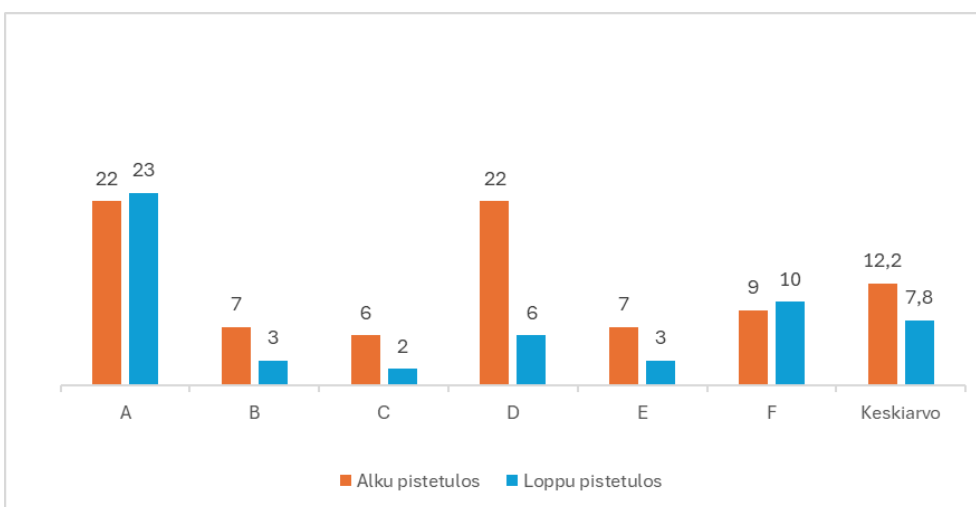
7 TULOKSET

Kyselyiden tuloksia analysoitiin Microsoft Excel:issä ja Google Forms:issa. Tuloksista analysoitiin kyselyiden pistemäärien frekvenssejä ja kyselyiden lopputulosten keskiarvon frekvenssiä.

7.1 BDI-kyselyn tulokset

Beck Depressio Inventory -kyselyssä mitataan kokonaispisteiden tulosta. Mitä pienempi pistemäärä, sitä vähemmän vastanneella on masennuksen oireita. Alle 12 pistettä tarkoittaa normaalia mielialaa, eli ei masennuksen oireita. 13–18 pistettä viittaa lievään masennukseen. 19–29 pistettä viittaa kohtalaiseen masennukseen. 30–63 pistettä viittaa vakavaan masennukseen. Kyselyyn vastasi kuusi osallistujaa (n=6), joita kuvaavat kirjaimet A-F.

BDI-kyselyn alkutuloksissa kaksi henkilöä (A ja D) saivat 22 pistettä, eli kohtalaisen masennuksen tuloksen (kuvio 1). Muut neljä (B, C, E ja F) saivat alle 9 pistettä, eli normaalin tuloksen. Kaikkien pisteiden keskiarvo oli alkutuloksessa 12,2 pistettä. BDI-kyselyn lopputuloksissa yksi henkilö (A) sai 23 pistettä, eli kohtalaisen masennuksen tuloksen. Loput viisi (B, C, D, E ja F) saivat alle 10 pistettä, eli normaalin tuloksen. Kaikkien pisteiden keskiarvo oli lopputuloksessa 7,8 pistettä. Tutkittavien pisteiden keskiarvo laski alkutilanteesta. Kahden henkilön pisteet nousivat yhdellä pisteellä alkutilanteesta.

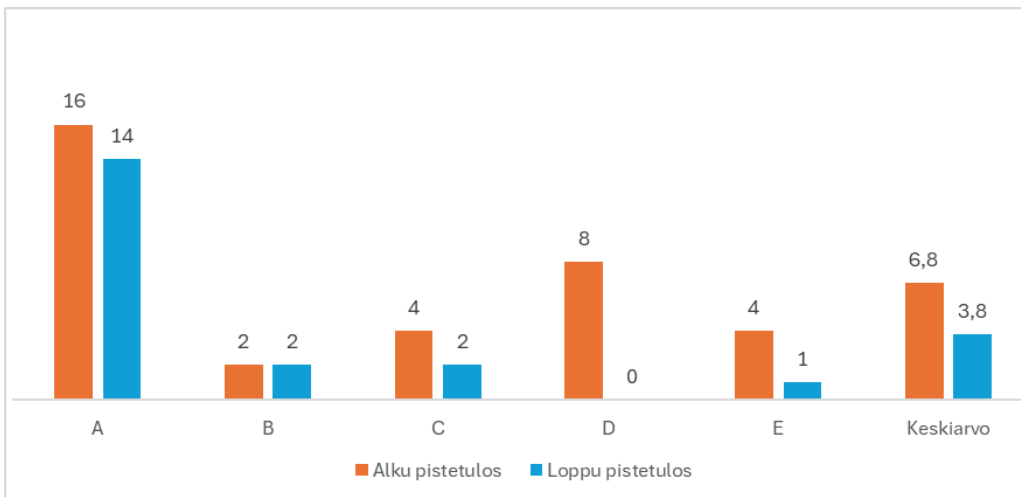


Kuvio 1. BDI-kyselyn tulokset alku- ja loppukyselyistä (n=6)

7.2 PHQ-9-kyselyn tulokset

Patient Health Questionnaire -kyselyssä mitataan kokonaispisteiden tuloksia. Alle neljä pistettä tarkoittaa, ettei henkilöllä ole masennuksen oireita. 5–9 pistettä viittaa lievään masennukseen. 10–14 pistettä viittaa kohtalaiseen masennukseen. 15–19 pistettä viittaa kohtalaisen vakavaan masennukseen. Yli 20 pistettä viittaa vakavaan masennukseen. Kyselyyn vastasi viisi osallistujaa (n=5), sillä yhtä vastauksista ei voitu tulkita. Osallistujia kuvataan kirjaimilla A-E.

PHQ-9-kyselyn alkutuloksissa yksi osallistuja (A) sai 16 pistettä, eli kohtalaisen masennuksen tuloksen (kuvio 2). Yksi osallistuja (D) sai kahdeksan pistettä, eli lievän masennuksen tuloksen. Loput kolme (B, C ja E) saivat alle neljä pistettä, eli heillä ei ilmennyt masennuksen oireita. Kaikkien pisteiden keskiarvo oli alkutuloksessa 6,8 pistettä. PHQ-9-kyselyn lopputuloksissa yksi henkilö (A) sai 14 pistettä eli kohtalaisen masennuksen tuloksen. Kaikki loput neljä (B, C, D ja E) saivat alle neljä pistettä, eli heillä ei ilmennyt masennuksen oireita. Kaikkien pisteiden keskiarvo oli lopputuloksessa 3,8. Tutkittavien pisteiden keskiarvo laski alkutilanteesta. Yhden henkilön pisteet laskivat nolnaan (D).



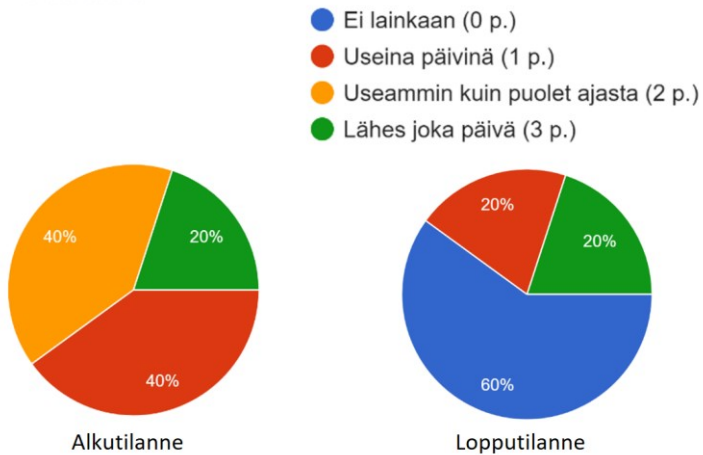
Kuvio 2. PHQ-9-kyselyn tulokset alku- ja loppukyselyistä (n=5)

PHQ-9-kyselyä tarkemmin tarkasteltaessa ilmeni, että osallistujien kiinnostus asioiden tekemiseen lisääntyi hieman, nukkumisvaikeudet pysyivät ennallaan ja itsensä vahingoittamisen halut pysyivät ennallaan nollassa. Tulokset osoittavat, että osallistujien ruokahaluttomuus, keskittymisvaikeus ja puhumisen tai liikkumisen hitaus väheni. Lisäksi osallistujien väsymyksen ja energian puutteen oireet vähenivät (kuvio 3). Alakuloisuuden, masentuneisuuden tai

toivottomuuden tunteet vähenivät kahdella osallistujalla, mutta yhdellä lisääntyivät (kuvio 4). Tyytymättömyys omaan itseen väheni kolmella viidestä vastaajasta (kuvio 5).

4. Väsymys tai energian puute

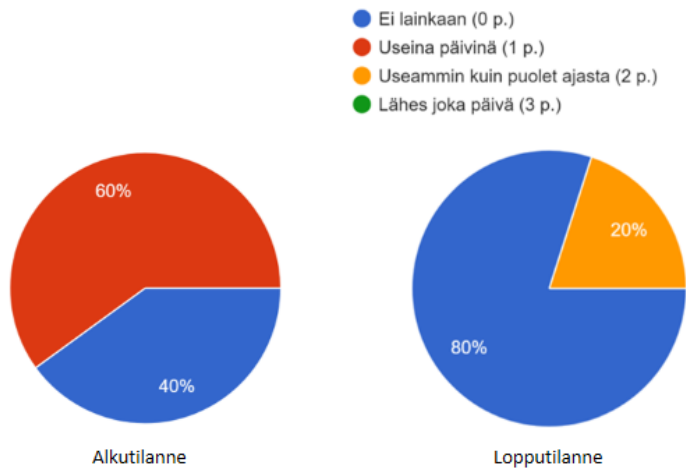
5 vastausta



Kuvio 3. PHQ-kyselyn alku- ja lopputulosten vastaukset kysymykseen väsymyksestä tai energian puutteesta (n=5)

2. Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus

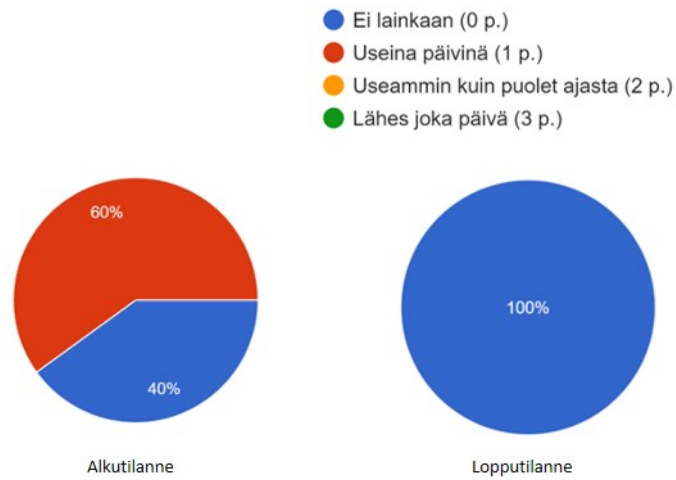
5 vastausta



Kuvio 4. PHQ-kyselyn alku- ja lopputulosten vastaukset kysymykseen alakuloisuudesta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta (n=5)

6. Tyytymättömyys omaan itseän tai tunne siitä, että on epäonnistunut tai laiminlyönyt itseään tai perhettään

5 vastausta



Kuvio 5. PHQ-kyselyn alku- ja lopputulosten vastaukset kysymykseen tyytymättömyydestä omaan itseän tai tunteesta, että on epäonnistunut tai laiminlyönyt itseään tai perhettään (n=5)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tuloksista voidaan havaita, että interventiolla on saatu muutoksia osallistujien psyykkiseen hyvinvointiin. Kaikkien yhteispisteiden keskiarvot vähenivät molemmilla kyselyillä mitattuina, mikä viittaa masennusoireiden vähenemiseen.

BDI-kyselyn tuloksissa kahdella henkilöllä pisteet nousivat yhden pisteen verran. Yhdellä henkilöllä pisteet laskivat alkutilanteesta 16 pisteen verran, eli kohtalaisesta masennuksesta normaaliin mielialaan. Selkeää johdonmukaista tulosta ei saatu aikaan BDI-kyselyllä mitattuna, vaikka suurimmalla osalla pisteet laskivat.

PHQ-9-kyselyssä kaikilla osallistujilla pisteet laskivat tai pysyivät ennallaan alkutilanteesta. Yhdellä tulos laski kahdeksasta pisteestä nolnaan, eli lievistä masennusoireista normaaliin mielentilaan. PHQ-9-kyselyn tuloksia tarkemmin tarkasteltaessa huomataan muutosta negatiivisten tunteiden esiintyvyydessä arjessa. Näitä tunteita olivat väsymys, alakuloisuus, masentuneisuus, toivottomuus ja tyytymättömyys itseän. Negatiiviset tunteet vähenivät suurimmalla osalla tutkimusjoukosta. Tällainen muutos mielialassa vaikuttaa positiivisesti vireystilan säätelyyn ja arjessa jaksamiseen, eli haasteisiin, jotka nousivat ryhmällä alussa keskeisiksi teemoiksi.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe valikoitui yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkittävyyden lisäksi henkilökohtaisen mielenkiinnon vuoksi. Oma kiinnostukseni tanssi-liiketerapiaan ja mielenterveyden haasteiden hoitoon ohjasivat aiheen valintaa ja sen rajausta. Mielenterveyden haasteet ovat ajankohtainen aihe, johon liittyy paljon ennako-oletuksia ja häpeää, minkä vuoksi niiden hoito on entistäkin tärkeämpää. Mielenterveyden haasteet ovat olleet läsnä niin omassa elämässäni, kuin läheisten elämässä, minkä vuoksi aihe on henkilökohtainen ja tärkeä.

Opinnäytetyön eteneminen on ollut aikataulun mukaista ja työssä on päästy tavoitteisiin. Opinnäytetyö on saanut tukea Seinäjoen Olkkarilta ja saan kiittää heitä avusta intervention toteutuksessa. Vaikka yksin tehty opinnäytetyö vie paljon aikaa ja resursseja, työn tekeminen on opettanut paljon. Olen oppinut itsestäni ohjaajana ja pidän ohjaamiskokemusta arvokkaimpana asiana, jonka olen opinnäytetyöstä oppinut. Myös itse opinnäytetyön suunnittelu- ja kirjoittamisprosessi on opettanut paljon ja on ollut palkitsevaa nähdä valmiissa työssä oma kädenjälki.

Psykofyysisen fysioterapian ja tanssi-liiketerapian keinoissa on paljon yhteistä kosketuspintaa ja molemmat ovat kiinnostavia aiheita opiskella ja ohjata. Kahden eri terapiamuodon harjoitteiden yhdistely ja soveltaminen on vaatinut luovuutta ja aiheiden kattavaa sisäistämistä. Terapiamuotojen yhdistelyn konseptia voisi hyödyntää myös muissa terapiatoteutuksissa, mikäli yhdistely on tarkoituksenmukainen.

Tulosten pohdintaa

Intervention tulokset vastaavat viitekehyksessä esiintyviä tanssi-liiketerapian ja masennuksen tutkimustuloksia. Vaikka tulokset olivat aikaisempien tutkimusten mukaisia, ne silti yllättivät positiivisesti, sillä tuloksia saatiin aikaan suhteellisen pienellä tuntimäärällä. Aikaisemmissa tutkimuksissa terapiatuntien kesto tai koko terapiajakso on ollut pidempi, kuin tässä interventionissa, jolloin positiiviset muutokset tutkittavien mielialassa ovat olleet myös todennäköisempiä. Toisaalta pientä ristiriitaa kuitenkin oli BDI-kyselyn tuloksissa tutkimusjoukon kesken, sillä kahdella pisteet nousivat hieman. Siitä syystä pohdinkin, mistä tulosten vähentyneet tai lisääntyneet masennusoireet todellisuudessa johtuvat.

Tulosten vähentyneet oireet voivat johtua puhtaasti tehdyistä harjoitteista ja niiden herättämisestä ajatuksista, kuten esimerkiksi kehotietoisuudesta tai rentoutumisesta. Tulokset voivat myös johtua ryhmään kuulumisen sosiaalisesta vaikutuksesta. Useat osallistujat olivat intervention hetkellä työkyvyttömyyseläkkeellä, minkä vuoksi Luova liike -ryhmä on voinut olla monelle heistä viikon kohokohta. Jäin myös pohtimaan osallistujien itse täyttämiä kyselylomakkeita. Jos jollain osallistujalla on ollut tarve vähätellä oireitaan tai tarve miellyttää ohjaajaa, vaikuttaa se vääristävästi tuloksiin. Silloin tuloksissa näkyy muutos parempaan, vaikka muutosta mielialassa ei olisi todellisuudessa tapahtunut.

Vaikka aineistonkeruumenetelmä eli kyselyt toimivat ja tulokset niistä olivat enimmäkseen positiivisia, pohdin jälkeinpäin kyselyiden valinnan perusteita. Opinnäytetyö olisi voinut saada erilaista näkökulmaa, jos kyselyt eivät olisi olleet masennuskyselyitä. Koen, että kyselyvalinnat eivät olleet tutkimukselle parhaat, koska interventioon osallistuneilla oli muitakin mielen terveyden haasteita, kuin pelkkä masennus. Masennuskyselyt eivät huomioi muiden mielen terveyden häiriöiden oireita, joten kyselyt eivät olleet tässä tapauksessa täysin luotettavia. Kyselyinä olisi voinut käyttää esimerkiksi CORE-OM mittaria tai PARADISE24fin-mittaria.

Pohdintaa ryhmään osallistumisesta

Ryhmään vapaaehtoisesti ilmoittautuminen viestii lähtökohtaisesti myönteisestä suhtautumisesta ryhmätoimintaan, liikuntaan ja tanssiin. Vain yhdellä osallistujista oli aikaisempaa kokemusta tanssi-liiketerapiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta. Pohdin jälkikäteen kahden henkilön spontaania osallistumista mukaan ryhmään ja heidän motivaatiotansa interventioon osallistumiseen. Tilanteessa oli mahdollisesti liikaa painetta kieltäytyä muun ryhmän ja ohjaajan edessä, mikä teki heidän osallistumisestaan interventioon eettisesti haasteellista.

Lähes kaikki ryhmäläiset tunsivat toisensa etukäteen Olkkarilta, mikä helpotti pari- ja ryhmätyöskentelyä. Täysin tuntemattomassa ryhmässä on vaikeampaa antaa toisen ihmisen tulla lähelle, joten koen ryhmäläisten tuttavallisuuden olleen tässä interventiossa etu. Ryhmän ryhmähenki kasvoi, mitä pidemmälle interventiossa edettiin. Mielen terveyden haasteiden kanssa painivien voi olla vaikea sitoutua ryhmään, joten oli hienoa, että ryhmä saatiin kokoon ja että jokaisella tunnilla oli neljästä kuuteen osallistujaa.

Väli- ja loppupalaute

Intervention parityöskentelyn tunti eli neljäs tunti tuntui olevan käännekohta ryhmän toiminnalle. Paikalla olivat kaikki kuusi osallistujaa eli koko tutkimusjoukko ja erilaisuuskävelyharjoite tunnin alussa sai ryhmäläiset tutustumaan toisiinsa paremmin, vähentäen ryhmän sisäistä virittyneisyyttä. Ennen harjoitetta osallistujat vaikuttivat varautuneilta ja jännittyneiltä. Harjoitteiden jälkeen heräsi usein keskustelua ryhmän kesken. Suullisesta palautteesta sai nopeasti kuulla, oliko harjoite mieleinen vai ei. Paras vastaanotto ryhmältä tuli erilaisiin leikkeihin ja peleihin. Ne nostattivat usein naurua ja hilpeyttä ryhmässä.

Intervention puolessa välissä viidennellä tunnilla osallistujilta kerättiin välipalautetta kirjallisesti. Palautteen täytti neljä tunnille osallistunutta ryhmäläistä. Palautteesta kävi ilmi, että harjoitteet jakoivat mielipiteitä. Osa piti vauhdikkaammista harjoitteista, kuten leikeistä ja improvisaatioharjoitteista ja osa enemmän rentoutuksista. Osa taas koki rentoutukseen rauhoittumisen haastavana ja osalle haastavaa oli peilausharjoitteessa toisen liikkeiden seuraaminen ja matkiminen. Osallistujien odotukset ryhmästä olivat alkuun matalat, sillä moni yllättyi palautteen mukaan positiivisesti ryhmästä.

Loppupalautte täytettiin viimeisellä tunnilla loppukyselyiden yhteydessä. Loppupalautteessa kysyttiin palautetta ryhmän toiminnasta ja omista kokemuksista. Kaikki kokivat palautteen mukaan olonsa ryhmässä tervetulleeksi ja hyväksytyksi. Ennen tuntia osallistujien olot olivat palautteen mukaan odottavaisia, kiinnostuneita ja väsyneitä. Tunnin jälkeen osallistujat kokivat olonsa rentoutuneeksi, energiseksi, rauhalliseksi, sosiaalseksi ja osa jopa ahdistuneeksi. Ahdistusta loi paikoittain ryhmän välinen kemia ja jännite.

Pohdintaa ryhmän dynamiikasta

Ryhmän alussa ryhmäläisillä oli havaittavissa keskenään jännitettä. Paikoittain esiintynyt muiden tekemisen katseleminen sivusta toi haasteita ryhmän dynamiikkaan, mikä johti osan harjoitteiden tekemiseen osittain eri tilassa. Ryhmäläiset saattoivat tunnin jälkeen jäädä juttelemaan ohjaajalle kahden kesken tunnilla esiintyneistä tilanteista, jotka saatiin lopulta keskusteltua läpi ja ajan kanssa selvitettyä. Ryhmän dynamiikkaa ja intervention kulkua olisi edistänyt ryhmään osallistuvien esihaastattelu, sillä osa tutkimusjoukon diagnooseista jäi vielä epäselväksi. Virallisissa terapiaryhmissä haastatellaan halukkaita osallistujia ennen ryhmään pääsyä, jotta saadaan selville heidän diagnoosinsa, osallistumismotivaationsa ja muuta taustatietoa. Terapiaryhmä kannattaa myös sen toimivuuden kannalta olla suljettu ryhmä ja siihen osallistuminen sitovaa. Osa Luova liike -ryhmään ilmoittautuneista kävi vain muutamalla

tunnilla, mikä on ongelmallista ryhmän sisäisen luottamuksen ja ryhmähengen syntymisen kannalta.

Pohdintaa ohjauksesta ja turvallisuudesta

Terapiaryhmiä ei tavallisesti ohjata yksin. Yksin ohjaaminen ei ole suositeltua siitä syystä, että terapiaryhmäläisillä voi esiintyä suuria tunnepurkauksia, joita voi olla vaikea hoitaa yksin ohjatessa. Parasta ohjauksen sujuvuuden kannalta siis olisi, jos ohjaajia olisi kaksi. Tällöin toinen voi irtautua käsittelemään ryhmäläisen tunnepurkausta ja muu ryhmä voi jatkaa toimintaansa normaalisti. Kahden ohjaajan käytäntö on myös turvallisuusohje. Tässä opinnäytetyössä resurssit tulivat vastaan, minkä vuoksi ryhmää ohjasi vain yksi ohjaaja. Yllä mainittuja tilanteita tai vaaratilanteita ei kuitenkaan esiintynyt.

Jos opinnäytetyön interventio järjestettäisiin uudestaan, pitäisin mahdollisimman tarkkaa päiväkirjaa tuntien tapahtumista ja osallistujien havainnoimisesta. Havainnointi on tärkeä menetelmä tanssi-liiketerapiassa ja psykofyysisessä fysioterapiassa. Havainnoida voi liikkeen laatua, nopeutta, impulssin lähdettä, hengitystä, rytmiä ja monia muita asioita, joilla liikkeen seuraaja tulkitsee tekijän liikettä. Kiinnittäisin myös huomiota enemmän harjoitteiden fyysisyyteen. Liikaa improvisaatiota ei voi laittaa peräkkäisinä harjoitteina tai edes samalle tunnille. Kun ihmistä seurataan, hän tekee helpommin suurempaa liikettä, mikä johtaa fyysisesti raskaaseen suoritukseen. Vaikka liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia ainakin masennuspotilaiden hoidossa, voi psyykkisten asioiden käsittely olla jo itsessään haastavaa. Siitä syystä ei kannata tuottaa liikaa kuormitusta, oli se sitten psyykkistä tai fyysistä, yhdelle harjoitteelle tai terapiakerralle.

Opinnäytetyön jatkotutkimusideat

Jatkotutkimusideoita opinnäytetyölle syntyi muutamia matkan varrella. Opinnäytetyön aiheesta voisi tehdä oppaan, jossa on listattuna harjoitteita ja kerrottu tarkemmin niiden toteutuksesta ja käytöstä. Toiminnallisen työn tuotoksena voisi olla myös video, sillä liike välittyy parhaiten liikkuvana kuvana. Opinnäytetyön aiheesta voisi kerätä tarkempaa tutkimustietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Aiheesta voisi tehdä myös laajemman interventiotutkimuksen tai tarkemman tapaustutkimuksen vain muutamalle tai yhdelle asiakkaalle, jossa päästään tutustumaan tarkasti tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian yksilölliseen vaikutukseen.

LÄHTEET

- Dunphy, K., Federman, D., Fischman, D., Gray, A., Puxeddu, V., Zhou, T. Y. & Dumaresq, E. (2021). Dance Therapy Today: An Overview of the Profession and Its Practice Around the World. *Creative Arts in Education and Therapy*. <https://doi.org/10.15212/CAET/2021/7/13>
- Eläketurvakeskus, (8.4.2020). Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Eläketurvakeskus. <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/>
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. (2016). Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona - Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Kansaneläkelaitos. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/f742b96f-988b-42c9-8491-0c7c0e8e1cda/content>
- Hiltunen, E. (2018). Masennuksesta selviää! Docendo Oy.
- Huttunen, M. O. & Kalska, H. (2020). Psykoterapiat. Duodecim.
- Isometsä, E. & Tuunainen, A. (8.1.2020). Vältä viisaasti - Kyselylomakkeiden käyttö depression diagnosoinnissa. Käypä hoito. <https://www.kaypahoito.fi/dnd00101>
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. O. & Tuulari, J. (2017). Masennus. Kustannus Oy Duodecim.
- Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. *Frontiers in psychology*, 10, 936. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>
- Kauranen, K. (2021). Fysioterapeutin käsikirja. 4. painos. Sanoma Pro Oy.
- Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Frontiers in psychology*, 10, 1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Martin, M., Seppä, M. & Nissinen, R. (2017). Hengitysterapeutin työkirja. 4. painos. Mediapinta.

- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. (2010). Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. *Mediapinta*.
- Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E. A. (2015). Dance movement therapy for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(2), CD009895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009895.pub2>
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V., & Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Mielenterveyden keskusliitto, (i.a.). Traumaperäinen eli posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD). <https://www.mtkl.fi/mika-askarruttaa/yleisia-mielenterveyden-hairioita/psykykkiset-traumat/traumaperainen-eli-posttraumaattinen-stressihairio-ptsd/>
- Niazi, A. K., & Niazi, S. K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: a non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American journal of medical sciences*, 3(1), 20–23. <https://doi.org/10.4297/najms.2011.320>
- Nummenmaa, L., Karjalainen, T., Isojärvi, J., Kantonen, T., Tuisku, J., Kaasinen, V., Joutsa, J., Nuutila, P., Kalliokoski, K., Hirvonen, J., Hietala, J. & Rinne, J. (30.5.2020). Lowered endogenous mu-opioid receptor availability in subclinical depression and anxiety [sähköinen tietoaaineisto]. *Neuropsychopharmacology*. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0725-9>
- Premius Kuntoutus Oy. (i.a.) Psykofyysinen fysioterapia. <https://www.premius.fi/palvelut/psykofyysinen-fysioterapia/>
- Pylvänäinen, P. (2018). Dance movement therapy in the treatment of depression: change in body image and mood – a clinical practice based study. [väitöskirja, Jyväskylän yliopisto] JYX. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7503-6>
- Pylvänäinen, P., Forsblom, A. & Hyvönen, K. (2019). Masentuneen kehonkuva ja tanssi-liiketerapian vaikutus siihen. *Eino Roiha -säätö; Suomen Musiikkiterapiayhdistys ry*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-202009115825>
- Pylvänäinen, P., Luoto, R., Kella, K., Hyvönen, K., Laine, S., Forsblom, A., McNamara, S. & Punkanen, M. (2021). Tanssi-liiketerapia on vaikuttava kuntoutusmuoto masennuksen hoitoon. *Kansaneläkelaitos*. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/df3bcb4a-ef7c-41de-abb1-414238fe7bb9/content>
- Rappaport, L. (2014). *Mindfulness and the arts therapies – Theory and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Smart, K. M. (2023). The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: past, present and future. *Physical Therapy Reviews*, 28(2), 61–70. <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (29.5.2024). Depressio (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Suomen Mielenterveys Ry (MIELI). (22.8.2024). Tilastotietoa mielenterveydestä. <https://mieli.fi/yhteiskunta/mielenterveys-suomessa/tilastotietoa-mielenterveydesta/>

Suomen Tanssiterapiayhdistys ry, (i.a.). Mitä tanssi-liiketerapia on? <https://tanssiterapia.net>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (24.5.2024). Mielialahäiriöt. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>

Tilastokeskus. (2023). Kuolemansyyt 2022 (Suomen virallinen tilasto). <https://stat.fi/julkaisu/cl8mlgiehwn8z0cvzmey6j7sr>

Toivio, T. & Nordling, E. (2013). Mielenterveyden psykologia. Edita Publishing Oy.

World Health Organization (WHO). (31.3.2023). Depressive disorder (depression). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Zeltzer, L. (2008). Beck Depression Inventory (BDI, BDI-II). Stroke engine. <https://strokengine.ca/en/assessments/beck-depression-inventory-bdi-bdi-ii/>

LIITTEET

Liite 1. Beck Depression Inventory (BDI)

Liite 2. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Liite 3. Suostumuslomake

Nimimerkki:

BDI (Beck Depression Inventory) – Beckin depressioasteikko

Vastaa sen mukaan, miten olet kokenut olosi viimeisen 2 viikon aikana.

1.

- En ole surullinen (0 p)
- Olen alakuloinen ja surullinen (1 p)
- Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen (2 p)
- Olen niin onneton, etten enää kestä (3 p)

2.

- Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua (0 p)
- Tulevaisuus pelottaa minua (1 p)
- Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään (2 p)
- Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin (3 p)

3.

- En tunne epäonnistuneeni (0 p)
- Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset (1 p)
- Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia (2 p)
- Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä (3 p)

4.

- En ole erityisen haluton (0 p)
- En osaa nauttia asioista niin kuin ennen (1 p)
- Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään (2 p)
- Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen (3 p)

5.

- En tunne erityisemmin syyllisyyttä (0 p)
- Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton (1 p)
- Nykyään tunnen itseni huonoksi ja keltottomaksi melkein aina (2 p) Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton (3 p)

6.

- En koe, että minua rangaistaan (0 p)
- Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle (1 p)
- Uskon, että kohtalo rankaisee minua (2 p)
- Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista (3 p)

7.

- En ole pettynyt itseeni (0 p)
- Olen pettynyt itseeni (1 p)
- Inhoan itseäni (2 p)
- Vihaan itseäni (3 p)

8.

- Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin (0 p)
- Kritisoin itseäni heikkouksista (1 p)
- Moitin itseäni virheistäni (2 p)
- Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee pieleen" (3 p)

9.

- En ole ajatellut vahingoittaa itseäni (0 p)
- Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin (1 p)
- Mieleissäni on selvät itsemurhasuunnitelmat (2 p)
- Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus (3 p)

10.

- En itke tavallista enempää (0 p)
- Itken nykyään aiempaa enemmän (1 p)
- Itken nykyään jatkuvasti (2 p)
- En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin (3 p)

11.

- En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään (0 p)
- Ärsynnyn aiempaa herkemmin (1 p)
- Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan (2 p)
- Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin (3 p)

12.

- Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä (0 p)
- Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän (1 p)
- Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet (2 p)
- Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan (3 p)

13.

- Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin (0 p)
- Yritän lykätä päätöksentekoa (1 p)
- Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä (2 p)
- En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä

14.

- Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut (0 p)
- Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä (1 p)
- Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä (2 p)
- Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen (3 p)

15.

- Työkykyni on säilynyt ennallaan (0 p)
- Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia (1 p)
- Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen (2 p)
- En kykene lainkaan tekemään työtä (3 p)

16.

- Nukun yhtä hyvin kuin ennen (0 p)
- Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen (1 p)
- Herään nykyisin 1–2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen (2 p)
 - Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti (3 p)

17.

- En väsy sen nopeammin kuin ennen (0 p)
- Väsyn nopeammin kuin ennen (1 p)
- Väsyn lähes tyhjästä (2 p)
- Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään (3 p)

18.

- Ruokahaluni on ennallaan (0 p)
- Ruokahaluni on huonompi kuin ennen (1 p)
- Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen (2 p)
- Minulla ei ole lainkaan ruokahalua (3 p)

19.

- Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan (0 p)
- Olen laihtunut yli 2,5 kg (1 p)
- Olen laihtunut yli 5 kg (2 p) Olen laihtunut yli 7,5 kg (3 p)

20.

- En ajattele terveyttäni tavallista enempää (0 p)
- Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen (1 p)
- Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa (2 p) Terveyteni ja tuntemusteni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni (3 p)

21.

- Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan (0 p)
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt (1 p)
- Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin (2 p)
- Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään (3 p)

(HUOM! Tämän kyselyn tulos **ei ole** diagnoosi)

Pisteet yhteensä: _____

Normaali (0–12 pistettä)

Lievä masennus (13–18 pistettä)

Kohtalainen tai keskivaikea masennus (19–29 pistettä)

Vaikea masennus (30 pistettä tai yli)

Nimimerkki:

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) – Lyhyt masennuskysely

Vastaa sen mukaan, millaisena olet kokenut olosi viimeisen 2 viikon aikana.

1. Kiinnostus asioiden tekemiseen on hyvin vähäistä tai ei juuri tuota mielihyvää.

- Ei lainkaan (0 p.)
- Useina päivinä (1 p.)
- Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
- Lähes joka päivä (3 p.)

2. Alakuloisuus, masentuneisuus tai toivottomuus

- Ei lainkaan (0 p.)
- Useina päivinä (1 p.)
- Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
- Lähes joka päivä (3 p.)

3. Nukahtamis- tai nukkumisvaikeudet tai liiallinen nukkuminen

- Ei lainkaan (0 p.)
- Useina päivinä (1 p.)
- Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
- Lähes joka päivä (3 p.)

4. Väsymys tai energian puute

- Ei lainkaan (0 p.)
- Useina päivinä (1 p.)
- Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
- Lähes joka päivä (3 p.)

5. Ruokahaluttomuus tai liiallinen syöminen

- Ei lainkaan (0 p.)
- Useina päivinä (1 p.)
- Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
- Lähes joka päivä (3 p.)

6. Tyytymättömyys omaan itseen tai tunne siitä, että on epäonnistunut tai laiminlyönyt itseään tai perhettään
- Ei lainkaan (0 p.)
 - Useina päivinä (1 p.)
 - Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
 - Lähes joka päivä (3 p.)
7. Vaikeus keskittyä pidemmäksi aikaa asioihin, kuten lehden lukemiseen tai television katseluun
- Ei lainkaan (0 p.)
 - Useina päivinä (1 p.)
 - Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
 - Lähes joka päivä (3 p.)
8. Puhumisen tai liikkumisen hitaus, jonka muutkin voisivat huomata. Tai vastakohtaisesti niin hermostunut olo, että se saa liikkumaan paljon tavallista enemmän
- Ei lainkaan (0 p.)
 - Useina päivinä (1 p.)
 - Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
 - Lähes joka päivä (3 p.)
9. Ajatukset siitä, että olisi parempi olla kuollut tai että voisi vahingoittaa itseään jollakin tavalla
- Ei lainkaan (0 p.)
 - Useina päivinä (1 p.)
 - Useammin kuin puolet ajasta (2 p.)
 - Lähes joka päivä (3 p.)

Laske saamasi pisteet yhteen: _____

Pisteiden tulkinta:

0–4 pistettä: Ei masennusta

5–9 pistettä: Lieviä masennusoireita

10–14 pistettä: Lievä masennus

15–19 pistettä: Keskivaikea masennus

20–27 pistettä: Vakava masennus

(HUOM! Tämän kyselyn tulos **ei ole** diagnoosi)



Kerro tähän lyhyesti omin sanoin omasta taustastasi, mielenterveyden haasteista ja/tai diagnooseista. Onko jotain muuta mitä haluat kertoa?

Suostumuslomake

”Me tarvitsemme kokemuksen siitä, että omassa kehossa voi olla hyvä olla.”

– Päivi Pylvänäinen, Suomen Tanssiterapiayhdistyksen puheenjohtaja

Hyvä vastaanottaja,

Olet osallistumassa **opinnäytetyön tutkimukseen** Luovan liikkeen vaikuttavuudesta kuntoutumiseen mielenterveyden haasteista. Kyseessä on fysioterapian tutkinnon opinnäytetyö, jonka on määrä valmistua syksyn 2024 aikana. Valmis opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi. Tutkimuksen tekijänä toimii fysioterapeuttiopiskelija **Jiria Laakkonen** Seinäjoen ammattikorkeakoulusta.

Tutkimus toteutetaan tunteina, joissa tehdään ohjattuja tanssi-liiketerapian ja psykofyysisen fysioterapian innoittamia harjoitteita. Tutkimukseen kuuluu alkukysely ja loppukysely, sekä tutkimuksen edetessä välipalautteita. Kaikki kyselyt ja palautteet tehdään kirjallisena ja anonyymisti, jolloin kenenkään henkilötietoja ei tarvita. Kyselypaperit tuhoetaan asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Valmiissa tutkimusaineistossa osallistujat **eivät ole** tunnistettavissa.

Tutkimuksen voit keskeyttää milloin tahansa ilman seurauksia, osallistuminen on täysin **vapaaehtoista**. Suostumuslomakkeesta jää kopio tutkittavalle (sinulle) ja tutkijalle osana tutkimusaineistoa.

Ystävällisin terveisin,

Jiria Laakkonen, Fysioterapeuttiopiskelija SeAMK

Osallistujan allekirjoitus suostumuksesta

Seinäjoki 6.2.2024